**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Konsep Teori**
2. **Remaja**
3. **Pengertian Remaja**

Remaja dalam ilmu psikologis diperkenalkan dengan istilah lain, seperti *puberteit, adolescence* dan *youth*. Remaja atau *adolescence* (Inggris), berasal dari bahasa Latin “*adolescence*” yang berarti tumbuh ke arah kematangan. Kematangan yang dimaksud adalah bukan kematangan fisik saja tetapi juga kematangan sosial dan psikologi (Kumalasari, 2012 : 13).

Menurut WHO, masa remaja adalah masa peralihan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa, di mana pada masa itu terjadi pertumbuhan yang pesat termasuk fungsi reproduksi sehingga memengaruhi terjadinya perubahan-perubahan perkembangan, baik fisik, mental, maupun peran sosial. Piaget (1991) menyatakan bahwa secara psikologis remaja adalah suatu usia di mana individu menjadi terintegrasi ke dalam masyarakat dewasa, suatu usia di mana anak tidak merasa bahwa dirinya berada di bawah tingkat orang yang lebih tua melainkan merasa sama atau paling tidak sejajar (Surjadi, 2002 : 35).

Batasan usia remaja berbeda-beda sesuai dengan sosial budaya setempat. Ditinjau dari bidang kesehatan WHO, masalah yang dirasakan paling mendesak berkaitan dengan kesehatan remaja adalah kehamilan dini. Berangkat dari masalah pokok ini, WHO menetapkan batas usia 10-20 tahun sebagai batasan usia remaja (Surjadi, 2002 : 1). Dengan demikian dari segi program pelayanan, definisi remaja yang digunakan oleh Departemen Kesehatan adalah mereka yang berusia 10-20 tahun dan belum kawin. Sementara itu, menurut BKKBN (Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak Reproduksi) batasan usia remaja adalah 10-21 tahun (BKKBN, 2006 : 6).

1. **Perkembangan Masa Remaja**

Masa remaja berlangsung melalui 3 tahapan yaitu masa remaja awal (10-14 tahun), menengah (15-16 tahun), dan akhir (17-20 tahun). Masa remaja awal ditandai dengan peningkatan cepat pertumbuhan dan pematangan fisik. Masa remaja menengah ditandai dengan hampir lengkapnya pertumbuhan pubertas, timbulnya keterampilan-keterampilan berpikir yang baru, peningkatan pengenalan terhadap datangnya masa dewasa, dan keinginan untuk memapankan jarak emosional dan psikologis dengan orangtua. Masa remaja akhir ditandai dengan persiapan untuk peran sebagai orang dewasa, termasuk klarifikasi tujuan pekerjaan dan internalisasi suatu sistem nilai pribadi (Kusmiran, 2012 : 43).

Menurut Sinclair (2010), pembagian perkembangan remaja berdasarkan umur adalah sebagai berikut ini.

1. Masa remaja awal atau dini (*early adolescence*), adalah anak yang telah mencapai usia 10-12 tahun. Pada masa ini anak lebih dekat dengan teman sebayanya, ingin bebas, lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya.
2. Masa remaja pertengahan (*middle adolescence*), adalah anak yang telah mencapai usia 13-16 tahun. Pada masa ini anak lebih fokus untuk mencari identitas diri, timbul keinginan untuk berkencan, mempunyai rasa cinta yang mendalam, mengembangkan kemampuan berfikir abstrak, dan berkhayal tentang aktivitas seks.
3. Masa remaja akhir (*late adolescence*), adalah anak yang telah mencapai usia 17-20 tahun. Pada masa ini anak cenderung mengungkapkan kebebasan diri, lebih selektif dalam mencari teman sebaya, mempunyai citra tubuh (*body image*) terhadap dirinya sendiri, dan dapat mewujudkan rasa cinta.

Seiring dengan tumbuh dan berkembangnya seorang individu, dari masa anak-anak sampai dewasa, individu memiliki tugas masing-masing pada setiap tahap perkembangannya. Tugas yang dimaksud pada setiap tahap perkembangan adalah setiap tahapan usia, individu tersebut mempuyai tujuan untuk mencapai suatu kepandaian, keterampilan, pengetahuan, sikap, dan fungsi tertentu sesuai dengan kebutuhan pribadi. Kebutuhan pribadi itu sendiri muncul dari dalam diri yang dirangsang oleh kondisi di sekitarnya atau masyarakat.

1. **Karakteristik Masa Remaja**

Karakteristik remaja berhubungan dengan tumbuh kembang masa remaja meliputi pertumbuhan fisik atau tubuh dan perkembangan kejiwaan/emosional. Tumbuh kembang remaja merupakan proses atau tahap perubahan atau transisi dari masa kanak-kanak menjadi masa dewasa yang ditandai dengan berbagai perubahan, diantaranya adalah sebagai berikut.

1. Perubahan Fisik, meliputi perubahan yang bersifat badaniah. Perubahan yang terjadi pada pertumbuhan tersebut diikuti munculnya tanda-tanda sebagai berikut.
2. Tanda-tanda seks primer

Tanda-tanda seks primer yang dimaksud adalah yang berhubungan langsung dengan organ seks. Dalam Modul Kesehatan Reproduksi Remaja (Depkes, 2002) disebutkan bahwa ciri-ciri seks primer pada remaja adalah sebagai berikut.

1. Remaja laki-laki

Remaja laki-laki sudah bisa melakukan fungsi reproduksi bila telah mengalami mimpi basah. Mimpi basah biasanya terjadi pada remaja laki-laki usia 10-15 tahun. Mimpi basah merupakan salah satu cara tubuh laki-laki ejakulasi. Ejakulasi terjadi karena sperma yang terus menerus diproduksi perlu dikeluarkan. Hal ini adalah pengalaman yang normal bagi semua remaja laki-laki.

1. Remaja perempuan

Pada remaja perempuan sebagai tanda kematangan organ reproduksi adalah ditandai dengan datangnya menstruasi (menarche). Menstruasi adalah proses peluruhan lapisan dalam atau endometrium yang banyak mengandung pembuluh darah dari uterus melalui vagina. Hal ini berlangsung terus sampai menjelang masa menopause yaitu ketika seorang berumur sekitar 40-50 tahun.

1. Tanda-tanda seks sekunder

Ciri-ciri seks sekunder pada masa remaja adalah sebagai berikut.

1. Remaja laki-laki
2. Lengan dan tungkai kaki bertambah panjang, tangan dan kaki bertambah besar.
3. Bahu melebar, pundak serta dada bertambah besar dan membidang, pinggul menyempit.
4. Pertumbuhan rambut di sekitar alat kelamin, ketiak, dada, tangan, dan kaki.
5. Tulang wajah memanjang dan membesar tidak tampak seperti anak kecil lagi.
6. Tumbuh jakun, suara menjadi besar.
7. Penis dan buah zakar membesar.
8. Kulit menjadi lebih kasar dan tebal dan berminyak.
9. Rambut menjadi lebih berminyak.
10. Produksi keringat menjadi lebih banyak.
11. Remaja perempuan
12. Lengan dan tungkai kaki bertambah panjang, tangan dan kaki bertambah besar.
13. Pinggul lebar, bulat, dan membesar.
14. Tumbuh bulu-bulu halus di sekitar ketiak dan vagina.
15. Tulang-tulang wajah mulai memanjang dan membesar.
16. Pertumbuhan payudara, puting susu membesar dan menonjol, serta kelenjar susu berkembang, payudara menjadi lebih besar dan lebih bulat.
17. Kulit menjadi lebih kasar, lebih tebal, agak pucat, luang pori-pori bertambah besar, kelenjar lemak dan kelenjar keringat menjadi lebih aktif.
18. Otot semakin besar dan semakin kuat, terutama pada pertengahan dan menjelang akhir masa puber, sehingga memberikan bentuk pada bahu, lengan dan tungkai.
19. Suara menjadi lebih penuh dan semakin merdu.
20. Perubahan Kejiwaan

Perubahan-perubahan yang berkaitan dengan kejiwaan pada remaja adalah sebagi berikut.

