
RISIKO KEHAMILAN REMAJA DI KALIMANTAN SELATAN TAHUN 2022

Oleh

Rafidah First Author¹⁾, Yuniarti Author²⁾, Erni Yuliasuti³⁾, Hapisah⁴⁾**^{1,2,3,4}Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Banjarmasin****Jalan Mistar Cokrokusumo No.1A Banjarbaru****Email: 1rafidahendro@gmail.com****Abstract**

Kehamilan pada usia remaja cenderung mengalami beberapa permasalahan dalam kehamilannya. Beberapa permasalahan yang mungkin terjadi seperti mengalami kenaikan berat badan yang berlebihan, persalinan lama, *toksemia gravidarum*, seksio caesaria, laserasi serviks, persalinan prematur dan bayi yang dilahirkan mempunyai berat di bawah 2.501 gram. Hal tersebut mungkin berhubungan dengan masalah gizi. Risiko kematian kehamilan remaja meningkat saat hamil dan bersalin 5 kali lipat pada usia 10-14 tahun dan 2 kali lipat pada usia 15-19 tahun (Badan Pusat Statistik, 2020). Berdasarkan data dari Susenas tahun 2018, sebesar 14,61% remaja perempuan di Indonesia yang memiliki usia kurang dari 20 tahun melahirkan bayi dengan kondisi BBLR. Angka ini lebih tinggi dibandingkan pada persentase perempuan dengan usia lebih dari 20 tahun yang melahirkan bayi BBLR (12,43%). Penelitian bertujuan menganalisis risiko apa saja pada outcome kehamilan remaja di Kalimantan Selatan tahun 2022. Jenis penelitian observasional dengan rancangan *cross sectional study*. Populasi penelitian seluruh ibu hamil yang telah melahirkan dari 1 Januari sampai dengan 30 Agustus 2021 di Propinsi Kalimantan Selatan pada 6 Kabupaten / Kota yaitu Balangan, Hulu Sungai Tengah, Tapin, Banjar, Banjarbaru dan Banjarmasin. Hasil penelitian didapatkan tidak ada hubungan antara BBLR dengan kehamilan remaja nilai p value 0,5. Dengan OR 1,3 artinya risiko BBLR pada kehamilan remaja 1,3, tidak ada hubungan antara asfiksia dengan kehamilan remaja nilai p value 0,07. Dengan OR 1,3 artinya risiko asfiksia pada kehamilan remaja 1,2. ada hubungan antara kelainan kongenital dengan kehamilan remaja nilai p value 0,023. Dengan OR 10,2 artinya risiko kelainan kongenital pada kehamilan remaja 10,2

Kata Kunci: Resiko, Kehamilan Remaja, Kalimantan Selatan**PENDAHULUAN**

Kehamilan pada usia remaja cenderung mengalami beberapa permasalahan dalam kehamilannya. Beberapa permasalahan yang mungkin terjadi seperti mengalami kenaikan berat badan yang berlebihan, persalinan lama, *toksemia gravidarum*, seksio caesaria, laserasi serviks, persalinan prematur dan bayi yang dilahirkan mempunyai berat di bawah 2.501 gram. Hal tersebut mungkin berhubungan dengan masalah gizi. Anak remaja masih membutuhkan gizi yang adekuat dalam periode pertumbuhannya, sementara itu janin di dalam kandungannya juga membutuhkan gizi yang cukup agar dapat tumbuh secara sempurna (Wallace et al., 1973). Kehamilan pada usia

remaja sebagai salah satu faktor yang meningkatkan risiko BBLR. Hamil usia remaja lebih cenderung untuk melakukan kunjungan antenatal yang tidak teratur sehingga meningkatkan risiko kejadian BBLR (Kemenkes RI, 2019). Remaja usia < 20 tahun secara fisiologis dan emosional belum sepenuhnya matang dan dianggap berisiko karena organ reproduksidianggap belum begitu siap untuk menerima kehamilan, secara kejiwaan ibu muda relatif belum siap untuk hamil (Schuyler Center for Analysis and Advocacy (SCAA), 2018).

