

BAB IX

Kehamilan Remaja dan Dampaknya terhadap Kesehatan Ibu serta Bayi

Pearly Otis Putri Oktaviani, S.ST., M.Kes., Bd.

A. Kehamilan Remaja sebagai Masalah Kesehatan dan Pembangunan

Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada perempuan berusia 10–19 tahun. Rentang usia tersebut tidak homogen: remaja awal berusia 10–14 tahun memiliki kematangan fisik, psikologis, dan sosial yang berbeda dari remaja akhir berusia 15–19 tahun. Perbedaan ini penting karena risiko cenderung semakin besar pada usia yang lebih muda. Kehamilan pada masa remaja berlangsung ketika pertumbuhan tubuh, pembentukan identitas, pendidikan, dan transisi menuju kemandirian belum selesai. Karena itu, kehamilan remaja perlu dipahami sebagai persoalan kesehatan sekaligus persoalan hak anak, pendidikan, kesetaraan gender, dan pembangunan manusia (World Health Organization [WHO], 2024, 2025a).

Secara global, angka kelahiran remaja memang menurun, tetapi penurunannya tidak merata. WHO memperkirakan angka kelahiran pada perempuan usia 15–19 tahun turun dari 64,5 per 1.000 pada tahun 2000 menjadi 41,3 per 1.000 pada tahun 2023. Pada tahun yang sama, angka kelahiran usia 10–14 tahun diperkirakan 1,5 per 1.000. Angka global tersebut menutupi kesenjangan besar menurut wilayah, tingkat pendapatan, pendidikan, dan tempat tinggal. UNICEF juga melaporkan bahwa sekitar 13% perempuan muda di dunia telah melahirkan sebelum usia 18 tahun pada 2023. Dengan demikian, penurunan tren belum berarti beban masalah telah selesai, terutama pada kelompok yang paling miskin dan paling terpinggirkan (United Nations Children’s Fund [UNICEF], 2024; WHO, 2024).

UNFPA memperkirakan sekitar 21 juta kehamilan terjadi setiap tahun pada remaja usia 15–19 tahun di negara berpendapatan rendah dan menengah, dengan sekitar 12 juta kelahiran. Sebagian besar kehamilan tersebut terjadi dalam situasi pilihan reproduksi yang terbatas. Ada kehamilan yang tidak direncanakan, ada yang terjadi dalam perkawinan anak, dan ada pula yang

berkaitan dengan kekerasan atau paksaan seksual. Oleh sebab itu, status “menikah” tidak selalu berarti kehamilan telah dipilih secara bebas. Tekanan keluarga untuk segera memiliki anak, ketimpangan usia dengan pasangan, serta lemahnya posisi tawar dapat mengurangi kemampuan remaja menentukan waktu kehamilan dan menggunakan kontrasepsi (Crooks et al., 2022; United Nations Population Fund [UNFPA], 2024).

Di Indonesia, kehamilan remaja berkaitan erat dengan perkawinan anak, putus sekolah, kemiskinan, dan keterbatasan literasi kesehatan reproduksi. Data BPS memperlihatkan bahwa proporsi perempuan usia 20–24 tahun yang menikah atau hidup bersama sebelum usia 18 tahun masih ditemukan di seluruh wilayah dengan kesenjangan antardaerah. Pada 2022, angka nasional perkawinan anak dilaporkan 8,06%, sedangkan beberapa provinsi memiliki angka jauh lebih tinggi. Data BPS Provinsi Banten mengenai kelahiran pertama sebelum usia 20 tahun juga menunjukkan bahwa persoalan ini relevan bagi pelayanan kesehatan di tingkat lokal, bukan sekadar isu global (Badan Pusat Statistik [BPS], 2025; BPS Provinsi Banten, 2025; Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak [KemenPPPA], 2023a).

Kehamilan remaja tidak boleh dipandang hanya sebagai akibat “perilaku berisiko” individu. Bukti menunjukkan adanya jejaring determinan yang saling berinteraksi: kemiskinan, pendidikan rendah, norma perkawinan dini, ketimpangan gender, kekerasan, akses kontrasepsi yang terbatas, stigma, dan pelayanan yang tidak ramah remaja. Remaja di wilayah terpencil atau dari keluarga dengan sumber daya terbatas sering menghadapi beberapa kerentanan sekaligus. Akumulasi kerentanan inilah yang meningkatkan peluang terjadinya kehamilan dan memperburuk hasil kehamilan setelah konsepsi terjadi (Amjad et al., 2022; Amoadu et al., 2022).

Bab ini membahas dampak kehamilan remaja melalui kerangka siklus hidup. Risiko bagi ibu mencakup anemia, gangguan hipertensi, infeksi, masalah persalinan, serta gangguan kesehatan mental. Risiko bagi janin dan bayi mencakup hambatan pertumbuhan, prematuritas, berat lahir rendah, kondisi neonatal berat, dan masalah gizi anak. Namun, hubungan tersebut tidak sepenuhnya bersifat biologis; mutu pelayanan, status gizi, dukungan keluarga, dan kondisi sosial dapat memperbesar atau mengurangi risiko. Kerangka ini menempatkan pencegahan, pelayanan antenatal yang bermutu, persalinan aman, perawatan pascapersalinan, dan perlindungan sosial sebagai satu rangkaian intervensi (Karaçam et al., 2021; Maheshwari et al., 2022; WHO, 2025a).

B. Faktor Penyebab dan Jalur Kerentanan

Pendidikan merupakan salah satu faktor pelindung terpenting. Remaja yang tetap bersekolah memiliki lebih banyak akses terhadap informasi, jejaring sosial, aspirasi masa depan, dan peluang ekonomi. Sebaliknya, putus sekolah dapat meningkatkan kemungkinan perkawinan dan kehamilan dini; setelah hamil, stigma dan kebijakan sekolah yang tidak inklusif dapat semakin menjauhkan remaja dari pendidikan. Terbentuklah hubungan dua arah: keterbatasan pendidikan meningkatkan risiko kehamilan, sedangkan kehamilan memperbesar risiko putus sekolah. Karena itu, mempertahankan anak perempuan di sekolah dan menjamin kesempatan kembali belajar bagi remaja yang hamil atau telah melahirkan merupakan intervensi kesehatan sekaligus sosial (UNICEF, 2021; WHO, 2025a).

