

Gambaran Epidemiologi Klinik Kehamilan Remaja di RS Immanuel Bandung

Ucke S. Sastrawinata

*Bagian / KSM Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran,
Universitas Kristen Maranatha / RS Immanuel, Bandung*

Abstract

To evaluate prevalence, medical characteristic alterations, maternal dan perinatal outcomes in teenage pregnancies at Immanuel Hospital Bandung during the period of January 1st 2001 to December 31st 2005.

A retrospective study of 265 teenage pregnancies at Obstetric and Gynecology Department Immanuel Hospital Bandung was performed during the period of 2001 to 2005

During the period of January 1st 2001 to December 31st 2005, 265 teenage pregnancies were identified among 5888 deliveries or abortions. The prevalence of teenage pregnancies was 4.5%. Overall antenatal visits in 24.35% cases were poor (less than 3 times). Unmarried teenagers were found in 16.23% cases and this condition was found to correlate with a higher incidence of septic abortions (20.83%), preeclampsia, and operative deliveries (51,30%). Caesarean deliveries with indications of Cephalo Pelvic Disproportion were found mainly in the teenage pregnancies (22,92%), Case Fatality Ratio was found as high as 3,17%. Small for gestational age babies were found in 17,62% cases. APGAR scores with asphyxia findings were found in 17,62% cases, and Intra Uterine Fetal Death were found in 8,81% cases. These findings were significantly higher compared to the prevalence of complicated deliveries and perinatal poor outcomes found in the optimal age of pregnancy.

The prevalence of teenage pregnancies at Immanuel Hospital Bandung during 2001 to 2005 was found to have an increasing tendency. The prevalence of complicated pregnancies and perinatal poor outcomes were significantly higher compared to those in the optimal age of pregnancy. Thus, teenage pregnancy was shown to be an important factor in determining the risks of complicated deliveries.

Keywords: Teenage pregnancies, medical characteristics, maternal and perinatal outcomes.

Pendahuluan

Latar Belakang

Pada beberapa dekade terakhir kehamilan remaja telah menjadi masalah kesehatan yang penting di banyak negara di dunia, baik Negara maju maupun berkembang. Walaupun sebenarnya kehamilan remaja bukan merupakan fenomena baru, karena banyak masyarakat di Asia, Timur Tengah dan Afrika Utara yang menganut tradisi menikahkan anak remajanya pada usia yang sangat muda.

Angka kejadian kehamilan remaja pada tahun 1998 per 1000 wanita usia 15-19 tahun rata-rata di Asia Selatan, Asia Timur dan Pasifik adalah 56, bervariasi dari 4 di Jepang dan 115 di Bangladesh. Angka kejadian kehamilan remaja di Indonesia menurut WHO adalah 58, tergolong tinggi dibandingkan 26 di Malaysia dan 40 di Filipina.¹

Rumah Sakit Immanuel sebagai salah satu rumah sakit rujukan di Bandung menerapkan Strategi Pendekatan Risiko (*Risk Approach*

Strategy) secara komprehensif dengan menangani kasus-kasus kehamilan yang dianggap berisiko tinggi termasuk kehamilan remaja. Penelitian ini dilakukan untuk melihat gambaran epidemiologi klinik kehamilan remaja di RS Immanuel pada tahun 2001 - 2005.

Rumusan Masalah

Bagaimanakah kecenderungan gambaran epidemiologi klinik kehamilan remaja di RS Immanuel dalam kurun 2001 - 2005 dibandingkan dengan kehamilan usia reproduktif optimal?

Tujuan Penelitian

1. Untuk meneliti prevalensi kehamilan remaja.
2. Untuk meneliti perubahan karakteristik medis kehamilan remaja.
3. Untuk meneliti perubahan luaran ibu dan perinatal kehamilan remaja

Kegunaan Penelitian

1. Untuk menambah data lokal mengenai kesehatan reproduksi

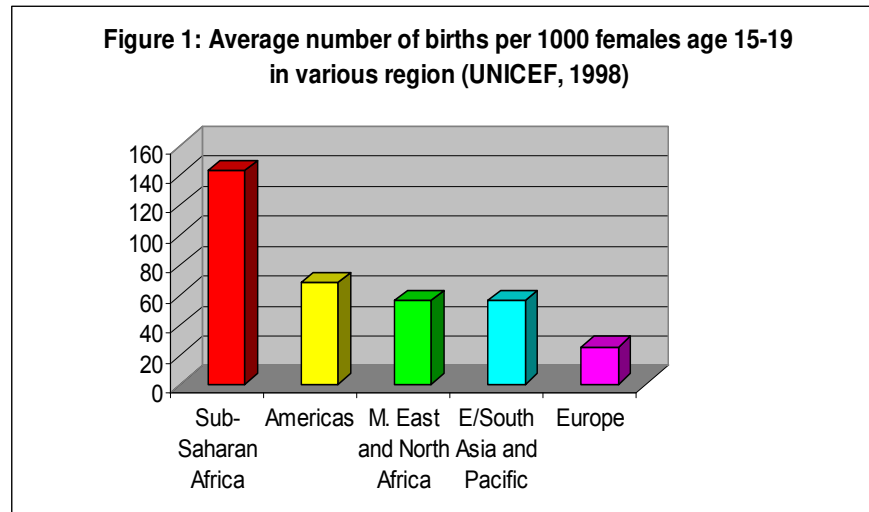
remaja, terutama kehamilan remaja dan permasalahannya.