Penelitian yang dilakukan Dennis & Mollborn (2013), dengan studi case control didapatkan hamil diusia remaja memiliki risiko

kelahiran BBLR 4,1 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu hamil usia ≥ 20 tahun. Indikator derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat dapat dilihat dari Angka kematian Ibu (AKI). World Health Organization (WHO) memperkirakan 830 perempuan didunia dan di Indonesia 38 ibu meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan proses kelahiran (WHO, 2019). Salah satu penyebab kematian ibu adalah kehamilan risiko tinggi di antaranya kehamilan remaja. Risiko kematian kehamilan remaja meningkat saat hamil dan bersalin 5 kali lipat pada usia 10-14 tahun dan 2 kali lipat pada usia 15-19 tahun (Badan Pusat Statistik, 2020). Berdasarkan data dari Susenas tahun 2018, sebesar 14,61% remaja perempuan di Indonesia yang memiliki usia kurang dari 20 tahun melahirkan bayi dengan kondisi BBLR. Angka ini lebih tinggi dibandingkan pada persentase perempuan dengan usia lebih dari 20 tahun yang melahirkan bayi BBLR (12,43%). Hasil Susenas tahun 2019, sebesar 14,93% remaja perempuan usia kurang dari 20 tahun melahirkan bayi BBLR. Kemudian berdasarkan hasil Susenas tahun 2020, persentase remaja perempuan dengan usia kurang dari 20 tahun yang melahirkan bayi BBLR naik menjadi 15,74%. Menurut data dari Profil Kesehatan Indonesia tahun 2019, kasus kematian balita usia 0-59 bulan paling banyak terjadi pada usia 0-28 hari (neonatal), yaitu 20.244 jiwa dengan persentase sebesar 69% dengan penyebab kematian neonatal tertinggi karena terjadi kondisi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dengan jumlah 7.150 jiwa (35,3%). Penyebab terjadinya BBLR dikarenakan beberapa faktor, antara lain faktor demografi ibu yaitu ras, tingkat pendidikan, kebiasaan ibu yang merokok, konsumsi alkohol, status pekerjaan (bekerja atau tidak bekerja), pengetahuan ibu tentang kehamilan, tingkat ekonomi, dan kondisi stress selama hamil. Faktor maternal yang berkaitan dengan kejadian BBLR yaitu usia ibu saat hamil (<20 tahun atau >35 tahun), paritas atau jumlah anak yang dilahirkan (ibu dengan paritas >4 kali berisiko melahirkan

BBLR), jarak kehamilan <2 tahun, riwayat BBLR, penambahan berat badan ibu, usia kehamilan, pemeriksaan Antenatal Care terkait dengan kuantitas jumlah kunjungan ibu hamil dan kualitas pelayanan yang sesuai dengan standar untuk mendeteksi dini gangguan.

Terjadi kehamilan remaja ada hubungannya dengan perkawinan anak dengan usia kurang dari 18 tahun. Di Indonesia keadaan perkawinan ini masih tinggi tahun 2018, dari 9 anak 1 perempuan usia 20-24 telah melakukan pernikahan pada masa remaja yang diperkirakan mencapai sekitar 1.220.900 sehingga angka ini menempatkan Indonesia pada 10 negara dengan angka absolut perkawinan anak tertinggi di dunia. Tingginya angka ini disumbangkan oleh beberapa propinsi antara lain dari Kalimantan Selatan tahun 2015 mencapai 23,19% dan tahun 2018 menjadi 17,6%. Angka ini memang terjadi penurunan namun masih tergolong cukup tinggi dan berada di atas rata-rata Nasional yaitu 11,2% (Badan Pusat Statistik, 2020). Penelitian yang dilakukan Serilaila dkk (2021), didapatkan faktor risiko yang berhubungan dengan risiko kehamilan remaja adalah pengetahuan tentang deteksi dini komplikasi dan tanda bahaya kehamilan dan anemia.