1. Perubahan emosi
2. Sensitif : perubahan-perubahan kebutuhan, konflik nilai antara keluarga dengan lingkungan dan perubahan fisik menyebabkan remaja sangat sensitif misalnya mudah menangis, cemas, frustasi, dan sebaliknya bisa tertawa tanpa alasan yang jelas. Utamanya sering terjadi pada remaja putri, terlebih sebelum menstruasi.
3. Mudah bereaksi bahkan agresif terhadap gangguan atau rangsangan luar yang memengaruhinya, sering bersikap irasional, mudah tersinggung sehingga mudah terjadi perkelahian/tawuran pada anak laki-laki, suka mencari perhatian, dan bertindak tanpa berpikir terlebih dahulu.
4. Ada kecenderungan tidak patuh pada orang tua dan lebih senang pergi bersamanya temannya daripada tinggal di rumah.
5. Perubahan inteligensi
6. Cenderung mengembangkan cara berpikir abstrak, suka memberikan kritik.
7. Cenderung ingin mengetahui hal-hal baru, sehingga muncul perilaku ingin mencoba-coba.
8. **Fisiologi Reproduksi Wanita**

Masa pubertas pada wanita merupakan masa produktif yaitu masa untuk mendapat keturunan, yang berlangsung ± 40 tahun. Setelah itu, wanita memasuki masa klimakterium yaitu masa peralihan antara masa reproduksi dengan masa *senium* (kemunduran), dimana haid berangsur-angsur berhenti selama 1-2 bulan dan kemudian berhenti sama sekali, yang disebut *menopause*. Berikut ini akan dibahas beberapa hal mengenai fisiologi reproduksi wanita meliputi pubertas, siklus menstruasi, dan siklus ovulasi hingga terjadinya kehamilan.

1. Pubertas

Pubertas ialah dimulainya kehidupan seksual dewasa, sedangkan menarke (*menarche*) adalah dimulainya menstruasi. Periode pubertas terjadi karena kenaikan sekresi hormon gonadotropin oleh hipofisis, perlahan dimulai pada usia 8 tahun dan mencapai puncaknya pada saat terjadinya menstruasi yaitu pada usia 11-16 tahun. Pada wanita, kelenjar hipofisis dan ovarium akan mampu menjalankan fungsinya secara penuh apabila dirangsang secara tepat. Timbulnya pubertas dirangsang oleh beberapa proses pematangan yang berlangsung di daerah otak yaitu hipotalamus dan sistem limbik yang ditandai dengan peningkatan sekresi estrogen pada pubertas, variasi siklus bulanan, peningkatan sekresi estrogen lebih lanjut selama beberapa tahun pertama dari kehidupan seksual, terjadinya penurunan progresif dari sekresi estrogen menjelang akhir kehidupan seksual, dan hampir tidak ada sekresi estrogen dan progesteron sesudah menopause (Syaifuddin, 2011 : 343).

Pada siklus seksual pubertas sering ditemui tidak berlangsungnya ovulasi karena lonjakan LH praovulasi tidak cukup besar, keadaan ini disebut sebagai *anovulatorik* (tidak ada ovulasi). Variasi siklus seksual akan terus berlanjut, tetapi mengalami perubahan dengan cara tidak adanya ovulasi sehingga menyebabkan korpus luteum gagal berkembang, sebagai akibatnya hampir tidak ada sekresi progesteron selama bagian akhir dari siklus. Siklus akan memendek beberapa hari, tetapi ritmenya terus berlanjut. Hal ini memungkinkan progesteron tidak dibutukan untuk mempertahankan siklus itu sendiri walaupun dapat mengubah ritmenya. Siklus *anovulatorik* (siklus tidak teratur) biasanya terjadi selama beberapa siklus pertama sesudah pubertas atau beberapa bulan bahkan tahunan sebelum menopause (Syaifuddin, 2011 : 343).

1. Siklus menstruasi

Pada wanita yang sehat dan tidak hamil, setiap bulan secara teratur mengeluarkan darah dari alat kandungannya yang disebut menstruasi (haid). Pada siklus menstruasi selaput lendir rahim terjadi perubahan yang berulang dari hari ke hari. Selama 1 bulan mengalami 4 masa (stadium), diantaranya :

1. Stadium menstruasi (desquamasi)

Pada masa ini, endometrium terlepas dari dinding rahim disertai dengan perdarahan, hanya lapisan tipis yang tertinggal disebut *stratum basale*. Stadium ini berlangsung selama 4 hari. Melalui haid, keluar darah, potongan-potongan endometrium, dan lendir dari serviks. Darah ini tidak membeku karena adanya *fermen* (biokatalisator) yang mencegah pembekuan darah dan mencairkan potongan-potongan mukosa. Banyaknya perdarahan selama haid ± 50 cc.

1. Stadium post menstruum (regenerasi)

Luka yang terjadi karena endometrium terlepas, lalu berangsur-angsur ditutup kembali oleh selaput lendir baru dari sel epitel kelenjar endometrium. Pada masa ini, tebal endometrium kira-kira 0,5 mm. Stadium ini berlangsung selama 4 hari.

1. Stadium inter menstruum (proliferasi)

Pada masa ini endometrium tumbuh menjadi tebal ± 3,5 mm, kelenjar-kelenjarnya tumbuh lebih cepat dari jaringan lain. Stadium ini berlangsung ± 5-14 hari dari hari pertama haid.

1. Stadium pra menstruum (sekresi)

Pada stadium ini, endometrium tetap tebal, tetapi bentuk kelenjar berubah menjadi panjang dan berliku-liku serta mengeluarkan getah. Dalam endometrium telah tertimbun glikogen dan kapur yang diperlukan sebagai makanan untuk sel telur. Perubahan ini dilakukan untuk mempersiapkan endometrium dalam menerima sel telur (Syaifuddin, 2011 : 336).

Lapisan endometrium yang dapat terlihat yaitu lapisan atas yang padat (stratum kompaktum) yang hanya ditembus oleh saluran-saluran keluar dari kelenjar. Lapisan stratum spongeosum memiliki banyak lubang-lubang karena terdapat rongga dari kelenjar, sedangkan lapisan bawah disebut stratum basale. Stadium ini berlangsung 14-28 hari. Jika tidak terjadi kehamilan, maka endometrium dilepas dengan perdarahan dan berulang lagi siklus menstruasi (Syaifuddin, 2011 : 336).

1. Siklus ovarium

Dalam ovarium banyak terdapat sel-sel telur muda yang dikelilingi oleh sel gepeng, bangunan ini disebut *folikel premordial*. Sebelum pubertas, ovarium masih dalam keadaan istirahat, sedangkan pada waktu pubertas ovarium berada di bawah pengaruh hormon dari lobus hipofisis anterior yaitu Folikel Stimulating Hormon (FSH). Folikel premordial mulai tumbuh walaupun hanya satu yang matang, kemudian pecah, dan yang lainnya mati (Syaifuddin, 2011 : 336).

Pematangan folikel premordial berawal dari sel-sel di sekeliling ovum yang berlipat ganda kemudian timbul diantara sel-sel rongga yang berisi cairan *liquor follikuli*. Ovum terdesak ke pinggir dan terdapat di tengah tumpukan sel yang menonjol ke dalam rongga folikel. Tumpukan sel dengan sel telur di dalamnya ini disebut *cumulus ophurus*. Antara sel telur dan sel sekitarnya terdapat *zona pellucida*. Sel-sel granulosa lainnya membatasi ruang folikel yang disebut *membran granulosa.* Dengan tumbuhnya folikel jaringan, ovarium sekitar folikel tersebut terdesak keluar dan membentuk dua lapisan, yaitu *techa interna* (lapisan vesikular interna yang banyak mengandung pembuluh darah) dan *techa eksterna* (lapisan fibrosa eksterna yang terdiri atas jaringan ikat padat) (Syaifuddin, 2011 : 337).

Folikel yang masak disebut folikel de Graf dan menghasilkan esterogen yang diproduksi oleh sel *techa interna*. Sebelum pubertas, terdapat pada lapisan dalam korteks ovarium dan tetap tinggal di lapisan tersebut. Setelah pubertas, folikel tersebut mendekati permukaan dan menonjol keluar karena *ligamentum follikuli* terbentuk terus sehingga tekanan dalam folikel makin lama makin tinggi. Namun, terjadinya ovulasi tidak hanya tergantung pada tekanan tinggi tersebut, tetapi juga harus mengalami perubahan-perubahan *nekrobiotik* pada permukaan folikel (Syaifuddin, 2011 : 337).

Pada permulaan, sel-sel ovarium menjadi tipis hingga pada suatu waktu folikel akan pecah dan mengakibatkan keluarnya *liquor follikuli* bersama ovum. Keluarnya sel telur dari folikel de Graf yang pecah disebut *ovulasi*. Sel granulosa yang mengelilingi sel telur yang telah bebas disebut *corona radiata*. Setelah ovulasi, sel-sel granulosa dari dinding folikel mengalami perubahan dan mengandung zat berwarna kuning yang disebut *lutein* (Syaifuddin, 2011 : 337).

