



UNMARRIED PREGNANCY PADA REMAJA DENGAN ANEMIA DAN KEKURANGAN ENERGI KRONIS: LAPORAN KASUS

¹⁾Meike Teryna, ²⁾Astin Nur Hanifah, ³⁾Nurwening T. W., ⁴⁾Astuti Setiyani

¹⁻⁴Program Studi D-III Kebidanan Kampus Magetan, Jurusan Kebidanan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya
Magetan, Jawa Timur, Indonesia

E-mail: ¹⁾meiketeryna@gmail.com, ²⁾astinnur1980@gmail.com, ³⁾nurwening18@gmail.com

Kata Kunci:

Kehamilan Remaja; Unmarried Pregnancy; Anemia; Kekurangan Energi Kronis

Keywords:

Adolescent Pregnancy;
Unmarried Pregnancy; Anemia;
Chronic Energy Deficiency

Info Artikel

Tanggal dikirim: 31 Juli 2026
Tanggal direvisi: 14 Agustus 2026
Tanggal diterima: 19 Agustus 2026
DOI
Artikel:10.58794/jubidav5i2.2472

ABSTRAK

Pendahuluan: Kehamilan remaja sebelum pernikahan dapat disertai masalah fisik, gizi, dan psikososial. Tujuan: Menggambarkan asuhan kebidanan komprehensif pada remaja dengan unmarried pregnancy, anemia, dan Kekurangan Energi Kronis (KEK). Metode: Laporan kasus SOAP dilakukan pada primigravida usia 17 tahun, usia kehamilan 28-29 minggu, melalui pengkajian awal dan empat kunjungan tindak lanjut. Data diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik-obstetri, antropometri, hemoglobin, dokumentasi, dan evaluasi. Hasil: Kondisi awal meliputi pusing, hemoglobin 10,3 g/dL, LILA 22,5 cm, pola makan kurang beragam, keterlambatan ANC, dan kecemasan. Asuhan mencakup edukasi gizi, kepatuhan konsumsi tablet tambah darah, MMS dan kalsium, konseling psikologis, tanda bahaya, dukungan keluarga, P4K, dan KB pascapersalinan. Pada evaluasi akhir pusing menghilang, hemoglobin menjadi 11,8 g/dL, berat badan 59 kg, LILA 23 cm, kepatuhan ANC serta kesiapan persalinan membaik. Kesimpulan: Asuhan berkelanjutan memperbaiki kondisi klinis dan kesiapan ibu, tetapi pemantauan gizi perlu dilanjutkan karena LILA masih <23,5 cm. Pendahuluan: Kehamilan remaja sebelum pernikahan dapat disertai masalah gizi, anemia, keterlambatan ANC, dan tekanan psikososial. Tujuan: Mendeskripsikan asuhan kebidanan komprehensif pada remaja dengan unmarried pregnancy, anemia, dan Kekurangan Energi Kronis (KEK). Metode: Laporan kasus SOAP pada primigravida usia 17 tahun, usia kehamilan 28-29 minggu, melalui satu pengkajian awal dan empat kunjungan tindak lanjut. Hasil: Kondisi awal meliputi pusing, Hb 10,3 g/dL, LILA 22,5 cm, berat badan 53,5 kg, pola makan kurang beragam, keterlambatan ANC, dan kecemasan. Asuhan mencakup edukasi gizi, penguatan kepatuhan suplementasi, konseling suportif, dukungan keluarga, edukasi tanda bahaya, P4K, dan konseling KB pascapersalinan. Pada evaluasi akhir, pusing tidak lagi dikeluhkan, Hb meningkat menjadi 11,8 g/dL, LILA menjadi 23 cm, berat badan menjadi 59 kg, serta kepatuhan ANC dan kesiapan persalinan dilaporkan membaik. Perubahan tersebut merupakan temuan observasional selama asuhan dan tidak menunjukkan hubungan sebab-akibat. Kesimpulan: Asuhan berkelanjutan berjalan seiring dengan perbaikan kondisi klinis dan kesiapan ibu, tetapi risiko KEK masih memerlukan pemantauan karena LILA tetap <23,5 cm.

ABSTRACT

Introduction: Adolescent pregnancy before marriage may involve physical, nutritional, and psychosocial problems. Objective: To describe comprehensive midwifery care for an adolescent with unmarried pregnancy, anemia, and chronic energy deficiency (CED). Methods: A SOAP-based case report was conducted in a 17-year-old primigravida at 28-29 weeks of gestation through an initial assessment and four follow-up visits. Data were obtained through history taking, physical and obstetric examinations, anthropometry, hemoglobin testing, documentation, and evaluation. Results: Initial findings included dizziness, hemoglobin of 10.3 g/dL, MUAC of 22.5 cm, low dietary diversity, delayed antenatal care, and anxiety. Care included nutrition education, adherence to iron tablets, multiple micronutrient supplements and calcium, psychological counseling, danger-sign education, family support, birth preparedness, and postpartum family-planning counseling. At final evaluation, dizziness had resolved,

Author: ¹⁾Meike Teryna, ²⁾Astin Nur Hanifah, ³⁾Nurwening T. W., ⁴⁾Astuti Setiyani Publish: 10 Oktober 2026

Vol. 5, No.2, Tahun 2026



hemoglobin increased to 11.8 g/dL, body weight reached 59 kg, MUAC reached 23 cm, and antenatal adherence and childbirth readiness improved. Conclusion: Continuous care improved clinical status and maternal readiness; however, nutritional monitoring should continue because MUAC remained <23.5 cm.

PENDAHULUAN

Kehamilan pada masa remaja merupakan kondisi yang memerlukan perhatian khusus karena terjadi ketika pertumbuhan fisik, kematangan emosional, dan kesiapan sosial seorang perempuan belum sepenuhnya stabil. Pada periode ini, kebutuhan zat gizi remaja masih digunakan untuk pertumbuhan dirinya, sedangkan kehamilan menambah kebutuhan energi, protein, zat besi, asam folat, kalsium, dan berbagai mikronutrien untuk mendukung perkembangan janin. Apabila pemenuhan kebutuhan tersebut tidak memadai, remaja hamil menjadi lebih rentan mengalami anemia dan Kekurangan Energi Kronis (KEK). Tinjauan literatur menunjukkan bahwa kehamilan remaja di Indonesia dipengaruhi oleh keterbatasan pengetahuan kesehatan reproduksi, perilaku seksual berisiko, rendahnya pengawasan keluarga, pengaruh lingkungan, dan keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi [1].