Kemiskinan memengaruhi hampir semua jalur risiko. Keluarga dengan sumber daya terbatas mungkin menganggap perkawinan sebagai cara mengurangi beban ekonomi atau melindungi anak perempuan. Setelah kehamilan terjadi, biaya transportasi, pemeriksaan, makanan bergizi, dan kebutuhan persalinan dapat menunda pencarian pertolongan. Remaja juga lebih bergantung pada orang tua atau pasangan untuk biaya dan keputusan. Tinjauan determinan sosial menunjukkan bahwa status sosial ekonomi rendah, pendidikan terbatas, tempat tinggal terpencil, dan kurangnya dukungan berhubungan dengan hasil maternal dan kelahiran yang lebih buruk pada remaja (Anjad et al., 2022; Grand-Guillaume-Perrenoud et al., 2022).

Norma gender dan relasi kuasa menentukan apakah remaja dapat menolak hubungan seksual, menegosiasikan penggunaan kontrasepsi, atau memutuskan jarak kehamilan. Pasangan yang lebih tua, tekanan untuk membuktikan kesuburan setelah menikah, dan ketergantungan ekonomi dapat memperlemah otonomi reproduksi. Pada sebagian kasus, kehamilan merupakan akibat kekerasan seksual, eksploitasi, atau hubungan yang tidak setara. Pendekatan pencegahan yang hanya mengajarkan remaja perempuan untuk “menjaga diri” mengabaikan tanggung jawab pasangan, keluarga, komunitas, dan sistem perlindungan anak. Pendidikan relasi yang sehat dan transformatif gender perlu melibatkan remaja laki-laki, bukan hanya menempatkan beban pencegahan pada perempuan (Lohan et al., 2022; WHO, 2025a).

Akses terhadap informasi kesehatan reproduksi sering terhambat oleh tabu dan informasi yang tidak akurat. Remaja dapat mengetahui istilah kontrasepsi, tetapi belum memahami cara kerja, efektivitas, efek samping, atau tempat memperoleh layanan yang aman. Mitos bahwa kontrasepsi menyebabkan infertilitas, rasa takut diketahui keluarga, biaya, jarak, dan sikap menghakimi petugas dapat menurunkan pemanfaatan layanan. Kehamilan yang tidak

direncanakan juga dapat terlambat dikenali karena remaja tidak memahami tanda awal, siklus haid tidak teratur, atau menyangkal kehamilan karena takut. Keterlambatan ini mengurangi kesempatan pemeriksaan dan intervensi sejak trimester pertama (Crooks et al., 2022; WHO, 2024).

Perkawinan anak merupakan jalur penting menuju kehamilan remaja karena norma sosial sering menuntut pasangan segera memiliki keturunan. Permohonan dispensasi kawin di Indonesia juga kerap berkaitan dengan kehamilan yang telah terjadi. Situasi tersebut menunjukkan hubungan sirkular: perkawinan anak mendorong kehamilan dini, sementara kehamilan pranikah dapat mendorong perkawinan sebagai respons sosial. Pencegahan perlu memutus kedua jalur tersebut melalui perlindungan anak, pendidikan seksual komprehensif, layanan kontrasepsi, penanganan kekerasan, konseling keluarga, dan penegakan batas usia perkawinan (KemenPPPA, 2023a, 2023b; WHO, 2025a).

Ketika remaja sudah hamil, jalur kerentanan berlanjut melalui keterlambatan pelayanan. Stigma dapat membuat remaja menyembunyikan kehamilan, sedangkan rasa malu dan takut dimarahi petugas menghambat pemeriksaan. Pengalaman pelayanan yang tidak menghormati privasi dapat menurunkan kunjungan berikutnya. Meta-sintesis pengalaman remaja di negara berpendapatan rendah dan menengah menemukan tema ketidaksiapan, emosi yang kompleks, relasi yang menentukan akses, serta pengalaman pelayanan yang dapat bersifat menghormati maupun merendahkan. Dengan demikian, keramahan layanan bukan unsur tambahan, melainkan komponen keselamatan klinis karena memengaruhi keterlibatan remaja dalam perawatan (Crooks et al., 2022).

C. Kerentanan Biologis dan Kebutuhan Gizi pada Kehamilan Remaja

Masa remaja merupakan periode pertumbuhan cepat. Tulang, massa otot, volume darah, dan cadangan mikronutrien masih berkembang, sementara kehamilan menambah kebutuhan energi, protein, zat besi, folat, kalsium, dan berbagai zat gizi lain. Bila remaja masih bertumbuh, kebutuhan tubuh ibu dan janin dapat berlangsung secara bersamaan. Persaingan kebutuhan ini tidak berarti semua remaja pasti mengalami komplikasi, tetapi meningkatkan kerentanan bila asupan sebelum dan selama hamil tidak memadai. Risiko lebih besar pada remaja yang sejak awal kurus, mengalami anemia, memiliki jarak kehamilan pendek, atau hidup dalam rumah tangga rawan pangan (Keats et al., 2022; Maheshwari et al., 2022).

Anemia merupakan masalah utama karena volume plasma meningkat selama kehamilan dan kebutuhan zat besi bertambah untuk pembentukan sel darah merah serta pertumbuhan

janin-plasenta. Remaja putri sendiri merupakan kelompok yang rentan anemia akibat menstruasi dan asupan zat besi yang tidak cukup. Ketika kehamilan terjadi, cadangan yang rendah dapat semakin terkuras. Meta-analisis pada kehamilan remaja menunjukkan anemia lebih sering ditemukan dibanding kelompok dewasa dalam sejumlah konteks. Dampaknya dapat berupa kelelahan, penurunan kapasitas fisik, kerentanan terhadap infeksi, toleransi yang lebih buruk terhadap perdarahan, serta kaitan dengan prematuritas dan berat lahir rendah (Finkelstein et al., 2024; Karaçam et al., 2021).