Dengan demikian, sisa folikel berubah menjadi butir kuning yang disebut *korpus luteum* dan mengeluarkan hormon yang disebut *progesteron* disamping esterogen, tergantung apakah terjadi konsepsi (pembuahan) atau tidak terjadi. Korpus luteum dapat menjadi korpus luteum gravidarum atau menstruationum (Syaifuddin, 2011 : 338).

Setelah terjadi ovulasi, sel telur masuk ke dalam tuba dan diangkut ke kavum uteri. Selanjutnya sel telur digerakkan oleh peristaltik dan rambut getar dari sel-sel selaput lendir tuba ke arah kavum uteri. Jika tidak terjadi kehamilan, *korpus luteum* akan berdegenerasi menjadi *korpus albikan* yang berwarna putih. Setelah itu, pembentukan hormon progesteron dan estrogen mulai berkurang bahkan berhenti sama sekali. Keadaan ini akan menghasilkan iskemia dan nekrosis endometrium, kemudian disusul dengan menstruasi. Jika terjadi kehamilan, maka terdapat pertemuan dan persenyawaan dari sel telur dan sel sperma dalam *ampula tube.* Sel telur yang telah dibuahi tersebut berjalan ke kavum uteri dan menanamkan diri dalam endometrium, inilah yang disebut dengan *nidasi*. Zigot (sel telur yang dibuahi) mengeluarkan hormon-hormon hingga korpus luteum biasanya hidup hanya 8 hari. Sekiranya tidak mati bahkan tumbuh menjadi lebih besar dinamakan *korpus luteum gravidarum*, yang hidup sampai bulan keempat dari kehamilan. Setelah bulan keempat fungsinya diambil alih oleh plasenta. Karena korpus luteum tidak mati, maka progesteron dan esterogen terus terbentuk. Keadaan ini membuat endometrium menjadi lebih tebal dan berubah menjadi *deciduas* (uterus dalam keadaan hamil) sehingga selama kehamilan berlangsung, tidak akan terjadi haid. Perubahan pada endometrium dipengaruhi oleh kejadian-kejadian dalam ovarium, dan kejadian dalam ovarium akan dipengaruhi oleh kelenjar hipofisis (Syaifuddin, 2011 : 338).

1. **Faktor yang mempengaruhi Komplikasi Kehamilan dan Persalinan pada Usia Remaja**

Kehamilan di bawah umur 20 tahun mempunyai dampak negatif terhadap kesejahteraan wanita remaja, hal ini disebabkan karena mereka belum siap mental untuk hamil. Kehamilan di bawah umur terkadang tidak diinginkan, mungkin karena hamil di luar nikah atau pasangan suami-istri tersebut belum siap menerima kehadiran sang bayi. Bila secara psikologis calon ibu sudah menolak kehamilannya, hal ini dapat menimbulkan komplikasi fisik saat ibu hamil ataupun pada saat melahirkan. Menurut Sinclair (2010), komplikasi yang terjadi saat kehamilan dan persalinan pada usia remaja dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor fisik dan psikologis.

* 1. **Faktor Fisik**

Menurut Boyle (2008), pada kehamilan remaja (usia < 20 tahun) ovarium belum berfungsi dengan mantap dan teratur. Endometrium juga masih belum sempurna sehingga banyak resiko yang mungkin terjadi, seperti perdarahan saat kehamilan karena plasenta previa (plasenta letak rendah). Endometrium yang kurang baik dapat menyebabkan zigot mencari tempat implantasi yang lebih nyaman yaitu di tempat yang rendah dekat ostium uteri internum.

Data dari penelitian BKKBN (2008) ditemukan bahwa dua tahun setelah menstruasi yang pertama, seorang anak wanita masih mungkin mencapai pertumbuhan panggul antara 2–9% dan tinggi badan 1%, sehingga ibu yang sangat muda memiliki peningkatan risiko mengalami disproporsi antara ukuran kepala bayi dan panggul ibu (*disproporsi sefalopelvik*).

Remaja lebih sering memiliki status nutrisi prakehamilan yang buruk, diet yang buruk selama hamil, dan masalah citra tubuh yang menempatkan mereka pada risiko nutrisi selama masa hamil. Asupan nutrisi pada remaja seringkali minim zat besi, kalsium, dan asam folat, di mana ketiganya sangat penting untuk perkembangan otot dan tulang serta kesehatan reproduksi. Dengan demikian, anemia sangat rentan terjadi pada remaja terlebih dalam keadaan hamil (Johnson, 2010 : 52).

Anemia saat kehamilan sangat mempengaruhi keadaan ibu dan janinnya. Pengaruhnya terhadap ibu saat masa kehamilan antara lain dapat terjadi abortus, persalinan prematur, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum dan ketuban pecah dini (KPD). Pengaruhnya terhadap persalinan antara lain, gangguan his dan kekuatan mengejan, kala pertama dapat berlangsung lama, kala dua berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala tiga dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum akibat atonia uteri, dan kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri.

Senewel (2004) menyatakan bahwa, ibu yang mengalami komplikasi kehamilan mempunyai kemungkinansebesar 2,9 kali untuk mengalami komplikasi pada waktu persalinan dibandingkan dengan ibu yang pada waktu hamilnya tidak mengalami komplikasi kehamilan.

Selain itu, masalah atau komplikasi juga disebabkan oleh perlakuan remaja sendiri terhadap kehamilannya, seperti melakukan aborsi. Dari 2,3 juta kasus aborsi setiap tahunnya di Indonesia, 20 % nya dilakukan oleh remaja dan melalui tindakan aborsi tidak aman sehingga sering menyebabkan komplikasi hingga kematian (Pinem, 2009 : 212). Aborsi sebagian besar dilakukan oleh tenaga yang tidak terlatih atau bisa disebut dengan aborsi yang tidak aman *(unsafe abortion*) dan menimbulkan “trias” komplikasi, diantaranya perdarahan, trauma alat genital/jalan lahir, infeksi sampai syok septik. Aborsi yang tidak aman *(unsafe abortion*) biasa dilakukan dengan cara memasukkan benda asing (ranting kayu, kabel, ramu-ramuan, bahan kimia, dll) ke dalam vagina dan rahim, meminum obat-obatan dan ramu-ramuan tradisional secara berlebihan, melakukan kekerasan fisik pada tubuh seperti memukul-mukul tubuh atau menjatuhkan diri. Pelaksanaan *unsafe abortion* menyebabkan berbagai dampak negatif meliputi risiko fisik, psikis, dan ekonomi.

* 1. **Faktor Psikologis**

Psikologis bergantung pada keinginan ibu untuk hamil. Ibu yang menginginkan kehamilannya dapat memperkecil risiko selama kehamilan. Hal ini dapat diasumsikan bahwa seorang ibu yang memang menginginkan kehamilannya itu akan benar-benar mempersiapkan masa kehamilan dan waktu persalinannya dengan baik dan cermat. Sebaliknya jika seorang ibu tidak menginginkan kehamilan contohnya karena hamil di luar pernikahan, maka mereka cenderung tidak peduli dengan kehamilan dan bahkan akan menggunakan segala cara untuk menggugurkan kehamilannya (Sari H, 2014 : 8).

Abortus *provokatus kriminalis* merupakan salah satu reaksi remaja dalam menolak kehamilannya. Sebagian besar dilakukan oleh tenaga yang tidak terlatih atau bisa disebut dengan aborsi yang tidak aman *(unsafe abortion*) dan menimbulkan komplikasi fisik, diantaranya perdarahan, trauma alat genital/jalan lahir, infeksi sampai syok septik.

Kehamilan dapat memperburuk pertumbuhan emosional remaja. Usia remaja yang belum matang dan adanya ketidakstabilan emosi akan membuat pencapaian tugas perkembangannya pada masa remaja terganggu. Selain itu, ketidakstabilan emosi juga mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. Anak-anak yang lahir dari ibu remaja sering mengalami gangguan perkembangan dan perilaku (Setyowati, 2017 : 2).

Menurut Sinclair (2010), tugas psikososial remaja terkait dengan kehamilan adalah sebagai berikut.

