

Penatalaksanaan Holistik Ibu Hamil Usia Remaja dengan Anemia Melalui Pendekatan Dokter Keluarga

Ramadirga Thio Saba¹, TA Larasati²

¹Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Kehamilan pada remaja merupakan permasalahan global yang terjadi di seluruh dunia. Kehamilan pada remaja mempunyai konsekuensi besar terhadap kesehatan ibu dan anak. Salah satu risiko kehamilan pada remaja adalah anemia. Keadaan anemia pada kehamilan usia remaja memerlukan penanganan secara holistik meliputi keadaan fisik dan psikologis pasien. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Pasien wanita usia remaja hamil anak pertama usia kandungan 27 minggu dengan keluhan badan terasa lemas, mual, tidak nafsu makan dan pusing yang dirasakan sejak awal kehamilan. Asupan makanan selama hamil berkurang karena sering merasa mual dan muntah dan hanya bisa makan dengan porsi kecil dan frekuensi yang jarang. Berat badan termasuk ideal berdasarkan perhitungan IMT pasien dan status gizi pasien berdasarkan LILA termasuk normal. Pada pasien ditemukan adanya konjungtiva anemis. Kadar hemoglobin (Hb) pasien yaitu 9 g/dL yang tergolong rendah untuk trimester II. Penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien ini telah dilakukan secara holistik, *patient centered*, *family approach* serta sesuai panduan nasional dan berdasarkan *evidence based medicine*. Perubahan pengetahuan serta perilaku pasien dan keluarga terjadi setelah dilakukan intervensi yang bersifat *patient centre* dan *family approach*.

Kata Kunci : anemia dalam kehamilan, kehamilan remaja, pelayanan dokter keluarga

Holistic Management of Adolescents Pregnancy with Anemia Through Family Medicine Approach

Abstract

Adolescent pregnancy is a global problem that occurs throughout the world. Pregnancy in adolescents poses a high risk to the health of both mother and baby. One of the risks of adolescent pregnancy is anemia. The state of anemia in adolescent pregnancy requires holistic management including patient's physical and psychological condition. This study is a case report. Primary data is obtained through anamnesis, physical examination, and home visits. Secondary data is obtained from the patient's medical records. Assessment based on holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study in a quality and quantitative way. Female patients in their teens conceived the first child at 27 weeks pregnant with body complaints felt limp, nausea, lack of appetite and dizziness felt early in pregnancy. Food intake during pregnancy is reduced due to frequent nausea and vomiting and can only eat with small portions and a rare frequency. Weight loss is ideal based on the calculation of the patient's BMI and the nutritional status of the patient based on LILA including normal. In patients there is an anemis conjunctiva. The patient's hemoglobin (Hb) levels are 9 g/dL which is relatively low for the II trimester. Enforcement of diagnosis and management in these patients has been done holistically, patient centered, family approach and in accordance with national guidelines and based on evidence based medicine. Changes in patient and family knowledge and behavior occur after patient centre and family approach interventions.

Keywords: anemia gestasional, adolescent pregnancy, family medicine

Korespondensi : Ramadirga Thio Saba, alamat Jl. Pulau Legundi Gg. Pulau hara No.2 Sukarame, HP 082178009376, email ramadirgathio@gmail.com

Pendahuluan

Kehamilan pada remaja merupakan permasalahan global yang terjadi di seluruh dunia baik pada negara maju maupun berkembang. Menurut *World Health Organization* (WHO), kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada wanita yang berusia 11–19 tahun. Setidaknya terdapat 10 juta kejadian kehamilan tidak diinginkan (*unintended pregnancies*) setiap tahunnya pada remaja perempuan usia 15–19 tahun di negara berkembang.¹

