

Kasus Kehamilan Remaja: Permasalahan dan Tantangan yang Dihadapi

Visa Yunanda¹, Husnah², Muhammad Shanan Asyi³

¹ Departemen Obstetri and Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh, Indonesia

² Departemen Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran, Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh, Indonesia

³ Departemen Biologi Molekuler, Fakultas Kedokteran, Universitas Al-Muslim, Bireuen, Aceh, Indonesia

ABSTRAK

Kata Kunci:

kehamilan remaja,
persalinan prematur,
malnutrisi,
anemia

Latar belakang: Kehamilan remaja merupakan salah satu permasalahan kesehatan di dunia. Remaja merupakan periode kritis perkembangan dan pertumbuhan anak sehingga terjadinya kehamilan pada periode ini meningkatkan risiko terjadinya luaran yang buruk bagi ibu dan anak.

Laporan kasus: Perempuan, usia 14 tahun dibawa ke IGD dengan keluhan mules disertai lendir darah dan riwayat keluar air sejak 2 jam SMRS. Pasien diketahui hamil 8 bulan dan rutin kontrol di bidan. Hasil pemeriksaan pasien dalam fase aktif persalinan. Bayi lahir 1 jam kemudian dengan berat badan lahir 1940 gram dengan berat badan lahir rendah. Kasus ini merupakan kehamilan yang tidak diinginkan dandi luar ikatan pernikahan.

Diskusi: Kehamilan remaja merupakan kondisi permasalahan kompleks dalam kesehatan reproduksi. Kehamilan remaja meningkatkan risiko terjadinya luaran yang buruk bagi ibu dan anak yang dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti komplikasi medis selama kehamilan dan proses melahirkan, kehamilan berikutnya, teknik mengasuh yang buruk dan kesulitan kognitif dan tingkah laku pada anak.

Kesimpulan: Kehamilan remaja merupakan permasalahan kesehatan masyarakat yang membutuhkan penanganan komprehensif untuk menghindari morbiditas dan mortalitas ibu. Transisi perkembangan pada remaja menjadi tantangan dalam memberikan tatalaksana secara komprehensif pada kasus kehamilan remaja.

Korespondensi: visayunanda@usk.ac.id (Visa Yunanda)

ABSTRACT

Keywords:

teenage pregnancy,
premature birth,
malnutrition,
anemia

Background: Adolescent pregnancy is a global health problem. Adolescence is a critical period for child development and growth; therefore, pregnancy during this period increases the risk of adverse outcomes for both the mother and the child.

Case report: A 14-year-old woman was brought to the emergency room (ER) complaining of cramps with bloody mucus and a history of watery discharge for 2 hours before hospitalization. She was eight months pregnant and had been routinely seen by a midwife for checkups. The examination revealed she was in active labor. The baby was born an hour later, weighing 1940 grams, a low birth weight. This was an unintended, out-of-wedlock pregnancy.

Discussion: Adolescent pregnancy is a complex reproductive health issue. It increases the risk of adverse outcomes for both mother and child and is influenced by several factors, including medical complications during pregnancy and delivery, subsequent pregnancies, poor parenting techniques, and cognitive and behavioral difficulties in children.

Conclusion: Adolescent pregnancy is a public health problem that requires comprehensive management to prevent maternal morbidity and mortality. The developmental transition in adolescents poses a challenge to providing comprehensive management of adolescent pregnancy cases.

PENDAHULUAN

Kehamilan remaja merupakan suatu permasalahan kesehatan masyarakat baik di negara berkembang dan sedang berkembang.¹⁻⁴ Remaja berdasarkan *World Health Organization* (WHO) didefinisikan mulai rentang usia 10-19 tahun. Periode usia ini merupakan periode kritis dalam perkembangan fisik dan psikososial manusia yang ditandai dengan perubahan dari kondisi reproduksi imatur ke kondisi reproduksi matur.¹ Kehamilan remaja didefinisikan sebagai kehamilan yang terjadi pada rentang usia 10-19 tahun. Dibedakan menjadi remaja awal (10-14 tahun) dan remaja lanjut (15-19 tahun).^{2,3}

