CASE REPORT MARRIED BY ACCIDENT IBU HAMIL USIA MUDA DENGAN KEK DI TPMB NY "Y" PLAOSAN

Lorensa Nelly Anjani[1*], Tinuk Esti Handayani[2], Nurlailis Saadah[3], Nuryani[4]

[1,2,3,4]*Poltekkes Kemenkes Surabaya*
E-mail : lorensanelly@gmail.com[*]

ABSTRAK

Pernikahan yang terpaksa dilakukan karena pihak perempuan sudah mengalami kehamilan diluar pernikahan (*Married by Accident*) menjadi masalah kesehatan masyarakat. Kondisi ini disertai ketidaksiapan fisik dan mental, pengetahuan terbatas, serta keterbatasan ekonomi, termasuk pada sebagian kasus ibu yang sudah tidak memiliki orang tua dan dukungan sosial yang minim sehingga semakin memperburuk kondisi sosial ekonomi dan akses terhadap pemenuhan kebutuhan dasar. Hal tersebut meningkatkan risiko terjadinya Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil. Oleh karena itu, diperlukan upaya seperti peningkatan edukasi kesehatan reproduksi, penguatan dukungan keluarga dan sosial, serta pemantauan status gizi secara rutin melalui pelayanan kesehatan untuk mencegah dan menurunkan risiko KEK. Mendeskripsikan asuhan kebidanan pada ibu hamil usia muda dengan kondisi *Married by Accident* yang mengalami KEK. Penulisan menggunakan *case report*. Data dikumpulkan melalui wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, dan telaah dokumen, kemudian dianalisis dengan manajemen kebidanan berbasis langkah SOAP. Ditemukan kasus Ny. K, usia 16 tahun, hamil 30 minggu dengan hasil pemeriksaan LILA 22 cm dan IMT 18,4 kg/m² yang mengindikasikan KEK. Setelah mendapatkan asuhan berupa edukasi gizi, konseling psikososial, suplemen, dan pemantauan rutin selama dua bulan, terjadi perbaikan: asupan energi meningkat, LILA naik menjadi 23,5 cm, berat badan bertambah, dan keluhan mudah lelah berkurang. Penerapan asuhan kebidanan komprehensif sesuai standar mampu memperbaiki status gizi dan kesehatan ibu, serta meminimalkan risiko komplikasi kehamilan.

Kata Kunci : *Married by Accident, Kehamilan Usia Muda, KEK*

ABSTRACT

Pregnancy resulting in Married by Accident (MBA) is a public health concern, particularly among adolescents. This condition is often accompanied by physical and psychological immaturity, limited knowledge, economic constraints, and, in some cases, the absence of parental support and inadequate social support, all of which exacerbate socioeconomic challenges and limit access to essential needs. These factors increase the risk of Chronic Energy Deficiency (CED) during pregnancy. Therefore, interventions such as improving reproductive health education, strengthening family and social support, and routinely monitoring nutritional status through healthcare services are essential to prevent and reduce the risk of CED. This study aimed to describe midwifery care for a young pregnant woman with a Married by Accident condition who experienced Chronic Energy Deficiency. This study employed a case report design. Data were collected through interviews, physical examinations, observations, and document reviews, and were analyzed using the SOAP midwifery management approach. The case involved Mrs. K, a 16-year-old woman at 30 weeks of gestation, with a mid-upper arm circumference (MUAC) of 22 cm and a body mass index (BMI) of 18.4 kg/m², indicating Chronic Energy Deficiency. Following two months of comprehensive midwifery care, including nutritional education, psychosocial counseling, nutritional supplementation, and regular monitoring, her nutritional status improved, as evidenced by increased energy intake, an increase in MUAC to 23.5 cm, weight gain, and reduced fatigue. Comprehensive midwifery care implemented according to standard guidelines was effective in improving maternal nutritional status and overall health while minimizing the risk of pregnancy complications.

Keywords : *Married by Accident, Adolescent Pregnancy, Chronic Energy Deficiency (CED)*

PENDAHULUAN

Kehamilan pada usia remaja masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan reproduksi yang mendapat perhatian secara global karena berkaitan dengan meningkatnya risiko komplikasi pada ibu maupun janin. *World Health Organization* (WHO) melaporkan bahwa setiap tahun sekitar 21 juta remaja perempuan berusia 15–19 tahun di negara berkembang mengalami kehamilan dan sekitar 12 juta di antaranya melahirkan. Meskipun angka kelahiran remaja secara global menunjukkan tren penurunan, kehamilan usia muda masih menjadi tantangan kesehatan masyarakat, terutama di negara berkembang, termasuk Indonesia (WHO, 2024).