1. Masa remaja awal atau dini (*early adolescence*), adalah anak yang telah mencapai usia 10-12 tahun. Pada masa ini anak lebih dekat dengan teman sebayanya, ingin bebas, lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya. Seorang remaja awal baru pindah dari pengoperasian konkret ke abstrak dan sedang belajar mengonseptualisasi. Akibat pengaruh hormon dan perubahan fisik, remaja putri muda dapat mencoba menerapkan kendalinya dengan memperlihatkan sikap marah kepada orang tuanya. Pikirannya dipenuhi dengan penampilannya seiring perubahan yang dialami tubuhnya. Karena rasa khawatir terhadap dirinya, janin baginya dirasa abstrak atau tidak nyata dan remaja putri pada tahap ini dapat menyangkal dan menyembunyikan kehamilannya. Ia mungkin mematuhi saran hanya untuk menghindari hukuman atau mendapatkan kebaikan hati. Kehamilan dapat mengganggu dan mencegah pembentukan identitasnya. Hubungan dengan ayah bayi seringkali bersifat sepintas saja dan remaja putri pada tahap ini biasanya mencari teman sesama jenis untuk memperoleh dukungan. Ia membutuhkan dukungan orang tua atau orang dewasa sehingga dapat mengembangkan emosinya untuk mengasuh dan memenuhi kebutuhan bayinya.
2. Masa remaja pertengahan (*middle adolescence*), adalah anak yang telah mencapai usia 13-16 tahun. Pada masa ini anak lebih fokus untuk mencari identitas diri, timbul keinginan untuk berkencan, mempunyai rasa cinta yang mendalam, mengembangkan kemampuan berfikir abstrak, dan berkhayal tentang aktivitas seks. Wanita muda pada tahap remaja pertengahan mengembangkan identitasnya sebagai makhluk seksual dan perubahan akibat kehamilan mungkin tidak diharapkan. Ia sedang memikirkan rencana jangka panjang dan mengembangkan citra dirinya sebagai seorang wanita dewasa. Pada usia ini, remaja putri menginginkan hubungan saling mencintai dengan lawan jenis. Wanita pada tahap ini mampu memodifikasi perilaku untuk kesejahteraan bayi yang akan datang tetapi membutuhkan dukungan dari orang tua atau orang dewasa untuk menafkahi anaknya.
3. Masa remaja akhir (*late adolescence*), adalah anak yang telah mencapai usia 17-20 tahun. Pada masa ini anak cenderung mengungkapkan kebebasan diri, lebih selektif dalam mencari teman sebaya, mempunyai citra tubuh (*body image*) terhadap dirinya sendiri, dan dapat mewujudkan rasa cinta. Wanita muda menikmati identitas yang terbentuk pada masa remaja pertengahan dan mulai melakukan koping terhadap tantangan sebagai seorang dewasa. Ia dapat meneruskan pendidikannya untuk mengemban peran profesional. Ia biasanya mampu untuk berfikir abstrak dan menelusuri pembuatan keputusan serta membatasi aktivitas karena pertimbangan konsekuensi terhadap janin. Wanita pada usia ini merasa nyaman dengan tubuh dewasanya.
4. **Komplikasi Kehamilan pada Usia Remaja**

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine dimulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Manuaba, 2010 : 188). Menurut Prawirohardjo (2012), kehamilan adalah suatu masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir.

Kehamilan di bawah umur 20 tahun merupakan kehamilan berisiko tinggi. Angka kesakitan dan kematian ibu, demikian pula bayi, 2-4 kali lebih tinggi dibandingkan dengan kehamilan pada wanita yang telah cukup umur. Komplikasi utama kehamilan di bawah umur ini yakni terjadinya pre-eklamsi. Ibu mengalami hipertensi disertai kaki bengkak dan ditemukan protein pada air seni. Lebih berbahaya lagi bila pre-eklamsiini berlanjut menjadi eklamsi, pasien kejang-kejang lalu tidak sadarkan diri. Bila hal ini dibiarkan, dapat membahayakan jiwa si ibu dan bayinya. Bayi kemungkinan meninggal di kandungan atau pada saat persalinan (Sitorus, 1996 : 69).

Kehamilan di bawah umur 20 tahun mempunyai dampak negatif terhadap kesejahteraan wanita remaja, hal ini disebabkan belum siap mental untuk hamil. Kehamilan di bawah umur terkadang tidak diinginkan, mungkin karena hamil di luar nikah atau pasangan suami-istri tersebut belum siap menerima kehadiran sang bayi. Perlu dihayati, bila secara psikologis calon ibu sudah menolak kehamilannya, hal ini dapat menimbulkan komplikasi fisik saat ibu hamil ataupun pada saat melahirkan. Hamil di bawah umur juga besar kemungkinan mengakibatkan bayi lahir dengan berat badan rendah dan tak jarang pula bayi begitu lahir langsung meninggal karena prematuritas(belum cukup umur) (Sitorus, 1996 : 85).

Menurut Manuaba (2007), beberapa komplikasi kehamilan yang terjadi pada kehamilan di usia remaja antara lain hiperemesis gravidarum, anemia pada kehamilan, abortus, perdarahan antepartum, dan pre-eklamsia/eklamsia.

* + - 1. **Hiperemesis Gravidarum**

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah berat yang tidak dapat dihentikan selama kehamilan, biasanya mencapai puncaknya antara minggu ke-8 dan ke-12 dan hilang pada minggu ke-16. Insiden ini terjadi lebih sering pada wanita berusia muda dan primigravida. Faktor penyebab hiperemesis gravidarum tidak diketahui dengan pasti, tetapi diduga karena faktor psikologis dan fisik. Psikologis bergantung pada ibu yang belum bisa menerima kehamilannya, terlebih jika kehamilannya tidak diinginkan. Sedangkan faktor fisik antara lain terdapat kemungkinan masuknya villi khorealis ke dalam sirkulasi darah ibu, terjadi peningkatan yang mencolok atau belum beradaptasi dengan kenaikan *human chorionic gonadothropin*, faktor konsentrasi *human chorionic gonadothropin* yang tinggi, dan faktor gizi/anemia (Sinclair, 2010 : 104).

Patofisiologi hiperemesis gravidarum diawali dengan mual muntah yang berlebihan sehingga dapat menimbulkan dehidrasi, tekanan darah turun, dan diuresis menurun. Hal ini menimbulkan perfusi ke jaringan menurun untuk memberikan nnutrisi dan mengonsumsi O2. Oleh karena itu, dapat terjadi perubahan metabolisme menuju ke arah anaerobik yang menimbulkan benda keton dan asam laktat. Muntah yang berlebihan dapat menimbulkan perubahan elektrolit sehingga pH darah menjadi lebih tinggi (Manuaba, 2007 : 396).

Tanda dan gejala dari hiperemesis gravidarum meliputi kehilangan berat badan, nyeri epigastrum karena asam lambung meningkat dan terjadi regurgitasi ke esofagus, ketidakseimbangan elektrolit (khususnya hipokalemia), ketonemia, dan dehidrasi; kemungkinan kerusakan hati dan ginjal, asidosis yang disebabkan oleh kelaparan dan atau alkalosis akibat kehilangan hidrogen klorida (Sinclair, 2010 : 105).

Diagnosis hiperemesis gravidarum tidak terlalu sukar karena penyakit ini berkaitan dengan gestose/kehamilan, yaitu hanya terdapat pada ibu hamil. ibu hamil dengan emesis gravidarum merupakan keluhan yang masih ringan dan diupayakan agar mendapat pengobatan secara poliklinik tanpa rawat inap. Bertambahnya emesis yang dapat mengakibatkan gangguan kehidupannya sehari-hari disebut “hiperemesis gravidarum”. Hiperemesis gravidarum yang berlangsung lama dapat mengakibatkan gangguan tumbuh kembang janin intrauterin (Manuaba, 2007 : 397).

* + - 1. **Anemia pada kehamilan**

Anemia oleh orang awam dikenal sebagai “kurang darah”. Anemia adalah suatu penyakit di mana kadar Hemoglobin (Hb) dalam darah kurang dari normal. Anemia berbeda dengan tekanan darah rendah. Tekanan darah rendah adalah kurangnya kemampuan otot jantung untuk memompa darah ke seluruh tubuh sehingga menyebabkan kurangnya aliran darah yang sampai ke otak dan bagian tubuh lainnya (Fadlun, 2011 : 37).