Kehamilan yang terjadi sebelum pernikahan atau *unmarried pregnancy* menambah kompleksitas masalah. Remaja dapat menghadapi rasa takut, malu, cemas, stigma sosial, perubahan hubungan dengan keluarga, ketidakpastian ekonomi, dan kekhawatiran mengenai masa depan pendidikan maupun pengasuhan anak. Kondisi psikososial tersebut dapat memengaruhi perilaku mencari pertolongan, keterbukaan kepada tenaga kesehatan, kepatuhan kunjungan antenatal, kualitas makan, dan kemampuan melakukan perawatan diri. Penelitian mengenai kesiapan menjalani peran sebagai ibu pada remaja hamil di luar nikah memperlihatkan bahwa penerimaan diri dan dukungan sosial merupakan bagian penting dalam adaptasi terhadap kehamilan [2]. Dinamika psikologis pada kehamilan yang tidak diinginkan juga memperlihatkan adanya tekanan emosional yang membutuhkan komunikasi tanpa menghakimi dan pendampingan yang berkesinambungan [3].

Dalam artikel ini, istilah "*unmarried pregnancy*" digunakan secara deskriptif untuk menyatakan bahwa kehamilan terjadi sebelum adanya ikatan pernikahan resmi pada saat pengkajian. Istilah tersebut dipertahankan pada judul untuk menonjolkan konteks klinis dan psikososial kasus, bukan sebagai label moral maupun penilaian terhadap subjek. Pada uraian selanjutnya, istilah "kehamilan sebelum pernikahan" juga digunakan sebagai padanan deskriptif dalam bahasa Indonesia. Pendekatan terminologis ini dipilih untuk menjaga bahasa akademik yang netral, menghormati martabat subjek, dan meminimalkan stigma.

Anemia pada kehamilan ditandai oleh kadar hemoglobin di bawah ambang yang sesuai dengan usia kehamilan. Penurunan hemoglobin mengurangi kapasitas darah membawa oksigen dan dapat disertai pusing, lemah, mudah lelah, berdebar, atau penurunan toleransi aktivitas. Pada remaja, kebutuhan zat besi untuk pertumbuhan tubuh berlangsung bersamaan dengan kebutuhan kehamilan. Risiko anemia dapat meningkat pada pola makan yang kurang beragam, keterlambatan suplementasi, kepatuhan tablet tambah darah yang rendah, atau masalah gizi lain. Deteksi melalui pelayanan antenatal memungkinkan penanganan dilakukan lebih dini [4], [5], [6].



KEK pada ibu hamil menggambarkan masalah kekurangan energi yang berlangsung relatif lama. Dalam pelayanan maternal di Indonesia, LILA <23,5 cm digunakan sebagai salah satu indikator risiko KEK. KEK dapat berjalan bersamaan dengan anemia karena kualitas dan kuantitas konsumsi pangan sama-sama berperan terhadap kecukupan energi, protein, zat besi, folat, dan mikronutrien lain. Karena itu, evaluasi gizi tidak cukup hanya berdasarkan satu hasil laboratorium, tetapi perlu mempertimbangkan pola makan, penambahan berat badan, LILA, keluhan, dan kemampuan keluarga menyediakan pangan [7], [8], [9], [10].

Pelayanan antenatal pada remaja hamil perlu melampaui pemeriksaan fisik. Asuhan harus mencakup deteksi risiko, pemantauan pertumbuhan janin, edukasi nutrisi, dukungan psikologis, peningkatan kepatuhan suplementasi, pengenalan tanda bahaya, perencanaan persalinan, dan konseling kontrasepsi pascapersalinan. Pendekatan komprehensif menjadi semakin penting pada unmarried pregnancy karena keterlambatan kunjungan dapat terjadi akibat rasa takut atau malu. Pelayanan yang aman, rahasia, suportif, dan melibatkan keluarga secara tepat dapat memperkuat kemampuan remaja mengambil keputusan kesehatan [11], [12], [13], [14].

Dalam literatur yang digunakan pada laporan ini, kehamilan remaja, anemia/KEK, keterlambatan ANC, dan masalah psikososial lebih sering dibahas sebagai komponen yang terpisah. Kasus ini penting dilaporkan karena keempat masalah tersebut muncul secara bersamaan pada seorang primigravida remaja yang baru memasuki pelayanan antenatal pada trimester III. Pembelajaran klinis yang ingin ditonjolkan bukan keberhasilan satu intervensi tertentu, melainkan cara bidan memprioritaskan masalah yang masih dapat dimodifikasi dalam waktu antenatal yang terbatas: menilai risiko gizi dan hematologi, memperkuat kunjungan ANC, menggunakan komunikasi tidak menghakimi, melibatkan keluarga secara proporsional, serta menyiapkan persalinan dan masa pascapersalinan.

Kasus ini menggambarkan primigravida usia 17 tahun dengan kehamilan sebelum pernikahan, anemia ringan pada pengkajian awal, risiko KEK, keterlambatan ANC, pola makan yang belum optimal, dan kecemasan menghadapi persalinan. Tujuan laporan ini adalah mendeskripsikan proses pengkajian, penetapan masalah, pelaksanaan asuhan kebidanan, perkembangan kondisi selama tindak lanjut, serta pembelajaran klinis dari asuhan berkelanjutan menggunakan pendekatan SOAP.

TINJAUAN PUSTAKA

Kehamilan Remaja dan *Unmarried Pregnancy*

Kehamilan remaja adalah kehamilan yang berlangsung pada perempuan berusia kurang dari 20 tahun. Meskipun proses kehamilan tetap merupakan proses fisiologis, usia remaja menempatkan ibu pada situasi yang lebih rentan karena kematangan biologis dan psikososial belum selalu sejalan dengan tuntutan kehamilan. Remaja masih mengalami pertumbuhan tulang, perubahan komposisi tubuh, dan perkembangan fungsi psikologis, sehingga kehamilan dapat menciptakan persaingan kebutuhan nutrisi antara ibu dan janin. Penelitian di Puskesmas Banjaran Kota tidak menemukan hubungan yang signifikan antara kehamilan usia remaja dengan anemia maupun KEK [4]. Temuan tersebut menunjukkan bahwa usia remaja perlu dipertimbangkan bersama faktor gizi dan pelayanan dalam pengkajian risiko.



Risiko kehamilan remaja bukan hanya ditentukan oleh usia. Pendidikan, pengetahuan kesehatan reproduksi, dukungan keluarga, akses pelayanan, kondisi ekonomi, dan penerimaan terhadap kehamilan ikut memengaruhi luaran. Remaja yang baru menyadari kehamilan pada trimester lanjut kehilangan kesempatan memperoleh suplementasi dan deteksi dini pada awal kehamilan. Determinan kunjungan antenatal pada ibu hamil remaja mencakup pengetahuan, dukungan pasangan dan keluarga, keterjangkauan layanan, serta sikap terhadap kehamilan [13]. Karena itu, riwayat kunjungan antenatal perlu dipahami sebagai hasil interaksi berbagai faktor, bukan semata-mata ketidakpatuhan individu.