Di Indonesia, kehamilan remaja masih sering terjadi sebagai konsekuensi dari kehamilan yang tidak direncanakan yang kemudian berakhir pada perkawinan atau *married by accident* (*MBA*). Kondisi ini tidak hanya berkaitan dengan persoalan sosial dan psikologis, tetapi juga meningkatkan risiko berbagai masalah kesehatan maternal, salah satunya Kekurangan Energi Kronis (KEK). Data Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak menunjukkan bahwa sekitar 6,92% perempuan di Indonesia menikah sebelum usia 18 tahun pada tahun 2023 (Kemen PPPA, 2024). Sementara itu, angka kelahiran remaja usia 15–19 tahun masih mencapai sekitar 32 kelahiran per 1.000 perempuan pada tahun 2023 sehingga Indonesia termasuk negara dengan angka kelahiran remaja tertinggi di kawasan Asia Tenggara (*World Bank*, 2024).

Kehamilan pada usia remaja merupakan kehamilan berisiko tinggi karena tubuh ibu masih berada pada fase pertumbuhan sehingga terjadi kompetisi kebutuhan nutrisi antara ibu dan janin. Kondisi tersebut menyebabkan ibu remaja lebih rentan mengalami KEK dibandingkan ibu hamil usia dewasa. KEK merupakan keadaan kekurangan asupan energi dan protein yang berlangsung dalam waktu lama, ditandai dengan Lingkar Lengan Atas (LiLA) kurang dari 23,5 cm, dan dapat meningkatkan risiko anemia, infeksi, persalinan prematur, bayi berat lahir rendah (*BBLR*), hambatan pertumbuhan janin, hingga stunting (Kemenkes RI, 2024a). Selain faktor biologis, rendahnya tingkat pendidikan, keterbatasan ekonomi, kurangnya pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi, serta minimnya dukungan keluarga turut memperbesar risiko terjadinya KEK pada ibu hamil usia muda (Afrianti, 2023; Wantini et al., 2023).

Fenomena *MBA* memperberat kondisi tersebut karena kehamilan terjadi tanpa adanya persiapan prakonsepsi. Sebagian besar remaja yang mengalami *MBA* belum memiliki kesiapan fisik, psikologis, maupun sosial ekonomi dalam menjalani kehamilan sehingga kebutuhan gizi selama kehamilan sering kali tidak terpenuhi secara optimal. Selain itu, tekanan sosial akibat stigma masyarakat terhadap kehamilan di luar nikah dapat memengaruhi kondisi psikologis ibu, menurunkan nafsu makan, menghambat kepatuhan melakukan pemeriksaan kehamilan, dan akhirnya memperburuk status gizi ibu (Nurannisa, 2022; Queen Kusuma & Mutia Husna, 2024).

Permasalahan tersebut masih menjadi tantangan di tingkat daerah. Data Puskesmas Plaosan menunjukkan bahwa pada tahun 2025 terdapat 333 ibu hamil yang mengalami KEK dengan proporsi sebesar 20,4%. Di sisi lain, Pengadilan Agama Magetan mencatat sebanyak 370 permohonan dispensasi nikah sepanjang tahun 2025, dengan 17,8% di antaranya disebabkan oleh kehamilan sebelum pernikahan. Sebagian besar pemohon berusia 15–18 tahun, berpendidikan terakhir Sekolah Menengah Pertama (*SMP*), dan belum memiliki pekerjaan tetap (Sunyoto, 2026). Data tersebut menunjukkan bahwa kehamilan usia muda akibat *MBA* masih menjadi permasalahan nyata yang berpotensi meningkatkan risiko gangguan gizi selama kehamilan.