Menurut catatan dan perhitungan DepKes RI, di Indonesia sekitar 67% ibu hamil mengalami anemia dalam berbagai jenjang. Anemia kehamilan yaitu ibu hamil dengan kadar Hb < 11 gr% pada trimester I dan III atau Hb < 10,5 gr% pada trimester II. Tetapi berdasarkan ketetapan WHO, anemia pada ibu hamil adalah bila Hb kurang dari 11 gr%. Anemia ibu hamil di Indonesia sangat bervariasi, yaitu Hb 11 gr% termasuk normal, Hb 9-10 gr% termasuk ke dalam anemia ringan, Hb 7-9 gr% termasuk ke dalam anemia sedang, Hb 5-7 gr% termasuk ke dalam anemia berat (Manuaba, 2007 : 38).

Sebagian besar anemia adalah anemia defisiensi Fe yang dapat disebabkan oleh konsumsi Fe dari makanan yang kurang. Pola makan remaja yang seringkali tidak menentu dapat meningkatkan risiko terjadinya masalah nutrisi. Bila tidak ada masalah ekonomi ataupun keterbatasan pangan, maka faktor psiko-sosial merupakan penentu dalam memilih makanan. Kebiasaan makan yang sering terlihat pada remaja perempuan antara lain ngemil (biasanya makanan padat kalori), melewatkan waktu makan terutama sarapan pagi, waktu makan tidak teratur, sering makan fast foods, jarang mengkonsumsi sayur dan buah ataupun produk peternakan serta diet yang salah. Hal tersebut dapat mengakibatkan asupan makanan tidak sesuai kebutuhan dan gizi seimbang sehingga terjadi gizi kurang (BKKBN, 2017 : 11).

Asupan ibu hamil menentukan kecukupan nutrisi janin dan perkembangannya. Asupan nutrisi pada remaja seringkali minim zat besi, kalsium, dan asam folat, di mana ketiganya sangat penting untuk perkembangan otot dan tulang serta kesehatan reproduksi. Dengan demikian, anemia sangat rentan terjadi pada remaja terlebih dalam keadaan hamil (Johnson, 2010 : 52).

Kehamilan di usia remaja membutuhkan nutrisi yang lebih tinggi. Perkembangan remaja yang belum selesai memerlukan kebutuhan nutrisi yang lebih tinggi, apabila terjadi kehamilan pada masa remaja maka persaingan antara ibu dan janin dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi kerap memicu kelahiran prematur, bayi lahir dengan berat rendah, ibu mengalami malnutrisi, dan risiko mortalitas bayi meningkat (Johnson, 2010 : 54).

Kebutuhan Fe selama hamil yaitu 900 mg yang digunakan untuk peningkatan jumlah darah ibu, pembentukan plasenta, dan pertumbuhan darah janin. Saat persalinan yang disertai perdarahan sekitar 300 cc dan lahirnya plasenta, ibu akan kehilangan Fe sebesar 200 mg dan kekurangan ini harus mendapatkan kompensasi dari makanan untuk kelangsungan laktasi (Manuaba, 2007 : 38).

Tingginya anemia pada ibu hamil dapat mencerminkan ketidakmampuan sosial ekonomi keluarga atau seluruh komponen bangsa karena nilai gizi tidak memenuhi syarat kesehatan. Anemia yang paling banyak dijumpai adalah “anemia defisiensi Fe” sehingga pengobatannya relatif mudah dan murah (Manuaba, 2007 : 38).

Anemia saat kehamilan sangat mempengaruhi keadaan ibu dan janinnya. Pengaruhnya terhadap ibu saat masa kehamilan antara lain, dapat terjadi abortus, persalinan prematur, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum dan ketuban pecah dini (KPD). Pengaruhnya terhadap persalinan antara lain, gangguan his dan kekuatan mengejan, kala pertama dapat berlangsung lama, kala dua berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala tiga dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum akibat atonia uteri, dan kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri. Pengaruhnya pada masa nifas antara lain, dapat terjadi subinvolusi uteri yang menimbulkan perdaraham postpartum, memudahkan infeksi puerpurium, pengeluaran ASI berkurang, dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia pada masa nifas, dan mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2007 : 38).

Anemia juga berbahaya bagi janin yang dikandung oleh ibu. Sekalipun tampaknya janin mampu menyerap berbagai nutrisi dari ibunya, dengan adanya anemia maka kemampuan metabolisme tubuh akan berkurang sehingga pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim akan terganggu. Akibat anemia pada janin antara lain, abortus, kematian intrauterin, persalinan prematur, berat badan lahir rendah, kelahiran dengan anemia, dan dapat terjadi cacat bawaan (Manuaba, 2007 : 39).

Untuk menghindari terjadinya anemia, sebaiknya ibu hamil meningkatkan konsumsi makanan bergizi, makanan yang banyak mengandung zat besi dari makanan hewani (daging, ikan, ayam, hati, telur) dan makanan nabati (sayuran berwarna hijau seperti bayam, daun katuk, serta kacang - kacangan). Selain itu, makanan yang banyak mengandung vitamin C seperti jambu, tomat, jeruk sangat bermanfaat untuk meningkatkan penyerapan zat besi dalam usus. Ibu hamil juga wajib menambah pemasukan zat besi ke dalam tubuh dengan minum Tablet Tambah Darah secara rutin (Fadlun, 2011 : 38).

* + - 1. **Abortus**

Menurut Manuaba (2007), kehamilan pada usia kurang dari 20 tahun meningkatkan kejadian keguguran (abortus) karena organ reproduksi yang belum sempurna. Selain itu, faktor psikologis yang menolak keadaan kehamilan terutama pada remaja wanita yang belum menikah juga akan meningkatkan kejadian abortus. Jika remaja wanita tersebut belum menikah, ia mungkin harus menghadapi sikap tidak setuju dari masyarakat. Para siswa yang hamil dinegara – negara berkembang seringkali mencari cara untuk melakukan aborsi untuk menghindari kemungkinan dikeluarkan dari sekolah (Saifuddin, 2002 : 327).

Keguguran atau abortus adalah terhentinya proses kehamilan yang sedang berlangsung sebelum mencapai umur 20 minggu atau berat janin <500 gram. Perlu dikemukakan bahwa hasil konsepsi adalah seperti benda asing yang berimplantasi dalam uterus sehingga terjadi upaya mempertahankan dan menolak benda asing tersebut dengan berbagai reaksi tubuh. Faktor utama untuk mempertahankannya adalah sistem hormon dan sistem imunologi. Sistem hormon berupa produksi *human chorionic gonadotropin* (HCG) dan progesteron. Sistem imunologi berupa reaksi imunologi lokal maupun imunologi umum tubuh. Dengan demikian, kehamilan dapat berlangsung sampai aterm sampai berlangsung persalinan (Manuaba, 2007 : 683).

Abortus dapat diklasifikasikan berdasarkan kejadian dan gambaran klinis. Berdasarkan kejadiannya, abortus dibagi menjadi dua, yaitu abortus spontan dan abortus buatan/*provokatus.*

1. Abortus spontan

Abortus spontan adalah keluarnya hasil konsepsi tanpa intervensi medis maupun mekanis, atau terjadi tanpa ada unsur tindakan dari luar dan dengan kekuatan sendiri. Kemungkinan penyebab abortus spontan antara lain karena faktor genetik (kelainan kromosom 50-60%), faktor hormonal (defisiensi luteal, penyakit hormonal seperti diabetes mellitus, gangguan kelenjar tiroid), kelainan anatomi uterus (submukosa mioma uteri, kelainan kongenital uterus, serviks inkompeten), faktor infeksi genitalia interna (toxoplasmosis, sitomegalovirus, rubella, herpes simpleks, infeksi endometrium), intoksikasi agen eksternal (pecandu alkohol, rokok), postur ibu (kurus/BB kurang dari 40 kg, gemuk/BB di atas 80 kg), dan dari faktor paternal (hiperspermatozoa, oligospermia). Abortus spontan masih dibagi menjadi beberapa jenis antara lain abortus imminen, insipien, inkomplet, komplet (Manuaba, 2007 : 685).

1. Abortus buatan/*provokatus*

Abortus buatan/*provokatus* merupakan tindakan abortus yang sengaja dilakukan untuk menghilangkan kehamilan sebelum umur 20 minggu atau berat janin < 500 gram. Abortus buatan dijumpai dalam dua bentuk, yaitu abortus *provokatus medisinalis* dan abortus *provokatus kriminalis*.

Abortus *provokatus medisinalis* merupakan abortus yang dilakukan atas dasar indikasi vital ibu hamil. jika diteruskan, kehamilannya akan lebih membahayakan jiwa sehingga terpaksa dilakukan abortus buatan. Indikasi vital yang dimaksudkan adalah penyakit ginjal, penyakit jantung, penyakit paru berat, penyakit diabetes mellitus berat, penyakit karsinoma. Sedangkan indikasi sosial diantaranya kegagalan pemakai KB, grandemultipara, kehamilan pada IQ yang rendah, kehamilan akibat perkosaan, kehamilan dengan saudara atau orang tua sendiri, kehamilan pada mereka dengan kelainan jiwa.