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 bahwa 16,4% remaja perempuan 15–19 tahun pernah mengalami kehamilan tidak diinginkan. Dari data tersebut disebutkan 7% remaja perempuan sudah menjadi ibu, 5% sudah pernah melahirkan dan 2% sedang hamil anak pertama. Hasil survei pada perempuan usia 15–49 tahun diketahui bahwa 54% hamil pertama kali pada usia diatas 20 tahun (usia ideal kehamilan). Sisanya sebesar 23,79% hamil pertama kali ada usia 19-20 tahun,

15,99% pada usia 17-18 tahun, dan 6,21% pada usia 16 tahun ke bawah. Hal ini menunjukkan bahwa setengah dari perempuan yang pernah hamil di Indonesia mengalami hamil pertama pada usia muda atau remaja.²

Kehamilan pada remaja mempunyai konsekuensi besar terhadap kesehatan ibu dan anak. Komplikasi pada saat kehamilan dan proses kelahiran pada kehamilan remaja merupakan penyebab utama kematian remaja perempuan usia 15–19 tahun di dunia dan menyumbang 99% kematian pada ibu hamil dalam rentang usia 15–49 tahun.³ Risiko yang dapat terjadi pada kehamilan remaja antara lain anemia, keguguran, pre-eklamsia, persalinan operatif, perdarahan pasca partum, dan mudah terjadi infeksi, sedangkan risiko yang dapat terjadi pada bayi yang dilahirkan adalah prematur dan BBLR.⁴

Kehamilan remaja juga dapat menimbulkan berbagai konsekuensi psikososial seperti putus sekolah, rasa rendah diri dan kawin muda. Pernikahan remaja dua kali lebih mungkin untuk berakhir dengan perceraian. Pencapaian pendidikan pada ibu remaja yang rendah dapat mempengaruhi cara mendidik anak serta pekerjaan yang selanjutnya berdampak pada pendapatan. Ibu yang masih berusia remaja lebih cenderung hidup dengan pendapatan rendah.^{5,6}

Strategi sukses dalam mencegah terjadinya kehamilan remaja merupakan program berbasis komunitas. Strategi-strategi tersebut dapat diimplementasikan pada tingkatan keluarga dan masyarakat. Dokter keluarga memerankan peranan penting dengan membentuk diskusi yang bersifat rahasia namun terbuka, dan juga nyaman bagi pasien remaja mengenai kesehatan reproduksi, sikap seksual yang bertanggungjawab, serta penggunaan kontrasepsi.⁷ Intervensi pencegahan dan penanggulangan kehamilan remaja di Indonesia sendiri sudah mulai dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) sejak tahun 2003 melalui program kesehatan remaja di dengan menggunakan pendekatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR).⁸

Ilustrasi Kasus

Pasien Ny. D, 15 tahun hamil anak pertama dengan usia kandungan 27 minggu

datang kontrol pertama ke puskesmas dengan keluhan utama badan terasa lemas disertai dengan keluhan tambahan berupa mual, tidak nafsu makan, dan pusing. Keluhan tersebut dirasakan pasien sejak awal kehamilan hingga saat ini. Pasien mengaku lemas dan sering merasa pusing terutama ketika sedang beraktivitas. Keluhan mual dan muntah juga sudah dirasakan sejak trimester pertama kehamilan. Mual muntah yang dirasakan pasien menyebabkan nafsu makan pasien menurun. Pasien hanya makan sedikit-sedikit, tidak teratur dan tidak memperhatikan asupan gizi. Keluhan lain seperti perut sering terasa kencang juga dirasakan pasien. Keluhan berupa sakit kepala, nyeri dada, muntah, batuk pilek dan demam disangkal.

Karena keluhan fisik yang dirasakan oleh pasien, pasien juga sering merasakan kekhawatiran terhadap kesehatan dirinya dan kehamilannya. Keadaan tidak bisa tinggal bersama suami dan hubungan yang tidak direstui oleh keluarga menambah beban pikiran pasien. Rasa khawatir yang berlebihan tersebut sering berdampak pada keparahan gejala yang pasien rasakan.