LANDASAN TEORI

Kehamilan remaja terjadi pada wanita usia 14-20 tahun baik pada remaja yang menikah maupun yang belum menikah. Kehamilan usia remaja memberikan risiko yang sangat tinggi terhadap kematian ibu dan bayi hal ini dikarenakan kehamilan pada usia remaja bisa menyebabkan terjadinya perdarahan pada saat hamil yang berisiko terhadap kematian ibu (Fallis, 2013). Risiko kematian kehamilan remaja meningkat saat hamil dan bersalin 5 kali lipat pada usia 10-14 tahun dan 2 kali lipat pada usia 15-19 tahun (Badan Pusat Statistik, 2020). Tingginya proporsi kehamilan usia remaja disebabkan oleh berbagai faktor seperti, pengetahuan tentang seksualitas yang kurang, sosial

ekonomi yang rendah, pengaruh pergaulan dengan teman sebaya yang negatif faktor sosiodemografi, hubungan antar keluarga, status perkembangan, kebutuhan terhadap perhatian, serta penyalahgunaan obat-obatan terlarang (Tubung Y, dkk, 2013)

Kehamilan pada remaja banyak meningkatkan risiko komplikasi baik pada ibu maupun janin berupa: preeklamsia berat, eklamsia, perdarahan postpartum, pertumbuhan janin rendah, dan gawat janin yang merupakan penyebab langsung kematian ibu dan janin (Cavazos-Rehg et al., 2015). Penelitian lain menambahkan beresiko anemia, persalinan preterm (Leppälähti, et al; 2013). Selain itu meningkatkan kehamilan tidak dikehendaki dan melakukan aborsi tidak aman sehingga memicu kematian ibu dan janin (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian observasional dengan rancangan cross sectional study. Populasi penelitian seluruh ibu hamil yang telah melahirkan dari 1 Januari sampai dengan 30 Agustus 2021 di Propinsi Kalimantan Selatan pada 6 Kabupaten / Kota yaitu Balangan, Hulu Sungai Tengah, Tapin, Banjar, Banjarbaru dan Banjarmasin. Instrumen penelitian ini adalah register dan jenis data yang digunakan adalah data sekunder. Analisis data meliputi analisa univariat untuk memperoleh gambaran distribusi dari masing-masing variabel yaitu Bayi Berat Lahir Rendah, Usia hamil, umur kehamilan, paritas dan pendidikan ibu. Analisis bivariat dilakukan dengan uji Chi Square untuk mengetahui adanya pengaruh antara variabel bebas dan variabel terikat dan perhitungan odds ratio (OR).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kehamilan Remaja

Hasil penelitian didapatkan kehamilan remaja pada umur 12-15 tahun berjumlah 25

orang (16,8%) dan umur 16-19 tahun berjumlah 124 orang (83,2%).

Kehamilan pada usia remaja cenderung mengalami beberapa permasalahan dalam kehamilannya. Beberapa permasalahan yang mungkin terjadi seperti mengalami kenaikan berat badan yang berlebihan, persalinan lama, toksemia gravidarum, seksio caesaria, laserasi serviks, persalinan prematur dan bayi yang dilahirkan mempunyai berat di bawah 2.501 gram. Hal tersebut mungkin berhubungan dengan masalah gizi. Anak remaja masih membutuhkan gizi yang adekuat dalam periode pertumbuhannya, sementara itu janin di dalam kandungannya juga membutuhkan gizi yang cukup agar dapat tumbuh secara sempurna (Wallace et al., 1973). Kehamilan pada usia remaja sebagai salah satu faktor yang meningkatkan risiko BBLR. Hamil usia remaja lebih cenderung untuk melakukan kunjungan antenatal yang tidak teratur sehingga meningkatkan risiko kejadian BBLR (Kemenkes RI, 2019).