Abortus *provokatus kriminalis* merupakan abortus yang dilakukan pada kehamilan tidak diinginkan, diantaranya akibat perbuatan yang tidak bertanggung jawab. Abortus *provokatus kriminalis* merupakan salah satu reaksi remaja dalam menolak kehamilannya. Sebagian besar dilakukan oleh tenaga yang tidak terlatih atau bisa disebut dengan aborsi yang tidak aman *(unsafe abortion*) dan menimbulkan “trias” komplikasi, diantaranya perdarahan, trauma alat genital/jalan lahir, infeksi sampai syok septik. Aborsi yang tidak aman *(unsafe abortion*) biasa dilakukan dengan cara memasukkan benda asing (ranting kayu, kabel, ramu-ramuan, bahan kimia, dll) ke dalam vagina dan rahim, meminum obat-obatan dan ramu-ramuan tradisional secara berlebihan, melakukan kekerasan fisik pada tubuh seperti memukul-mukul tubuh atau menjatuhkan diri. Pelaksanaan *unsafe abortion* menyebabkan berbagai dampak negatif meliputi risiko fisik, psikis, dan ekonomi. Perdarahan merupakan salah satu risiko aborsi dan aborsi yang berulang dapat mengakibatkan kemandulan (infertilitas). Aborsi yang tidak aman juga mengakibatkan perlukaan dan infeksi sehingga berakibat kematian. Pelaku aborsi juga sering mengalami perasaan takut, panik, stress, dan trauma. Kecemasan karena rasa bersalah atau merasa dosa karena telah melakukan aborsi bisa berlangsung lama. Dalam segi ekonomi, biaya yang dikeluarkan untuk melakukan aborsi sudah cukup tinggi. Bila terjadi komplikasi atau masalah pasca aborsi, maka biaya yang dikeluarkan juga semakin tinggi (Manuaba, 2007 : 686).

* + - 1. **Perdarahan Antepartum**

Perdarahan antepartum adalah perdarahan dari traktus genitalis pada masa kehamilan yang berumur diatas 22 minggu. Perdarahan pada kehamilan merupakan penyebab utama kematian maternal dan perinatal, berkisar antara 35-40% khususnya di negara berkembang. Masyarakat sudah mengetahui bahwa perdarahan pada kehamilan merupakan tanda bahaya yang dapat menyebabkan kesulitan bagi janin dan ibunya, sehingga akan segera melakukan konsultasi untuk mendapatkan pertolongan (Manuaba, 2007 : 481).

Menurut Saifuddin (2002), perdarahan antepartum pada umumnya disebabkan oleh kelainan implantasi plasenta (letak rendah/previa), kelainan insersia tali pusat atau pembuluh darah pada selaput amnion (vasa previa) dan separasi plasenta sebelum bayi lahir. Menurut Boyle (2008), pada kehamilan remaja (usia <20 tahun) ovarium belum berfungsi dengan mantap dan teratur, endometrium juga masih belum sempurna. Endometrium yang kurang baik dapat menyebabkan zigot mencari tempat implantasi yang lebih nyaman yaitu di tempat yang rendah dekat ostium uteri internum. Oleh karena itu, plasenta previa/letak rendah rentan terjadi pada kehamilan remaja.

* + - 1. **Pre-eklamsia/eklamsia**

Pre-eklamsia/eklamsia merupakan salah satu komplikasi yang serius dan paling ditakuti. Kondisi ini dipengaruhi oleh faktor genetik atau keturunan dan lebih sering dialami oleh wanita yang hamil untuk pertama kalinya. Pre-eklamsia dan eklamsia merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, walaupun jelas bagaimana hal itu terjadi. Istilah kesatuan penyakit diartikan bahwa kedua peristiwa dasarnya sama dan bahwa eklampsia merupakan peningkatan yang lebih berat dan berbahaya dari pre-eklampsia, dengan tambahan gejala tertentu. Pre-eklampsia adalah penyakit yang umumnya terjadi dalam triwulan ke-3 kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya (Wiknjosastro, 2010 : 281).

Tanda khas pre-eklamsia adalah tekanan darah tinggi, ditemukannya protein dalam urin dan pembengkakan jaringan (edema) selama trimester ke-2 kehamilan. Dengan demikian meningkatnya tekanan darah dan jumlah protein urin keadaan dapat menjadi berat. Terjadi nyeri kepala, muntah, gangguan penglihatan, dan nyeri pada perut bagian atas dan kemudian anuria (berhentinya produksi air kemih). Pada stadium akhir dan paling berat yang disebut eklampsia, pasien akan mengalami kejang. Jika eklamsia tidak ditangani secara cepat akan terjadi kehilangan kesadaran dan kematian karena kegagalan jantung, kegagalan ginjal, kegagalan hati atau perdarahan otak (Royston, 1994 : 75).

Pre-ekamsia terjadi pada 6% kehamilan dan biasanya muncul pada sekitar minggu ke-20 dan ke-40. Penyebabnya adalah malformasi sel-sel yang membawa darah ke plasenta. Terapinya terdiri dari istirahat baring, pemberian cairan serta menurunkan tekanan darah. Perawatan di rumah sakit biasanya dianjurkan untuk mencegah risiko terjadinya eklampsia. Gejala utama serangan eklampsia berat yaitu sakit kepala yang hebat dan penglihatan kabur. Tidak ada pengobatan lain untuk mengatasi eklampsia selain melahirkan bayi dan plasenta sesegera mungkin (Leveno, 2009 : 404).

Salah satu faktor predisposisi dari pre-eklamsia adalah primigravida atau nullipara, terutama pada umur reproduksi ekstrem, yaitu remaja (di bawah usia 20 tahun) dan umur 35 tahun ke atas.  Wanita hamil di usia remaja sering mengalami stress dalam kehamilannya, terutama jika kehamilannya merupakan kehamilan yang tidak diinginkan. Stress emosi yang terjadi pada primigravida menyebabkan peningkatan pelepasan *corticotropic-releasing hormone* (CRH) oleh hipotalamus, yang kemudian menyebabkan peningkatan kortisol. Efek kortisol adalah mempersiapkan tubuh untuk berespon terhadap semua stresor dengan meningkatkan respon simpatis, termasuk respon yang ditujukan untuk meningkatkan curah jantung dan mempertahankan tekanan darah (Prawirohardjo, 2012 : 189).

Hipertensi pada kehamilan terjadi akibat kombinasi peningkatan curah jantung dan resistensi perifer total. Selama kehamilan normal, volume darah meningkat secara drastis. Pada wanita sehat, peningkatan volume darah diakomodasikan oleh penurunan responsivitas vaskuler terhadap hormon –hormon vasoaktif, misalnya angiotensin II. Hal ini menyebabkan resistensi perifer total berkurang pada kehamilan normal dan tekanan darah menjadi rendah. Pada wanita dengan pre-eklamsia/eklamsia, tidak terjadi penurunan sensivitas terhadap vasopeptida-vasopeptida tersebut, sehingga peningkatan besar volume darah langsung meningkatkan curah jantung dan tekanan darah (Prawirohardjo, 2012 : 189).

Sedangkan gejala- gejala pre-eklamsia antara lain meningkatnya tekanan darah, yaitu tekanan darah sistolik > 140/140-220 mmHg dan diastolik > 90/90-140 mmHg. Selain itu ada gejala lain yang menyertainya, seperti :

1. Pembengkakan, terutama pada wajah dan tungkai.
2. Peningkatan protein di air seni melebihi normal
3. Pusing, karena tekanan darah naik.
4. Rasa mual di akhir kehamilan ±28 minggu usia kehamilan
5. Nyeri ulu hati
6. Sakit kepala di bagian depan atau dahi
7. Gangguan penglihatan/penglihatan menjadi buram
8. Telinga mendenging

(Leveno, 2009 : 404).

1. **Komplikasi Persalinan pada Usia Remaja**

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2012 : 180).