Status gizi tidak cukup dinilai dari berat badan saja. Penilaian perlu mencakup indeks massa tubuh sebelum hamil atau trimester awal, penambahan berat badan, lingkaran lengan atas, pola konsumsi, keamanan pangan, anemia, dan faktor klinis. Remaja dengan kurang energi kronis membutuhkan dukungan gizi yang realistis dan tidak menghakimi. Konseling sebaiknya menggunakan bahan pangan lokal, frekuensi makan yang memungkinkan, serta memperhitungkan mual, pantangan, dan daya beli. Pemantauan penambahan berat badan harus disertai pencarian penyebab bila kenaikan tidak adekuat, bukan sekadar memberikan nasihat umum untuk “makan lebih banyak” (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI], 2024a, 2024b).

Suplementasi zat besi-folat dan mikronutrien merupakan bagian penting perawatan, tetapi kepatuhan dipengaruhi efek samping, pemahaman, dukungan keluarga, ketersediaan, dan kontinuitas pasokan. Analisis data individual pada remaja hamil di negara berpendapatan rendah dan menengah menunjukkan suplementasi multi-mikronutrien berpotensi menurunkan peluang berat lahir rendah, prematur, dan kecil masa kehamilan dibanding zat besi-folat saja dalam konteks yang diteliti. Temuan tersebut menguatkan pentingnya layanan gizi yang terintegrasi, meskipun pilihan regimen harus mengikuti pedoman nasional dan penilaian klinis individual (Keats et al., 2022).

Kematangan panggul sering disebut sebagai penjelasan tunggal komplikasi persalinan remaja, padahal mekanismenya lebih kompleks. Usia biologis, tinggi badan, status gizi masa kanak-kanak, ukuran janin, kualitas pemantauan persalinan, dan akses rujukan saling berinteraksi. Remaja yang sangat muda mungkin belum mencapai pertumbuhan skeletal optimal, tetapi risiko tidak dapat ditentukan dari umur semata. Penilaian obstetri harus berfokus pada kondisi klinis, kemajuan persalinan, kesejahteraan janin, dan kesiapan rujukan. Stigma bahwa tubuh remaja “pasti tidak mampu melahirkan” justru dapat merusak komunikasi dan mengurangi kepercayaan terhadap layanan (Diabelková et al., 2023; Maheshwari et al., 2022).

Kerentanan biologis juga berinteraksi dengan penyakit dan perilaku kesehatan. Infeksi menular seksual, infeksi saluran kemih, malaria di wilayah endemis, konsumsi rokok atau paparan asap, serta keterlambatan imunisasi dapat memengaruhi kehamilan. Skrining perlu dilakukan berdasarkan pedoman dan faktor risiko, dengan menjaga kerahasiaan. Konseling harus menggunakan bahasa yang mudah dipahami dan memastikan persetujuan yang bermakna. Pendekatan ini penting karena remaja mungkin menjawab “mengerti” karena sungkan, bukan karena benar-benar memahami pilihan pemeriksaan dan terapi (WHO, 2025a; Kemenkes RI, 2025).

D. Dampak Kehamilan Remaja terhadap Kesehatan Ibu

Bukti menunjukkan bahwa remaja menghadapi peningkatan risiko beberapa komplikasi maternal dibanding perempuan usia 20–24 tahun. WHO menyoroti risiko eklampsia, endometritis puerperalis, dan infeksi sistemik. Tinjauan lain melaporkan anemia, ketuban pecah dini, gangguan hipertensi, dan komplikasi persalinan lebih sering pada sejumlah populasi. Besarnya risiko berbeda antarpelitian karena variasi usia, status gizi, paritas, kualitas pelayanan, dan faktor sosial. Oleh karena itu, interpretasi harus menghindari dua ekstrem: menganggap semua kehamilan remaja pasti berkomplikasi atau mengabaikan risiko karena sebagian remaja dapat melahirkan tanpa masalah (Karaçam et al., 2021; Maheshwari et al., 2022; WHO, 2024).

Gangguan hipertensi kehamilan dapat berkembang dari hipertensi gestasional dan preeklampsia menjadi eklampsia yang mengancam nyawa. Remaja dan keluarga perlu memahami tanda bahaya seperti sakit kepala hebat, gangguan penglihatan, nyeri ulu hati, sesak, dan bengkak mendadak, sekaligus mengetahui bahwa hipertensi dapat terjadi tanpa keluhan jelas. Pengukuran tekanan darah dan evaluasi proteinuria atau tanda organ lain harus dilakukan sesuai standar setiap kunjungan. Bila remaja bergantung pada keluarga untuk transportasi, rencana rujukan perlu dibicarakan sejak antenatal agar keputusan tidak terlambat ketika kegawatdaruratan terjadi (Diabelková et al., 2023; Kemenkes RI, 2024b).

Anemia pada ibu remaja dapat memperburuk toleransi terhadap perdarahan persalinan. Meskipun perdarahan postpartum tidak selalu lebih tinggi semata-mata karena usia, kombinasi anemia, keterlambatan rujukan, dan akses darah yang terbatas dapat meningkatkan dampak klinis. Pencegahan mencakup deteksi dan tata laksana anemia, suplementasi, konseling gizi, penentuan tempat bersalin, pencegahan perdarahan sesuai standar, serta observasi pascapersalinan. Tenaga kesehatan juga perlu menilai kepatuhan konsumsi tablet tambah darah secara empatik, mencari penyebab ketidakpatuhan, dan menawarkan strategi mengatasi mual atau konstipasi (Finkelstein et al., 2024; Kemenkes RI, 2024a).