Pasien tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya. Pada keluarga didapatkan ibu pasien adalah pengidap hipertensi dan diabetes mellitus. Pasien memiliki kebiasaan makan yang buruk. Pasien jarang mengkonsumsi sayur, buah dan makanan selingan sehat lainnya serta lebih sering mengkonsumsi gorengan. Pasien juga jarang minum air putih dan tidak mengkonsumsi susu hamil. Pasien juga mengaku jarang melakukan olahraga. Pasien merupakan perokok aktif sejak sebelum hamil.

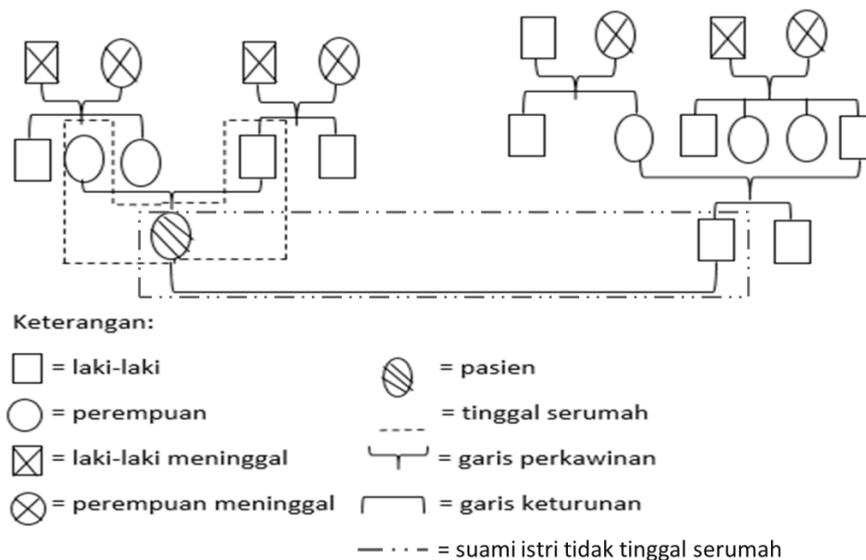
Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan; tekanan darah 100/70; suhu: 36.8°C; nadi: 93 x/menit; frekuensi nafas: 22x/menit; berat badan: 48kg; tinggi badan: 150 cm; IMT: 21,3 (*berat badan ideal*), LILA: 24 cm. Pada mata terdapat konjungtiva anemis. Hidung, telinga, dan tenggorokan dalam batas normal. Tidak ditemukan perbesaran KGB leher dan tiroid. Pada regio thoraks, cor dalam batas normal, pulmo retraksi (-), vesikuler (+/+), ronki (-/-), wheezing (-/-). Ekstremitas dalam batas normal.

Pada pemeriksaan Status Obstetrik didapatkan hasil: Leopold I teraba bagian lunak, tidak melenting, TFU 25cm; Leopold II

teraba bagian keras, memanjang di bagian kiri, teraba bagian kecil-kecil dibagian kanan, DJJ 149x/menit; Leopold III teraba bagian keras, melenting; Leopold IV divergen. Pada pasien juga dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan hemoglobin (Hb). Hb pasien adalah 9 g/dl (anemia).

Pasien merupakan anak tunggal. Orang tua pasien sudah berpisah sejak 5 tahun yang lalu. Saat ini pasien tinggal bersama ibu kandungnya yang sudah menikah kembali, pasien tidak tinggal serumah dengan suami pasien dikarenakan usia yang masih remaja dan tidak adanya restu dari kedua belah pihak keluarga.

Bentuk keluarga pasien adalah keluarga campuran (*mixed family*) yaitu terdiri dari ayah tiri dan ibu kandung. Genogram keluarga dijelaskan pada Gambar 1. Pengambil keputusan pada keluarga adalah ibu pasien. Secara finansial keluarga pasien mengandalkan penghasilan dari ayah sambung yang bekerja sebagai buruh kontraktor dengan pendapatan keluarga sebesar Rp 1.500.000–2.000.000. suami pasien merupakan pegawai tetap di suatu toko perlengkapan kantor dengan penghasilan Rp 2.000.000. Namun, kebutuhan sehari-hari pasien masih ditanggung keseluruhan oleh orang tua pasien.



