

Masalah Kesehatan Remaja

Santoso Soeroso

Masalah Kesehatan Remaja di Indonesia telah dibahas dalam pertemuan pengkajian dan pemanfaatan temuan dari beberapa penelitian kesehatan remaja di Bandung 1996 dari penelitian yang diselenggarakan di Lampung, Daerah Istimewa Yogyakarta, Maluku dan Jawa Timur dapat diidentifikasi masalah-masalah sebagai berikut. Masalah kesehatan umum yang ditemukan adalah, anemia dan kebugaran (*physical fitness*) yang rendah pada remaja Indonesia. Masalah sosial budaya dan sekolah yang ditemukan adalah sulit belajar, membolos, kenakalan remaja ("tawuran"), pergeseran nilai budaya. Sedangkan masalah gangguan emosional yang diidentifikasi kurang percaya diri, stres di samping terdapat pula masalah penyalahgunaan obat dan merokok. Dalam masalah keluarga telah dicatat bahwa kurangnya fungsi peranan orangtua, konflik peran, perbedaan persepsi kasih sayang dan kurangnya serta kesulitan komunikasi telah menyebabkan disfungsi keluarga.

Kata kunci: remaja, perilaku berisiko, kesehatan reproduksi.

Laporan dari WHO *Expert Committee on Health Needs of Adolescents* (1977), menyebutkan bahwa selama ini jelas telah terjadi pengabaian terhadap fase kehidupan remaja baik di bidang riset, pendidikan maupun pelayanan kesehatan. Di Indonesia, populasi remaja saat ini diperkirakan lebih dari 40 juta jiwa yang diperhitungkan atas dasar perkiraan Badan Pusat Statistik (1992). Di dalam naskah Garis-garis Besar Haluan Negara 1993-1998, khususnya dalam kebijaksanaan umum Pembangunan lima tahun keenam butir ke-31 disebutkan "Pembangunan dan pengembangan anak, remaja dan pemuda diupayakan melalui pembangunan di berbagai bidang dan sektoral. Pada bidang Kesejahteraan Rakyat dalam GBHN 1993-1998, Anak dan Remaja berada pada urutan ke-7 dari 10 sub-bidang setelah kesejahteraan sosial, pendidikan, kebudayaan, kesehatan, keluarga sejahtera dan kependudukan.¹

Remaja, sebagai kelompok umur terbesar struktur penduduk Indonesia merupakan fokus perhatian dan titik intervensi yang strategis bagi pembangunan sumber daya manusia. Langkah paling penting yang harus diambil adalah makin ditingkatkannya perhatian kepada remaja putri, karena mereka menghadapi risiko lebih besar dan mereka lebih rentan menghadapi lingkungan sosial. Selain menjadi kelompok paling besar (23% dari seluruh jumlah penduduk), remaja sebagai suatu kelompok tidak pernah diperhatikan secara komprehensif dan konsisten. Suatu angka yang juga memprihatinkan adalah peningkatan partisipasi tenaga kerja anak perempuan antara usia 15-19 tahun, yang saat ini jumlahnya hampir 40 persen dari angkatan kerja. Banyak di antara mereka telah putus sekolah sebelum menyelesaikan SD atau tidak melanjutkan ke SMP.²

Dalam bidang pendidikan, kelompok usia remajalah yang secara proporsional paling banyak mengalami putus sekolah. Dalam masalah angka kematian dan kesakitan ibu, permasalahan berawal sejak gadis remaja, dimana usia dini, harga diri dan status yang rendah, serta gizi buruk mulai memberikan dampak akhir pada penderitaan perlahan-lahan dan kematian dini. Pada kelompok usia remaja ini, tingkat

Alamat korespondensi:

Dr. Santoso Soeroso, Sp.A(K).

Direktur RS Infeksi Prof. Soelianti Saroso, Jl. Sunter Agung, Ancol, Jakarta Utara.

Telepon: 021- ???????? . Fax. 021- ??????????

kecelakaan dan luka yang disengaja paling tinggi di antara semua kelompok. Selain itu, peningkatan angka HIV/AIDS, penggunaan tembakau, obat terlarang, kekerasan, kenakalan, pelecehan, aborsi dan sebagainya, lazim terjadi pada usia ini.

Perubahan Psikologis yang Berhubungan dengan Masa Pubertas

Bukti terbaru secara umum mendukung beberapa perubahan tingkah laku pada masa remaja. Ada perubahan definisi pada hubungan kekeluargaan sewaktu masa remaja mereka mengalami konflik lebih banyak dengan orangtuanya, khususnya dengan para ibu. Konflik cenderung mereda setelah tercapai masa pubertas karena ada perubahan umum dalam pertalian keluarga dengan para ibu mereka, pada anak laki-laki lebih lambat. Untuk anak wanita, ada juga suatu konflik khusus yang meningkat dengan para ibu dan ada laporan anak wanita menurun hubungannya dengan ayahnya. Telah terbukti hormon sebagai penyebab dari beberapa perubahan tingkah laku yang berkaitan dengan masa remaja normal dan tidak normal. Hormon yang timbul dapat mempengaruhi tingkah laku.