Berat Badan Lahir Rendah dengan Kehamilan Remaja

Hasil penelitian didapatkan responden yang melahirkan BBLR sebanyak 13 orang (15,3%) dan tidak BBLR sebanyak 127 orang (84,7%). Uji statistic didapatkan tidak ada hubungan antara BBLR dengan kehamilan remaja nilai p value 0,5. Dengan OR 1,3 artinya risiko BBLR pada kehamilan remaja 1,3 . Penelitian yang dilakukan Dennis & Mollborn (2013), dengan studi case control didapatkan hamil diusia remaja memiliki risiko kelahiran BBLR 4,1 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu hamil usia ≥ 20 tahun. Indikator derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat dapat dilihat dari Angka kematian Ibu (AKI). World Health Organization (WHO) memperkirakan 830 perempuan didunia dan di Indonesia 38 ibu meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan proses kelahiran (WHO, 2019). Salah satu penyebab kematian ibu adalah kehamilan risiko tinggi di antaranya kehamilan remaja. Risiko kematian

kehamilan remaja meningkat saat hamil dan bersalin 5 kali lipat pada usia 10-14 tahun dan 2 kali lipat pada usia 15-19 tahun (Badan Pusat Statistik, 2020). Bayi dengan berat badan <2500 gram berdampak buruk pada kesehatan, mempunyai risiko 20 kali mengalami kematian dibandingkan dengan bayi berat lahir cukup atau ≥ 2500 gram. Bayi berat lahir rendah dapat disebabkan karena kelahiran prematur (short gestational age) atau pertumbuhan janin terhambat (IUGR) dalam kandungan (UNICEF & WHO, 2014).

Asfiksia dengan kehamilan remaja

Hasil penelitian didapatkan responden yang melahirkan bayi dengan asfiksia berjumlah 14 orang (9,3% dan tidak mengalami asfiksia sebanyak 136 orang (90,7%). Uji statistic didapatkan tidak ada hubungan antara asfiksia dengan kehamilan remaja nilai p value 0,07. Dengan OR 1,3 artinya risiko asfiksia pada kehamilan remaja 1,2. Asfiksia neonatorum adalah keadaan bayi yang tidak dapat bernapas spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan O₂ dan makin meningkatnya CO₂ yang menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lebih lanjut (Jumiarni, Mulyati, & Nurlina, 2016).

Bayi yang dilahirkan dan mengalami asfiksia kemungkinan disebabkan Faktor ibu meliputi hipoksia pada ibu yang terjadi karena hipoventilasi akibat pemberian obat analgetika atau anastesia dalam, usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, gravida empat atau lebih, sosial ekonomi rendah, setiap penyakit pembuluh darah ibu yang mengganggu pertukaran gas janin seperti: kolesterol tinggi, hipertensi, hipotensi, jantung, paru-paru / TBC, ginjal, gangguan kontraksi uterus dan lain-lain. Faktor plasenta meliputi solusio plasenta, perdarahan plasenta, plasenta kecil, plasenta tipis, plasenta tidak menempel pada tempatnya. Faktor janin atau neonatus meliputi tali pusat menubung, tali pusat melilit leher, kompresi tali pusat antara janin dan jalan lahir, gemeli, IUGR, premature, kelainan kongenital pada neonatus dan lain-

lain. Faktor persalinan meliputi partus lama, partus dengan tindakan, dan lain-lain.