Gambar 1. Genogram

Hubungan pasien dengan keluarga kurang baik dengan nilai *Family APGAR* 6. Komunikasi pasien dengan ibu pasien baik, namun pasien jarang bertemu dengan ayah sambungnya karena kesibukan ayah pasien saat bekerja. Keluarga pasien berda dalam tahap keluarga dengan anak remaja dan keluarga *child hearing* (gambar 2)

Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila keluhan mengganggu kegiatan sehari-hari. Jarak rumah ke puskesmas >1 km. Pasien tinggal bersama ibu dan bapak tirinya dengan status rumah milik sendiri. Rumah berada pada pemukiman yang tidak terlalu padat

serta memiliki halaman yang cukup luas. Denah rumah ditunjukkan pada gambar 4. Bahan bangunan rumah bukan merupakan bahan yang melepaskan zat-zat berbahaya seperti debu, asbes ataupun timah. Dinding rumah berupa tembok dan lantai rumah menggunakan semen. Rumah terdiri dari beberapa ruangan yang tertata cukup rapi antara lain: ruang tamu, dua ruang tidur, ruang makan sekaligus dapur serta kamar mandi. Ventilasi lebih dari 10% luas lantai dan akses pencahayaan rumah cukup baik. Sumber air berasal dari sumur bor, cukup untuk kebutuhan sehari-hari. Limbah dialirkan ke gorong-gorong sekitar rumah. Septik tank berada kurang lebih 10m dari rumah.

- Tidak adanya Pengawasan kehamilan beresiko tinggi di usia remaja pada pasien (ICD X Z35.7).
- Kurangnya pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga mengenai kebutuhan gizi pada ibu hamil, serta dampaknya bagi kesehatan ibu dan janinnya (ICD X Z63.8).
- Kemarahan orang tua atas kejadian kehamilan yang tidak diinginkan dan sepenuhnya menyalahkan pasien (ICD X Z62.3).
- Stigma masyarakat yang buruk tentang kehamilan yang tidak diinginkan memicu diskriminasi, pengucilan, dan penolakan sosial (ICD X Z60.4)

5) Derajat Fungsional:

- *Physical fitness*: 4 (ringan, dapat berjalan dengan kecepatan sedang)
- *Feeling*: 4 (sering merasakan masalah emosional seperti khawatir, depresi, dan sedih)
- *Daily activities*: 1 (tidak merasakan adanya kesulitan)
- *Social activities*: 4 (aktivitas sosial dengan keluarga, teman dan tetangga sekitar sangat terbatas)
- *Change in health*: 4 (sedikit memburuk)

Intervensi yang dilakukan pada pasien ini terbagi atas *patient center*, *family focus*, dan *community oriented*.

1) *Patient centered*

Non-medikamentosa:

- Memberikan penjelasan mengenai penyakit yang sedang diderita oleh pasien, faktor resiko, dan komplikasinya menggunakan media leaflet.
- Edukasi kepada pasien dan keluargatentang makanan-makanan apa saja yang dapat meningkatkan gizi pada ibu hamilagar tidak terjadi gangguan kesehatan pada ibu dan pertumbuhan serta perkembangan pada janinnya.
- Memberikan penjelasan tentang pentingnya mengontrol kehamilan dengan kunjungan *ante natal care* dan konsumsi suplemen besi bagi ibu hamil.
- Memberikan penjelasan mengenai kondisi pasien yang belum siap dengan

kehamilannya dan pernikahnya terhadap psikologis pasien.

- Edukasi mengenai efek rokok terhadap kesehatan janin dan pasien serta mengajak pasien untuk berhenti merokok.
- Memberikan layanan konseling terhadap pasien oleh pusat pelayanan kesehatan terdekat.