Perubahan Psikologi Menuju Masa Remaja

Perubahan psikologi dari masa remaja sering digambarkan dengan dua kata badai dan tekanan kenyataannya, sebagian besar masa remaja melewati

dekade kedua dari kehidupan dengan kesulitan yang minimal. (Tabel 1 dan Bagan 1).

A. Remaja Dini (usia 10-13 tahun)

Karakteristik:

- Awitan pubertas, menjadi terlalu memperhatikan tubuh yang sedang berkembang.
- Mulai memperluas radius sosial keluar dari keluarga dan berkonsentrasi pada hubungan dengan teman.
- Kognisi biasanya konkret.

Dampak:

- Remaja mengajukan pertanyaan-pertanyaan tentang normalitas kematangan fisik, sering terlalu memikirkan tahapan-tahapan perkembangan seksual dan bagaimana proses tersebut berkaitan dengan teman-teman sejenis kelamin.
- Kadang-kadang masturbasi
- Mulai membangkitkan rasa tanggung jawab dalam konsultasi dengan orang tua, kunjungan pada orang tua, kunjungan pada dokter, kontak dengan konselor sekolah.
- Pikiran yang konkret mengharuskan berhubungan dengan situasi-situasi kesehatan secara *simple* dan eksplisit dengan menggunakan alat bantu visual maupun verbal.

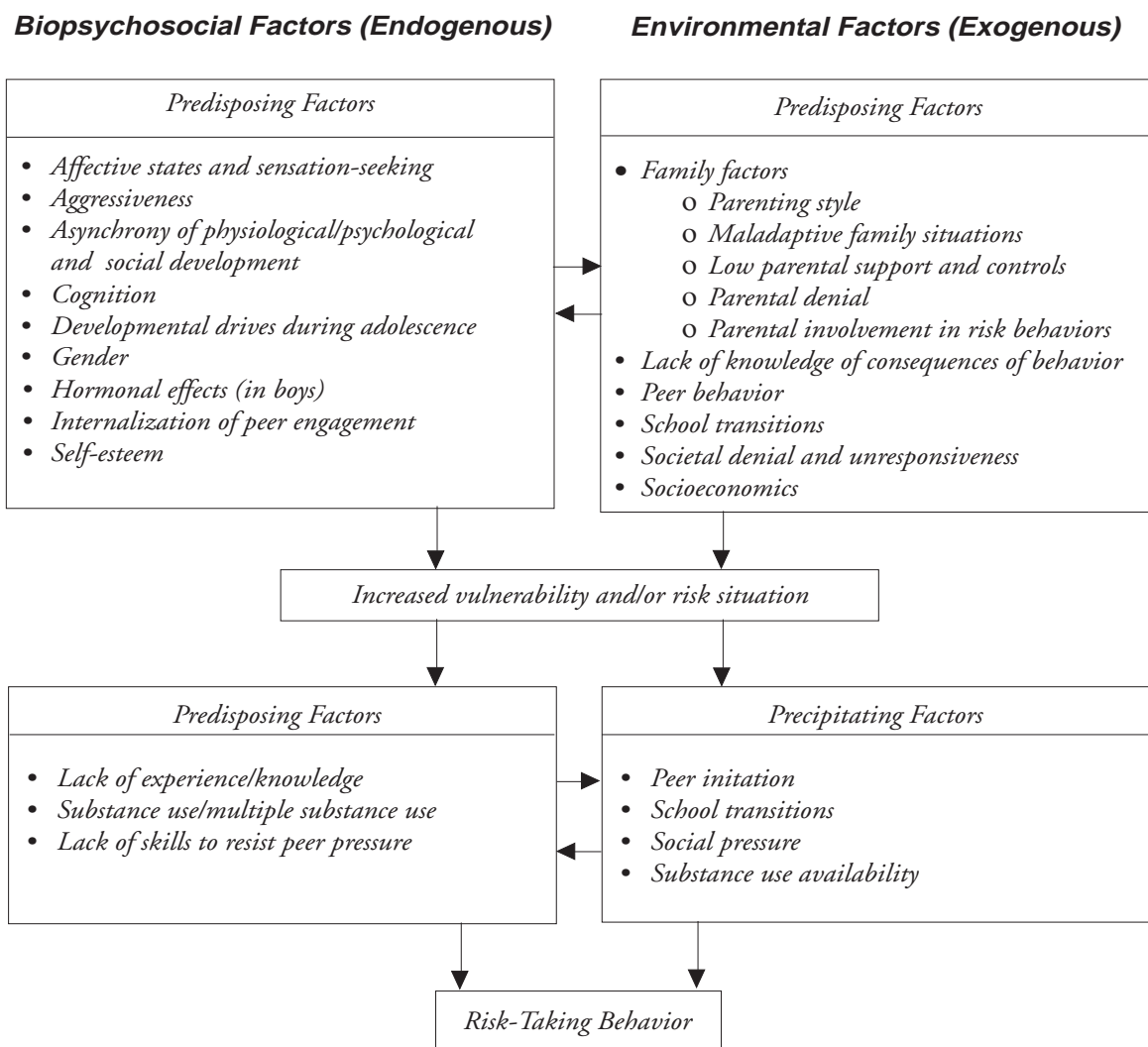
B. Remaja Pertengahan (usia 14-16 tahun)