Kelainan Kongenital dengan kehamilan remaja

Hasil penelitian didapatkan responden yang melahirkan bayi dengan kelainan kongenital berjumlah 3 orang (2%) dan tidak mengalami kelainan kongenital sebanyak 147 orang (98%). Uji statistic didapatkan ada hubungan antara kelainan kongenital dengan kehamilan remaja nilai p value 0,023. Dengan OR 10,2 artinya risiko kelainan kongenital pada kehamilan remaja 10,2. Kelainan kongenital atau bawaan adalah kelainan yang sudah ada sejak lahir yang dapat disebabkan oleh faktor genetik maupun non genetic. Anomali kongenital disebut juga cacat lahir, kelainan kongenital atau kelainan bentuk bawaan (Effendi, 2014). Kelainan mayor adalah kelainan yang memerlukan tindakan medis segera demi mempertahankan kelangsungan hidup penderitanya. Kelainan minor adalah kelainan yang tidak memerlukan tindakan medis. Kelainan kongenital yang terjadi kemungkinan disebabkan karena beberapa faktor yang diduga dapat memengaruhi terjadinya kelainan kongenital antara lain kelainan genetik dan kromosom.

Kelainan genetik pada ayah atau ibu kemungkinan besar akan berpengaruh atas kelainan kongenital pada anaknya. Kelainan-kelainan ini ada yang mengikuti hukum Mendel tetapi dapat pula diwarisi oleh bayi yang bersangkutan sebagai unsur dominan (dominant traits) atau kadang-kadang sebagai unsur resesif. Tekanan mekanik pada janin selama kehidupan intrauterin dapat menyebabkan kelainan bentuk organ tubuh hingga menimbulkan deformitas organ tersebut. Faktor predisposisi dalam pertumbuhan organ itu sendiri akan mempermudah terjadinya deformitas suatu organ. Sebagai contoh deformitas organ tubuh ialah kelainan talipes pada kaki seperti talipes varus, talipes valgus, talipes equinus dan talipes equinovarus (club foot). Faktor Infeksi yang

dapat menimbulkan kelainan kongenital ialah infeksi yang terjadi pada periode organogenesis yakni dalam trimester pertama kehamilan. .

Adanya infeksi tertentu dalam periode organogenesis ini dapat menimbulkan gangguan dalam pertumbuhan suatu organ tubuh. Infeksi pada trimester pertama di samping dapat menimbulkan kelainan kongenital dapat pula meningkatkan kemungkinan terjadinya abortus. Sebagai contoh infeksi virus Toxoplasmosis Other Viruses Rubela Cytomegalovirus Herpes Simpleks (TORCH). Ibu yang menderita infeksi toksoplasmosis berisiko 12% pada usia kehamilan 6-17 minggu dan 60% pada usia kehamilan 17-18 minggu. Menurut Karin (2018) jika sistem kekebalan tubuh ibu baik biasanya tidak menimbulkan gejala yang jelas. Pada umumnya gejala yang timbul seperti sakit kepala, nyeri otot, demam dan cepat lelah.

PENUTUP

Kesimpulan

Responden sebagian besar tidak melahirkan BBLR sebanyak 127 orang (84,7%) dan tidak ada hubungan antara BBLR dengan kehamilan remaja dengan OR 1,3

Responden sebagian besar bayi tidak mengalami asfiksia sebanyak 136 orang (90,7%) dan tidak ada hubungan antara asfiksia dengan kehamilan remaja dengan OR 1,2.

Responden sebagian besar melahirkan bayi tidak mengalami kelainan kongenital sebanyak 147 orang (98%) dan tidak ada hubungan antara kelainan kongenital dengan kehamilan remaja dengan OR 10,2

Saran

Melakukan peningkatan promosi kesehatan tentang akibat atau dampak kehamilan remaja melalui petugas kesehatan, petugas KUA dan tokoh masyarakat kepada anak-anak dan remaja serta kelompok risiko tinggi melalui media informasi baik individu, kelompok dan masyarakat.