Medikamentosa:

- Tablet besi
- Asam folat
- Vitamin B12

Intervensi dalam kunjungan rumah juga dilakukan dengan melakukan *Behaviour Treatment* yaitu mengurangi faktor yang memperberat terjadinya penurunan status gizi dan anemia pada ibu hamil dengan mengkonsumsi makanan bergizi seimbang, beristirahat yang cukup, mengkonsumsi tablet besi secara rutin, dan berolahragaminimal 30 menit.

2) *Family Focus*

- Edukasi mengenai penyakit anemia defisiensi besi, resiko, tatalaksana, serta peran keluarga sebagai pengawas kehamilan beresiko tinggi pada pasien.
- Edukasi kepada keluarga pasien untuk memberikan dukungan, semangat, cinta, kasih, dan penerimaan terhadap pasien dikondisiasat ini sebagai suatu bentuk peran keluarga agar tercipta lingkungan yang nyaman bagi pasien.
- Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya dukungan keluarga terhadap kondisi psikologis pasien.
- Edukasi kepada keluarga pasien untuk menyempatkan waktu dalam menemani pasien setiap kali kontrol ke pelayanan kesehatan.

3) *Community Oriented*

- Edukasi kepada pasien untuk bergabung dengan kelompok ibu hamil di posyandu sekitar atau di Puskesmas Rawat Inap Kedaton.
- Penyuluhan oleh Puskesmas Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) terkait masalah reproduksi, seksual, dan kehamilan usia muda yang beresiko tinggi untuk mempersiapkan remaja

menjadi dewasa yang sehat, produktif, dan bertanggungjawab.

- Pemantauan dan pemberian bina konseling terhadap kesehatan serta psikologis secara berkelanjutan oleh Puskesmas Rawat Inap Kedaton melalui PKPR atau klinik remaja.
- Mengikuti kelompok pengajian di sekitar lingkungan rumah yang membantu menanamkan nilai-nilai agama pada remaja agar terhindar dari pergaulan bebas serta menyadarkan pasien agar tidak terus-menerus terpuruk dan berniat memperbaiki diri.

Setelah dilakukan intervensi pada pasien, didapatkan diagnostic holistik akhir sebagai berikut:

1) Aspek Personal.

- Keluhan yang dirasakan pasien berkurang semenjak pasien mengubah pola makan dan mengonsumsi suplemen.
- Pasien dapat mengontrol emosi akan kekhawatiran yang dirasakan.

2) Aspek Klinik

- Kehamilan tidak diinginkan (ICD X Z64.0).
- G1P0A0 hamil 27 minggu JTH preskep (ICD X Z3A.27).
- Anemia defisiensi besi (ICD X D50).
- Stres yang tidak terklasifikasi (ICD X Z73.3).

3) Aspek Risiko Internal

- Kesiapan menikah dan hamil serta pengawasan yang baik pada kehamilan di usia yang sangat muda.
- Kondisi psikologis pasien membaik dengan menerima kehamilannya saat ini.
- Pasien mulai berusaha berhenti merokok dan menghindari paparan rokok.
- Meningkatnya pengetahuan pasien terhadap penyakit yang diderita dan gaya hidup yang tepat sesuai dengan penyakit pasien.
- Pasien mulai memerhatikan makanan yang dikonsumsi dan makan sesuai jadwal.
- Pasien mulai beradaptasi dengan keadaan saat ini.

4) Aspek Resiko Eksternal dan Psikososial Keluarga

- Mulai terbinanya hubungan baik pasien dan suaminya sebagai keluarga.
- Sosok suami mulai mencoba hadir ditengah keluarga pasien.
- Keluarga lebih optimal mendukung dan memberikan motivasi kepada pasien di kondisi yang sekarang.
- Pasien mulai melupakan masalah perceraian orang tua dan memulai kehidupan dengan hal yang baru.
- Lebih baiknya pengawasan dan kontrol orang tua terhadap pasien.
- Keluarga lebih optimal dalam mendukung peningkatan gizi pasien, yaitu membelikan atau memasak makanan sesuai kebutuhan gizi pasien.
- Keluarga meningkatkan kualitas dan kuantitas asupan gizi pasien dan anaknya.
- Orang tua sudah menerima keadaan anaknya.
- Orang-orang di lingkungan pasien sudah tidak mengucilkan pasien dan mulai membaur dengan pasien.