Berbagai penelitian sebelumnya lebih banyak membahas hubungan usia ibu, status gizi, atau faktor sosial ekonomi terhadap kejadian KEK pada ibu hamil. Wahyuni (2022) melaporkan

bahwa ibu hamil remaja memiliki risiko lebih tinggi mengalami KEK akibat rendahnya kecukupan nutrisi selama kehamilan. Nugroho (2023) juga menemukan bahwa kehamilan yang tidak direncanakan, rendahnya dukungan keluarga, dan kondisi sosial ekonomi yang kurang baik berhubungan dengan meningkatnya kejadian KEK pada ibu hamil usia muda. Namun demikian, laporan kasus yang secara khusus menggambarkan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil usia muda dengan kondisi *married by accident* disertai KEK masih sangat terbatas, khususnya pada pelayanan kebidanan tingkat praktik mandiri bidan. Padahal, karakteristik kasus ini memiliki kompleksitas yang lebih tinggi karena memadukan faktor biologis, psikologis, sosial, ekonomi, dan gizi yang saling memengaruhi.

Penatalaksanaan KEK pada ibu hamil harus dilakukan secara komprehensif melalui pelayanan *antenatal care* (*ANC*) sesuai standar Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan WHO. Intervensi meliputi pemantauan status gizi secara berkala, pemberian makanan tambahan (*PMT*), suplementasi zat besi, asam folat, dan kalsium, edukasi gizi seimbang, pemantauan pertumbuhan janin, serta pemberian dukungan psikologis agar ibu mampu menjalani kehamilan secara optimal (Kemenkes RI, 2023b). Pendekatan yang holistik diperlukan karena keberhasilan penanganan tidak hanya ditentukan oleh perbaikan status gizi, tetapi juga oleh kesiapan psikologis, dukungan keluarga, serta kepatuhan ibu dalam menjalani pelayanan *antenatal care*.

Berdasarkan uraian tersebut, laporan kasus ini disusun untuk mendeskripsikan pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil usia muda dengan kondisi *married by accident* yang mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK) di TPMB Ny. "Y" Plaosan, Magetan. Laporan ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai proses pengkajian, penegakan diagnosis kebidanan, penatalaksanaan, serta evaluasi asuhan yang diberikan sebagai bentuk penerapan praktik kebidanan berbasis bukti (*evidence-based practice*) pada kasus kehamilan risiko tinggi.

METODE

Penulisan artikel ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan *case report* untuk menggambarkan secara komprehensif pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil usia muda dengan kondisi *married by accident* (*MBA*) yang mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK). Pendekatan *case report* dipilih karena memungkinkan penulis mendeskripsikan karakteristik kasus, proses pengkajian, penatalaksanaan, serta hasil asuhan kebidanan secara sistematis berdasarkan praktik klinis yang berlangsung pada satu kasus (CARE Guidelines, 2023).

Subjek dalam laporan kasus ini adalah seorang ibu hamil berusia 16 tahun dengan kehamilan pertama (*primigravida*), usia kehamilan trimester III, memiliki riwayat *married by accident*, serta mengalami KEK yang ditandai dengan hasil pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) <23,5 cm. Selain itu, ibu berasal dari keluarga dengan kondisi sosial ekonomi rendah dan tinggal bersama keluarga pengasuh. Pada pengkajian awal ditemukan keluhan mudah lelah, nafsu makan menurun, serta peningkatan berat badan selama kehamilan yang tidak sesuai dengan usia gestasi.

Kasus diambil di Tempat Praktik Mandiri Bidan (TPMB) Ny. "Y" Plaosan, Kabupaten Magetan, Jawa Timur. Pelaksanaan asuhan dilakukan secara berkelanjutan selama kurang lebih tiga bulan melalui kunjungan *antenatal care* (*ANC*) sesuai kebutuhan ibu. Pemantauan difokuskan pada perkembangan status gizi ibu, kondisi kesehatan ibu dan janin, kepatuhan terhadap terapi, serta perubahan kondisi psikologis selama menerima asuhan kebidanan.

Data dikumpulkan menggunakan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan obstetri, serta telaah dokumen medis. Data subjektif meliputi identitas ibu, keluhan utama, riwayat kesehatan, riwayat obstetri, pola nutrisi, aktivitas, kondisi psikososial, serta latar belakang sosial ekonomi. Data objektif meliputi pemeriksaan keadaan umum, tanda-tanda vital, pengukuran antropometri berupa berat badan, tinggi badan, Indeks Massa Tubuh (IMT), dan LiLA, pemeriksaan obstetri yang meliputi tinggi fundus uteri (*TFU*), palpasi Leopold, denyut jantung janin (*DJJ*), serta hasil pemeriksaan laboratorium dan ultrasonografi (*USG*) apabila tersedia. Instrumen yang digunakan meliputi format pengkajian kebidanan, Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), timbangan berat badan, pita LiLA, tensimeter, stetoskop, *fetal doppler*, dan rekam medis pasien.