Seperti diketahui bahwa proses persalinan normal ditentukan oleh tiga faktor, yaitu *power, passage,* dan *passanger*. Ketiga faktor ini sangat menentukan jalannya persalinan sehingga akan terjadi proses persalinan spontan. *Power*, yaitu kekuatan his yang adekuat dan tambahan kekuatan mengejan. Kontraksi / his yang semakin kuat menimbulkan peningkatan tekanan hidrostatik cairan amnion sehingga berperan dalam upaya meningkatkan perlunakan dan pembukaan serviks, sebagai jalan lahir pasif. *Passage*, jalan lahir tulang dan jalan lahir otot. Pada jalan lahir tulang, terdapat beberapa istilah yang harus diketahui, antara lain pelvis minor (jika dijumpai ukuran diameter panggul 1 cm kurang dari normal pada seluruh ukurannya), pelvis mayor (jika ukuran – ukuran diameter panjang tulang panggul seluruhnya normal atau lebih). Jalan lahir lunak digambarkan secara skematis dengan tujuan mendapatkan bayangan yang tepat tentang fungsinya dalam proses persalinan. *Passanger*, meliputi janin, plasenta, dan selaput ketuban (Manuaba, 2007 : 283).

Persalinan dapat terjadi dengan dua kemungkinan yaitu terjadi kelahiran normal (*eutocia*) atau terjadi dengan kelainan (*dystocia*) yang persalinannya seringkali berakhir dengan tindakan.

1. ***Eutocia*/ Kelahiran Normal**

Persalinan yang normal (*eutocia*) ialah persalinan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung spontan dalam 18 jam. Persalinan yang terjadi secara normal atau biasa disebut *eutocia*, dari bahasa Yunani *eu* yang artinya baik atau *tocos* yang artinya kelahiran. Jadi *eutocia* adalah kelahiran yang baik, dan kelahiran yang baik inilah yang dianggap kelahiran anak yang normal, kelahiran yang tidak membawa akibat apa-apa bagi ibu dan anak (Ibrahim Christina S, 1996 : 2).

Dianggap persalinan biasa (*eutocia)* ialah bila kelahiran itu dengan :

1. Isi kandungan hanya satu anak, satu plasenta, dan air ketuban tidak lebih dari 1,5 liter.
2. Umur anak dalam kandungan tidak kurang dari 38 minggu dan tidak lebih dari 42 minggu.
3. Letak anak dalam kandungan normal, yaitu letak kepala di bawah.
4. Anak lahir dengan tenaga ibu sendiri, yaitu dari his dan tenaga mengejan.
5. Jalan kelahiran yang dilalui anak ialah jalan kelahiran biasa, yaitu uterus,rongga, pinggul, dasar panggul, dan vagina.
6. Waktu persalinan tidak lebih dari 24 jam.
7. Kelainan- kelainan tidak terdapat pada ibu maupun anak.

(Ibrahim Christina S, 1996 : 2).

1. ***Dystocia*/ Kelahiran dengan Kelainan**

Yang dimaksud dengan *dystosia* adalah persalinan yang sulit yang ditandai dengan adanya hambatan kemajuan dalam persalinan. Partus luar biasa (abnormal) ialah persalinan *pervaginam* dengan bantuan alat- alat atau melalui dinding perut dengan operasi *Caesarea* (Mochtar, 2007 : 91).

Peristiwa kelahiran bayi, air ketuban, dan plasenta sebagian terjadi tidak normal atau luar biasa. Persalinan yang abnormal atau patologis disebut *dystocia*. Juga dari bahasa Yunani, dari kata *dys* atau *dus* yang artinya jelek atau buruk, dan *tocos* yang berarti kelahiran. Jadi *dystocia* berarti kelahiran yang jelek atau buruk. Persalinan yang tidak biasa atau abnormal ialah persalinan yang membawa sesuatu akibat bagi ibu dan anak (Ibrahim Christina S, 1996 : 2).

Pada persalinan yang normal tidak terjadi kelainan, baik pada ibu maupun anak. Sedangkan pada persalinan abnormal dapat terjadi kelainan pada ibu seperti, perdarahan yang banyak, sesak nafas, adanya gejala-gejala shock seperti badan lemah, keringat banyak, denyut nadi cepat, sering menguap, gelisah, mata berkunang- kunang dan sebagainya. Bila pada persalinan tampak salah satu kelainan seperti tersebut di atas, maka persalinan tersebut termasuk persalinan *dystocia* atau persalinan yang tidak normal (Ibrahim Christina S, 1996 : 7).

Komplikasi persalinan merupakan persalinan yang disertai dengan salah satu atau gabungan dari dua atau lebih tanda adanya kelainan (Ibrahim Christina S, 1996 : 8). Menurut Manuaba (2007), beberapa komplikasi persalinan yang terjadi pada kehamilan di usia remaja antara lain ketuban pecah dini atau sebelum waktunya, kelahiran preterm (prematuritas), partus lama, dan perdarahan postpartum.

1. **Ketuban Pecah Dini atau Sebelum Waktunya**

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya tanpa disertai tanda inpartu dan setelah satu jam tetap tidak diikuti dengan proses inpartu sebagaimana mestinya. Sebagian besar pecahnya ketuban secara dini terjadi sekitar usia kehamilan 37 minggu. Ketuban pecah dini juga dapat diartikan, bocornya cairan amnion sebelum mulainya persalinan, terjadi kira-kira 7 sampai 12% kehamilan (Manuaba, 2007 : 456).

Sebab-sebab terjadinya ketuban pecah dini yang terjadi pada kehamilan usia remaja antara lain serviks inkompeten dan terdapat sefalopelvik disproporsi (kepala belum masuk PAP, kelainan letak janin sehingga ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauterin yang dominan). Selain itu KPD dapat terjadi pada keadaan kehamilan kembar, hidramnion, keadaan sosial ekonomi rendah, serta ibu yang merokok dan minum alkohol (Manuaba, 2007 : 456).

1. **Kelahiran Preterm (Prematuritas)**

Salah satu yang paling ditakuti selama kehamilan adalah persalinan yang terjadi sebelum waktunya, disebut juga persalinan prematur. Berat ringannya persalinan prematur tergantung dari usia kehamilannya. Menurut Eastman, bayi prematur adalah bayi yang lahir dengan berat badan (BB) 1000-2499 gram (Mochtar, 2007 : 218). Sedangkan menurut WHO, persalinan prematur adalah persalinan dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau berat bayi kurang dari 2500 gram (Manuaba, 2007 : 432).

Prematuritas adalah penyebab utama dari kematian perinatal di negara berkembang pada masa sekarang. Pada bayi prematur, tumbuh kembang organ vitalnya belum optimal sehingga menyebabkan ia masih belum mampu untuk hidup di luar kandungan. Dengan demikian bayi sering mengalami kegagalan adaptasi yang dapat menimbulkan morbiditas bahkan mortalitas yang tinggi (Manuaba, 2007 : 432). Sedangkan faktor risiko yang dapat menimbulkan persalinan prematur yaitu :

* 1. Umur ibu (< 20 tahun)
	2. Penyakit maternal : anemia, ginjal, hipertensi, kelainan uterus
	3. Jarak antara persalinan yang terlalu rapat
	4. Kehamilan ganda, hidramnion
	5. Pernah mengalami perdarahan pada trimester II atau III
	6. Pernah mengalami persalinan prematur pada kehamilan terdahulu

(Nugroho, 2014 : 219).

Proses kehamilan dan kelahiran pada usia remaja turut berkontribusi dalam meningkatkan angka kematian perinatal di Indonesia. Menurut Prawirohardjo (2012) pada ibu hamil usia remaja sering mengalami komplikasi kehamilan yang buruk seperti persalinan prematur, bayi berat lahir rendah (BBLR) dan kematian perinatal. Prematuritas dapat terjadi karena kurang matangnya alat reproduksi terutama rahim yang belum siap dalam suatu proses kehamilan. Grady dan Bloom (2004), mengatakan bahwa kehamilan di bawah umur 20 tahun berhubungan dengan peningkatan angka kematian perinatal dan lebih dari 18% kelahiran prematur terjadi pada kelompok umur ini. Beberapa komplikasi yang ditemui pada remaja hamil didasarkan pada kenyataan lebih dari 50% remaja hamil tidak menerima perawatan prenatal sampai trimester kedua, 10% remaja hamil tidak menerima perawatan prenatal sampai trimester ketiga (Prawirohardjo, 2012 : 105).