5) Derajat Fungsional

- *Physical fitness*: 4 (ringan, dapat berjalan dengan kecepatan sedang)
- *Feeling*: 3 (sedikit merasakan masalah emosional seperti khawatir, depresi, dan sedih)
- *Daily activities*: 1 (tidak merasakan adanya kesulitan)
- *Social activities*: 3 (hubungan sosial dengan keluarga, teman dan tetangga sekitar terbatas)
- *Change in health*: 2 (sedikit membaik)

Pembahasan

Pembinaan dilakukan dengan bentuk pelayanan kedokteran keluarga terhadap keluarga Nn. D usia 15 tahun yang sedang hamil anak pertama dengan usia kandungan 27 minggu. Pasien datang pertama kali ke puskesmas untuk memeriksakan kehamilannya yang disertai dengan keluhan badan terasa lemas, mual, tidak nafsu makan, dan pusing. Keluhan pasien sudah dialami sejak awal kehamilan hingga saat ini. Keluhan lain berupa ketakutan dan rasa sedih akan kehamilannya yang berada di usia yang sangat muda. Pasien juga merasa tertekan karena

tidak mendapatkan dukungan penuh dari keluarga dan suami pasien. Pasien mengkhawatirkan masa depan nya dan juga anak yang dikandungnya karena saat ini pasien harus putus sekolah dan tidak bisa melanjutkan pendidikannya. Pasien memiliki kebiasaan makan yang buruk, tidak teratur dan tidak memperhatikan asupan gizi. Selain itu, pasien merupakan perokok aktif dan jarang berolahraga.

Pemeriksaan fisik pada kunjungan pertama didapatkan: keadaan umum tampak sakit ringan; tekanan darah 100/70; suhu 36.8°C; nadi 93 x/menit; frekuensi nafas 22x/menit; berat badan 48kg; tinggi badan 150 cm; IMT 21,3 kg/m²(*berat badan ideal*), LILA: 24 cm. berdasarkan ketentuan Kemenkes RI, status gizi pasien termasuk normal.⁹ Pada status generalis didapatkan kelainan konjunktiva anemis pada kedua mata, status generalis lainnya dalam batas normal. Dari hasil pemeriksaan laboratorium hematologi rutin yang dilakukan, didapatkan kesan anemia karena kadar hemoglobin (Hb) pasien yaitu 9 g/dL dimana nilai normal untuk ibu hamil trimester II adalah >10,5 g/dL.¹⁰

Anemia adalah kondisi dengan kadar Hb dalam darah kurang dari 12 g/dL. Sedangkan anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11 g/dL pada trimester I dan III atau kadar < 10,5 g/dL pada trimester II.^{10,11} Gejala anemia yang sering timbul antara lain cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang, malaise, lidah luka, nafsu makan turun (anoreksia), konsentrasi hilang, nafas pendek (pada anemia parah) dan keluhan mual muntah lebih hebat pada hamil muda.¹¹

Anemia defisiensi besi (ADB) dan anemia megaloblastik adalah tipe anemia yang paling sering terjadi pada kehamilan, terutama kehamilan pada ibu usia muda. Beberapa studi mengatakan bahwa terjadi penurunan cadangan besi pada ibu remaja selama trimester dua dan tiga. Keadaan ini lebih parah pada remaja karena remaja masih membutuhkan asupan besi untuk proses pertumbuhan remaja tersebut.¹² Selain itu ibu hamil usia remaja mempunyai risiko tinggi adanya defisiensi nutrisi dikarenakan kebiasaan makan yang buruk sehingga memperparah keadaan anemia.¹³