Karakteristik:

- Perkembangan pubertas sudah lengkap dan

Tabel 1. Perkembangan biopsosial selama masa remaja

Tipe	Usia (tahun)	Karakteristik	Dampak
Remaja dini	10-13	Masa pubertas, hubungan dengan teman, kognisi konkret	Memperhatikan tahapan fisik dan seksual, rasa tanggung jawab, interaksi dengan alat verbal dan visual
Remaja pertengahan	14-16	Muncul dorongan seksual, perubahan perilaku, kebebasan, kognisi abstrak	Menarik lawan jenis, kebebasan bertambah, sikap ambivalen, ego belum stabil
Remaja akhir	17-21	Kematangan fisik, saling berbagai rasa, edealis, emansipasi mantap	Hubungan individual, lebih terbuka, memahami tanggung jawab, paham tujuan hidup, paham kesehatan



Bagan 1. Faktor-faktor prinsip dalam perilaku berisiko.

Modifikasi dari Irwin CE, 1986 & 1989^{3,4}

dorongan-dorongan seksual muncul.

- Kelompok sejawat akan mengakibatkan tumbuhnya standar-standar perilaku, meskipun nilai-nilai keluarga masih tetap bertahan.
- Konflik/pertentangan dalam hal kebebasan.
- Kognisi mulai abstrak.

Dampak:

- Mencari kemampuan untuk menarik lawan jenis. Perilaku seksual dan eksperimentasi (dengan lawan jenis maupun sejenis) mulai muncul, masturbasi meningkat.
- Kelompok sejawat sering membantu/mendukung

dalam kegiatan seperti kunjungan ke dokter.

- Pikiran tentang kebebasan mulai bertambah, sementara masih mengharapkan dukungan dan bimbingan orang tua dapat mendiskusikan dan bernegosiasi tentang perubahan-perubahan peraturan.
- Saat diskusi dan negosiasi remaja sering ambivalen.
- Mulai mempertimbangkan berbagai tanggung jawab dalam banyak hal, tetapi kemampuannya untuk berintegrasi dengan kehidupan sehari-hari agak jelek karena identitas egonya belum terbentuk sepenuhnya dan pertumbuhan kognitifnya belum lengkap.

C. Remaja akhir (usia 17-21 tahun)

Karakteristik:

- Kematangan fisik sudah lengkap, *body image* dan penentuan peran jenis kelamin sudah mapan.
- Hubungan-hubungan sudah tidak lagi narsistik dan terdapat proses *memberi* dan berbagi.
- Idealistis.
- Emansipasi hampir menetap.
- Perkembangan kognitif lengkap.
- Peran fungsional mulai terlihat nyata.

Dampak:

- Remaja mulai merasa nyaman dengan hubungan-hubungan dan keputusan tentang seksualitas dan preteransi. Hubungan individual mulai lebih menonjol dibanding dengan hubungan dengan kelompok.
- Remaja lebih terbuka terhadap pertanyaan spesifik tentang perilaku.
- Idealisme dapat mengakibatkan terjadinya konflik dengan keluarga.
- Dengan mulainya emansipasi, anak muda tersebut mulai lebih memahami akibat-akibat dari tindakannya.
- Sering tertarik dalam diskusi tentang tujuan-tujuan hidup karena inilah fungsi utama mereka pada tahapan ini.
- Sebagian besar mampu memahami persoalan-persoalan kesehatan.

Perubahan Lingkungan Selama Masa Remaja⁵

Lingkungan mengalami perubahan besar selama masa remaja dan sering memainkan peran yang berisiko pada status kesehatan masa remaja. Keluarga mengalami perubahan bermakna, dengan kebebasan yang lebih dan pengawasan yang berkurang yang telah diijinkan. Perubahan lingkungan sekolah dari perlindungan sekolah dasar ke status sekolah lanjutan. Populasi remaja mungkin enggan untuk memaksakan kesehatan mereka. Pada dasarnya, para remaja dapat mencari sendiri tentang cerita-cerita seperti penggunaan *obat* dan seksualitas termasuk penyakit kelamin yang menular dan kehamilan. Remaja sering tidak sadar tentang peraturannya dan tidak mempunyai penghasilan untuk membayar pelayanan.