Pada *unmarried pregnancy*, tekanan sosial dapat lebih kuat. Remaja mungkin menyembunyikan kehamilan, menunda pemeriksaan, atau membatasi komunikasi dengan orang dewasa karena takut disalahkan. Dampak psikologis yang sering dilaporkan meliputi kecemasan, rasa malu, stres, ketidakstabilan emosi, dan penurunan kepercayaan diri [15], [16]. Namun, respons setiap individu berbeda. Sebagian remaja mampu membangun penerimaan dan kesiapan ketika memperoleh dukungan keluarga, pasangan, dan tenaga kesehatan. Oleh sebab itu, tenaga kesehatan perlu menggunakan komunikasi terapeutik, menjaga kerahasiaan, menghindari bahasa yang menghakimi, dan menilai risiko psikososial secara berulang.

Keterkaitan literatur tersebut tampak pada kasus ini: subjek berusia 17 tahun, baru memulai pemeriksaan pada trimester III, memiliki pola makan kurang beragam, serta menyampaikan kekhawatiran tentang persalinan, ekonomi, dan pandangan lingkungan. Temuan tersebut menjadi dasar untuk tidak memisahkan aspek medis dari konteks sosial. Strategi asuhan kemudian diarahkan pada pemenuhan pemeriksaan yang masih dapat dilakukan, penguatan gizi dan suplementasi, komunikasi suportif, serta keterlibatan keluarga tanpa mengurangi privasi dan hak subjek untuk memahami serta menyetujui rencana asuhan.

Anemia dan Kekurangan Energi Kronis pada Kehamilan

Anemia pada kehamilan terjadi ketika kadar hemoglobin berada di bawah ambang yang sesuai dengan trimester kehamilan. Peningkatan volume plasma selama kehamilan menyebabkan hemodilusi, sedangkan kebutuhan zat besi meningkat untuk eritropoiesis ibu, plasenta, dan janin. Apabila cadangan zat besi rendah atau asupan tidak memadai, kadar hemoglobin dapat menurun. Keluhan dapat berupa pusing, lemah, cepat lelah, dan berkurangnya konsentrasi, tetapi pemeriksaan hemoglobin tetap diperlukan karena keluhan klinis tidak selalu sebanding dengan derajat anemia [5], [6].

Pedoman WHO terbaru menggunakan ambang Hb <110 g/L (11,0 g/dL) untuk mendefinisikan anemia pada trimester I dan III serta <105 g/L (10,5 g/dL) pada trimester II [6]. Dengan acuan tersebut, Hb 10,3 g/dL pada subjek yang berada pada 28-29 minggu dikategorikan sebagai anemia ringan, sedangkan Hb 11,1 dan 11,8 g/dL pada tindak lanjut berada di atas ambang anemia untuk trimester III. Interpretasi serial tetap perlu mempertimbangkan metode pengambilan darah, alat, kalibrasi, kondisi hidrasi, dan kualitas pemeriksaan.

Status gizi berhubungan erat dengan anemia. Pola makan yang terbatas pada sumber karbohidrat dan lauk sederhana, jarang mengonsumsi sayur, buah, serta protein hewani dapat menyebabkan kecukupan zat besi, protein, folat, dan vitamin pendukung hematopoiesis tidak



terpenuhi. Penelitian di wilayah Puskesmas Babakan Kabupaten Cirebon tidak menemukan hubungan yang signifikan antara status gizi dan kadar hemoglobin pada ibu hamil [9]. Kepatuhan konsumsi tablet Fe juga berhubungan dengan kejadian anemia; konsumsi teratur, cara minum yang tepat, dan penghindaran teh atau kopi di sekitar waktu konsumsi dapat mendukung penyerapan zat besi [11]. Edukasi perlu disampaikan secara konkret sesuai kebiasaan makan, kemampuan ekonomi, dan bahan pangan yang tersedia di rumah.

KEK merupakan keadaan kekurangan energi dalam jangka panjang. Di Indonesia, LILA <23,5 cm digunakan sebagai indikator risiko KEK pada ibu hamil [10]. LILA bersifat praktis untuk skrining, tetapi tidak dapat menggantikan penilaian pola makan, penambahan berat badan, kondisi klinis, dan pertumbuhan janin. Pada kasus ini, LILA awal 22,5 cm dan akhir 23,0 cm sama-sama masih di bawah ambang. Karena itu, perubahan 0,5 cm hanya dapat disebut sebagai arah perubahan positif selama pemantauan dan tidak cukup untuk menyatakan bahwa KEK telah terselesaikan.

Anemia dan risiko KEK pada subjek perlu dipandang sebagai masalah yang saling beririsan tetapi dinilai dengan indikator berbeda. Hb mencerminkan status hemoglobin pada waktu pemeriksaan, sedangkan LILA digunakan sebagai skrining risiko kekurangan energi kronis. Oleh karena itu, perbaikan Hb tidak boleh digunakan sebagai bukti bahwa KEK telah teratasi. Keputusan klinis perlu berdasarkan tren beberapa indikator dan konteks pasien secara keseluruhan.

Asuhan Kebidanan Komprehensif

Asuhan antenatal terpadu bertujuan memantau kesehatan ibu dan janin, menemukan faktor risiko, memberikan intervensi, serta menyiapkan persalinan dan masa pascapersalinan. Pedoman pelayanan antenatal menekankan pengkajian riwayat, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi, konseling, suplementasi, serta rujukan apabila ditemukan komplikasi [14]. Pada remaja, pelaksanaan standar tersebut perlu disertai pendekatan yang sensitif terhadap usia, tingkat pendidikan, pengalaman, dan kondisi psikososial.

Edukasi nutrisi merupakan komponen utama pada anemia dan KEK. Pesan gizi perlu diterjemahkan menjadi pilihan makanan sehari-hari: sumber karbohidrat, protein hewani dan nabati, sayur, buah, makanan kaya zat besi, serta sumber vitamin C. Petunjuk teknis pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil menekankan penggunaan pangan lokal dan pemenuhan kebutuhan gizi secara berkelanjutan [10]. Suplementasi tetap penting, tetapi tidak menggantikan kualitas makan. Evaluasi kepatuhan harus membahas jumlah tablet, waktu konsumsi, efek samping, hambatan, dan dukungan keluarga.

Dukungan psikologis dapat dilakukan melalui komunikasi terbuka, validasi perasaan, penguatan kemampuan ibu, dan keterlibatan keluarga. Dukungan keluarga dilaporkan berhubungan dengan tingkat kecemasan ibu hamil [17]. Pada kasus *unmarried pregnancy*, keluarga dapat membantu menyediakan makanan, menemani kunjungan, menyiapkan biaya, dan menjadi sumber rasa aman. Tenaga kesehatan juga perlu memastikan bahwa dukungan tidak berubah menjadi tekanan atau pengambilan keputusan sepihak.