2. Untuk memperbaiki sistem pelayanan kesehatan reproduksi remaja baik di RS Immanuel dan daerah sekitarnya.

Remaja dan Dunia

Remaja adalah sebuah kelompok yang besar dalam masyarakat, merupakan masa peralihan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa. Masa remaja adalah masa yang paling rawan, keadaan fisik yang matang terkadang tidak dibarengi oleh mental dan cara berpikir yang seimbang matang. Pengetahuan mengenai seks dan kesehatan reproduksi di kalangan remaja sangat rendah, sementara kelompok ini sering diabaikan dalam pelayanan kesehatan reproduksi.

UNICEF dan Divisi regional UNFPA pada tahun 1998 mendapatkan tabel kehamilan remaja di beberapa daerah negara.



Gambar 1. Rata-rata jumlah persalinan kehamilan remaja per 1000 wanita usia 15-19 tahun di beberapa daerah. Dikutip dari (1)

Tabel diagram diatas menunjukkan kehamilan remaja tertinggi di negara-negara Afrika sub-Sahara. Rata-rata kehamilan remaja per 1000 wanita usia 15-19 tahun di Afrika sub-Sahara adalah 143, bervariasi dari 45 di Mauritius sampai 229 di Guinea. Angka ini sangat tinggi dibandingkan rata-rata angka di dunia sebesar 65.

Angka kejadian kehamilan remaja pada tahun 1998 per 1000 wanita usia 15-19 tahun rata-rata di Asia Selatan, Asia Timur dan Pasifik adalah 56, bervariasi dari 4 di Jepang dan 115 di Bangladesh. Angka kejadian kehamilan remaja di Indonesia menurut WHO adalah 58, tergolong tinggi dibandingkan 26 di Malaysia dan 40 di Filipina.¹

Kehamilan remaja merupakan masalah besar di Indonesia. Survey Kesehatan dan Demografik Indonesia (IDHS) memperlihatkan 9,1% kehamilan remaja pada tahun 1991, 8,9% pada tahun 1994 dan meningkat menjadi 9,4% pada tahun 1997. SDKI juga mengungkapkan terdapat 2,4 juta kasus aborsi di Indonesia pada tahun 2003 dengan 800 kasus diantaranya dilakukan oleh remaja.^{2,3}

Remaja dan masyarakat

Kelompok remaja adalah kelompok masyarakat yang besar, kelompok yang baru beralih dari anak-anak menuju dewasa. Selama masa remaja, orang-orang muda ini mengembangkan identitas orang dewasa, mereka bergerak ke arah fisik dan kedewasaan psikologis, dan mandiri secara ekonomis.

Aktivitas seksual remaja

Urbanisasi dan peningkatan populasi yang cepat merupakan tekanan

atas tingkat kesehatan nasional, pendidikan dan infrastruktur sosial dan selanjutnya akan mengurangi akses kebutuhan dasar. Urbanisasi dan pertumbuhan populasi juga secara dramatis mengubah budaya tradisional dan struktur keluarga yang juga akan mengubah norma-norma perilaku seksual.

Aktivitas seksual akan meningkatkan kehamilan yang tidak dikehendaki dan membuat mereka berhadapan dengan stigma sosial, konflik keluarga, permasalahan dengan sekolah dan kebutuhan potensial untuk upaya pengguguran yang tidak aman.

Setiap tahunnya 15 juta anak remaja usia 15-19 tahun melahirkan, merupakan 1/5 dari jumlah kelahiran dunia. Di negara berkembang, sekitar 40 % perempuan melahirkan sebelum usia 20 tahun. Setiap tahunnya 1 juta-4,4 juta anak remaja di negara berkembang mengalami keguguran/pengguguran, dan kebanyakan tindakan dilakukan oleh tenaga non-medis yang tidak profesional.⁴

Kehamilan remaja

Kehamilan pada masa remaja berhubungan dengan meningkatnya risiko terhadap komplikasi kehamilan dan luaran perinatal yang buruk seperti preeklamsi, berat lahir janin rendah dan prematuritas.¹⁻³

Berdasarkan Survei Sosial Ekonomi Nasional 2002, persentase kehamilan remaja dibawah usia 15 tahun propinsi Jawa Barat (18,02%) merupakan salah satu tertinggi di Indonesia dibandingkan DKI Jakarta (6,48%), Jawa Tengah (12,6%) atau D.I.Yogyakarta (5,8%).⁵

Pada kebudayaan suku Sunda perkawinan remaja bukan merupakan

sesuatu yang jarang terjadi, kehamilan-kehamilan ini mendapat dukungan dari pihak keluarga. Dukungan keluarga mempunyai pengaruh baik terhadap luaran kehamilan remaja, tetapi kemiskinan dan rendahnya tingkat pendidikan juga berhubungan erat dengan luaran perinatal yang buruk.
10,22,23

Rendahnya tingkat pendidikan dan status tidak kawin merupakan predisposisi ibu-ibu remaja untuk tidak melakukan asuhan antenatal yang adekuat. Jumlah kunjungan asuhan antenatal yang kurang, hal yang sering ditemukan pada kehamilan remaja, akan dapat menjelaskan tingginya kejadian persalinan prematur, kematian janin antepartum, berat badan lahir rendah dan preeklamsi, karena kelainan-kelainan ini akan sulit terdiagnosis lebih dini dan mendapat penanganan yang kurang adekuat.

Berdasarkan profil statistik kota Bandung 2005, perkawinan wanita usia dibawah 15 tahun menurun dari 9,70% (2001) menjadi 6,67% (2004). Sebanyak 49,75% wanita di kota Bandung menikah di usia 19-24 tahun.²⁴ Beberapa penelitian menunjukkan kecenderungan akan meningkatnya prevalensi kehamilan remaja di Indonesia, hal ini harus ditanggapi serius oleh para pembuat keputusan di bidang kesehatan. Rumah Sakit Immanuel sebagai salah satu rumah sakit rujukan di Bandung mulai menerapkan strategi pendekatan risiko (*risk approach strategy*) secara komprehensif sejak tahun 2001 dengan didirikannya Poliklinik Kebidanan Khusus Risiko Tinggi. Poliklinik ini dikelola oleh dokter spesialis kebidanan dan khusus menangani kasus-kasus kehamilan yang dianggap berisiko tinggi termasuk kehamilan remaja.