Infeksi selama kehamilan dan masa nifas dapat dipengaruhi ketuban pecah dini, persalinan lama, prosedur, higiene, anemia, dan keterlambatan mengenali gejala. Remaja mungkin menunda melaporkan demam, nyeri, keputihan, atau keluhan genital karena malu. Lingkungan pelayanan harus menjamin privasi dan tidak mengaitkan setiap keluhan dengan penilaian moral. Edukasi mencakup demam, nyeri perut memburuk, cairan berbau, perdarahan, nyeri saat berkemih, dan kondisi lemah sebagai alasan mencari pertolongan segera. Pemantauan nifas penting karena sebagian komplikasi baru muncul setelah pasien pulang (Amoadu et al., 2022; WHO, 2024).

Persalinan pada remaja memerlukan pemantauan yang sama ketatnya dengan persalinan lain, ditambah perhatian pada komunikasi dan dukungan. Ketakutan, kurangnya persiapan, dan pengalaman pertama dapat meningkatkan kecemasan. Pendamping pilihan, penjelasan sebelum tindakan, pengendalian nyeri, serta penghormatan terhadap tubuh dan keputusan pasien membantu menciptakan pengalaman persalinan yang aman. Tindakan operatif harus berdasarkan indikasi klinis; usia remaja saja bukan indikasi seksio sesarea. Beberapa tinjauan bahkan menemukan angka seksio lebih rendah pada remaja, sehingga fokus harus pada deteksi distosia dan fetal distress, bukan asumsi (Karaçam et al., 2021; Mohammadian et al., 2023).

Kesehatan mental merupakan bagian dari kesehatan maternal. Kehamilan yang tidak direncanakan, penolakan keluarga, kekerasan pasangan, stigma, putus sekolah, dan tekanan ekonomi dapat memicu kecemasan, depresi, atau pikiran menyakiti diri. Setelah melahirkan, tuntutan pengasuhan dan kurang tidur menambah beban. Tinjauan sistematis menemukan bahwa ibu remaja rentan mengalami depresi postpartum dan masalah mental yang dapat bertahan melampaui masa nifas. Skrining harus disertai jalur rujukan yang nyata; menanyakan gejala tanpa menyediakan dukungan dapat membuat remaja merasa semakin tidak berdaya (Ferrara et al., 2025; Rahim et al., 2024).

Dampak maternal berlanjut setelah enam minggu pascapersalinan. Remaja membutuhkan dukungan menyusui, pemulihan nutrisi, kontrasepsi pascapersalinan, pencegahan infeksi menular seksual, pengasuhan, dan kesempatan kembali ke sekolah. Kehamilan berulang dengan jarak dekat dapat memperburuk depleksi gizi dan keterbatasan sosial. Konseling kontrasepsi harus dimulai sebelum pulang, bersifat sukarela, tidak memaksa, dan menjelaskan pilihan metode secara seimbang. Perlindungan terhadap kekerasan serta dukungan sosial perlu berjalan bersamaan karena kemampuan menggunakan kontrasepsi dipengaruhi relasi kuasa di rumah (WHO, 2025a; Kemenkes RI, 2025).

E. Dampak terhadap Janin, Bayi, dan Pertumbuhan Anak

Dampak paling konsisten pada bayi dari ibu remaja adalah peningkatan risiko prematuritas dan berat lahir rendah. Meta-analisis di Turki menemukan peluang kelahiran prematur dan berat lahir rendah atau hambatan pertumbuhan lebih tinggi pada kehamilan remaja. Tinjauan naratif serta studi lintas negara juga mengidentifikasi kecil masa kehamilan, nilai Apgar rendah, distress janin, dan kebutuhan perawatan neonatal sebagai masalah yang lebih sering. Risiko terbesar umumnya ditemukan pada remaja yang paling muda dan mereka yang memiliki akses pelayanan rendah (Karaçam et al., 2021; Maheshwari et al., 2022).

Prematuritas merupakan masalah kesehatan utama karena bayi lahir sebelum organ matang sepenuhnya. Komplikasi dapat mencakup gangguan napas, kesulitan mempertahankan suhu, infeksi, gangguan minum, perdarahan otak, dan kebutuhan rawat intensif. Secara global, prematuritas masih berkontribusi besar terhadap kematian dan disabilitas anak. Pencegahan pada kehamilan remaja tidak hanya berupa tindakan obstetri, tetapi juga perbaikan gizi, pencegahan dan tata laksana infeksi, penghentian paparan rokok, pengendalian penyakit ibu, serta ANC tepat waktu untuk mengidentifikasi risiko (Keats et al., 2022; Ohuma et al., 2023).

Berat lahir rendah dapat disebabkan kelahiran prematur, pertumbuhan janin terhambat, atau kombinasi keduanya. Pada remaja, mekanisme potensial mencakup status gizi ibu yang kurang, anemia, penambahan berat badan tidak adekuat, infeksi, hipertensi, serta fungsi plasenta. Faktor sosial seperti kerawanan pangan dan keterlambatan ANC turut memperkuat jalur biologis tersebut. Bayi berat lahir rendah lebih rentan mengalami hipotermia, hipoglikemia, kesulitan menyusui, infeksi, serta gangguan pertumbuhan. Karena itu, pengukuran berat lahir yang akurat, kontak kulit ke kulit, dukungan menyusui, dan tindak lanjut pertumbuhan harus dipastikan (Keats et al., 2022; Mohammadian et al., 2023).

Kondisi neonatal berat tidak semata-mata ditentukan saat bayi lahir. Ketersediaan tenaga terampil, resusitasi, rujukan, perawatan bayi kecil, dan dukungan menyusui menentukan peluang bertahan dan berkembang. Remaja dapat mengalami hambatan memahami instruksi perawatan atau takut bertanya. Tenaga kesehatan perlu mendemonstrasikan cara menjaga kehangatan, tanda bahaya, pemberian ASI, kebersihan tali pusat, dan kapan kembali. Pemisahan ibu dan bayi sebaiknya dibatasi pada indikasi medis karena kedekatan mendukung ikatan, produksi ASI, dan kemampuan ibu mengenali respons bayinya (Kemenkes RI, 2024b; UNICEF, 2024).