Persiapan persalinan melalui P4K mencakup tempat dan penolong persalinan, transportasi, pendamping, biaya, donor darah, dan keputusan ketika terjadi kegawatdaruratan [18]. Konseling kontrasepsi pascapersalinan sebaiknya diberikan sejak antenatal menggunakan prinsip *informed*



choice agar ibu memiliki waktu memahami manfaat, keterbatasan, dan alternatif metode [19]. Pada kasus ini, P4K dan konseling KB dipilih sebagai bagian kesinambungan asuhan karena subjek baru memasuki pelayanan pada trimester III dan masih membutuhkan penguatan kesiapan persalinan.

METODE

Artikel ini merupakan laporan kasus dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan dan pendokumentasian SOAP. Subjek adalah seorang primigravida berusia 17 tahun, G1P0000, dengan usia kehamilan 28-29 minggu pada pengkajian awal. Kehamilan terjadi sebelum adanya ikatan pernikahan resmi dan pada saat pengkajian klien tinggal bersama keluarga. Identitas pribadi dan lokasi pelayanan disamarkan untuk menjaga kerahasiaan. Lokasi pelaksanaan hanya disebut sebagai salah satu Praktik Mandiri Bidan di Kabupaten Magetan, Jawa Timur.

Asuhan terdiri atas satu pengkajian awal pada 24 Januari 2026 dan empat kunjungan tindak lanjut pada 28 Februari, 3 Maret, 6 Maret, dan 11 Maret 2026. Pengumpulan data dilakukan melalui anamnesis, observasi langsung, pemeriksaan fisik dan obstetri, pengukuran antropometri, pemeriksaan kadar hemoglobin dan pemeriksaan laboratorium lain yang tersedia, serta telaah buku KIA dan dokumentasi pelayanan. Data subjektif mencakup keluhan, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, pola makan, konsumsi suplemen, kondisi psikologis, dukungan keluarga, dan kesiapan persalinan. Data objektif mencakup keadaan umum, tanda vital, berat badan, tinggi badan, LILA, pemeriksaan obstetri, denyut jantung janin, hasil ultrasonografi, dan laboratorium.

Analisis SOAP dilakukan secara sistematis pada setiap kontak. Komponen S (subjective) merangkum keluhan, kebiasaan makan, kepatuhan suplemen, keadaan psikososial, dan informasi lain yang disampaikan subjek; O (objective) memuat hasil pemeriksaan fisik, obstetri, antropometri, dan laboratorium; A (assessment) mengintegrasikan data subjektif-objektif untuk menetapkan masalah kebidanan dan kebutuhan pemantauan; sedangkan P (plan) berisi edukasi, konseling, pemantauan, tindak lanjut, dan rujukan sesuai temuan. Perkembangan kemudian dibandingkan secara deskriptif antar-kontak tanpa uji hubungan sebab-akibat.

Penentuan anemia mengacu pada WHO 2024. Untuk trimester III digunakan ambang Hb <11,0 g/dL, dengan Hb 10,0-10,9 g/dL berada pada kategori anemia ringan [6]. Risiko KEK dinilai menggunakan LILA <23,5 cm sesuai acuan pelayanan gizi ibu hamil di Indonesia [10]. Nilai Hb, LILA, berat badan, keluhan, dan kondisi obstetri dievaluasi sebagai tren klinis; perubahan satu indikator tidak digunakan untuk menyatakan penyelesaian seluruh masalah gizi.

Pemeriksaan kadar hemoglobin dilakukan di Puskesmas dan dokumentasi kasus mencatat hasil Hb 10,3; 11,1; dan 11,8 g/dL. Informasi mengenai nama alat, metode, dan jenis sampel pada setiap pemeriksaan tidak tercantum secara lengkap dalam dokumentasi yang tersedia. Oleh karena itu, hasil serial Hb diperlakukan sebagai tren klinis dan tidak digunakan untuk menghitung efek intervensi atau menyatakan hubungan sebab-akibat. Interpretasi perubahan Hb tetap mempertimbangkan kemungkinan variasi metode pemeriksaan.

Intervensi disusun berdasarkan masalah yang ditemukan. Pada aspek fisik dan gizi, ibu memperoleh edukasi mengenai anemia, KEK, pola makan bergizi seimbang, sumber zat besi dan protein, pemanfaatan vitamin C untuk mendukung penyerapan zat besi, cara konsumsi suplemen, istirahat, serta pemantauan gerakan janin. Pada aspek psikologis, dilakukan konseling suportif untuk



membantu penerimaan kehamilan dan mengurangi kecemasan. Pada aspek pencegahan komplikasi, ibu dan keluarga diberi edukasi tanda bahaya, penguatan kepatuhan ANC, P4K, kesiapsiagaan persalinan, serta konseling KB pascapersalinan. Keluhan sering buang air kecil pada trimester III dievaluasi untuk membedakan perubahan fisiologis dari tanda infeksi saluran kemih.

Asuhan dilakukan oleh mahasiswa kebidanan di bawah supervisi bidan pembimbing lahan. Sebelum pengkajian dan penggunaan data untuk laporan kasus, subjek telah memperoleh penjelasan mengenai tujuan, prosedur, manfaat, kerahasiaan, serta hak untuk bertanya, dan informed consent telah diperoleh serta terdokumentasi sesuai prosedur pelayanan yang berlaku. Karena subjek berusia 17 tahun, persetujuan juga di peroleh dari orang tua /wali sesuai ketentuan yang berlaku. Data identitas disamarkan dan informasi sensitif dibatasi pada hal yang relevan secara klinis untuk melindungi privasi subjek.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik dan Kondisi Awal

Nn. N berusia 17 tahun, berpendidikan terakhir SMP, dan menjalani kehamilan pertama. Subjek baru mengetahui kehamilannya setelah trimester awal dan belum melakukan ANC pada trimester I dan II. Pada trimester III subjek mulai memeriksakan diri ke bidan dan puskesmas. Keterlambatan tersebut mengurangi kesempatan untuk memperoleh skrining, edukasi, dan suplementasi sejak awal kehamilan. Kondisi ini sejalan dengan bukti bahwa remaja hamil dapat menunda kunjungan karena keterbatasan pengetahuan, rasa takut, penerimaan terhadap kehamilan, atau faktor dukungan dan akses [13], [20].

Keluhan utama pada pengkajian awal adalah pusing selama kurang lebih satu minggu, terutama ketika beraktivitas atau berubah posisi dari duduk ke berdiri. Pola makan 3-4 kali per hari, tetapi pilihan makanan kurang beragam. Lauk yang sering dikonsumsi adalah tahu, tempe, dan telur, sedangkan ayam hanya sesekali. Ibu jarang mengonsumsi sayur dan buah tidak selalu tersedia setiap hari. Gambaran tersebut menunjukkan risiko kurangnya asupan protein, zat besi, folat, vitamin, mineral, dan serat. Secara psikologis ibu telah menerima kehamilan, tetapi masih mencemaskan persalinan, kondisi ekonomi, dan pandangan lingkungan. Keluarga dan pasangan memberikan dukungan, yang menjadi faktor protektif selama asuhan.