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran epidemiologi klinik kehamilan remaja di RS Immanuel selama periode 2001-2005.

Metodologi Penelitian

Penelitian dilakukan dengan menggunakan Rekam medis di Bagian Obstetri Ginekologi RS Immanuel Bandung mulai 1 Januari 2001 sampai 31 Desember 2005.

Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan retrospektif analitik secara potong silang (*cross sectional study*). Analisis statistik menggunakan uji χ^2 untuk membandingkan karakteristik maternal antara dua kelompok usia. Nilai $p < 0,001$ dianggap sangat bermakna, nilai $p < 0,05$ dianggap bermakna, sementara bila $p > 0,005$ dianggap tidak bermakna.

Data yang diambil adalah usia ibu, jumlah kunjungan asuhan antenatal, jenis persalinan, komplikasi kehamilan dan persalinan, berat lahir bayi, dan kematian bayi.

Kasus yang diambil adalah ibu berusia 16-19 tahun yang mengalami keguguran atau melahirkan anak di RS Immanuel pada periode tersebut. Batas bawah usia kehamilan remaja ditentukan 16 tahun karena berdasarkan beberapa penelitian terdahulu secara statistik jumlah ibu hamil berusia dibawah 15 tahun sangat kecil dan agar dapat diperbandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu.

Data-data dibagi berdasarkan 2 kelompok umur, yaitu: 16-19 tahun dan 20-30 tahun. Kelompok usia 20-30 tahun dianggap sebagai kelompok referensi atau kelompok kontrol karena prognosis luaran kehamilan paling baik. Untuk menghindari terjadi bias saat

perhitungan statistik, Ibu berusia 20-30 tahun yaang dimasukkan kedalam kelompok kontrol hanya primigravida, karena pada kelompok kehamilan remaja ternyata hanya didapatkan primigravida.

Kelompok kehamilan remaja usia 16-19 tahun yang melahirkan bayi ≥ 2500 gram dibagi lagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok *booked* yaitu kelompok kehamilan usia remaja dengan pemeriksaan kehamilan ≥ 4 kali di Poli Risti RS Immanuel dan kelompok *non-booked* yaitu kelompok kehamilan remaja dengan pemeriksaan kehamilan di Poli Risti RS Immanuel < 4 kali selama kehamilan.

Batasan-batasan

- Kelompok kehamilan remaja adalah kehamilan pada ibu berusia 16 - 19 tahun yang merupakan kehamilan pertama (primigravida).
- Kelompok kontrol adalah kehamilan pada ibu berusia 20-30 tahun yang merupakan kehamilan pertama (primigravida).
- Prevalensi kehamilan remaja adalah jumlah kehamilan usia 16-19 tahun baik kasus baru maupun lama yang bersalin atau mengalami keguguran di RS Immanuel dibandingkan dengan jumlah total seluruh persalinan dan keguguran pada periode waktu yang sama.
- Kelompok *Booked* (B) adalah kelompok ibu berusia 16-19 tahun yang melakukan pemeriksaan kehamilan di Poli Risti RS Immanuel ≥ 4 kali selama kehamilan.
- Kelompok *Non-booked* (nB) adalah kelompok ibu berusia 16-19 tahun yang melakukan pemeriksaan kehamilan di Poli Risti RS Immanuel < 4 kali selama kehamilan.

- Jumlah kunjungan asuhan antenatal kurang didefinisikan sebagai kurang dari 4 kali kunjungan selama kehamilan.
- Kehamilan dibagi menjadi kehamilan ≤ 20 minggu dan kehamilan > 20 minggu.
- Berat lahir janin dibagi dalam 2 kelompok, yaitu: < 2500 gr dan > 2500 gr.
- Skor APGAR dibagi menjadi skor APGAR ≥ 7 sebagai skor baik, dan APGAR < 6 sebagai skor asfiksia.

Identifikasi Variabel

Variabel bebas

- a. Umur
- b. Paritas
- c. Status perkawinan

Variabel tergantung

- a. Jumlah kunjungan antenatal
- b. Kematian janin
- c. Usia kehamilan saat persalinan
- d. Jenis persalinan
- e. Berat lahir janin

Hasil Penelitian dan Pembahasan

Hasil Penelitian

Penelitian ini menggunakan data-data dari rekam medis Bagian Kebidanan dan Penyakit Kandungan RS Immanuel mulai dari 1 Januari 2001- 31 Desember 2005.

Selama periode penelitian didapatkan 265 kehamilan remaja dari total kehamilan 5888 orang yang bersalin atau mengalami abortus di RS Immanuel Bandung, sehingga prevalensi kehamilan remaja selama periode penelitian ini adalah sebesar 4,50%.

Jumlah kehamilan remaja terdiri dari 193 kasus kehamilan yang mencapai >20 minggu dan 72 kasus kehamilan yang berakhir ≤ 20 minggu. Total kehamilan terdiri dari 5201 kasus kehamilan yang mencapai >20 minggu

dan 687 kasus kehamilan yang berakhir ≤ 20 minggu, angka ini merupakan total persalinan dan abortus di RS Immanuel selama periode 2001-2005.

Dari data diatas kami dapatkan prevalensi kehamilan remaja untuk

kehamilan yang mencapai >20 minggu sebesar 3,71%, dan prevalensi kehamilan remaja untuk kehamilan yang berakhir ≤ 20 minggu adalah 10,48%.

Tabel 1.1. Hubungan kehamilan remaja menurut status perkawinan dan graviditas.