Angka Kematian

Di Amerika Serikat, rata-rata kematian pada tahun 1986, kematian meningkat lebih dari 300% pada umur masa remaja awal ke akhir masa remaja tercermin dalam kenaikan oleh karena kecelakaan motor 400%, pembunuhan 400% dan bunuh diri 600%. Angka kematian rata-rata remaja laki-laki hampir 2 kali dari remaja wanita. Kecelakaan, bunuh diri dan pembunuhan sebanyak 75% dari angka kematian selama dekade kedua masa kehidupan.

Jumlah kecelakaan lebih dari separuh kematian terjadi pada dekade kedua. Kebiasaan mengemudi dengan risiko, termasuk mengemudi di bawah pengaruh alkohol, berjumlah mendekati 50% dari kecelakaan fatal. Di sini terdapat kenaikan dalam kejadian olahraga selain alkohol yaitu kematian lain karena luka kecelakaan yang berhubungan dengan rekreasi termasuk bersepeda, *skateboard*, kapal layar dan renang.

Jumlah bunuh diri 6% (1,5/100000 pada tahun 1986) dari kematian usia 10-14 tahun. Antara usia 15-19 tahun, bunuh diri sejumlah 12% (10,2/100000) dari kematian. Di antara remaja kulit putih, terdapat kenaikan yang besar untuk bunuh diri pada kelompok remaja yang lebih tua pada laki-laki kulit putih, rata-rata 18,2/100000. Di antara remaja kulit hitam, bunuh diri merupakan 5 besar penyebab kematian.

Jumlah pembunuhan 6% (1,5/100000) dari kematian kelompok usia 10-14 tahun. Di antara usia 15-19 tahun, jumlah pembunuhan 12% (10/100000) dari kematian; di antara laki-laki kulit hitam mempunyai penyebab utama, sejumlah 39% (32/100000) dari kematian. Para remaja yang terdapat di daerah metropolitan suka untuk membuat korban pembunuhan. Pembunuhan sering terjadi pada anak laki-laki yang suka berkelahi antar kelompok umur dan ras (keturunan) yang sama.

Sebagian besar penyebab kematian yang bukan merupakan kekerasan selama masa remaja adalah penyakit kardiovaskular (1,3/100000) untuk usia 10-14 tahun, dan (2,7/100000 untuk usia 15-19 tahun) dan keganasan maligna 3,3/100.000 untuk usia 10-14 tahun dan 4,6/100000 untuk usia 15-19 tahun.

Angka Kesakitan

Penyebab utama morbiditas selama dekade kedua dari kehidupan dengan 3 kebiasaan yang membawa risiko; penyalahgunaan obat, aktifitas seksual dan penggunaan

kendaraan bermotor/rekreasi. Di sini ada 3 kebiasaan yang sering dipandang sebagai fenomena tersendiri dan mempunyai hubungan dekat dengan para dokter sebagai masalah teknis tersendiri tanpa suatu pengertian yang tumpang tindih di antara ketiga kebiasaan risiko tersebut. Penambahan morbiditas selama masa remaja termasuk penyakit kronis, masalah kesehatan reproduksi yang berhubungan dengan perkembangan fisiologi normal dan permulaan hubungan seksual serta masalah kesehatan mental.

Jangka pendek

- Kecanduan nikotin, berkurangnya kadar kolesterol lipoprotein densitas tinggi, penyakit respirasi kronis, penurunan hasil tes fungsi paru.
- Kecanduan nikotin penyakit periodontal (leukoplakia, *gingival recession*, karies gigi).
- Penurunan fungsi pulmoner, bronkitis kronis, penurunan kadar testosterone, ginekomastia, gangguan jumlah dan fungsi sperma gangguan pola-pola.
- Hasil tes fungsi hati abnormal, gastritis.
- Trauma.
- Penyakit-penyakit hubungan seksual, kehamilan.

Jangka panjang

- Peningkatan kanker paru, laring, esofagus, rongga mulut penyakit jantung; penyakit pulmoner kronis, peningkatan mortalitas keseluruhan.
- Kanker oral faringial.
- Peningkatan risiko kanker paru, *multinasional syndrome*.
- Penyakit hati kronis malnutrisi protein, global dementia, *peripheral neuropathy*, pankreatis kronis.
- Disabilitas/cacat kronis.
- Infertilitas, kehamilan ektopik, kanker genitalia, infeksi HIV, nyeri pelvis kronis, STD kongenital pada bayi.

Hubungan Perilaku Berisiko^{5,6}

Tingkah laku berisiko cenderung dihubungkan satu sama lain dengan memperkirakan bahwa permulaan dari suatu perilaku dapat menunjukkan bahwa perilaku lain mempunyai kemungkinan besar sebagai awal dari masa yang akan datang. Hubungan yang erat antara minum alkohol dan kecelakaan yang tidak disengaja telah banyak diketahui. Hubungan alkohol dengan kecelakaan kendaraan bermotor merupakan penyebab

utama kematian pada akhir remaja. Alkohol juga dihubungkan dengan kecelakaan termasuk bukan penggunaan kendaraan dan olah raga air. Penyalahgunaan obat mempunyai hubungan positif dengan mulanya perilaku seksual dini. Remaja wanita yang dilaporkan menggunakan obat-obat yang tidak sah dan merokok sigaret lebih suka tidak menggunakan kontrasepsi dan tidak menginginkan kehamilan.