Berdasarkan WHO, sebanyak 16 juta wanita berusia 15-19 tahun dan 2 juta wanita dibawah 15 tahun melahirkan setiap tahunnya. Secara global, sebanyak 1 dari 5 wanita telah melahirkan di usia 18 tahun. Pada daerah termiskin didunia kondisi ini meningkat hingga 1 dari 3 wanita. Sebagian besar kelahiran pada remaja (sekitar 95%) terjadi di negara

dengan pendapatan rendah hingga menengah yang sering terjadi pada populasi di daerah terpencil dengan pendidikan yang kurang.^{4,5} Pada kehamilan remaja 529000 wanita meninggal akibat komplikasi kehamilan dan proses melahirkan setiap tahunnya. Risiko kematian akibat kehamilan meningkat 2 kali lipat pada wanita berusia 15-19 tahun.⁴

Kehamilan remaja menyumbang 23% morbiditas dan mortalitas maternal dan merupakan penyebab utama terjadinya kematian pada wanita 15-19 tahun di dunia. Sebanyak 90% terjadi di negara dengan sumberdaya miskin dan sebagian besar tidak dapat dicegah. Kehamilan remaja meningkatkan risiko terjadinya luaran yang buruk yang dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti komplikasi medis selama kehamilan dan proses melahirkan, kehamilan berikutnya, teknik mengasuh yang buruk dan kesulitan kognitif dan tingkah laku pada anak.⁶ Selain itu, kehamilan remaja berhubungan dengan peningkatan risiko terjadinya komplikasi pada maternal dan fetal termasuk kelahiran prematur,

berat badan lahir rendah, ketuban pecah dini, preeklamsia, skor APGAR rendah dan mortalitas perinatal. Namun dari beberapa penelitian yang telah dilakukan masih diperdebatkan mengenai luaran buruk pada kehamilan remaja disebabkan oleh imaturitas biological atau dari faktor lingkungan dan sosial yang buruk.⁷

DESKRIPSI KASUS

Anak perempuan, 14 tahun dibawa ke IGD dengan keluhan mules yang semakin sering dan bertambah kuat sejak ±10 jam SMRS. Keluhan disertai lendir darah dan keluar air-air sejak 2 jam SMRS. Pasien mengaku sedang hamil 8 bulan dan ini merupakan kehamilan diluar pernikahan. Tanda vital dalam batas normal. Pemeriksaan obstetri didapatkan tinggi fundus uteri (TFU) 27 cm, kontraksi adekuat, denyut jantung janin (DJJ) 144-148x/menit regular. Pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan 7-8 cm, selaput ketuban (-), kepala station +2. Hasil laboratorium didapatkan nilai hemoglobin 10.2 g/dL, leukosit 11770 mm³, hematokrit 29.6% dan trombosit 178000/mm³. Pasien didiagnosa dengan G1POA0 31-32 minggu kala I fase aktif. Bayi lahir satu jam setelah pemantauan dengan berat badan (BB): 1940 gram, Panjang badan (PB): 44 cm, dan APGAR score (A/S) 7/9, sesuai dengan kehamilan 31-32 minggu. Plasenta lahir lengkap dan terdapat luka episiotomi. Bayi dirawat di ruang NICU level 1, tanpa alat bantu nafas.

Selama kehamilan pasien melakukan *antenatal care* (ANC) sebanyak 5 kali di bidan. Ini merupakan kehamilan yang tidak diharapkan dan diluar pernikahan. Saat ini pasien tinggal bersama orangtua dan dua saudara kandung lainnya. Pasien telah menikah pasca mengetahui dirinya hamil, namun suami saat ini belum bekerja dan masih tinggal bersama orangtuanya.

DISKUSI

Kehamilan remaja didefinisikan sebagai kehamilan yang terjadi pada rentang usia 10-19 tahun, dibagi menjadi remaja awal (10-14 tahun) dan

remaja lanjut (15-19 tahun).^{2,3} Kondisi ini merupakan kondisi kesehatan kompleks yang membutuhkan penanganan multidisiplin. Tahap perkembangan remaja ditandai adanya transisi signifikan dari faktor biologis dan psikososial. Perubahan biologis termasuk perkembangan neurobiologis, perubahan hormonal dan perubahan fisik sedangkan perubahan psikososial dikaitkan dengan kesehatan mental.⁶