Pemeriksaan awal menunjukkan keadaan umum baik dan tanda vital dalam batas normal. Berat badan 53,5 kg, tinggi badan 148 cm, dan IMT sebelum hamil tercatat 21,0 kg/m². LILA 22,5 cm menunjukkan risiko KEK karena berada di bawah 23,5 cm [10]. Hb 10,3 g/dL pada usia kehamilan 28-29 minggu sesuai dengan anemia ringan berdasarkan ambang WHO untuk trimester III [6]. Denyut jantung janin terdengar teratur, janin tunggal hidup intrauterin, dan hasil USG yang tersedia tidak menunjukkan plasenta previa maupun gangguan jumlah cairan ketuban. Dengan demikian, tidak ditemukan kegawatdaruratan saat pengkajian, tetapi kombinasi usia remaja, anemia, risiko KEK, keterlambatan ANC, dan tekanan psikososial memerlukan pemantauan berkelanjutan.

Tabel 1. Karakteristik dan temuan awal subjek

Komponen	Hasil	Interpretasi
Usia/status obstetri	17 tahun; G1P0000	Kehamilan remaja dan primigravida
Usia kehamilan awal	28-29 minggu	Trimester III

Author: ¹⁾ Meike Teryna, ²⁾ Astin Nur Hanifah, ³⁾ Nurwening T. W., ⁴⁾ Astuti Setiyani Publish: 10 Oktober 2026

Vol. 5, No.2, Tahun 2026



Riwayat ANC	Belum ANC pada trimester I-II	Deteksi risiko dan suplementasi terlambat
Keluhan utama	Pusing saat aktivitas/perubahan posisi	Konsisten dengan keluhan anemia ringan
Pola makan	3-4 kali/hari; jarang sayur; protein hewani terbatas	Risiko ketidakcukupan zat besi, protein, folat, dan energi
Berat badan/TB	53,5 kg/148 cm	Perlu pemantauan pertambahan berat badan
LILA	22,5 cm	Risiko KEK karena <23,5 cm
Hemoglobin	10,3 g/dL	Anemia ringan pada kehamilan
Kondisi janin	Janin tunggal, hidup, intrauterin; DJJ teratur	Tidak ditemukan kegawatdaruratan saat pengkajian
Psikososial	Cemas menghadapi persalinan dan stigma; keluarga mendukung	Memerlukan konseling suportif dan penguatan dukungan

Perkembangan Kondisi Maternal dan Janin

Pada tindak lanjut pertama, keluhan pusing berkurang. Subjek melaporkan mengonsumsi tablet Fe, MMS, dan kalsium secara teratur serta mulai mengikuti ANC. Hb tercatat 11,1 g/dL, berat badan 58,25 kg, dan LILA 23,0 cm. Berdasarkan ambang WHO untuk trimester III, Hb 11,1 g/dL berada di atas ambang anemia [6]. Perubahan Hb terjadi bersamaan dengan peningkatan keteraturan ANC, kepatuhan suplementasi yang dilaporkan, perubahan pola makan, serta perkembangan fisiologis kehamilan. Karena laporan kasus tidak memiliki kelompok pembanding dan beberapa intervensi diberikan secara bersamaan, perubahan tersebut tidak dapat diatribusikan pada satu intervensi tertentu.

Subjek kemudian mengeluhkan sering buang air kecil pada malam hari. Tidak dilaporkan nyeri berkemih, demam, atau urin keruh, dan data pemeriksaan yang tersedia tidak mengarah pada infeksi saluran kemih. Keluhan dinilai konsisten dengan ketidaknyamanan fisiologis trimester III [21]; edukasi difokuskan pada tidak menahan BAK, menjaga kebersihan genital, memenuhi cairan harian, serta mencari pertolongan bila muncul gejala infeksi atau tanda bahaya.

Pada kontak berikutnya, pusing tidak lagi dikeluhkan, gerakan janin dilaporkan aktif, tanda vital stabil, dan DJJ berada pada 144-152 kali/menit selama seluruh kontak. Pada evaluasi akhir, Hb tercatat 11,8 g/dL, berat badan 59 kg, dan LILA 23,0 cm. Hb berada di atas ambang anemia trimester III, tetapi LILA tetap di bawah 23,5 cm sehingga risiko KEK belum teratasi. Perubahan berat badan juga perlu ditafsirkan bersama peningkatan usia kehamilan, pertumbuhan janin, dan perubahan cairan tubuh; karena itu, peningkatan berat badan tidak digunakan sendirian sebagai bukti pemulihan status gizi.

Tabel 2. Perkembangan indikator klinis selama asuhan

Kontak/tanggal	Keluhan utama	TD (mmHg)	BB (kg)	LILA (cm)	Hb (g/dL)	DJJ (x/menit)
Awal, 24 Jan 2026	Pusing	110/70	53,5	22,5	10,3	144
Tindak lanjut 1, 28 Feb 2026	Pusing berkurang; sering BAK	110/70	58,25	23	11,1	144

Author: ¹⁾ Meike Teryna, ²⁾ Astin Nur Hanifah, ³⁾ Nurwening T. W., ⁴⁾ Astuti Setiyani Publish: 10 Oktober 2026

Vol. 5, No.2, Tahun 2026



Tindak lanjut 2, 3 Mar 2026	Pusing hilang; sering BAK	110/80	NA	NA	NA	152
Tindak lanjut 3, 6 Mar 2026	Tidak ada keluhan utama	115/70	NA	NA	NA	150
Tindak lanjut 4, 11 Mar 2026	Tidak ada keluhan utama	105/70	59	23	11,8	148

Keterangan : NA = tidak dilakukan pemeriksaan / pengukuran pada kotak tersebut

Edukasi Nutrisi, Suplementasi, dan Perubahan Anemia

Intervensi gizi dimulai dengan menjelaskan hubungan antara asupan, anemia, dan KEK. Ibu dianjurkan meningkatkan konsumsi sumber protein hewani dan nabati, makanan kaya zat besi, sayur, buah, serta sumber vitamin C. Pesan kemudian diperdalam menggunakan konsep Isi Piringku agar lebih mudah diterapkan. Separuh piring diarahkan untuk sayur dan buah, sementara separuh lainnya terdiri atas makanan pokok dan lauk. Contoh menu disesuaikan dengan bahan yang telah biasa dikonsumsi ibu, seperti telur, ikan, ayam, tahu, tempe, kacang-kacangan, bayam, pepaya, jeruk, dan jambu biji. Pendekatan berbasis pangan sehari-hari lebih aplikatif daripada hanya menyebut kebutuhan zat gizi secara abstrak.