Selain dampak medis, kehamilan remaja juga menimbulkan dampak secara psikologis

antara lain: gangguan emosional, remaja yang hamil biasanya mengalami tekanan emosional, malu, tertekan, dan kemungkinan besar tak bisa melanjutkan sekolah.⁴ Putus sekolah juga dapat dikaitkan dengan kejadian anemia pada ibu hamil usia muda. Penelitian oleh Jusoh (2015) menyatakan bahwa kejadian anemia berhubungan dengan tingkat edukasi yang rendah. Tingkat edukasi yang rendah pada ibu hamil usia muda paling banyak dikarenakan putus sekolah.¹³

Jika ditinjau dari aspek psikososial, ibu hamil pada usia remaja memiliki keterbatasan dan ketidakmatangan untuk berumah tangga. Anak perempuan yang terpaksa menjadi seorang istri di usia yang masih sangat belia tidak memiliki posisi tawar-menawar yang kuat dengan suami sehingga sangat rawan menjadi korban dan sasaran kekerasan dalam rumah tangga. Selain itu, beban psikologis pada perempuan yang mengandung, melahirkan dan mengurus anak karena usia mereka yang masih muda, atau belum dewasa berhubungan dengan pertumbuhan dan perkembangan jiwa anak tersebut.^{1,12,14}

Berdasarkan masalah di atas dipilih cara penyelesaian berupa terapi farmakologi dan non-farmakologi yang dianggap sesuai dengan pasien. Intervensi juga didasarkan pada *patient centered* dan *family focus*. Tujuan utama terapi pada pasien adalah mengurangi gejala, menghindari terjadinya komplikasi maternal dan perinatal. Terapi farmakologi yang diberikan pada pasien berupa tablet besi, asam folat, dan vitamin B12.

Tatalaksana non-farmakologi yang diberikan pada pasien berupa intervensi dalam kunjungan rumah dengan menerapkan *Behaviour Treatment*. Penilaian awal mengenai pengetahuan pasien terhadap penyakitnya dilakukan dengan pemberian pretest. Upaya meningkatkan pengetahuan pasien mengenai penyakitnya meliputi definisi, penyebab dan gejala penyakit, faktor risiko serta komplikasi penyakit pasien terhadap kesehatan pasien dan bayi nya serta pencegahannya, dilakukan menggunakan media penunjang seperti poster dan lembar balik. Pasien juga diberikan anjuran untuk memperbaiki pola makannya. Pasien diberikan anjuran untuk mengganti kebiasaan konsumsi gorengan dengan makanan bergizi setiap harinya yang kaya akan zat besi, seperti

daging, kacang-kacangan, dan sayuran hijau tua. Pasien juga dianjurkan makan buah yang mengandung vitamin C, dan mengurangi konsumsi teh setelah makan. Pasien dianjurkan beristirahat yang cukup, mengkonsumsi tablet besi secara rutin, dan berolahraga ringan minimal 30 menit setiap hari, serta berhenti merokok.

Selain manajemen kepada pasien, dilakukan pula manajemen keluarga. Keluarga diberikan pengertian mengenai penyakit pasien serta faktor yang menyebabkan

penyakit yang berhubungan dengan perilaku keluarga. Keluarga juga diberikan konseling khusus yaitu peran dan fungsi keluarga terhadap kehamilan di usia remaja dan dampak psikologi yang muncul terhadap pasien. Setelah dilakukan intervensi, pasien masih berada pada tahap trial menuju adopsi. Butuh waktu agar pasien benar-benar dapat mengadopsi perilaku secara keseluruhan sehingga menjadi gaya hidup yang akan dilakukan hingga seterusnya.