Faktor biologis pada kehamilan remaja meliputi perubahan hormonal dan perubahan fisik yang belum siap dalam menghadapi kehamilan yang menyebabkan imaturitas ginekologis ibu (serviks pendek berukuran < 25 mm dan volume uterus kecil) dan kecenderungan terkena infeksi yang lebih tinggi akibat kesadaran ANC yang kurang. Kekurangan kesadaran melakukan pemeriksaan prenatal, dukungan sosial dan malnutrisi dilaporkan sebagai penyebab meningkatnya komplikasi obstetri dan neonatal pada kehamilan remaja. Kebanyakan ibu hamil di usia remaja mengalami kekurangan nutrisi saat kehamilan. Kondisi ini disebabkan karena kebiasaan makan yang tidak baik pada remaja, termasuk kecenderungan memiliki berat badan ideal, melewatkan waktu makan, dan konsumsi makanan cepat saji.⁵ Nutrisi merupakan hal yang penting bagi pertumbuhan janin dan secara langsung berkaitan dengan antropometri maternal dan volume plasenta. Kebutuhan asupan vitamin seperti vitamin A dan C, asam folat, zat besi, kalsium dan zink sangat diperlukan pada kehamilan namun umumnya kurang terpenuhi pada kehamilan remaja. Kekurangan zat besi merupakan tipe malnutrisi yang paling sering ditemui pada kehamilan remaja sehingga menyebabkan terjadinya anemia.⁹ Pada sebuah penelitian ditemukan prevalensi terjadinya preeklamsia lebih banyak pada kehamilan remaja dibandingkan kehamilan dewasa. Penyebabnya kemungkinan penurunan dari penggunaan asam folat pada kehamilan remaja.⁷ Kondisi medis lain yang dapat terjadi berupa persalinan prematur, kehamilan berikutnya dalam jarak berdekatan, bayi dengan berat badan lahir rendah dan kematian neonatus.

Faktor psikososial merupakan faktor penting yang mempengaruhi kondisi kesehatan ibu dan

bayi pada kondisi kehamilan remaja. Angka pemeriksaan antenatal dilaporkan lebih rendah pada kehamilan remaja dengan usia dewasa akibat beberapa penyebab seperti kurangnya pengetahuan tentang pentingnya pemeriksaan prenatal, riwayat sebagai korban dari kekerasan, keinginan untuk menyembunyikan kehamilannya, keinginan untuk melakukan aborsi, pandangan kurang baik dari pemeriksa kesehatan dan orang dewasa hingga permasalahan finansial. Ketidaktahuan atau keterlambat untuk melakukan pemeriksaan prenatal berhubungan dengan hasil maternal, obstetri dan neonatal yang buruk.⁹ Selain itu, remaja yang telah melahirkan dan mengasuh anak cenderung memiliki permasalahan psikososial dibandingkan ibu dewasa. Aspek sosio-ekonomi yang sering dihadapi antara lain kemiskinan, ketergantungan dengan bantuan sosial, tingkat pendidikan yang rendah (cenderung putus sekolah), keahlian mengasuh yang buruk dan akses yang terbatas terhadap pelayanan kesehatan.⁸ Tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan kurangnya keterampilan, kualifikasi dan kesempatan kerja yang berdampak pada meningkatnya jumlah pengangguran dan kemiskinan di suatu negara.¹⁰ Pada kasus ini pasien mengalami persalinan pada usia kehamilan prematur (31-32 minggu) dengan berat badan bayi lahir rendah. Kehamilan ini merupakan kondisi yang tidak diharapkan dan terjadi diluar pernikahan. Setelah melahirkan ibu tidak melanjutkan pendidikan dan lanjut merawat anak bersama orangtuanya. Kondisi ini sesuai dengan komplikasi yang mungkin didapat dengan kehamilan remaja sehingga membutuhkan penanganan multidisiplin yang kompleks.