		16-19		
		n	%	
1. Status Kawin				
	Kawin	222	83,77	$\mu^2=3,76$
	Tidak kawin	43	16,23	$\rho=0,052$
2. Graviditas				
	1	265	100.00	
	≥ 2	0	0	

Tabel 1.2. Perbandingan jumlah kunjungan asuhan antenatal pada kelompok kelola dan kelompok kontrol.

		16-19		20-30		nilai
		n	%	n	%	ρ
Asuhan antenatal						
	1-3	47	24,35	76	19,69	$\chi^2=1,67$
	≥ 4	146	75,65	310	80,31	$\rho=0,196$
		193		386		

Tampak pada tabel 1.1. bahwa pada kelompok kehamilan remaja terdapat 16,23% berstatus tidak kawin dan seluruhnya datang sebagai primigravida.

Pada tabel 1.2. tampak bahwa lebih dari seperempat jumlah ibu (24,35%) dari kelompok kehamilan remaja tidak melakukan kunjungan asuhan antenatal dengan baik di poli

Risti RS Immanuel selama kehamilannya (*non-booked*), sementara pada kelompok kontrol hanya 19,69% yang melakukan kunjungan asuhan antenatal kurang. Pada tabel ini kami tidak memasukkan data kehamilan yang berakhir ≤ 20 minggu, karena umumnya kelompok ini hanya sempat melakukan asuhan antenatal sebanyak 1-2 kali saja sebelum akhirnya mengalami abortus.

Pada tabel 1.3. kita dapat melihat bahwa kelompok kehamilan remaja ternyata mengalami komplikasi abortus febrilis (20,83%) lebih banyak jika dibandingkan dengan kelompok

kontrol, dan hal ini secara statistik bermakna ($\rho < 0,001$).

Kategori lain-lain adalah jenis-jenis kehamilan lain yang berakhir ≤ 20 minggu seperti mola hidatidosa, *blighted ovum*, abortus insipiens, dan lain-lain.

Tabel 1.3. Perbandingan jenis abortus pada kelompok kelola dan kelompok kontrol.

		16-19		20-30		nilai	
		n	%	n	%	ρ	
abortus							
	Inkompletus	23	31,94	123	57,21	<0,001	$\chi^2=117,9$ 2
	Febrilis	15	20,83	17	7,91	<0,001	$\rho<0,001$
	missed abortion	9	12,50	19	8,84	<0,001	
	KET	17	23,61	38	17,67	<0,001	
	lain-lain	8	11,11	18	8,37	<0,001	
		72		215			

Tabel 1.4. Perbandingan kejadian preeklamsi pada kelompok kelola dan kelompok kontrol.

		16-19		20-30		nilai	
		n	%	n	%	ρ	
Preeklamsi							
	tidak ada	115	59,59	278	72,02	0,002	$\chi^2=10,64$
	Preeklamsi	78	40,41	108	27,98	0,073	$\rho=0,014$
		193		386			

Tabel 1.5. Perbandingan jenis persalinan pada kelompok kelola dan kelompok kontrol.

		16-19		20-30		nilai	
		n	%	n	%	ρ	
Persalinan							
	Spontan	94	48,70	195	50,52	$\chi^2=0,69$	
	Buatan	99	51,30	191	49,48	$\rho=0,875$	
		193		386			

Pada tabel 1.4. tampak bahwa pada kelompok kehamilan remaja didapatkan kejadian preeklamsi lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol ($p = 0,014$). Pada tabel ini kami tidak memasukkan data kehamilan yang berakhir ≤ 20 minggu, karena kehamilan ini tidak memenuhi kriteria untuk preeklamsi.

Pada tabel 1.5. tampak bahwa pada kelompok kehamilan remaja lebih banyak berakhir dengan persalinan buatan (51,30%) daripada kelompok kontrol, walaupun secara statistik tidak bermakna ($p = 0,875$).

Persalinan buatan yang dimasukkan ke dalam penelitian ini adalah ekstraksi vakum, ekstraksi

forsep, seksio sesar, embriotomi, dan lain-lain.

Pada tabel 1.6. memperlihatkan bahwa indikasi seksio sesar CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*) ternyata banyak ditemukan pada kelompok kehamilan remaja (22,92%) dibandingkan kelompok kontrol, dan hal ini secara statistik bermakna ($p = 0,009$).

Pada tabel 1.7. tampak bahwa terdapat 6 kasus (3,11%) kematian ibu pada kelompok kehamilan remaja dan 11 kasus (2,85%) kematian ibu pada kelompok kontrol, secara statistik tidak ada perbedaan bermakna ($p = 0,579$) antara kelompok kehamilan remaja dan kelompok kontrol.

Tabel 1.6. Perbandingan indikasi seksio sesar pada kelompok kelola dan kelompok kontrol.

Rekomendasi Rasio							
		16-19		20-30		nilai	
		n	%	n	%	p	
Indikasi seksio sesar							
gagal drip oksitosin	17	35,42	61	60,40	0,062	$\chi^2=13,58$	
gawat janin	12	25,00	17	16,83	0,191	$p=0,009$	
CPD	11	22,92	7	6,93	0,003		
Perdarahan antepartum	4	8,33	8	7,92	1,000		
lain-lain	4	8,33	8	7,92	1,000		
	48		101				

Tabel 1.7. Perbandingan kasus kematian ibu pada kelompok kelola dan kelompok kontrol

		16-19		20-30		
		n	%	n	%	
Kematian ibu						
	tidak ada	187	96,89	375	97,15	$\chi^2=0,31$
	Ada	6	3,11	11	2,85	$\rho=0,579$

193

386

Tabel 1.8. memperlihatkan tidak ada perbedaan bermakna ($p=0,164$) antara komplikasi ibu pasca salin antara kelompok kelola dan kontrol. Komplikasi pasca salin yang dimasukkan ke dalam penelitian termasuk infeksi, anemia, dan lain-lain yang dianggap berhubungan dengan proses kehamilan atau persalinan.