Dampak dapat berlanjut ke masa bayi dan balita. Tinjauan sistematis dan meta-analisis menunjukkan hubungan kehamilan remaja dengan peningkatan risiko wasting dan berat badan kurang pada anak. Hubungan ini dijelaskan melalui pertumbuhan janin yang kurang optimal, prematuritas, status gizi ibu, praktik pemberian makan, kemiskinan, dan pendidikan ibu. Temuan tersebut tidak berarti usia ibu secara langsung menentukan gizi anak; lingkungan setelah lahir tetap sangat berpengaruh. Dukungan 1.000 hari pertama kehidupan, pemantauan pertumbuhan, imunisasi, pemberian makan responsif, serta bantuan sosial dapat memutus jalur risiko (Welch et al., 2024).

Ibu remaja sering masih membutuhkan pengasuhan, tetapi sekaligus dituntut mengasuh bayi. Kurangnya pengalaman dapat memengaruhi pengenalan tanda lapar, pemberian ASI, tidur aman, atau respons terhadap penyakit. Pendekatan yang menyalahkan akan membuat ibu enggan meminta bantuan. Pendampingan perlu mengembangkan kompetensi secara bertahap: menjelaskan, mendemonstrasikan, meminta ibu mempraktikkan kembali, dan memberikan umpan balik. Keterlibatan pasangan serta keluarga penting, tetapi tidak boleh menghilangkan suara ibu remaja. Dukungan pengasuhan yang hangat dapat meningkatkan kepercayaan diri dan kualitas interaksi ibu-bayi (Crooks et al., 2022; Rahim et al., 2024).

Pemantauan bayi dari ibu remaja sebaiknya menggunakan pendekatan risiko yang proporsional. Bayi prematur, berat lahir rendah, atau kecil masa kehamilan memerlukan jadwal tindak lanjut sesuai kondisi klinis. Pada bayi cukup bulan tanpa komplikasi, pelayanan tetap harus memperhatikan konteks keluarga, keamanan rumah, kemampuan memperoleh makanan, dan kesehatan mental ibu. Koordinasi antara layanan kebidanan, neonatal, gizi, kesehatan jiwa, dan pelayanan sosial mengurangi kemungkinan ibu dan bayi terputus dari sistem setelah pulang (UNICEF, 2024; WHO, 2025a).

F. Dampak Psikososial, Pendidikan, dan Antargenerasi

Kehamilan remaja dapat mengubah lintasan hidup dalam waktu singkat. Remaja yang sebelumnya berfokus pada sekolah, pertemanan, dan pembentukan identitas harus menghadapi perubahan tubuh, keputusan kehamilan, persalinan, dan pengasuhan. Perasaan yang muncul dapat bercampur antara takut, sedih, malu, marah, menerima, dan mencintai bayi. Pengalaman tersebut berbeda menurut apakah kehamilan direncanakan, dukungan keluarga, status perkawinan, budaya, dan keamanan relasi. Karena itu, tenaga kesehatan perlu mendengarkan narasi individu dan tidak menganggap semua remaja memiliki pengalaman yang sama (Crooks et al., 2022).

Stigma merupakan faktor yang sangat merusak. Remaja yang hamil di luar perkawinan dapat mengalami pengucilan, penghinaan, atau penolakan keluarga. Remaja yang menikah pun dapat menghadapi anggapan bahwa mereka “sudah dewasa” sehingga kebutuhan perkembangan dan perlindungannya diabaikan. Di fasilitas kesehatan, komentar menghakimi dapat menimbulkan trauma dan menghambat kunjungan. Pelayanan yang menghormati martabat berarti menggunakan bahasa netral, menjaga privasi, meminta izin sebelum pemeriksaan, dan memberi kesempatan remaja berbicara tanpa pendamping ketika aman dan sesuai ketentuan (Crooks et al., 2022; Kemenkes RI, 2025).

Dampak pendidikan muncul melalui absensi, putus sekolah, dan sulitnya kembali belajar setelah melahirkan. Kehilangan pendidikan dapat mengurangi peluang kerja dan pendapatan, meningkatkan ketergantungan ekonomi, serta memperkuat kerentanan terhadap kekerasan. Bayi kemudian tumbuh dalam rumah tangga dengan sumber daya lebih terbatas. Siklus ini bersifat struktural, bukan kegagalan moral ibu remaja. Kebijakan yang memungkinkan melanjutkan pendidikan, pengasuhan anak yang terjangkau, dukungan keluarga, dan pelatihan keterampilan merupakan bagian dari pencegahan dampak jangka panjang (UNICEF, 2021, 2024).

Hubungan dengan pasangan dapat menjadi sumber dukungan atau bahaya. Pasangan yang terlibat dapat membantu transportasi, biaya, keputusan perawatan, pekerjaan rumah, dan pengasuhan. Sebaliknya, kontrol, kekerasan, atau penelantaran memperburuk kesehatan mental dan akses layanan. Skrining kekerasan harus dilakukan secara aman dan privat, dengan memperhatikan bahwa pertanyaan dapat meningkatkan risiko bila pasangan mendengar. Bila kekerasan teridentifikasi, tenaga kesehatan membutuhkan jalur rujukan perlindungan, kesehatan jiwa, bantuan hukum, dan tempat aman; nasihat untuk sekadar “bersabar” tidak memadai (WHO, 2025a).