Di antara masalah penyalahgunaan obat, pola penggunaan dihubungkan dengan berbagai kebiasaan yang diperkirakan. Permulaan kebiasaan minum alkohol dan merokok merupakan hal yang merusak. Sebagai rangkaian kemajuan selanjutnya, penggunaan mariyuana didahului dengan minum alkohol dan merokok; alkohol, sigaret (rokok) dan mariyuana mendahului obat-obat illegal yang lain (termasuk pelanggaran hukum, kokain, heroin, sedatif dan *tranquiliser*) dan penggunaan obat psikoaktif akan diikuti oleh obat-obat bius yang lain. Pada anak wanita, merokok sering merupakan prediksi yang penting untuk penyalahgunaan obat bius yang lain. Penggunaan obat bius secara umum akan mengakibatkan mudahnya penggunaan obat bius yang lain yang menyebabkan efek kumulatif dari semua obat bius.

Konsekuensi medis dari perilaku berisiko dapat berdampak jangka pendek maupun jangka panjang dari tingkah laku berisiko. Dampak jangka pendek terlihat dalam beberapa minggu atau bulan, yaitu selama masa remaja; efek jangka panjang akan muncul umumnya setelah masa remaja. Konsekuensi jangka pendek dari penggunaan alkohol terlihat pada umumnya di ruang gawat darurat yang dikaitkan dengan kecelakaan. Bahan psikoaktif delta-9-tetra hidrokanabinol dalam mariyuana menyebabkan perubahan suasana hati. Risiko jangka panjang tidak akan didokumentasi. Disfungsi psikologis pada umumnya sering dilaporkan dalam penggunaan obat bius. Petunjuk penting untuk kekurangan disfungsi termasuk di sini adalah gangguan motivasi secara umum dan gangguan perkembangan di dalam sekolah. Pencarian identitas bagi yang sudah berpengalaman pada pecandu sangat sulit karena tidak mungkin untuk mengidentifikasi karena remaja tidak mungkin memakai obat-obatan tanpa jalan pintas.

Masalah Medis Lain yang Dikaitkan dengan Kesakitan

Hampir 6% dari para remaja mempunyai penyakit kronis yang berhubungan dengan fungsi pada

umumnya. Sebagian besar dari penyebab penyakit kronis tersebut antara lain penyakit mental dan penyakit pernapasan (misalnya asma) dan sistem muskuloskeletal. Remaja laki-laki yang lebih muda yang hidup dalam kemiskinan merupakan sebagian besar kelompok yang dirugikan oleh penyakit kronis. Sebagian besar remaja yang menderita bukan merupakan masalah besar dalam fungsi psikososial mereka seperti halnya suatu akibat penyakit kronis. Masalah-masalah medis umum yang menyebabkan remaja mencari pemeriksaan medis adalah jerawat, dismenorhoe, penyakit spesifik untuk sistem tulang seperti penyakit Osgood-Shlatter's, scoliosis idiopatik dan kecelakaan olah raga umumnya.

Masalah Kesehatan Mental selama Masa Remaja

Selama masa remaja, insiden kelainan-kelainan mental sama untuk anak laki-laki dan wanita. Depresi dan kelainan makan adalah yang paling banyak pada anak wanita dan kelainan kebiasaan lebih sering pada anak laki-laki.

Depresi

Perasaan depresi umum terjadi selama masa remaja. Pada beberapa penelitian satu di antara tiga anak wanita dan hampir 15% dari anak laki-laki dilaporkan mempunyai gejala seperti itu. Insiden kelainan depresi yang tampak kira-kira 5%. Risiko bunuh diri di antara remaja yang depresi meningkat secara nyata.

Kelainan Makan

Remaja wanita mempunyai risiko yang sangat besar untuk menderita anoreksia nervosa dan bulimia. Hampir 0,5% dari anak wanita yang berusia 12-15 tahun akan menjadi anoreksia nervosa dan 5-18% mempunyai kecenderungan bulimia. Kelainan yang menyebabkan berhentinya makan dipengaruhi oleh respons abnormal dalam program perkembangan normal remaja karena adanya suatu perkembangan bentuk tubuh, kebingungan menyeluruh dalam identifikasi jenis kelamin, dan fungsi keluarga yang abnormal misalnya terlalu terkekang, dalam keluarga kacau atau pisah total. Efek langsung dari lingkungan

sosial terhadap suatu kegemukan atau kekurusan, tidak jelas. Mortalitas jangka panjang dari anoreksia nervosa dan bulimia adalah 10-15%. Kegemukan terjadi pada hampir 15% para remaja. Intervensi terhadap kegemukan yang sangat efektif adalah dengan program kelompok dengan pendekatan kebiasaan nutrisi dan kegiatan gaya hidup dari para remaja.