Subjek juga memperoleh edukasi mengenai konsumsi tablet Fe, MMS, dan kalsium sesuai anjuran tenaga kesehatan, termasuk waktu konsumsi, manfaat, kemungkinan efek samping, serta pemisahan tablet Fe dari teh atau kopi yang dapat menghambat penyerapan zat besi. Kepatuhan dievaluasi pada kunjungan tindak lanjut melalui laporan subjek. Subjek melaporkan konsumsi teratur dan tidak menyampaikan efek samping yang membuat suplemen dihentikan. Bukti penelitian menunjukkan bahwa kepatuhan tablet Fe berkaitan dengan kejadian anemia pada ibu hamil [11], tetapi hubungan tersebut tidak dapat digunakan untuk menyimpulkan bahwa perubahan Hb pada kasus ini disebabkan oleh satu komponen intervensi.

Selama periode asuhan, Hb berubah dari 10,3 menjadi 11,1 dan 11,8 g/dL, berjalan seiring dengan hilangnya keluhan pusing, keteraturan kunjungan ANC, kepatuhan suplementasi yang dilaporkan, dan upaya memperbaiki pola makan. Secara klinis, perubahan ini menunjukkan tren yang menguntungkan, tetapi interpretasinya dibatasi oleh desain satu kasus, tidak adanya kelompok pembanding, pemberian beberapa intervensi sekaligus, serta belum lengkapnya informasi mengenai keseragaman metode pemeriksaan Hb. Karena itu, istilah yang digunakan adalah “perubahan/perbaikan selama observasi”, bukan “efek” atau “keberhasilan” intervensi tertentu.

Berat badan berubah dari 53,5 kg menjadi 59 kg, sedangkan LILA dari 22,5 menjadi 23,0 cm. Peningkatan LILA 0,5 cm menunjukkan arah perubahan positif, tetapi nilai akhir masih <23,5 cm sehingga subjek tetap berada pada kategori risiko KEK. Hal ini menegaskan bahwa perbaikan Hb tidak identik dengan penyelesaian masalah gizi kronis. Pemantauan asupan, berat badan, LILA, kondisi janin, dan kebutuhan makanan tambahan sesuai program pelayanan perlu diteruskan sampai persalinan dan masa nifas.

Anemia pada kehamilan dapat berkaitan dengan luaran maternal-neonatal yang kurang baik. Meta-analisis melaporkan hubungan anemia pada kehamilan dengan risiko perdarahan postpartum dan berat badan lahir rendah [22]. Penelitian lain juga menilai anemia, hipertensi dalam kehamilan, dan KEK dalam kaitannya dengan BBLR, tetapi kontribusi masing-masing faktor tidak selalu

Author: ¹⁾ Meike Teryna, ²⁾ Astin Nur Hanifah, ³⁾ Nurwening T. W., ⁴⁾ Astuti Setiyani Publish: 10 Oktober 2026

Vol. 5, No.2, Tahun 2026



seragam antarpelelitian [23]. Temuan tersebut memperkuat alasan untuk mempertahankan pemantauan, bukan untuk memprediksi luaran pada satu subjek. Karena kasus ini berhenti sebelum persalinan, dampak akhir terhadap berat lahir maupun kondisi neonatal tidak dapat dinilai.

Pendekatan Psikologis, Dukungan Keluarga, dan Kepatuhan ANC

Pada awal asuhan, ibu menunjukkan kecemasan mengenai persalinan, pembiayaan, dan pandangan lingkungan. Kehamilan sebelum pernikahan dapat menimbulkan stigma yang memperberat stres dan membuat remaja enggan mencari pelayanan [15], [16]. Konseling dilakukan dengan memberikan ruang bagi ibu untuk mengungkapkan kekhawatiran, menyampaikan informasi secara bertahap, dan menegaskan bahwa pemeriksaan dilakukan untuk melindungi kesehatan ibu dan janin. Pendekatan ini membantu menghindari komunikasi yang hanya berisi larangan atau penilaian moral.

Keluarga dilibatkan sebagai sumber dukungan emosional dan praktis, termasuk pemenuhan kebutuhan makanan, pendampingan ANC, dan persiapan persalinan. Pada kunjungan ketiga dan keempat, subjek melaporkan merasa lebih tenang, lebih dapat menerima kondisi kehamilan, dan lebih siap menghadapi persalinan. Perubahan ini merupakan laporan subjektif subjek dan observasi selama kontak, bukan hasil pengukuran skor kecemasan klinis karena tidak digunakan instrumen psikologis terstandar. Oleh sebab itu, artikel tidak menyimpulkan adanya penurunan kecemasan secara terukur.

Kepatuhan ANC juga membaik. Setelah sebelumnya tidak melakukan kunjungan pada trimester I dan II, ibu mulai melakukan pemeriksaan di bidan dan puskesmas, menjalani pemeriksaan laboratorium, USG, dan mengikuti jadwal tindak lanjut. Edukasi tanda bahaya diberikan berulang agar ibu mampu menyebutkan perdarahan, nyeri perut hebat, sakit kepala berat, pandangan kabur, bengkak pada wajah dan tangan, pecah ketuban, serta berkurangnya gerakan janin sebagai alasan untuk segera mencari pertolongan. Pengulangan informasi penting karena tingkat pendidikan, kecemasan, dan banyaknya pesan kesehatan dapat memengaruhi daya serap informasi.

Pengalaman kasus ini menunjukkan bahwa keterlambatan ANC pada remaja lebih konstruktif direspons dengan pendekatan “*catch-up care*” daripada menyalahkan pasien. Fokus diarahkan pada pemeriksaan yang masih perlu dilengkapi, penilaian risiko, pembangunan kepercayaan, dan kesinambungan tindak lanjut. Kontak berulang memberi kesempatan untuk menilai kembali gizi, suplementasi, keluhan, kondisi psikososial, tanda bahaya, serta kesiapan persalinan.

Persiapan Persalinan dan KB Pascapersalinan

Pada akhir masa asuhan, fokus diperluas pada kesiapsiagaan persalinan. Ibu dan keluarga mendiskusikan tempat bersalin, penolong, transportasi, pendamping, pembiayaan melalui BPJS, perlengkapan ibu dan bayi, serta tindakan apabila muncul tanda bahaya. Ibu mampu menyebutkan tanda persalinan, seperti kontraksi teratur yang semakin kuat, keluarnya lendir bercampur darah, dan pecahnya ketuban. Kesiapan ini menunjukkan peningkatan pengetahuan sekaligus perubahan dari posisi pasif menjadi lebih terlibat dalam pengambilan keputusan.