Depresi dan kecemasan pada ibu dapat memengaruhi tidur, nutrisi, kepatuhan perawatan, respons terhadap bayi, dan kemampuan menyusui. Pada kasus berat dapat muncul pikiran bunuh diri atau menyakiti diri. Tinjauan terbaru menegaskan perlunya perhatian pada masalah kesehatan mental ibu remaja, termasuk setelah periode postpartum awal. Intervensi dapat mencakup dukungan psikososial, terapi berbasis bukti, penguatan jejaring, penanganan kekerasan, dan rujukan psikiatri bila diperlukan. Keluarga perlu diedukasi bahwa gangguan mental bukan kelemahan dan memerlukan pertolongan profesional (Ferrara et al., 2025; Rahim et al., 2024).

Dampak antargenerasi terjadi ketika kerugian biologis dan sosial berlanjut dari ibu ke anak. Prematuritas atau berat lahir rendah dapat meningkatkan kebutuhan kesehatan; kemiskinan dan pendidikan yang terputus dapat membatasi stimulasi, makanan, dan layanan; kesehatan mental ibu dapat memengaruhi interaksi; dan norma perkawinan anak dapat diwariskan. Namun, jalur ini bukan takdir. Pelayanan kesehatan berkualitas, dukungan pengasuhan, perlindungan sosial, pendidikan berkelanjutan, dan pencegahan kehamilan berulang dapat mengubah lintasan tersebut (Welch et al., 2024; WHO, 2025a).

G. Pencegahan dan Pelayanan yang Responsif terhadap Remaja

Pencegahan kehamilan remaja membutuhkan strategi berlapis. WHO merekomendasikan pengakhiran perkawinan anak, mempertahankan anak perempuan di sekolah, meningkatkan akses kontrasepsi, mencegah hubungan seksual yang dipaksakan, memperluas pendidikan seksualitas komprehensif, dan memperbaiki pelayanan maternal bagi remaja yang hamil. Intervensi tunggal jarang cukup karena penyebabnya berada pada tingkat individu, keluarga, sekolah, komunitas, layanan, dan kebijakan. Program perlu dirancang bersama remaja agar sesuai dengan kebutuhan, bahasa, hambatan, dan cara mereka mencari informasi (WHO, 2025a, 2025b).

Pendidikan seksualitas komprehensif tidak hanya membahas anatomi dan bahaya, tetapi juga relasi sehat, persetujuan, komunikasi, kontrasepsi, pencegahan infeksi menular seksual, keamanan digital, kekerasan, dan keterampilan mencari bantuan. Bukti dari uji klaster JACK menunjukkan bahwa pendekatan transformatif gender yang melibatkan remaja laki-laki dapat memperbaiki hasil terkait pengetahuan dan sikap yang relevan dengan pencegahan kehamilan. Pendekatan sekolah menyeluruh juga menggabungkan kurikulum, partisipasi siswa, keterlibatan orang tua, kampanye, dan hubungan dengan layanan kesehatan (Lohan et al., 2022; Ponsford et al., 2022).

Layanan kontrasepsi untuk remaja perlu akurat, rahasia, tidak diskriminatif, dan mengikuti peraturan yang berlaku. Konseling harus menjelaskan efektivitas, cara penggunaan, efek samping, perlindungan terhadap infeksi, serta pilihan ketika terjadi kegagalan metode. Petugas tidak boleh menunda layanan hanya karena asumsi bahwa remaja belum aktif secara seksual atau karena takut dinilai mendukung perilaku seksual. Dalam konteks Indonesia, Permenkes Nomor 2 Tahun 2025 menegaskan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif kesehatan reproduksi remaja, termasuk konseling dengan memperhatikan privasi dan kerahasiaan (Kemenkes RI, 2025).

Bagi remaja yang sudah hamil, prioritas bergeser pada keselamatan dan dukungan tanpa meninggalkan pencegahan kehamilan berikutnya. Kontak pertama harus mencakup konfirmasi usia kehamilan, riwayat medis dan obstetri, skrining gizi dan anemia, tekanan darah, infeksi, kesehatan mental, kekerasan, penggunaan zat, serta dukungan sosial. Rencana perawatan perlu menjelaskan jadwal kunjungan, tanda bahaya, nutrisi, suplementasi, persiapan persalinan, rujukan, menyusui, perawatan bayi, dan kontrasepsi pascapersalinan. Buku KIA dapat menjadi alat komunikasi, tetapi penjelasan lisan dan verifikasi pemahaman tetap diperlukan (Kemenkes RI, 2024b).

Pelayanan ramah remaja memiliki beberapa ciri: mudah diakses, menjaga privasi, waktu tunggu wajar, petugas tidak menghakimi, komunikasi sesuai usia, persetujuan yang jelas, serta keterhubungan dengan layanan lain. Remaja perlu diberi ruang untuk bertanya dan berpartisipasi dalam keputusan. Keluarga dapat dilibatkan sebagai sumber dukungan dengan persetujuan dan pertimbangan keamanan. Pada saat yang sama, petugas harus mengenali situasi ketika pendamping justru mengontrol atau membahayakan pasien. Tinjauan pengalaman remaja menunjukkan bahwa rasa dihormati menentukan keberlanjutan pemanfaatan layanan (Crooks et al., 2022; Grand-Guillaume-Perrenoud et al., 2022).

Model pelayanan sebaiknya terintegrasi. Bidan dan dokter menangani kebutuhan klinis; ahli gizi mendukung pemulihan status gizi; psikolog atau tenaga kesehatan jiwa menangani depresi, kecemasan, dan trauma; pekerja sosial membantu akses perlindungan serta pendidikan; dan kader dapat mendukung tindak lanjut. Sistem rujukan perlu memiliki kontak, kriteria, transportasi, dan umpan balik yang jelas. Koordinasi mencegah remaja menerima banyak nasihat yang saling bertentangan atau harus menceritakan pengalaman traumatis berulang kali (WHO, 2025a).