Pada tabel 1.9. tampak bahwa pada kelompok kehamilan remaja didapatkan kejadian berat janin lahir rendah (17,62%) lebih tinggi daripada kelompok kontrol.

Skor APGAR dibagi menjadi skor APGAR baik untuk skor ≥ 7 , dan skor APGAR asfiksia untuk skor < 6 . Skor APGAR buruk yang menyatakan asfiksia juga banyak ditemukan pada kelompok kehamilan remaja (17,62%).

Kematian janin pada kelompok kehamilan remaja (8,81%) juga cenderung lebih tinggi dibandingkan kematian janin pada kelompok kontrol walaupun secara statistik tidak bermakna.

Tabel 1.8. Perbandingan komplikasi pasca salin ibu pada kelompok kelola dan kelompok kontrol

dan hubungan dengan						
		16-19		20-30		
		n	%	n	%	
Komplikasi ibu						
tidak ada	190	98,45	372	96,37	$\chi^2=1,94$	
Ada	3	1,55	14	3,63	$p=0,164$	
	193		386			

Tabel 1.9. Perbandingan berat lahir janin, skor APGAR, dan kematian janin pada kelompok kelola dan kelompok kontrol.

Data kelahiran normal dan tidak normal						
	16-19		20-30			
	n	%	n	%		
1. Berat lahir janin						
< 2500	33	17,62	68	17,10	$\chi^2=0,02$	
≥ 2500	160	82,38	318	82,90	$\rho=0,877$	
	193		386			
2. APGAR						
Baik	159	82,38	321	83,16	$\chi^2=1,12$	
Asfiksia	34	17,62	65	16,84	$\rho=0,289$	
	193		386			
3. Kematian janin						

tidak ada	176	91,19	357	92,49	$\chi^2=0,30$
Ada	17	8,81	29	7,51	$\rho=0,587$
	193		386		

Tabel 1.10. Perbandingan berat lahir janin, kunjungan asuhan antenatal dan status kawin pada kelompok kehamilan remaja.

		16-19				
		< 2500		≥ 2500		
		n	%	n	%	
Kawin	<i>booked</i>	18	64,29	104	80,00	x2=86,76 p<0,001
	<i>non-booked</i>	10	35,71	26	20,00	
		28		130		
Tidak kawin	<i>booked</i>	2	40,00	16	53,33	
	<i>non-booked</i>	3	60,00	14	46,67	
		5		30		

Pada tabel 1.10. tampak bahwa pada kelompok kehamilan remaja dengan status tidak kawin dengan berat lahir janin ≥ 2500 gr terdapat 53,33% yang melakukan kunjungan asuhan antenatal cukup yaitu > 4 kali selama kehamilan (*booked*) di Poli Risti RS Immanuel, sementara kelompok kehamilan remaja dengan status tidak kawin dengan berat lahir janin < 2500 gr terdapat 60% yang kunjungan asuhan antenatalnya kurang (*non-booked*).

Pada tabel ini kami hanya memasukkan data kehamilan remaja yang mencapai > 20 minggu dengan asumsi kelompok ini mempunyai cukup waktu untuk melakukan kunjungan asuhan antenatal > 4 kali selama kehamilannya, sementara untuk kehamilan ≤ 20 minggu umumnya hanya sempat melakukan asuhan antenatal 1-2 kali saja selama kehamilannya, sehingga

kami tidak memasukkannya ke dalam tabel ini.

Pembahasan

Prevalensi kehamilan remaja

Penelitian ini menggunakan data-data dari rekam medis Bagian Kebidanan dan Penyakit Kandungan RS Immanuel mulai dari 1 Januari 2001- 31 Desember 2005.

Selama periode penelitian didapatkan 265 kehamilan remaja dari total persalinan 5888 orang yang bersalin atau mengalami keguguran di RS Immanuel Bandung, sehingga prevalensi kehamilan remaja selama periode penelitian ini adalah sebesar 4,50%.

Pada penelitian ini kami mendapatkan jumlah kehamilan remaja usia 16-19 tahun yang bersalin di RS

Immanuel memang mengalami kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun, pada tahun 2001 didapatkan 40 kasus (3,19%) dan meningkat pada tahun 2005 menjadi 66 kasus (5,77%). Kehamilan remaja dan total persalinan pada tabel diatas terdiri dari kehamilan ≤ 20 minggu dan > 20 minggu.

Prevalensi kehamilan remaja di RS Immanuel tampak rendah bila dibandingkan dengan prevalensi kehamilan remaja nasional. Berdasarkan Survey Kesehatan dan Demografi Indonesia (IDHS) prevalensi kehamilan remaja di Indonesia adalah sebesar 9,1% pada tahun 1991, 8,9% pada tahun 1994 dan meningkat menjadi 9,4% pada tahun 1997. Pada tabel 1.1. kita dapat melihat kecenderungan prevalensi kehamilan remaja di RS Immanuel untuk meningkat dari tahun ke tahun.

Faktor penyebab rendahnya prevalensi kehamilan remaja di RS Immanuel dibandingkan angka nasional antara mungkin karena biaya pemeriksaan kehamilan dan persalinan di rumah sakit pemerintah atau puskesmas lebih murah dibandingkan di Rumah Sakit Immanuel. Masih banyak remaja yang enggan memeriksakan kehamilannya di Rumah Sakit atau masih banyak remaja yang mengugurkan kandungannya di luar institusi rumah sakit.