Memberikan layanan khusus pada ibu hamil remaja dengan memperhatikan kebutuhan fisik, psikis dan social.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] BKKBN (2013) Panduan Pelaksanaan Kegiatan Bina Keluarga Balita (BKB) Yang Terintegrasi Dalam Rangka Penyelenggaraan Pengembangan Anak Usia Dini Holistik Integratif. Jakarta: Bidang Keluarga Sejahtera dan Pemberdayaan Keluarga.
- [2] Dennis, J., & Mollborn, S (2013) Young Maternal Age and Low Birth Weight Risk: An Exploration of Racial/Ethnic Disparities in The birth Outcomes of Mothers in The United State. The Social Science Journal, 50(4), 625-634.
- [3] Kemenkes RI. (2014) Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013. Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- [4] Kemenkes RI. (2011) Modul Pelatihan Pelayanan Kesehatan Pedul Remaja (PKPR) Bagi Tenaga Kesehatan. Jakarta : Ditjen Bina Gizi dan KIA Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- [5] Kosim (2012) Buku ajar Neonatologi. Jakarta : Badan Penerbit IDAI
- [6] Wallace, H.M., Gold,E.M., Lis,E.F. (1973) Maternal and Child Health Practise.
- [7] Charles C Thomas Publisher. Illionis USA
- [8] WHO & UNICEF (2013) Improving Child Nutrition The Achievable For Global Progress. New York: UNICEF. Diakses dari www.inicef.org/publications/index.html
- [9] WHO (2015) care of The Preterm and/or Low-Birth-Weight Newborn. Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. From http://www.who.int/maternal_child_adol escent/topics/newborn/care_of_preterm/en

- [10] Badan Pusat Statistik. (2020). Pencegahan Perkawinan Anak percepatan yang tidak bisa di tunda. Badan Pusat Statistik, 0–44.
- [11] Badan Pusat Statistik Provinsi Kalimantan Selatan. (2020). Statistik kesejahteraan rakyat. In Badan Pusat Statistik Kalimantan Selatan. <https://tangselkota.bps.go.id/publication/download.html?nrbvfeve=MzI5MDNmZGI0MDMyZTAwNW50DYyZDk1&xzmn=aHR0cHM6Ly90YW5nc2Vsa290YS5icHMuZ28uaWQvcHVibGljYXRpb24vMjAxOS8xMi8zMC8zMjkwM2ZkYjQwMzJlMDA1Yzk4NjJkOTUvc3RhdGlzLWtldGVhYWh0ZXJhYW4tcmFrZW50LWtvdGEt>
- [12] BKKBN, BPS, & Kemenkes RI. (2018). Survei Demografi Kesehatan Indonesia. Usaid, 1–606.
- [13] Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Bommarito, K., Madden, T., Olsen, M. A., Subramaniam, H., Peipert, J. F., & Laura Jean Bierut. (2015). Maternal Age and Risk of Labor and Delivery Complications. 1202–1211. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1624-7>
- [14] Dinas Kesehatan Kalimantan Selatan. (2019). Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2018. Dinas Kesehatan Kalimantan Selatan.
- [15] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). infodatin Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja.
- [16] Kesehatan, K. K. B. L. (2014). Pendampingan Ibu Hamil: Upaya Optimalisasi Pengabdian Masyarakat Oleh Mahasiswa. 1–4. <http://dinkes.sidoarjo.kab.go.id/tag/posyandu/>
- [17] Serilaila, Yuniarti, S., Kurniawati, P. S., & Simbolon, D. (2018). Determinan Komplikasi Obstetri Di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012). Skala Kesehatan, 9(2). <https://ejournalskalakesehatan-poltekkesbjm.com/index.php/JSK/article/download/155/118/>
- [18] Skouteris, H., Mcphie, S., Hill, B., McCabe, M., Milgrom, J., Kent, B., Bruce, L., Herring, S., Gale, J., Mihalopoulos, C., Shih, S., Teale, G., & Lachal, J. (2016). Health coaching to prevent excessive gestational weight gain : A randomized-controlled trial. 21, 31–51. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12154>
- [19] Serilaila, Hapisah, Rafidah. (2021). Pengembangan Metode Health Coaching Kepada Calon Pengantin Wanita Remaja Terhadap Risiko Tinggi Kehamilan di Kalimantan Selatan. Laporan Penelitian.