P4K penting untuk mencegah keterlambatan pengambilan keputusan, keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan, dan keterlambatan memperoleh pertolongan [18]. Pada remaja, perencanaan perlu melibatkan keluarga karena akses transportasi dan pembiayaan sering belum sepenuhnya berada



dalam kendali ibu. Namun, keputusan tetap perlu dikomunikasikan kepada ibu secara langsung agar ia memahami rencana dan mampu mencari pertolongan apabila tidak sedang bersama keluarga.

Konseling KB pascapersalinan diberikan selama antenatal dengan prinsip informed choice. Setelah memperoleh informasi mengenai pilihan metode, subjek menyatakan preferensi sementara terhadap IUD. Pernyataan tersebut bukan realisasi penggunaan kontrasepsi dan bukan keputusan yang bersifat final; pilihan perlu dikonfirmasi kembali tanpa paksaan menjelang atau setelah persalinan sesuai kondisi klinis dan preferensi subjek.

Tabel 3. Intervensi utama dan respons subjek

Fokus asuhan	Intervensi	Respons/evaluasi
Anemia dan risiko KEK	Edukasi gizi, sumber zat besi/protein/vitamin C, penguatan Fe/MMS/kalsium, pemantauan BB-LILA-Hb	Pusing tidak lagi dikeluhkan; Hb 10,3→11,8 g/dL; BB 53,5→59 kg; LILA 22,5→23 cm dan tetap <23,5 cm
Psikososial	Konseling suportif, ruang mengungkapkan kekhawatiran, penguatan dukungan keluarga	Subjek melaporkan lebih tenang dan lebih siap; tidak dinilai dengan instrumen terstandar
ANC dan keselamatan	Penguatan kunjungan, edukasi tanda bahaya, gerakan janin, laboratorium/USG sesuai pelayanan	Kunjungan menjadi lebih teratur; subjek mampu menyebutkan tanda bahaya
Ketidaknyamanan trimester III	Edukasi sering BAK, tidak menahan BAK, kebersihan genital, kecukupan cairan	Tidak ditemukan tanda yang mengarah pada infeksi dalam data yang tersedia
Persiapan persalinan dan KB	P4K, persiapan tempat/transportasi/biaya/pendamping, tanda persalinan, konseling KB	Rencana persalinan disusun; IUD merupakan preferensi sementara yang perlu dikonfirmasi kembali

Implikasi Praktik dan Keterbatasan

Kasus ini menunjukkan bahwa masalah klinis dan psikososial pada kehamilan remaja dapat muncul secara bersamaan. Anemia dan risiko KEK beririsan dengan pola makan, keterlambatan ANC, kepatuhan suplementasi, dukungan keluarga, serta kondisi emosional. Dalam praktik kebidanan, prioritas yang dapat diterapkan adalah: melengkapi skrining yang tertunda, memantau Hb dan LILA dengan metode yang konsisten, memberikan edukasi gizi yang konkret, menilai hambatan kepatuhan, membangun komunikasi yang privat dan tidak menghakimi, melibatkan keluarga secara proporsional, serta menyusun P4K dan rencana pascapersalinan. Paket asuhan seperti ini lebih sesuai untuk kebutuhan kompleks daripada intervensi tunggal.

Praktik pelayanan perlu memberikan ruang konsultasi yang privat dan tidak menghakimi bagi remaja. Penilaian psikososial sebaiknya dilakukan berulang, termasuk keamanan hubungan, risiko kekerasan, dukungan keluarga, dan kemampuan menghadapi persalinan serta pengasuhan. Pada masalah gizi, konseling harus disertai target yang terukur, misalnya frekuensi konsumsi protein hewani, variasi sayur dan buah, jumlah suplemen yang diminum, serta jadwal evaluasi Hb dan LILA. Bila LILA tetap di bawah ambang, diperlukan tindak lanjut gizi dan pertimbangan program makanan tambahan sesuai ketentuan pelayanan.



Laporan ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, hanya terdapat satu subjek sehingga hasil tidak dapat digeneralisasi. Kedua, asupan makanan tidak dicatat secara kuantitatif sehingga perubahan diet hanya berdasarkan anamnesis. Ketiga, kondisi psikososial tidak dinilai dengan instrumen terstandar sehingga perubahan hanya dapat dilaporkan sebagai persepsi subjek dan observasi selama kontak. Keempat, BB, LILA, dan Hb tidak diukur pada setiap kunjungan sehingga tren tidak sepenuhnya kontinu. Kelima, meskipun pemeriksaan Hb dilakukan di Puskesmas, dokumentasi yang tersedia tidak memuat informasi lengkap mengenai nama alat dan keseragaman metode pemeriksaan pada setiap waktu. Keenam, laporan berakhir sebelum persalinan sehingga luaran persalinan, perdarahan, berat lahir, kondisi neonatal, nifas, dan realisasi kontrasepsi tidak dapat dinilai. Oleh karena itu, kesimpulan dibatasi pada perubahan yang diamati selama periode antenatal.

KESIMPULAN

Pada periode antenatal yang diamati, primigravida usia 17 tahun dengan kehamilan sebelum pernikahan mengalami anemia ringan, risiko KEK, keterlambatan ANC, pola makan kurang beragam, serta kekhawatiran psikososial. Selama satu pengkajian awal dan empat tindak lanjut, subjek menerima paket asuhan yang mencakup edukasi gizi, penguatan kepatuhan suplementasi, konseling suportif, pemantauan ibu-janin, edukasi tanda bahaya, dukungan keluarga, P4K, dan konseling KB pascapersalinan. Perubahan yang diamati meliputi tidak lagi dikeluhkannya pusing, Hb dari 10,3 menjadi 11,8 g/dL, berat badan dari 53,5 menjadi 59 kg, LILA dari 22,5 menjadi 23,0 cm, serta peningkatan keteraturan ANC dan kesiapan persalinan yang dilaporkan. Perubahan tersebut bersifat observasional dan tidak membuktikan hubungan sebab-akibat dengan satu intervensi tertentu.