Kehamilan Remaja, Status Kawin dan Graviditas

Usia maternal adalah salah satu faktor penting yang mempengaruhi luaran hasil kehamilan perinatal. Ibu-ibu remaja dan janinnya mempunyai risiko kesehatan yang lebih tinggi dibandingkan ibu dalam masa reproduksi optimal (20-30 tahun).⁶⁻¹⁰

Keadaan ini terjadi karena sebagian besar kehamilan remaja

merupakan kehamilan tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*) sehingga banyak kasus kehamilan remaja berakhir dengan upaya pengguguran kandungan yang tidak aman (*unsafe abortion*) atau persalinan yang tidak aman (*unsafe/unclean delivery*).

Tampak pada tabel 1.1. bahwa pada kelompok kehamilan remaja terdapat 16,23% berstatus tidak kawin dan seluruhnya datang sebagai primigravida. Untuk kepentingan penelitian agar tidak terjadi bias, data yang diambil pada kelompok kontrol hanya kasus primigravida.

Kehamilan Remaja dan Kunjungan Asuhan Antenatal

Pada tabel 1.2. tampak bahwa lebih dari seperempat jumlah ibu (24,35%) dari kelompok kehamilan remaja tidak melakukan kunjungan asuhan antenatal dengan baik di poli Risti RS Immanuel selama kehamilannya (*non-booked*), sementara pada kelompok kontrol hanya 19,69% yang melakukan kunjungan asuhan antenatal kurang.

Pada tabel ini kami tidak memasukkan data kehamilan yang berakhir ≤ 20 minggu, karena umumnya kelompok ini hanya sempat melakukan asuhan antenatal sebanyak 1-2 kali saja sebelum akhirnya mengalami abortus.

Gortzak-Uzan dan Chabra S juga mendapatkan hasil yang sama, persentase kunjungan asuhan antenatal terendah terdapat pada kelompok kehamilan remaja.^{12,14}

Keadaan ini menandakan masih rendahnya kesadaran pentingnya melakukan kunjungan asuhan antenatal yang teratur di kelompok kehamilan remaja dibandingkan kelompok kehamilan usia reproduktif optimal.

Kehamilan Remaja dan Kejadian Abortus

Pada tabel 1.3. kita dapat melihat bahwa kelompok kehamilan remaja ternyata mengalami komplikasi abortus febrilis lebih banyak jika dibandingkan dengan kelompok kontrol, dan hal ini secara statistik bermakna ($p < 0,001$). Kategori lain-lain adalah jenis-jenis kehamilan lain yang berakhir ≤ 20 minggu seperti mola hidatidosa, *blighted ovum*, abortus inapiens, dan lain-lain.

Survey Demografi Kesehatan Indonesia mengungkapkan terdapat 2,4 juta kasus aborsi di Indonesia pada tahun 2003 dengan 800 kasus diantaranya dilakukan oleh remaja.^{2,3}

Pada penelitian ini data diambil dari rekam medis secara retrospektif, kami mendapat kesulitan untuk mendapatkan data adanya percobaan pengguguran kandungan (*abortus provocatus*) yang dilakukan oleh remaja, tapi kami mendapatkan beberapa kasus percobaan pengguguran kandungan oleh tenaga non-medis pada 8 kasus abortus febrilis dalam kelompok kehamilan remaja.

Di Indonesia, tindakan aborsi dianggap ilegal, sehingga kehamilan pada remaja tidak menikah menghadapi risiko untuk upaya pengguguran tidak aman, sementara akses kelompok remaja tidak menikah terhadap pelayanan kontrasepsi sangat sulit.

Kehamilan Remaja dan Kejadian Preeklamsi

Pada tabel 1.4. tampak bahwa pada kelompok kehamilan remaja didapatkan kejadian preeklamsi lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol ($p = 0,014$). Pada tabel ini kami tidak memasukkan data kehamilan yang

berakhir ≤ 20 minggu, karena kehamilan ini tidak memenuhi kriteria untuk preeklamsi.

Gortzak-Utzan mendapatkan kelompok kehamilan remaja merupakan persentase tertinggi pada kasus hipertensi dalam kehamilan.¹²

Kehamilan pada masa remaja berhubungan dengan meningkatnya risiko terhadap komplikasi kehamilan dan luaran perinatal yang buruk seperti preeklamsi, berat lahir janin rendah dan prematuritas.¹⁻³

Kehamilan Remaja, Jenis Persalinan dan Indikasi Seksio Sesar

Pada tabel 1.5. tampak bahwa pada kelompok kehamilan remaja lebih banyak berakhir dengan persalinan buatan (51,30%) daripada kelompok kontrol, walaupun secara statistik tidak bermakna ($p=0,875$). Persalinan buatan yang dimasukkan ke dalam penelitian ini adalah ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, seksio sesar, embriotomi, dan lain-lain.

Fraser dan Lao menyatakan kelompok kehamilan remaja lebih berisiko untuk mengalami operasi seksio sesar^{11,13}, sementara Gortzak-Utzan menyatakan tindakan seksio sesar pada kehamilan remaja dibanding kontrol tidak berbeda bermakna.¹²

Indikasi seksio sesar CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*) ternyata banyak ditemukan pada kelompok kehamilan remaja (22,92%) dibandingkan kelompok kontrol, dan hal ini secara statistik bermakna ($p=0,009$), keadaan ini mungkin berhubungan dengan faktor biologis dimana anatomis panggul ibu berusia remaja belum tumbuh dan berkembang dengan sempurna.²¹

Berdasarkan data-data dari penelitian ini, didapatkan *Case Fatality Rate* (CFR) untuk:

a. Kehamilan Remaja

$$\begin{aligned} \text{CFR} &= \frac{\text{Jumlah Kematian Ibu Remaja}}{\text{Jumlah Kehamilan ibu Remaja}} \times 100\% = \frac{6}{189} \times 100\% \\ &= 3,17\% \end{aligned}$$

b. Kehamilan Kontrol

$$\begin{aligned} \text{CFR} &= \frac{\text{Jumlah Kematian Ibu 20-30 tahun}}{\text{Jumlah Kehamilan ibu 20-30 tahun}} \times 100\% = \frac{11}{386} \times 100\% \\ &= 2,85\% \end{aligned}$$

Kehamilan Remaja, Kematian ibu dan Komplikasi Pasca Salin Ibu

Pada tabel 1.7. tampak bahwa terdapat 6 kasus (3,11%) kematian ibu pada kelompok kehamilan remaja dan 11 kasus (2,85%) kematian ibu pada kelompok kontrol, secara statistik tidak ada perbedaan bermakna ($p=0,579$) antara kelompok kehamilan remaja dan kelompok kontrol.