Pencegahan kehamilan berulang perlu dimulai selama antenatal dan dilanjutkan setelah persalinan. Konseling membahas tujuan hidup, jarak kehamilan, pilihan kontrasepsi, negosiasi dengan pasangan, dan pencegahan infeksi. Metode kontrasepsi jangka panjang dapat ditawarkan sebagai pilihan efektif, tetapi tidak boleh dipaksakan atas dasar usia atau kondisi ekonomi. Persetujuan sukarela merupakan prinsip utama. Bersamaan dengan itu, dukungan untuk kembali sekolah, penitipan anak, keterampilan kerja, dan perlindungan dari kekerasan memperkuat kemampuan remaja mempertahankan keputusan reproduksinya (WHO, 2025a).

Evaluasi program perlu mengukur lebih dari sekadar penurunan angka kehamilan. Indikator dapat mencakup pengetahuan yang benar, penggunaan kontrasepsi sukarela, usia perkawinan pertama, keberlanjutan sekolah, kunjungan ANC tepat waktu, anemia, persalinan

oleh tenaga terampil, pengalaman pelayanan yang menghormati, berat lahir, prematuritas, kesehatan mental, dan kehamilan berulang. Data perlu dipilah menurut usia 10–14 dan 15–19 tahun, wilayah, pendidikan, disabilitas, dan kondisi sosial agar kelompok paling rentan tidak tersembunyi dalam angka rata-rata (BPS, 2025; WHO, 2025a).

H. Penutup

Kehamilan remaja merupakan masalah yang kompleks karena terjadi pada pertemuan antara perkembangan biologis yang belum selesai dan kondisi sosial yang sering membatasi pilihan. Dampaknya terhadap ibu mencakup anemia, gangguan hipertensi, infeksi, ketuban pecah dini, komplikasi persalinan, dan masalah kesehatan mental. Pada janin dan bayi, dampak yang paling konsisten adalah prematuritas, berat lahir rendah, hambatan pertumbuhan, kondisi neonatal berat, serta risiko masalah gizi pada masa anak. Risiko cenderung lebih besar pada remaja yang sangat muda dan pada mereka yang mengalami kemiskinan, status gizi buruk, kekerasan, keterlambatan ANC, atau pelayanan berkualitas rendah (Karaçam et al., 2021; Welch et al., 2024; WHO, 2024).

Usia tidak bekerja sendirian. Hasil kehamilan dibentuk oleh status gizi sebelum konsepsi, akses terhadap informasi dan kontrasepsi, dukungan keluarga, kondisi pasangan, ketepatan kunjungan, kualitas persalinan, perawatan neonatal, dan perlindungan sosial. Perspektif ini penting agar pelayanan tidak menyalahkan remaja. Remaja yang hamil tetap memiliki hak atas keselamatan, informasi, privasi, pendidikan, perlindungan dari kekerasan, serta pelayanan yang menghormati martabat dan pilihannya (Anjad et al., 2022; Crooks et al., 2022).

Upaya yang efektif perlu menggabungkan pencegahan perkawinan anak, keberlanjutan pendidikan, pendidikan seksualitas komprehensif, keterlibatan remaja laki-laki, akses kontrasepsi, perlindungan dari kekerasan, dan penguatan ekonomi keluarga. Ketika kehamilan telah terjadi, sistem kesehatan harus memberikan ANC dini dan bermutu, dukungan gizi, skrining kesehatan mental, persalinan aman, perawatan bayi, kontrasepsi pascapersalinan, dan kesempatan kembali belajar. Kolaborasi lintas sektor menjadi syarat karena pelayanan klinis saja tidak dapat mengatasi penyebab sosialnya (Lohan et al., 2022; WHO, 2025a).

Bidan memiliki posisi strategis sebagai pemberi asuhan, edukator, advokat, dan penghubung antar layanan. Komunikasi yang tidak menghakimi dapat menentukan apakah remaja mau kembali memeriksakan diri. Deteksi anemia, hipertensi, infeksi, kekerasan, dan gangguan mental dapat mencegah komplikasi; persiapan rujukan dapat menyelamatkan nyawa; dan pendampingan setelah lahir dapat memperkuat kemampuan ibu merawat bayinya. Dengan

pendekatan berbasis hak, sensitif usia, dan terintegrasi, dampak kehamilan remaja pada ibu dan bayi dapat dikurangi, sekaligus membuka kembali peluang pendidikan dan masa depan remaja (Kemenkes RI, 2025; WHO, 2025a).

Referensi

- Amjad, S., Adesunkanmi, M., Twynstra, J., Seabrook, J. A., & Ospina, M. B. (2022). Social determinants of health and adverse outcomes in adolescent pregnancies. *Seminars in Reproductive Medicine*, 40(1-2), 116-123. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1735847>
- Amoadu, M., Ansah, E. W., Assopiah, P., Acquah, P., Ansah, J. E., Berchie, E., Hagan, D., & Amoah, E. (2022). Adverse obstetric and neonatal outcomes of adolescent pregnancies in Africa: A scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 598. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04821-w>
- Badan Pusat Statistik. (2025). Proporsi perempuan umur 20–24 tahun yang berstatus kawin atau hidup bersama sebelum umur 18 tahun menurut daerah tempat tinggal. <https://www.bps.go.id/id/statistics-table/2/MTM2MSMy/>
- Badan Pusat Statistik Provinsi Banten. (2025). Proporsi perempuan pernah kawin usia 15–49 tahun yang melahirkan anak lahir hidup pertama kali saat berumur kurang dari 20 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Banten. <https://banten.bps.go.id/id/statistics-table/2/NTY5IzI%3D/>
- Crooks, R., Bedwell, C., & Lavender, T. (2022). Adolescent experiences of pregnancy in low- and middle-income countries: A meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 702. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05022-1>
- Diabelková, J., Rimárová, K., Dorko, E., Urdzík, P., Houžvičková, A., & Argalášová, L. (2023). Adolescent pregnancy outcomes and risk factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4113. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054113>
- Ferrara, R., Iovino, L., Latina, R., Avallone, A., Greco, E., Vergallo, G. M., Calderaro, M., & Ricci, P. (2025). Adolescent mothers and postpartum depression: A possible connection? A scoping review. *Clinica Terapeutica*, 176(1), 81–90. <https://doi.org/10.7417/CT.2025.5169>
- Finkelstein, J. L., Cuthbert, A., Weeks, J., Venkatramanan, S., Larvie, D. Y., De-Regil, L. M., & Garcia-Casal, M. N. (2024). Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane*