Permasalahan Kesehatan Reproduksi Remaja

Menurut FIGO (*Federation International de Gynecology et d'Obstertrique*) batasan kesehatan reproduksi adalah kemampuan untuk bereproduksi, mengatur reproduksi dan untuk menikmati hasil reproduksinya. Batasan tersebut harus diikuti dengan keberhasilan untuk mempertahankan hasil reproduksi dan tumbuh kembangnya. Pubertas pada remaja merupakan masa peralihan antara masa anak dan masa dewasa. Tidak ada batas yang jelas antara akhir masa anak awal dan awal masa pubertas, akan tetapi dapat dikatakan bahwa pubertas mulai dengan awal berfungsinya ovarium. Pubertas berakhir pada saat ovarium sudah berfungsi dengan mantap dan ovulasi teratur, secara klinis pubertas dimulai dengan timbulnya ciri-ciri seks sekunder dan berakhir jika sudah ada kemampuan reproduksi.

Pubertas pada wanita dimulai kira-kira pada umur 8-14 tahun dan berlangsung kurang lebih selama 4 tahun. Awal pubertas jelas dipengaruhi oleh faktor genetik dan faktor lingkungan (kesehatan dan gizi). Usia *menarcho* sekarang berkisar antara 11-13 tahun namun umur rata-rata *menarcho* dan ovulasi pada saat ini cenderung lebih muda daripada beberapa dekade yang lalu. Sebagai akibat *menarcho* awal dan mungkin oleh karena kebebasan seksual, banyak pusat pelayanan obstetri mengalami peningkatan kasus kehamilan remaja. Committee on adolescents, menyatakan sebenarnya seksual pranikah, kehamilan dan abortus adalah kebebasan individu dan sulit dicegah. Menurut Fielding dan Williams (1991), peningkatan kehamilan pada usia muda setiap tahun menghasilkan 15 juta kelahiran dari ibu usia muda pada tahun 1988. Di Amerika Serikat dari 1 juta wanita usia muda yang hamil, hampir semuanya tidak menginginkan kehamilannya, lebih dari 40% melakukan aborsi dan 38% saat melahirkan berusia kurang dari 17 tahun.⁵

Data yang dihimpun dari 12 rumah sakit pendidikan yang dihimpun oleh BKS PENFIN bekerja

sama dengan *International Fertility Research Program* (IFRP) di Indonesia (1977-1980) mendapatkan primigravida muda 4,65% dari seluruh primigravida atau 1,6% dari seluruh persalinan. (Tabel 2)

Tabel 2. Angka kejadian primigravida muda di beberapa negara/kota

Negara/kota	%	Tahun
Nigeria	1,50	1981
Australia	2,04	1981
Inggris	8,60	1982
Amerika Serikat	10,00	1983
Indonesia	1,60	1980
Bandung	2,10	
Surabaya	4,50	
Medan	1,05	
Makasar	1,01	
Semarang	0,15	

Sumber: Soejoenoes,¹ 1995

Yuslam pada *case control study* yang dilakukan di RSUP Kariadi, Semarang selama 5 tahun, mendapatkan 37 kasus (0,15%) primigravida muda (<16 tahun) dari 24.161 persalinan. Dari 37 kasus primigravida muda yang melahirkan, 3 kasus (8,1%) berumur 14 tahun, 12 kasus (32,4%) berumur 16 tahun. Sebagian besar kasus berasal dari dalam kota Semarang (67,4%). Selama kurun waktu tersebut didapatkan 6670 persalinan primigravida dari pengamatan tersebut didapatkan temuan sebagai berikut:

Rata-rata umur pada waktu *menarche* pada primigravida muda adalah $12,92 \pm 0,85$ sedangkan pada kelompok pembanding umur ini adalah $13,38 \pm 0,11$. Rata-rata umur saat perkawinan pada primigravida muda adalah $14,41 \pm 0,02$ tahun, sedangkan kelompok pembanding adalah $24,72 \pm 5,99$ tahun. Pada primigravida muda, peluang untuk melahirkan bayi premature (kurang dari 38 minggu) adalah 1,92 kali lebih besar daripada kelompok pembanding. Peluang untuk mendapatkan persalinan tak maju adalah 1,54 lebih besar. Meskipun demikian sebagian persalinan (61,16%) berjalan spontan. Berat badan lahir rendah (BBLR) pada kelompok yang diteliti adalah 4,38 kali lebih besar, untuk kematian perinatal 3,17 kali lebih besar. Primigravida muda mempunyai peluang 3,17 kali lebih banyak untuk

menderita pre eklampsi dan 3,59 lebih besar untuk eklampsi (keracunan kehamilan).