Masalah malnutrisi yang diderita oleh ibu hamil remaja dapat menyebabkan risiko kelahiran bayi prematur dan juga mengalami berat lahir rendah. Peningkatan kebutuhan nutrisi selama kehamilan dapat membahayakan pertumbuhan remaja dengan potensial yang sama terhadap fetus. Berat bayi lahir yang rendah dan penyulit selama kehamilan dan persalinan dapat terjadi akibat tidak adekuatnya nutrisi, karena kebutuhan nutrisi masih dibutuhkan untuk pertumbuhan fisik dari remaja sehingga terjadi kompetisi dengan kebutuhan untuk janin. WHO (1999), memperkirakan sekitar 25 juta bayi BBLR lahir tiap tahun di dunia ini merupakan 17% dari total kelahiran hidup. Hampir 95% dari bayi BBLR ini lahir di negara berkembang dan sebagian besar diantaranya lahir dari ibu usia remaja (Prawirohardjo, 2012 : 212).

Usia kandungan secara umum adalah 37 – 42 minggu. Jika kehamilan sebelum 37 minggu, kelahiran itu dianggap prematuratau tidak cukup bulan. Pada beberapa kasus, jika diketahui akan terjadi persalinan prematur, kelahiran bayi bisa dicegah atau ditunda. Penundaan ini akan memberikan tambahan waktu bagi bayi untuk tumbuh dan berkembang. Bahkan beberapa haripun bisa menghasilkan bayi yang lebih sehat. Jika tidak terjadi perdarahan atau selaput ketuban masih utuh, biasanya dianjurkan untuk menjalani tirah baring dan diberikan cairan melalui infus. Jika selaput ketuban telah pecah dan pembukaan telah mencapai lebih dari 5 cm, maka sulit untuk menghentikan persalinan prematur karena kontraksi akan terus terjadi sampai bayi akhirnya lahir (Nugroho, 2014 : 220).

1. **Partus Lama**

Lama partus normal bervariasi, juga tidak tepat karena waktu permulaan persalinan seringkali sukar untuk ditentukan secara tepat. Walaupun demikian, dengan mempertimbangkan masalah ini kita dapat mengatakan bahwa sekitar 60% dari pasien primigravida dapat diharapkan melahirkan dalam 12 jam, dan lebih dari 85% pada pasien multipara. Gambaran ini memberi pedoman mengenai perpanjangan persalinan. Jika pada pasien normal persalinan tidak terjadi dalam waktu ini, maka pengiriman ke perawatan konsulen harus dipertimbangkan dengan serius (Chamberlain, 2012 : 85).

Sejauh ini, penyebab terjadinya partus lama dalam kehamilan di usia remaja yang tersering adalah aksi uterus yang tidak efektif. Hal ini dapat menjadi satu-satunya kelainan atau dapat dikaitkan dengan yang lain seperti disproporsi panggul ataupun presentasi abnormal (Chamberlain, 2012 : 86). Jika tidak terjadi pola aktivitas uterus yang normal, progresi persalinan akan abnormal (biasanya memanjang). Hingga tahun 1940-an, distosia dianggap disebabkan oleh inersia uteri. Sejak saat itu penelitian menunjukan bahwa beberapa pola aktivitas uterus mungkin menyebabkan kelambatan kelahiran anak. Pola-pola ini disebut aktivitas uterus yang tidak efisien, yang dibagi menjadi aktivitas uterus hipoaktif dan aktivitas uterus hiperaktif yang tidak terkoordinasi.

1. **Perdarahan Postpartum**

Perdarahan postpartumadalah perdarahan yang terjadi segera setelah persalinan melebihi 500 ml yang dibagi menjadi dua bentuk, yaitu perdarahan postpartum primer dan perdarahan postpartum sekunder.

* + 1. Perdarahan postpartum primer (*early postpartum hemorrhage*), merupakan perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah bayi lahir. Perdarahan primer biasanya disebabkan oleh atonia uteri, retensio plasenta, dan robekan jalan lahir.
		2. Perdarahan postpartum sekunder (*late postpartum hemorrhage*), merupakan perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama, biasanya antara hari ke 5 sampai 15 postpartum. Penyebab utama perdarahan postpartumsekunder biasanya disebabkan karena tertinggalnya sebagian plasenta atau membrannya, perlukaan terbuka kembali, dan infeksi pada tempat implantasi plasenta (Manuaba, 2007 : 810).

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian perdarahan postpartumpada persalinan remaja adalah usia dan paritas, partus lama, peregangan uterus yang berlebihan, oksitosin drip, dan anemia. *Pertama*, pada usia muda dan paritas yang rendah (paritas satu), ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan yang pertama merupakan faktor penyebab ketidakmampuan ibu hamil dalam menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan dan nifas. *Kedua*, Partus lama dapat menyebabkan terjadinya inersia uteri karena kelelahan pada otot-otot uterus sehingga rahim berkontraksi lemah setelah bayi lahir. *Ketiga,* peregangan uterus yang berlebihan antara lain kehamilan ganda, polihidramnion, dan makrosomia. Peregangan uterus yang berlebihan karena sebab-sebab tersebut akan mengakibatkan uterus tidak mampu berkontraksi segera setelah plasenta lahir sehingga sering menyebabkan perdarahan postpartumpada ibu bersalin. Pada kondisi ini miometrium renggang dengan hebat sehingga kontraksi setelah kelahiran bayi menjadi buruk. *Keempat,* Stimulasi dengan oksitosin drip dapat merangsang timbulnya kontraksi uterus yang belum berkontraksi dan meningkatkan kekuatan serta frekuensi kontraksi pada uterus yang sudah berkontraksi. Stimulasi oksitosin drip dengan tujuan akselerasi pada dosis rendah dapat meningkatkan kekuatan serta frekuensi kontraksi, tetapi pada pemberian dengan dosis tinggi dapat menyebabkan tetania uteri terjadi trauma jalan lahir ibu yang luas dan menimbulkan perdarahan serta inversio uteri. Sedangkan stimulasi oksitosin drip dengan tujuan induksi oksitosin drip menyebabkan terjadinya stimulasi berlebihan kepada uterus sehingga mengalami overdistensi (peregangan uterus secara berlebihan) dan menyebabkan terjadinya hipotonia setelah persalinan. *Kelima,* wanita yang mengalami anemia dalam persalinan dengan kadar hemoglobin <11gr/dl akan dengan cepat terganggu kondisinya bila terjadi kehilangan darah meskipun hanya sedikit. Anemia menyebabkan jumlah oksigen yang diikat dan dibawa Haemoglobin berkurang sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan jaringan. Bila jumlah oksigen yang dipasok berkurang maka kinerja organ (dalam hal ini uterus) akan menurun. Otot uterus menjadi tidak berkontraksi dengan adekuat / terjadi atonia uteri sehingga terjadi perdarahan postpartum.

Menurut Wiknjosatro H. (1960), perdarahan pospartum masih merupakan salah satu dari sebab utama kematian ibu dalam persalinan. Karena itu ada tiga hal yang harus diperhatikan dalam menolong persalinan dengan komplikasi perdarahan postpartum, yaitu penghentian perdarahan, menjaga jangan sampai timbul syok, dan penggantian darah yang hilang (Mochtar, 2007: 298).

Perdarahan postpartumadakalanya merupakan perdarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dalam waktu singkat ibu dapat jatuh dalam keadaan syok. Atau dapat berupa perdarahan yang menetes perlahan-lahan tetapi terus menerus yang juga berbahaya karena kita tidak menyangka akhirnya perdarahan berjumlah banyak, ibu menjadi lemas dan juga jatuh dalam syok. Karena itu, sangat penting sekali pada setiap ibu yang bersalin dilakukan pengawasan tekanan darah, nadi, pernafasan ibu, dan periksa juga kontraksi uterus dan perdarahan selama 1 jam (Mochtar, 2007: 301).

1. **Kerangka Konsep**

Remaja

(< 20 tahun)

Faktor yang mempengaruhi komplikasi kehamilan dan persalinan pada usia remaja :

* Faktor Fisik : Endometrium masih belum sempurna, status nutrisi prakehamilan yang buruk, komplikasi akibat aborsi
* Faktor Psikologis : ketidakstabilan emosi, belum siap mental untuk hamil, kehamilan yang tidak diinginkan

Komplikasi

Persalinan

Kehamilan

1. Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya
2. Kelahiran preterm (prematuritas)
3. Partus lama
4. Perdarahan postpartum
5. Hiperemesis gravidarum
6. Anemia pada kehamilan
7. Abortus
8. Perdarahan antepartum
9. Pre-eklamsia/eklamsia

**Keterangan :**

|  |
| --- |
| Tidak ditelitiDiteliti |

**Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian Gambaran Komplikasi Kehamilan dan Persalinan pada Usia Remaja di Wilayah Puskesmas Jabung Kabupaten Malang**