Pada kelompok kehamilan remaja didapatkan antara lain 3 kasus kematian akibat *Multiple Organ Failure* (MOF) pada kasus eklamsi, datang ke RS Immanuel sudah dalam keadaan yang buruk, dirujuk dari bidan. Ketiga pasien ini berstatus tidak menikah, tidak pernah melakukan kunjungan asuhan antenatal selama hamil.

Berdasarkan perhitungan diatas, kita mendapatkan *Case Fatality Rate* (CFR) untuk kelompok kehamilan remaja lebih tinggi daripada kelompok kontrol, walaupun tidak terdapat perbedaan bermakna secara statistik.

Tabel 1.8. juga memperlihatkan tidak ada perbedaan bermakna ($p=0,164$) antara komplikasi ibu pasca salin antara kelompok kelola dan kontrol.

Komplikasi pasca salin yang dimasukkan ke dalam penelitian termasuk infeksi, anemia, dan lain-lain yang dianggap berhubungan dengan proses kehamilan atau persalinan.

Keadaan ini menunjukkan bahwa kehamilan remaja lebih banyak mengalami komplikasi dan *case fatality ratio*-nya lebih tinggi jika dibandingkan dengan kehamilan usia reproduksi optimal.

Kehamilan Remaja dan Luaran Perinatal

Pada tabel 1.9. tampak bahwa pada kelompok kehamilan remaja didapatkan kejadian berat janin lahir rendah (17,62%) lebih tinggi daripada kelompok kontrol.

Gortzak-Utzan, Fraser, Chabra, Lao dan Miller juga mendapatkan gambaran karakteristik yang sama, kelompok kehamilan remaja merupakan persentase tertinggi pada persalinan prematur dan berat janin lahir rendah.¹²⁻¹⁶

Pada penelitian ini, skor APGAR dibagi menjadi skor APGAR baik untuk skor ≥ 7 , dan skor APGAR asfiksia untuk skor < 6 . Kami mendapatkan bahwa skor

APGAR buruk yang menyatakan asfiksia ternyata juga banyak ditemukan pada kelompok kehamilan remaja (17,62%).

Kematian janin pada kelompok kehamilan remaja (8,81%) juga cenderung lebih tinggi dibandingkan kematian janin pada kelompok kontrol walaupun secara statistik tidak bermakna.

Orvos dan Heija juga menyatakan kehamilan remaja berhubungan dengan kematian janin antepartum, sedangkan Gortzak-Utzan menyatakan tidak bermakna.^{12,17,18}

Sulit untuk menentukan penyebab buruknya luaran perinatal pada kehamilan remaja, karena banyak faktor medis dan sosiodemografik yang saling berinteraksi dan mempengaruhi hasil luaran kehamilan.^{4,21} Peranan poli Risti bagian kebidanan RS Immanuel dalam pengelolaan kehamilan remaja masih dipertanyakan, diperlukan penelitian lanjutan.

Kehamilan Remaja dihubungkan dengan Kunjungan Asuhan Antenatal dan Status Kawin

Pada tabel 1.10. tampak bahwa pada kelompok kehamilan remaja dengan status tidak kawin dengan berat lahir janin ≥ 2500 gr terdapat 53,33% yang melakukan kunjungan asuhan antenatal cukup yaitu > 4 kali selama kehamilan (*booked*) di Poli Risti RS Immanuel, sementara kelompok kehamilan remaja dengan status tidak kawin dengan berat lahir janin < 2500 gr terdapat 60% yang kunjungan asuhan antenatalnya kurang (*non-booked*).

Pada tabel ini kami hanya memasukkan data kehamilan remaja yang mencapai > 20 minggu dengan asumsi kelompok ini mempunyai cukup waktu untuk melakukan kunjungan

asuhan antenatal > 4 kali selama kehamilannya, sementara untuk kehamilan ≤ 20 minggu umumnya hanya sempat melakukan asuhan antenatal 1-2 kali saja selama kehamilannya, sehingga kami tidak memasukkannya ke dalam tabel ini.

Pada tahun 2001 terdapat 2 kasus kehamilan remaja berstatus tidak kawin, keduanya tidak melakukan asuhan antenatal yang cukup, sementara pada tahun 2005 didapatkan 7 kasus kehamilan remaja dengan status tidak kawin, tetapi 5 diantaranya melakukan kunjungan asuhan antenatal yang cukup.

Keadaan ini menurut peneliti terjadi karena kemajuan dan keterbukaan di era globalisasi pada masyarakat, kehamilan di kalangan remaja remaja dianggap tidak lagi merupakan aib yang memalukan. Ternyata lebih banyak remaja yang memutuskan untuk melanjutkan kehamilannya saat ini dibanding 10 tahun yang lalu⁴, pada penelitian ini banyak remaja hamil memeriksakan kehamilannya secara teratur walaupun berstatus tidak kawin.

Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan

Kesimpulan Umum

1. Prevalensi kehamilan remaja di RS Immanuel Bandung cenderung meningkat secara bermakna dari kurun waktu 2001-2005.
2. Kehamilan remaja berpotensi mengalami komplikasi kehamilan dibandingkan kehamilan usia reproduksi optimal.
3. Kehamilan remaja cenderung mengalami persalinan buatan dibandingkan kehamilan usia

reproduksi optimal, walaupun secara statistik tidak bermakna.

4. Kehamilan remaja mempunyai luaran perinatal yang lebih buruk dibandingkan dengan kehamilan usia reproduksi optimal.

Kesimpulan Khusus

1. Prevalensi kehamilan remaja di RS Immanuel sebesar 4,50%.
2. Kunjungan asuhan antenatal kurang (< 3 kali) pada kehamilan remaja sebesar hampir seperempat kasus (24,35%).
3. Kelompok kehamilan remaja berstatus tidak menikah sebesar hampir seperlima kasus (16,23%).
4. Indikasi seksio sesar pada kelompok kehamilan remaja untuk CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*) sebesar lebih seperlima kasus (22,92%).
5. *Case Fatality Ratio* (CFR) untuk kehamilan remaja sebesar 3,17%.

Saran

1. Diperlukan penelitian lanjutan untuk mengetahui peranan poli risiko tinggi RS Immanuel dalam memperbaiki proses kehamilan, luaran perinatal dan prognosis kehamilan remaja.
2. Perlunya dibentuk Poliklinik Kesehatan Reproduksi Remaja di RS Immanuel yang khusus menangani masalah medis yang berhubungan dengan kehamilan remaja maupun berupa Komunikasi, Informasi dan Edukasi.
3. RS Immanuel sebagai RS pendidikan seyogyanya memberikan pembekalan khusus mengenai Kesehatan Reproduksi Remaja kepada para mahasiswa kedokteran, mahasiswa/siswa kebidanan dan keperawatan sebagai calon tenaga medis masa depan.

Daftar Pustaka

1. WHO. Adolescent pregnancy: issues in adolescent health and development. Jenewa, 2004.
2. UNPA. UNPA and adolescents, New York: UNPA (1997). <http://www.unfpa.org/PUBLICAT/TECH/ADOLESTM.htm>, di akses 23 Januari 2006.
3. Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia 2002-2003. BPS, BKKBN, DEPKES, ORC Macro, Jakarta. Juli 2004. Dikutip dari <http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/ceria/ss15survei.pdf>, di akses 20 Februari 2006.
4. Reproductive Health Outlook. PATH.2003. <http://www.path.org/>, diakses 23 Januari 2006.
5. Profil Wanita Indonesia 2002. Badan Pusat Statistik Indonesia. Jakarta. 2002.
6. Djaja S, Surjadi C, Susilawati C. Kebijakan dalam Kesehatan Reproduksi: untuk anggota legislatif dan partai politik di Jakarta, Bandung, Surabaya Mataram. Jaringan Epidemiologi Nasional/Ford Foundation. Jakarta, 2002.
7. BKKBN, Result of 1991,1994 and 1997 Indonesia Demographic and Health Survey, <http://www.bkkbn.go.id/>, di akses 23 Januari 2006
8. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LG, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics, edisi ke-21. New York: McGraw Hill, 2001; 1-20
9. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B, High risk pregnancy: management options, edisi ke-2, London: WB Saunders, 2001; 4:40-9.
10. DeCherney AH, Nathan L, Current obstetrics & gynecologic diagnosis & treatment, edisi ke-9. Boston: McGraw Hill, 2002; 13:261-4.
11. Danuwisastra S. Program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) di Propinsi Jawa Barat. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Propinsi Jawa Barat. Bandung, 2002.

12. Gortzak-Uzan L, Hallak M, Press F, Teenage pregnancy : risk factors for adverse perinatal outcome, *J Matern Fet Med*, 2001; 10:393-7
13. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH, Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med* 1995; 332:1113-7
14. Chabra S, Perinatal outcome in teenage mother, *IJ Obstet Gynecol* 1991;41:30-2
15. Lao TT, Ho LS, Obstetric outcome of teenage pregnancy. 2001. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>, diakses 23 Januari 2006
16. Miller HS, Lesser KB, Reed KL, Adolescence and very low birth weight infants: a disproportionate association. *J Obstet Gynecol* 1996; 87:83-8
17. Orvos H, Nyirati I, Hajdu J, Is adolescent pregnancy associated with adverse perinatal outcome? 2004. <http://www.ivillagehealth.com/>. diakses 23 Januari 2006.
18. Heija AA, Abdulkarim MA, Obstetrics and perinatal outcome of adolescent nulliparous pregnant women. 2004. <http://www.emedicine.com/>. diakses 23 Januari 2006.
19. Henshaw SK. Unwanted pregnancy in USA. *Family Planning Perspectives* 1998, 30:24-9.
20. Remez L. Unwanted pregnancy, prenatal care and unattended delivery. *Family Planning Perspectives* 2003; 29:31-7.
21. Sonfeld A. Preventing unwanted pregnancy. *The Guttmacher Report on Public Policy* 2003, 6: 478-9.
22. Martaadisoebrata D. Problema klinis kehamilan primi muda. Dalam: Sampoerno D, Azwar A, penyunting. *Perkawinan dan kehamilan pada wanita usia muda*. Ikatan ahli kesehatan Masyarakat Indonesia, Jakarta, 1987.
23. US Teenage Pregnancy Statistics: Overall trends. The Alan Guttmacher Institute, New York. Februari 2004. Dikutip dari <http://www.guttmacher.org/>, 20 Februari 2006.
24. Profil Statistik Gender Kota Bandung 2005. Badan Pusat Statistik. Bandung 2005.