Masyarakat menyadari dan menyetujui bahwa kehamilan remaja merupakan satu masalah, yang keberadaannya akan makin bertambah dan merupakan peristiwa akan makin bertambah dan merupakan peristiwa yang dapat menurunkan martabat keluarga, yang belum disetujui adalah cara pemecahannya. Tidak ada yang dinamakan pemecahan tunggal atau pemecahan yang baku. Kehamilan remaja adalah satu problem yang mempunyai banyak sisi dengan implikasi jangka panjang, khususnya di bidang medis, sosial, pendidikan, ekonomi dan politik.

Dari segi kedokteran kehakiman suatu penelitian tentang visum et repertum remaja di Bagian Obstetri dan Ginekologi FK-Undip/RSUP Kariadi⁷ di Semarang melaporkan hal-hal sebagai berikut: dalam kurun waktu 1 Januari 1981- 31 Desember 1983 terdapat visum et repertum wanita dewasa 17 kasus (21%) remaja wanita 51 (63%) dan anak 13 (16%). Sejumlah 23 kasus (41.1%) remaja adalah pelajar. Dari kasus "persangkaan perkosaan" pada remaja sebanyak 32 (65,3%) dan hanya 8 (25,0%) yang dapat menyokong adanya tindak perkosaan. Kasus "persangkaan perzinahan" sebanyak 11 (22,4%), 8 kasus (72,3%) hasilnya tidak menyokong adanya perzinahan. Hambatan untuk memperoleh bukti yang menyokong antara lain karena jarak antara kejadian dan pemeriksaan cukup lama, atau menurut anamnesis yang bersangkutan sudah sering melakukan persetubuhan sebelumnya. Permintaan pembuktian "status kegadisan" sebanyak 3 kasus (6,1%), dua kasus ternyata terbukti sudah tidak gadis lagi.

Kasus pengguguran dan hamil masing-masing satu dan dua, semua *visum et repertum* "mendukung" temuan tersebut. Banyaknya kasus pelanggaran kesusilaan di antara remaja ini sangat memprihatinkan kita semua. (Tabel 3)

Tabel 3. *Visum et repertum* kasus pelanggaran kesusilaan remaja di beberapa kota

Kota	Tahun	Kelompok Umur (tahun)	%
Surabaya	1976	11-20	80,85
Medan	1975-1977	10-19	68,30
Medan	1978-1980	12-20	65,04
Jakarta	1983	12-19	64,30
Semarang	1981-1983	10-20	63,70

Sumber: Cholid Wahyudi dkk.,⁷ 1984

Mengenai kelainan Ginekologi pada remaja penelitian Muh. Sudjat, Supriyono & Sutoto (1989)⁸ dari Bagian Obstetri dan Ginekologi FK-Undip/RSUP Kariadi menghasilkan data sebagai berikut: Gadis remaja yang memeriksakan diri 859 orang (2%) dari seluruh pengunjung Unit Rawat Jalan Ginekologi RSUP Kariadi Semarang selama 4 tahun sejak 1 Januari 1980, 127 orang tidak didapati kelainan berarti, 9 orang menderita kelainan non ginekologi, gangguan terbanyak adalah perdarahan (22), menyusul infeksi ginekologi (188), kehamilan (124) permintaan visum et repertum (67), dan kelainan congenital (25). Terdapat 186 gadis yang mengaku telah bersenggama, namun didapat 273 orang gadis yang pada pemeriksaan ginekologi menunjukkan tanda-tanda pernah bersenggama. Pada keseluruhan pasien ini didapatkan *menarche* dengan *mode* pada usia 14 tahun, *mean* 14,3±3,2.

Perilaku Seksual Remaja

Dalam jangka panjang, untuk suatu upaya penanggulangan penyakit yang ditularkan lewat seks yang menyeluruh, remaja merupakan sasaran primer strategis. Memang sebagian besar remaja belum menjadi pelaku seks yang aktif, tetapi mereka cukup

rawan terhadap penyakit yang ditularkan lewat seks (*sexually transmitted diseases-STD*) termasuk penyakit AIDS. Remaja pada umumnya secara biologis sudah cukup “siap” dan ingin mengetahui, namun mereka kurang diberikan informasi lengkap dan salah, tentang seks dan segala akibat yang ditimbulkannya.

Sebagian besar remaja berada di sekolah. Khususnya sekolah menengah (tingkat lanjutan pertama, dan lanjutan atas, umum dan kejuruan). Sehingga sekolah, secara tidak sengaja menjadi salah satu tempat yang layak bagi “pendidikan” tentang seks, yang benar maupun terutama yang kurang benar. Perilaku, termasuk perilaku kesehatan, merokok atau tidak, meminum obat atau tidak, bermain seks atau tidak, setidak-tidaknya sebagian terbentuk di dalam sekolah atau melalui sekolah.