Database of Systematic Reviews, 2024(8), CD004736.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004736.pub6>

Grand-Guillaume-Perrenoud, J. A., Origlia, P., & Cignacco, E. (2022). Barriers and facilitators of maternal healthcare utilisation in the perinatal period among women with social disadvantage: A theory-guided systematic review. *Midwifery*, 105, 103237.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103237>

Karaçam, Z., Kizilca Çakaloğlu, D., & Demir, R. (2021). The impact of adolescent pregnancy on maternal and infant health in Turkey: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 50(4), 102093.
<https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2021.102093>

Keats, E. C., Akseer, N., Thuraiah, P., Cousens, S., Bhutta, Z. A., & Global Young Women's Nutrition Investigators' Group. (2022). Multiple-micronutrient supplementation in pregnant adolescents in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Nutrition Reviews*, 80(2), 141–156.
<https://doi.org/10.1093/nutrit/nuab004>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024a). Profil Kesehatan Indonesia 2023. Kementerian Kesehatan RI.
https://kemkes.go.id/app_asset/file_content_download/172231123666a86244b83fd8.51637104.pdf

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024b). Buku kesehatan ibu dan anak. Kementerian Kesehatan RI.
https://kesprimkom.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/Buku_KIA_2024.pdf

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2025 tentang penyelenggaraan upaya kesehatan reproduksi.
<https://kesprimkom.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/2025permenkes02.pdf>

Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. (2023a, January 27). Kemen PPPA: Perkawinan anak di Indonesia sudah mengkhawatirkan.
<https://www.kemenpppa.go.id/siaran-pers/kemen-pppa-perkawinan-anak-di-indonesia-sudah-mengkhawatirkan>

Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. (2023b, May 12). Edukasi kesehatan reproduksi cegah perkawinan anak. <https://kemenpppa.go.id/index.php/siaran->

pers/edukasi-kesehatan-reproduksi-cegah-perkawinan-anak

- Lohan, M., Brennan-Wilson, A., Hunter, R., Gabrio, A., McDaid, L., Young, H., French, R., Aventin, Á., Clarke, M., McDowell, C., Logan, D., Toase, S., O'Hare, L., Bonell, C., Gillespie, K., Gough, A., Lagdon, S., Warren, E., Buckley, K., & White, J. (2022). Effects of gender-transformative relationships and sexuality education to reduce adolescent pregnancy (the JACK trial): A cluster-randomised trial. *The Lancet Public Health*, 7(7), e626–e637. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00117-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00117-7)
- Maheshwari, M. V., Khalid, N., Patel, P. D., Alghareeb, R., & Hussain, A. (2022). Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy: A narrative review. *Cureus*, 14(6), e25921. <https://doi.org/10.7759/cureus.25921>
- Mohammadian, F., Moharram Nejadifard, M., Tofighi, S., Garrosi, L., & Molaei, B. (2023). Adverse maternal, perinatal, and neonatal outcomes in adolescent pregnancies: A case-control study. *Journal of Research in Health Sciences*, 23(1), e00570. <https://doi.org/10.34172/jrhs.2023.105>
- Ohuma, E. O., Moller, A.-B., Bradley, E., Chakwera, S., Hussain-Alkhateeb, L., Lewin, A., Okwaraji, Y. B., Mahanani, W. R., Johansson, E. W., Lavin, T., Estevez Fernandez, D., Gatica-Domínguez, G., de Costa, A., Cresswell, J. A., Krasevec, J., Lawn, J. E., Blencowe, H., Requejo, J., & Moran, A. C. (2023). National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: A systematic analysis. *The Lancet*, 402(10409), 1261–1271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00878-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00878-4)
- Ponsford, R., Meiksin, R., Allen, E., Melendez-Torres, G. J., Morris, S., Mercer, C., Campbell, R., Young, H., Lohan, M., Coyle, K., & Bonell, C. (2022). The Positive Choices trial: Update to study protocol for a phase-III RCT of a whole-school social-marketing intervention to promote sexual health and reduce health inequalities. *Trials*, 23, 287. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06191-2>
- Rahim, K. A., Egglestone, N. J., Tsagareli, I. G., Usmani, W., Meherali, S., & Lassi, Z. S. (2024). Mental health outcomes beyond the post-partum period among adolescent mothers: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 12(1), 2305741. <https://doi.org/10.1080/21642850.2024.2305741>
- United Nations Children's Fund. (2021). Towards ending child marriage: Global trends and profiles of progress. UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/towards-ending-child-marriage/>

- United Nations Children's Fund. (2024, November 1). Early childbearing and teenage pregnancy rates by country. <https://data.unicef.org/topic/child-health/early-childbearing/>
- United Nations Population Fund. (2024). Adolescent pregnancy. <https://www.unfpa.org/adolescent-pregnancy>
- Welch, C., Wong, C. K., Lelijveld, N., Kerac, M., & Wrottesley, S. V. (2024). Adolescent pregnancy is associated with child undernutrition: Systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*, 20(1), e13569. <https://doi.org/10.1111/mcn.13569>
- World Health Organization. (2024, April 10). Adolescent pregnancy. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- World Health Organization. (2025a). WHO guideline on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in low- and middle-income countries. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240104105>
- World Health Organization. (2025b, April 23). WHO releases new guideline to prevent adolescent pregnancies and improve girls' health. <https://www.who.int/news/item/23-04-2025-who-releases-new-guideline-to-prevent-adolescent-pregnancies-and-improve-girls--health>