Pelaksanaan asuhan kebidanan mengacu pada Standar Asuhan Kebidanan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Proses asuhan dilakukan melalui tahapan pengkajian, interpretasi data, penetapan diagnosis kebidanan, penyusunan rencana asuhan, implementasi tindakan, evaluasi, serta pendokumentasian menggunakan format *Subjective, Objective, Assessment, Plan* (*SOAP*) (Kementerian Kesehatan RI, 2007). Intervensi yang diberikan meliputi edukasi mengenai kehamilan risiko tinggi pada usia remaja, konseling gizi seimbang sesuai pedoman Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, pemantauan status gizi melalui pengukuran berat badan dan LiLA, pemberian edukasi mengenai kepatuhan konsumsi tablet tambah darah dan suplemen kehamilan, pemantauan kesejahteraan janin, konseling mengenai tanda bahaya kehamilan, serta pemberian dukungan psikologis kepada ibu dan keluarga (Kemenkes RI, 2024).

Analisis data dilakukan secara deskriptif dengan membandingkan hasil pengkajian, diagnosis, intervensi, dan evaluasi kasus dengan teori, standar pelayanan kebidanan, serta hasil penelitian terdahulu mengenai kehamilan usia muda, *married by accident*, dan KEK pada ibu hamil. Analisis bertujuan untuk mengidentifikasi kesesuaian antara praktik klinis yang dilakukan dengan rekomendasi berbasis bukti (*evidence-based practice*) serta mengevaluasi perkembangan kondisi ibu dan janin selama proses asuhan.

Aspek etik dalam laporan kasus ini menerapkan prinsip menghormati otonomi pasien, menjaga kerahasiaan identitas, serta mengutamakan keselamatan ibu dan janin. Sebelum dilakukan pengkajian dan pemberian asuhan, pasien telah memperoleh penjelasan mengenai tujuan, prosedur, manfaat, serta penggunaan data untuk kepentingan ilmiah. Pasien kemudian memberikan persetujuan secara sukarela melalui penandatanganan lembar *informed consent*. Seluruh identitas pasien disamarkan untuk menjaga kerahasiaan sesuai prinsip etika pelayanan kesehatan dan penyusunan *case report* (CARE Guidelines, 2023).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Kasus

Subjek dalam laporan kasus ini adalah Ny. K, seorang ibu hamil berusia 16 tahun, *primigravida*, dengan usia kehamilan 30 minggu pada saat kunjungan pertama. Kehamilan terjadi dalam kondisi *married by accident* (*MBA*) sehingga termasuk kehamilan risiko tinggi berdasarkan Kartu Skor Poedji Rochjati dengan total skor 6. Ibu menikah selama dua bulan dengan suami berusia 21 tahun yang bekerja sebagai petani dengan penghasilan sekitar Rp2.000.000 per bulan. Pendidikan terakhir ibu adalah Madrasah Tsanawiyah (*MTs*), sedangkan suami lulusan Sekolah Menengah Kejuruan (*SMK*).

Pada pengkajian awal, ibu mengeluhkan mudah lelah sejak usia kehamilan lima bulan. Riwayat penyakit kronis, penyakit menular, maupun penyakit keturunan pada ibu dan keluarga disangkal. Kehamilan merupakan kehamilan pertama dan ibu telah melakukan pemeriksaan *antenatal care* (*ANC*) sebanyak sembilan kali, terdiri atas lima kali di TPMB dan empat kali di Puskesmas. Ibu juga telah menjalani pemeriksaan *antenatal care* terpadu (*ANCT*) dan dua kali pemeriksaan ultrasonografi (*USG*).

Pola makan sebelum intervensi menunjukkan asupan energi dan protein yang belum mencukupi. Ibu makan tiga kali sehari dengan porsi kecil, jarang mengonsumsi protein hewani, buah, serta hanya minum air putih sekitar lima sampai enam gelas per hari. Dari aspek psikososial, ibu mengaku masih merasa malu terhadap kehamilannya karena sering menerima komentar negatif dari lingkungan akibat kehamilan yang terjadi sebelum menikah. Kondisi ekonomi keluarga juga menyebabkan ibu sering mengonsumsi makanan seadanya.