Penggunaan kontrasepsi pada kehamilan remaja

Akibat banyaknya kemungkinan komplikasi yang terjadi pada kehamilan remaja baik sebelum dan setelah persalinan menjadikan remaja sebagai seorang reseptor pemberian LARC (*Long-acting reversible contraception*). Penggunaan LARC disarankan segera setelah melahirkan.¹¹ Remaja cenderung memiliki risiko tinggi terjadinya pengulangan kehamilan dalam waktu yang cepat

yang dapat meningkatkan risiko terjadinya persalinan prematur, *stillbirth*, berat badan lahir rendah dan APGAR score yang rendah. Selain itu ibu pada usia remaja yang memiliki 2 atau lebih anak dalam 5 tahun cenderung ketergantungan dengan bantuan dinas sosial, melupakan pendidikannya dan mengandung anak lebih banyak.¹¹ *The American College of Obstreticians and Gynecologists* (ACOG) dan *The American Academy Of Pediatrics* (AAP) mendukung penggunaan alat kontrasepsi dalam rahim (IUD) dan *implant* sebagai pilihan kontrasepsi untuk remaja. Karena keamanan dan keefektifan penggunaannya. Penggunaan kontrasepsi pada remaja setelah melahirkan merupakan elemen penting pada perawatan prenatal sesuai standar untuk meningkatkan hasil luaran yang baik pada kehamilan remaja.

KESIMPULAN

Kehamilan remaja merupakan kehamilan dengan risiko tinggi dengan permasalahan kompleks dari faktor biologis maupun psikososial yang membutuhkan penanganan multidisiplin. Kehamilan remaja berhubungan dengan peningkatan risiko terjadinya komplikasi maternal dan fetal termasuk kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, preeklamsia, malnutrisi, anemia, APGAR score rendah dan kematian perinatal. Penggunaan kontrasepsi LARC disarankan untuk digunakan segera setelah lahir pada kehamilan remaja untuk memberikan jarak pada kehamilan berikutnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Johnson W, Moore SE. Adolescent pregnancy, nutrition and health outcomes in low- and middle-income countries: what we know and what we don't know. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2016; 123: 1589-1592.
2. Kanyinga F.B., Valerio, E.G., Bosa V, L., Alfama, C, O., Sperb, M., Capp, E., et al. Adolescent pregnancy; maternal and fetal outcomes

- in patients with and without preeclampsia. *Pregnancy Hypertension; An International Journal of Women's Cardiovascular Health*. 2017; (16): 30326-9.
3. Butchon R, Liabsuetrakul T, McNeil E, Suchonwanich Y. Birth rates and pregnancy complications in adolescent pregnant women giving birth in the hospitals of Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2014; 97(8): 785-90
 4. Raj A. D., Rabi B., Amudha P., Edwin R V., T., Glyn C. Factors Associated with teenage pregnancy in south asia; a systematic review. *Health Science Journal*. 2010; 4(1): 3-14.
 5. World Health Organization. Adolescent Pregnancy. Fact sheet. 2014.
 6. Siegel R.S., Brandon A. R., Adolescents, Pregnancy and Mental Health. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2014; 27: 138-150.
 7. Kirbas A., Gulerman H. C., Daglar K. Pregnancy in adolescent: Is it an obstetrical risk?. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015; (15): 00448-9.
 8. Madigan S., Wade M., Tarabulsy G., Jenkins J. M., Shouldice M. Association Between Abuse History and Adolescent Pregnancy: A Meta-analysis. *J Adolesc Health*. 2014; 55: 151-15
 9. Fleming N., Ottawa, O'Driscoll T., Lookout S., Becker G., Calgary., et. Al. Adolescent Pregnancy Guidelines. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015; 37(8): 740-756.
 10. Wodon Q, Male C, Nayihouba A, Onagoruwa A, Savadogo A, Yedan A, et al. Economic impacts of child marriage: global synthesis report 2017[cited 2018 Nov 3rd]. Available from : <http://disde.minedu.gob.pe/bitstream/handle/MINEDU/5588/Economic%20impacts%20of%20child%20marriage%20global%20synthesis%20report.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 11. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2014;121:40-8.
 12. Kawakita, T., Wilson K., Grantz K., L. Landy H. J., Huang C. C., Lobo V. G. Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2016; 130-136.
 13. Han L., Teal S. B., Sheeder J., Tocce K. Preventing repeat pregnancy in adolescents: is immediate postpartum insertion of the contraceptive implant cost effective?. *Am J Obstet Gynecol*. 2014; 210: 1.e1-1.e7.