Suharyono Hadisaputro⁴ (1993) melakukan penelitian perilaku seksual dan AIDS siswa sekolah menengah di 10 kota di Jawa Tengah yaitu Brebes, Jepara, Blora, Surakarta, Sukoharjo, Banyumas, Batang, Purbalingga, Wonosobo, Semarang. Responden yang diteliti terbanyak pada kelompok 17-18 (42,1%), 13-14 (29,2%) dan 15-16 tahun (23,4%).

Hasilnya antara lain sebagai berikut (Tabel 4)

Hasil penelitian Satoto⁹ (1992) mengenai seks di kalangan siswa sekolah menengah di kotamadya Semarang menunjukkan bahwa 5,6% siswa telah

Tabel 4. Distribusi perilaku seksual responden

Variabel genetika	Ya (%)	Tidak (%)	n
Apakah anda sudah pernah berpacaran	849 (30,4)	1902 (68,1)	2795
Apakah anda berhubungan seks waktu pacaran	14 (1,6)	837 (98,4)	851
Apakah anda pernah melakukan masturbasi	49 (18,0)	2248 (82,0)	2742
Apakah anda sudah pernah berhubungan seks	57 (2,1)	2691 (97,93)	2748

Sumber: Hadisaputro,⁴ 1993 (dimodifikasi)

Tabel 5. Perilaku umum dan seksual

Variabel perilaku	Ya (%)	Tidak (%)
Pernah merokok	402 (78,21)	112 (21,79)
Minum-minuman keras	2386 (71,01)	145 (28,99)
Pernah minum obat terlarang	98 (19,07)	416 (80,93)
Pernah mengisap ganja	15 (2,93)	499 (97,08)
Pernah memakai narkotika yang disuntikan di lengan	6 (10,17)	500 (98,83)
Pernah hubungan seks pra nikah	406 (78,02)	113 (21,98)

Tabel 6. Distribusi perilaku seksual yang pernah melakukan hubungan seksual

Variabel perilaku	Ya (%)	Tidak (%)
Menggunakan kondom bila berhubungan	5 (1,25)	396 (98,75)
Merasa berdosa setelah berhubungan	401 (100)	0 (0,00)
Menyadari bahaya hubungan di luar nikah	307 (92,37)	31 (7,73)
Pernah melakukan hubungan sesama jenis	3 (0,75)	398 (99,25)

pernah melakukan hubungan seksual.

Irawan dkk.,¹⁰ (1995) melakukan penelitian terhadap remaja anak jalanan di kotamadya Semarang. Dari 514 responden, perbandingan responden laki-laki dan wanita adalah 3,4:1. Rentang usia 16-28 tahun. 17,90% responden laki-laki 0,58% responden wanita telah menikah. Perilaku umum dan seksualnya dapat dilihat pada Tabel 5.

Distribusi perilaku seksual responden yang pernah melakukan hubungan seks, dapat dilihat pada Tabel 6.

Daftar Pustaka

1. Soejoenoes A. Remaja, reproduksi dan permasalahannya. Pertemuan Ilmiah Berkala Ilmu Kesehatan Anak ke-10. Kedokteran remaja masa depan dan masalahnya, Semarang 1995.
2. Trastotenojo MS. Wadah interdisiplin/multi bidang kedokteran remaja dalam pelayanan kesehatan remaja terpadu. Peran serta Universitas Diponegoro dalam peningkatan kualitas sumber daya manusia. Badan Penerbit Universitas Diponegoro, 1995.
3. Irwin CE Jr, Millstein SG. Biophysical correlates of risk-taking behaviours during adolescence. *J Adolesc Health Care* 1986; 6:935.
4. Irwin CE Jr, Ryan S. Problem behaviour of adolescence. *Pediatr Rev* 1989; 10:235-46.
5. Yuslam EF. Problematika dan aspek medis primigravida muda (tesis) Bagian Obstetri Ginekologi FK Undip/RSUP Kariadi, 1993.
6. Hadi Saputro S. Perilaku seksual dan AIDS siswa sekolah menengah di 10 kota di Jawa Tengah. *Maj Kes* 1993; 48:16-22.
7. Cholid Wahyudi, Binarso A, Supriyono, Bambang Suyono, Sutoto. *Visum et repertum remaja di RS Kariadi, data dari Bagian Obstetri Ginekologi FK Undip/RSUP Kariadi*, 1981.
8. Muh. Sudat, Suprijono, Sutoto. Kelainan ginekologi pada remaja. Data dari Bagian Obstetri Ginekologi FK Undip/RSUP Kariadi, 1989.
9. Satoto. Behaviour sex, STD among high school student in Semarang municipal. The 2nd International Congress on AIDS in Asia and Pacific, New Delhi, India, November 1992.
10. Irawan PW dkk,. Pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap AIDS, anak jalanan di kotamadya Semarang. Laporan ahli kegiatan penelitian perguruan tinggi Universitas Diponegoro, 1995/1996.