Pemeriksaan fisik menunjukkan keadaan umum baik dengan tanda-tanda vital dalam batas normal (TD 112/71 mmHg, nadi 81 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36,5°C). Tinggi badan ibu 165 cm dengan berat badan sebelum hamil 45 kg dan berat badan saat usia kehamilan 30 minggu sebesar 50 kg sehingga Indeks Massa Tubuh (*IMT*) pra-kehamilan sebesar 18,1 kg/m² (*underweight*). Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) sebesar 22 cm menunjukkan ibu mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK). Pemeriksaan obstetri menunjukkan tinggi fundus uteri (*TFU*) 20 cm, denyut jantung janin (*DJJ*) 145 kali/menit, presentasi kepala, dan taksiran berat janin (*TBJ*) sebesar 1.240 gram. Pemeriksaan laboratorium pada trimester pertama menunjukkan kadar hemoglobin (*Hb*) 12 g/dL, protein urin negatif, *HbsAg* negatif, sifilis negatif, serta gula darah sewaktu 128 mg/dL. Pemeriksaan *USG* usia kehamilan 24 minggu 3 hari menunjukkan janin tunggal hidup *intrauterine* dengan taksiran berat janin sekitar 550 gram yang masih berada di bawah berat janin sesuai usia kehamilan.

Pelaksanaan Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan dilakukan secara berkesinambungan selama empat kali kunjungan dalam kurun waktu sekitar enam minggu. Intervensi difokuskan pada perbaikan status gizi ibu, pemantauan pertumbuhan janin, edukasi kehamilan risiko tinggi, konseling psikologis, serta persiapan persalinan.

Pada kunjungan pertama, ibu diberikan edukasi mengenai kondisi KEK, risiko kehamilan usia remaja dan *MBA*, pentingnya peningkatan berat badan selama kehamilan, penerapan pola makan bergizi seimbang sesuai konsep *Isi Piringku*, kepatuhan mengonsumsi *Multiple Micronutrient Supplement* (*MMS*), tanda bahaya kehamilan, stimulasi dini janin, serta dukungan psikologis untuk meningkatkan kesiapan ibu menghadapi kehamilan.

Pada kunjungan kedua, dilakukan evaluasi kepatuhan terhadap intervensi. Ibu melaporkan telah menerapkan pola makan sesuai anjuran dengan peningkatan konsumsi protein hewani, sayur, buah, serta peningkatan konsumsi air putih menjadi delapan sampai sembilan gelas per hari. Selain itu, ibu rutin mengonsumsi *MMS*, melakukan aktivitas fisik ringan, serta mulai mempersiapkan rencana persalinan (*P4K*).

Pada kunjungan ketiga, ibu menunjukkan peningkatan kepatuhan terhadap pola makan bergizi seimbang. Nafsu makan meningkat, ibu mulai mengonsumsi makanan selingan dua kali sehari, tetap rutin mengonsumsi *MMS*, dan telah menentukan tempat persalinan, penolong persalinan, pendamping, transportasi, calon pendonor darah, serta mulai mempersiapkan perlengkapan persalinan. Pada kunjungan ini juga diberikan edukasi mengenai pilihan kontrasepsi pascapersalinan.

Pada kunjungan keempat dilakukan evaluasi akhir menjelang persalinan. Ibu telah mempertahankan pola makan bergizi, rutin mengonsumsi *MMS*, memilih kontrasepsi suntik sebagai metode keluarga berencana setelah persalinan, serta telah menyelesaikan seluruh perencanaan persalinan. Selain itu, ibu memperoleh edukasi mengenai tanda-tanda persalinan dan tanda bahaya kehamilan menjelang persalinan.

Perkembangan Kondisi Ibu dan Janin

Selama pelaksanaan asuhan kebidanan terjadi perbaikan status gizi ibu yang ditunjukkan oleh peningkatan berat badan dan Lingkar Lengan Atas (*LiLA*). Berat badan meningkat dari 50 kg pada usia kehamilan 30 minggu menjadi 52,7 kg pada usia kehamilan 36–37 minggu, sedangkan LiLA meningkat dari 22 cm menjadi 23,5 cm sehingga mencapai batas normal untuk ibu hamil. Selain itu, pertumbuhan janin juga menunjukkan perkembangan yang baik dengan peningkatan tinggi fundus uteri (*TFU*) dan taksiran berat janin (*TBJ*) pada setiap kunjungan.