Risiko KEK belum teratasi karena LILA akhir tetap <23,5 cm. Implikasi praktik kebidanan dari kasus ini adalah pentingnya deteksi dan pemenuhan pemeriksaan yang terlambat, pemantauan gizi-hematologi secara serial, edukasi gizi dan suplementasi yang aplikatif, pelayanan privat dan tidak menghakimi, dukungan psikososial, keterlibatan keluarga secara proporsional, serta persiapan persalinan dan kontrasepsi melalui informed choice. Pemantauan perlu diteruskan sampai persalinan dan nifas. Karena laporan berakhir sebelum persalinan, luaran maternal dan neonatal tidak dapat disimpulkan dari kasus ini.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] A. E. Mustika, Andriyanti, and L. Djuari, "Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan remaja di Indonesia tahun 2020-2025: Tinjauan literatur," *JUKEJ: Jurnal Kesehatan Jompa*, vol. 4, no. 4, 2025, doi: 10.57218/jkj.Vol4.Iss4.2085.
- [2] R. Fadilah, F. Fauza, R. Khairina, and N. Mustika, "Kesiapan menjalani peran sebagai ibu pada remaja hamil di luar nikah," *JUANG: Jurnal Wahana Konseling*, vol. 8, no. 1, pp. 131–144, 2025, doi: 10.31851/juang.v8i1.19531.
- [3] A. Fatimah and R. E. Pertiwi, "Dinamika psikologis pada remaja perempuan yang mengalami kehamilan tidak diinginkan," *Dinamika Psikologis: Jurnal Ilmiah Psikologis*, vol. 1, no. 2, pp. 83–100, 2024, doi: 10.26486/jdp.v1i2.4269.
- [4] S. A. Fatimah, D. Triwidiyanti, I. Suryani, and M. Indriati, "Hubungan kehamilan usia remaja dengan kejadian anemia dan KEK di Puskesmas Banjaran Kota tahun 2024," artikel penelitian, STIKes Dharma Husada, Bandung, Indonesia, 2024. Accessed: Oct. 10, 2026. [Online]. Available: <https://siakad.stikesdharma.ac.id/repositories/400824/4008240415/ARTIKEL%20PDF.pdf>



- [5] R. O. Simorangkir, A. B. Sitepu, and G. S. Gunny N., “Gambaran deteksi dini anemia pada ibu hamil di Klinik Helen Tarigan tahun 2021,” *Healthcaring: Jurnal Ilmiah Kesehatan*, vol. 1, no. 1, pp. 36–48, 2022, doi: 10.47709/healthcaring.v1i1.1319.
- [6] World Health Organization, *Guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations*. Geneva: World Health Organization, 2024.
- [7] N. Sastri, A. D. C. Dewi, and Susmita, “Analisis risiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil,” *Jurnal Promotif Preventif*, vol. 6, no. 6, pp. 868–876, 2023, doi: 10.47650/jpp.v6i6.1038.
- [8] R. Agusmarinda, Y. Ananti, and I. Purnamasari, “Hubungan Kekurangan Energi Kronis (KEK) dengan kejadian anemia pada ibu hamil,” *Jurnal Kesehatan Amanah*, vol. 9, no. 1, pp. 109–124, 2025, doi: 10.57214/jka.v9i1.747.
- [9] A. Fitria, L. R. Rakhma, and E. Soviana, “Hubungan status gizi dengan kadar hemoglobin pada ibu hamil di wilayah Puskesmas Babakan Kabupaten Cirebon tahun 2022,” *Jurnal Gizi and Kesehatan*, vol. 15, no. 1, pp. 151–159, 2023, doi: 10.35473/jgk.v15i1.383.
- [10] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Berbahan Pangan Lokal bagi Balita and Ibu Hamil*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2023.
- [11] W. I. P. E. Sari Putri and I. F. Andini, “Hubungan kepatuhan konsumsi tablet Fe terhadap kejadian anemia pada ibu hamil,” *Journal of Midwifery*, vol. 11, no. 2, pp. 280–288, 2023, doi: 10.37676/jm.v11i2.5115.
- [12] H. Khoeroh and Hafsah, “Implementasi antenatal care terpadu sebagai upaya deteksi dini anemia pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Buaran,” *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, vol. 14, no. 1, pp. 127–132, 2023, doi: 10.34305/jikbh.v14i01.683.
- [13] M. R. Hernayanti, D. N. S. Arum, M. Maranata, and O. D. Laksmi, “Determinants of antenatal care visits among adolescent pregnancy,” *Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak*, vol. 17, no. 2, pp. 57–68, 2024, doi: 10.29238/kia.v17i2.2052.
- [14] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2020.
- [15] A. Y. Tjolly and C. H. Soetjningsih, “Dampak psikologis remaja yang hamil di luar pernikahan,” *Innovative: Journal of Social Science Research*, vol. 3, no. 2, pp. 224–237, 2023.
- [16] R. C. L. Wulandari, Y. S. Aryani, and A. Meiranny, “Adolescent psychological impact on mental health during pregnancy,” *Jurnal Kebidanan Kestra (JKK)*, vol. 5, no. 2, pp. 178–184, 2023, doi: 10.35451/jkk.v5i2.1536.
- [17] Rodiyah and A. Setiawan, “Pengaruh dukungan keluarga dengan kecemasan ibu hamil,” *Afeksi: Jurnal Psikologi*, vol. 1, no. 2, pp. 305–315, 2023, doi: 10.572349/afeksi.v2i2.1315.
- [18] N. S. Insiyah and F. Indrawati, “Program Perencanaan Persalinan and Pencegahan Komplikasi (P4K) di puskesmas,” *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition*, vol. 1, no. 3, pp. 371–380, 2021, doi: 10.15294/ijphn.v1i3.46205.
- [19] H. Raharini, M. W. Yulia, and D. Agustanto, “Strategi promosi and konseling kontrasepsi pascapersalinan dalam upaya peningkatan capaian kesehatan nasional: Literature review,” *SAINTEKES: Jurnal Sains, Teknologi dan Kesehatan*, vol. 4, no. 4, pp. 193–202, 2025.
- [20] M. Anjasari, N. J. Margiyanti, and N. Huda, “Asuhan kebidanan kehamilan remaja pada Ny. D usia 17 tahun di Puskesmas Tanjung Sengkuang Kota Batam,” *Jurnal Riset Ilmu Kesehatan Umum dan Farmasi (JRIKUF)*, vol. 2, no. 1, pp. 108–118, 2024, doi: 10.57213/jrikuf.v2i1.136.
- [21] A. N. Fithrah, S. A. Sharief, and Azrida M, “Asuhan kebidanan antenatal pada Ny. R dengan ketidaknyamanan sering buang air kecil,” *Window of Midwifery Journal*, vol. 5, no. 1, pp. 28–36, 2024, doi: 10.33096/wom.vi.1628.
- [22] F. Adhimukti, U. R. Budihastuti, and B. Murti, “Meta-analysis: The effect of anemia in pregnant women on the risk of postpartum bleeding and low birth weight,” *Journal of Maternal and Child Health*, vol. 8, no. 1, pp. 58–69, 2023, doi: 10.26911/thejmch.2023.08.01.06.
- [23] P. Juliyanti, E. P. Sari, P. L. N. Indriani, and I. Sari, “Hubungan anemia, hipertensi dalam kehamilan, and Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat badan lahir rendah di RSUD Prabumulih tahun 2023,” *Indonesian Journal of Health Science*, vol. 5, no. 3, pp. 492–502, 2025, doi: 10.54957/ijhs.v5i3.1452.