Tabel 1. Perkembangan kondisi ibu dan janin selama asuhan kebidanan

Parameter	Kunjungan I (30–31 minggu)	Kunjungan II (32–33 minggu)	Kunjungan III (34–35 minggu)	Kunjungan IV (36–37 minggu)
Berat badan (kg)	50,0	50,8	51,7	52,7
Kenaikan berat badan sejak awal hamil (kg)	5,0	5,8	6,7	7,7
LiLA (cm)	22,0	22,5	22,9	23,5
TFU (cm)	20	22	26	29
TBJ (gram)	1.240	1.550	2.170	2.635
DJJ (kali/menit)	145	148	143	149

Selama masa pemantauan, tanda-tanda vital ibu tetap berada dalam batas normal. Tidak ditemukan tanda preeklamsia, perdarahan, infeksi, maupun komplikasi obstetri lainnya. Pemeriksaan denyut jantung janin (*DJJ*) selalu berada dalam rentang normal (143–149 kali/menit) dengan kondisi janin tunggal hidup *intrauterine*. Posisi janin tetap membujur dengan presentasi kepala menjelang akhir kehamilan.

Dari aspek perilaku, ibu menunjukkan peningkatan kepatuhan terhadap anjuran tenaga kesehatan. Hal tersebut ditunjukkan dengan perubahan pola makan menjadi lebih seimbang, konsumsi protein hewani setiap hari, peningkatan konsumsi buah dan sayur, kepatuhan mengonsumsi *MMS*, kepatuhan melakukan pemeriksaan *ANC*, serta kesiapan menghadapi persalinan melalui penyusunan rencana persalinan (*P4K*). Selain itu, kondisi psikologis ibu juga mengalami perbaikan. Pada awal kunjungan ibu masih merasa malu terhadap kehamilannya akibat stigma sosial, namun setelah memperoleh konseling dan dukungan psikologis secara berkelanjutan, ibu tampak lebih percaya diri, lebih menerima kehamilannya, dan mampu mempersiapkan persalinan dengan baik bersama suami dan keluarga.

Secara keseluruhan, pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil usia muda dengan kondisi *married by accident* dan KEK menunjukkan hasil yang baik. Terjadi peningkatan status gizi ibu yang ditandai dengan bertambahnya berat badan dan LiLA hingga mencapai nilai normal, pertumbuhan janin berlangsung sesuai usia kehamilan, tidak ditemukan komplikasi selama masa observasi, serta terjadi peningkatan kepatuhan ibu terhadap pemenuhan nutrisi, konsumsi suplemen, pemeriksaan *antenatal care*, dan persiapan persalinan.

Pembahasan

Kasus ini menggambarkan asuhan kebidanan pada ibu hamil usia 16 tahun dengan latar belakang *married by accident* (MBA) yang mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK). Kehamilan pada usia remaja merupakan kehamilan berisiko tinggi karena kondisi biologis ibu belum matang sepenuhnya sehingga kebutuhan nutrisi ibu harus dibagi dengan kebutuhan pertumbuhan janin. Selain itu, kehamilan yang tidak direncanakan sering kali menyebabkan ibu belum siap secara fisik, psikologis, maupun sosial dalam menjalani kehamilan. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2023), kehamilan pada usia kurang dari 20 tahun meningkatkan risiko KEK, anemia, persalinan prematur, bayi berat lahir rendah (BBLR), serta komplikasi obstetri lainnya.

Pada pengkajian awal diperoleh hasil IMT sebelum hamil sebesar 18,1 kg/m² dengan LILA 22 cm, sehingga ibu dikategorikan mengalami KEK. Selain itu, kenaikan berat badan selama kehamilan belum sesuai dengan rekomendasi untuk ibu dengan status gizi *underweight*. Kondisi tersebut sejalan dengan penelitian Afrianti (2023) yang menyatakan bahwa ibu hamil remaja cenderung memiliki cadangan energi yang rendah sehingga lebih rentan mengalami gangguan pertumbuhan janin apabila kebutuhan nutrisinya tidak terpenuhi. Temuan TFU dan taksiran berat janin yang lebih kecil dibandingkan usia kehamilan pada kunjungan awal juga menunjukkan adanya risiko hambatan pertumbuhan janin akibat status gizi ibu yang kurang (Ratnawati & Azkia, 2023).

Asuhan kebidanan yang diberikan berfokus pada edukasi gizi seimbang sesuai pedoman "Isi Piringku", pemantauan berat badan dan LILA secara berkala, pemberian *Multiple Micronutrient Supplement* (MMS), konseling mengenai tanda bahaya kehamilan, serta dukungan psikologis kepada ibu dan keluarga. Pendekatan ini sesuai dengan rekomendasi WHO (2020) dan Kementerian Kesehatan RI (2024) yang menekankan pentingnya intervensi gizi, suplementasi mikronutrien, serta pemantauan rutin melalui pelayanan antenatal untuk mencegah komplikasi pada ibu hamil dengan KEK.

Hasil pemantauan selama empat kali kunjungan menunjukkan adanya perbaikan kondisi ibu. Berat badan meningkat dari 50 kg menjadi 52,7 kg, sedangkan LILA meningkat dari 22 cm menjadi 23,5 cm sehingga telah mencapai batas minimal kategori normal. Selain itu, ibu mulai menerapkan pola makan yang lebih baik dengan meningkatkan konsumsi protein hewani, sayur, buah, serta cairan sesuai anjuran. Kepatuhan ibu dalam mengonsumsi MMS dan melakukan kunjungan antenatal secara rutin juga menunjukkan perubahan perilaku kesehatan yang positif. Hasil ini sejalan dengan penelitian Saadah dkk. (2023) yang menyatakan bahwa intervensi gizi yang disertai edukasi berkelanjutan mampu memperbaiki status gizi ibu hamil dan mendukung pertumbuhan janin.

Selain aspek fisik, kondisi psikologis ibu juga mengalami perbaikan setelah diberikan konseling dan dukungan keluarga. Pada awal pengkajian ibu mengaku merasa malu dan cemas karena kehamilan terjadi akibat *married by accident*. Setelah dilakukan komunikasi terapeutik secara berkelanjutan, ibu menjadi lebih percaya diri, memahami kondisi kehamilannya, serta mampu mempersiapkan persalinan bersama keluarga. Temuan ini sesuai dengan penelitian Ajeng dan Herdi (2022) yang menyatakan bahwa dukungan keluarga dan konseling psikologis berperan penting dalam meningkatkan kesiapan ibu remaja menjalani kehamilan dan kepatuhan terhadap asuhan yang diberikan.

Secara keseluruhan, hasil laporan kasus ini menunjukkan bahwa asuhan kebidanan komprehensif yang mencakup pemantauan status gizi, edukasi nutrisi, suplementasi MMS, dukungan psikologis, serta keterlibatan keluarga memberikan dampak positif terhadap kondisi ibu hamil remaja dengan KEK. Meskipun merupakan *case report* sehingga hasilnya tidak dapat digeneralisasikan, kasus ini memberikan gambaran bahwa deteksi dini dan pendampingan berkelanjutan merupakan strategi penting untuk meningkatkan status gizi ibu serta menurunkan risiko komplikasi pada kehamilan usia remaja.

KESIMPULAN

Pada kondisi awal, Ny. K berusia 16 tahun hamil 30 minggu dengan status *Married by Accident* mengalami Kekurangan Energi Kronis, ditandai nilai LILA 22 cm, IMT 18,4 kg/m², asupan energi hanya 1.313–1.599 kkal/hari, serta keluhan mudah lelah dan badan terasa lemah akibat ketidaksiapan fisik dan kondisi ekonomi yang terbatas. Selama proses penanganan diberikan asuhan kebidanan secara menyeluruh berupa edukasi gizi seimbang, konseling psikososial, pemberian suplemen zat besi serta asam folat, dan pemantauan rutin selama dua bulan. Pada kondisi akhir, terjadi perbaikan yang nyata dengan peningkatan asupan energi menjadi 2.500–2.800 kkal/hari, LILA naik menjadi 23,5 cm, berat badan bertambah sesuai usia kehamilan, keluhan fisik hilang, serta pertumbuhan janin berlangsung baik sehingga risiko komplikasi kehamilan dapat diminimalkan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga laporan kasus ini dapat diselesaikan dengan baik. Penulis juga menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan, bimbingan, dan bantuan selama proses penyusunan laporan kasus ini.

Ucapan terima kasih disampaikan kepada pembimbing akademik atas arahan, masukan, dan motivasi yang diberikan selama penyusunan naskah. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada Bidan TPMB Ny. “Y” Plaosan, Magetan, yang telah memberikan izin, bimbingan, serta kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan asuhan kebidanan dan pengambilan data kasus. Terima kasih juga disampaikan kepada Ny. K dan keluarga yang telah bersedia menjadi subjek laporan kasus serta berpartisipasi secara kooperatif selama proses asuhan berlangsung.

Penulis juga menyampaikan penghargaan kepada keluarga, teman, dan semua pihak yang telah memberikan doa, dukungan, serta semangat sehingga laporan kasus ini dapat terselesaikan. Semoga laporan kasus ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu kebidanan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak.

DAFTAR PUSTAKA

Afrianti, C. A. N., R., A., & P., S. A. (2023). Analisis pengaruh usia remaja terhadap kejadian kekurangan energi kronik (KEK) pada ibu hamil di Posyandu Flamboyan. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah, 8*(4). https://doi.org/10.30651/jkm.v8i4.19735

Ajeng Fitriani Sasmita, & Herdi. (2022). Kesiapan diri remaja yang hamil di luar nikah dalam menjalani pernikahan dini dan berkeluarga (*married by accident*). *INSIGHT: Jurnal Bimbingan Konseling, 11*(2). https://doi.org/10.21009/INSIGHT.112.01

Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. (2023). *Peraturan Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Nomor HK.02.02/B/1622/2023 tentang Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Berbahan Pangan Lokal bagi Ibu Hamil dan Balita*. https://jdih.kemkes.go.id/common/dokumen/2023Perdirjenkesmas1622.pdf

Handayani, et al. (2025). *Asuhan kebidanan kehamilan*. Tahta Media. https://tahtamedia.co.id/index.php/issj/article/view/1184

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Pedoman pelayanan antenatal terpadu* (Edisi ke-3). Kementerian Kesehatan RI. https://repository.kemkes.go.id/book/148

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA)*. Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Laporan akuntabilitas kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2024*. https://kesprimkom.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/Lakip_Ditjen_Kesmas_2024.pdf

Maryunani, A. (2021). *Buku praktis kehamilan dan persalinan patologis (Risiko tinggi dan komplikasi) dalam kebidanan*. CV Trans Info Media.

Masdiah, F., S., E. E., & R., F. (2021). Pengaruh tingkat pengetahuan dan pendapatan keluarga terhadap kejadian kekurangan energi kronik (KEK) pada ibu hamil. *Nusantara Hasana Journal, 1*(4), 147–152.

Nugroho, A., L., P., & H., R. (2023). Determinan kejadian kekurangan energi kronis (KEK) pada ibu hamil di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, *18*(1), 45–53. https://doi.org/10.14710/jkmi.v18i1.4567

Nurannisa, et al. (2022). Pengaruh pendidikan kesehatan reproduksi tentang pernikahan dini terhadap pengetahuan dan sikap remaja. *Journal of Pharmaceutical and Health Research, 3*. https://doi.org/10.47065/jharma.v3i3.2917

Ratnawati, & Azkia, I. (2023). Hubungan riwayat anemia dan kekurangan energi kronis (KEK) ibu pada saat hamil dengan kejadian stunting pada balita. *Cendekia: Jurnal Ilmu Pengetahuan, 4*(2), 1–10. https://doi.org/10.51878/cendekia.v4i2.2820

Saadah, N., Cahyaningsari, D. I., Usnawati, N., & Nuryani. (2023). Reducing stunting through specific nutrition interventions in Action to Prevent Stunting Program (ACS) and Supplementary Feeding Program (PMT). *International Journal of Advanced Health Science and Technology, 3*(3), 205–209. https://doi.org/10.35882/ijahst.v3i3.267

Sri Fauziana, & Fayasari, A. (2021). Hubungan pengetahuan, keragaman pangan, dan asupan gizi makro mikro terhadap KEK pada ibu hamil. *Binawan Student Journal*, *2*(1). https://doi.org/10.54771/bsj.v2i1.107

Wahyuni, S., & S., D. (2022). Faktor risiko kejadian kekurangan energi kronis (KEK) pada ibu hamil remaja. *Jurnal Kebidanan, 12*(2), 110–118. https://doi.org/10.26714/jk.12.2.2022.110-118

World Health Organization. (2024). *Adolescent pregnancy*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

World Health Organization. (2025). *WHO recommendations on maternal health guidelines*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK615641/