Tabel 1. Guideline pencegahan Kehamilan dan Infeksi Menular Seksual (IMS) pada Remaja^{7,15}

Rekomendasi	AAFP	AAP	AMA
Kunjungan rutin	X	X	X
Meningkatkan kepercayaan diri pasien setiap kunjungan	X	X	X
Mengetahui riwayat pasien:			
Penggunaan obat-obatan dan alkohol			X
Riwayat ginekologi/obstetric			X
Pengobatan			X
Penggunaan kontrasepsi		X	X
IMS sebelumnya		X	X
Riwayat kegiatan seksual (banyaknya pasangan, orientasi seksual, kegiatan seks yang disetujui maupun paksaan)	X	X	X
Melakukan konseling:			
Pentingnya kesetiaan dalam seks	X	X	X
Pencegahan kehamilan	X	X	X
Edukasi mengenai seks	X	X	X
Pencegahan IMS	X	X	X
Mendiskusikan kontrasepsi			
Kondom	X	X	X
Metode lain	X	X	X
Kontrasepsi darurat setelah coitus		X	
Menekankan tanggung jawab pada remaja laki-laki dalam pencegahan kehamilan dan IMS		X	
Meningkatkan keterlibatan orang tua	X	X	X
Mendukung dan berpartisipasi dalam penelitian		X	
Mendukung kampanye penggunaan kondom		X	
Mendukung program penjangkauan komunitas	X	X	

Tingginya angka prevalensi kehamilan remaja dan mortalitas dari kasus ini, beberapa organisasi kesehatan dunia mengeluarkan *guideline* khusus untuk pencegahan kehamilan pada remaja. WHO juga mengeluarkan rekomendasi mengenai langkah-langkah dalam upaya pencegahan kehamilan dini dan kesehatan reproduksi yang buruk pada remaja di negara berkembang. Langkah-langkah tersebut antara lain: (1) mengurangi pernikahan dibawah 18 tahun; (2) membentuk *support system* yang mendukung dan memahami remaja untuk mengurangi kehamilan pada usia kurang dari 20 tahun; (3) meningkatkan penggunaan kontrasepsi pada

remaja yang berisiko mengalami kehamilan yang tidak diinginkan; (4) mengurangi pemaksaan seks pada remaja; (5) mengurangi kejadian aborsi pada remaja; serta (6) meningkatkan kemampuan remaja dalam perawatan antenatal dan postnatal. Organisasi kesehatan lain seperti *American Academy of Family Physicians (AAFP)*, *American Academy of Pediatrics (AAP)* dan *American Medical Association (AMA)* juga mengeluarkan rekomendasi *guideline* dalam menanggulangi kehamilan remaja. Rangkuman *guideline* tersebut dapat dilihat pada tabel 1.^{7,15}

Indonesia sebagai salah satu negara berkembang juga memiliki strategi khusus

dalam upaya pencegahan kehamilan remaja. Kemenkes RI telah mencanangkan program PKPR yang dapat dilaksanakan oleh seluruh puskesmas di seluruh Indonesia sejak tahun 2003. Intervensi yang diberikan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dan diberikan secara komprehensif. Intervensi tersebut meliputi: pelayanan kesehatan reproduksi remaja (meliputi infeksi menular seksual/IMS, HIV&AIDS) termasuk seksualitas dan pubertas; pencegahan dan penanggulangan kehamilan pada remaja; pelayanan gizi (anemia, kekurangan dan kelebihan gizi) termasuk konselin dan edukasi; tumbuh kembang remaja; skrining status Tetanus Toksoid/TT pada remaja; pelayanan kesehatan jiwa remaja (meliputi masalah psikososial, gangguan jiwa dan kualitas hidup); pencegahan dan penanggulangan NAPZA; deteksi dan penanganan kekerasan terhadap remaja; deteksi dan penanganan tuberkulosis; serta deteksi dan penanganan kecacangan pada remaja.⁸

Kesimpulan

Diagnosis anemia dalam kehamilan usia remaja ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Kondisi pasien disebabkan oleh beberapa faktor baik secara fisiologis maupun psikologis sehingga memerlukan penatalaksanaan yang holistik dan komprehensif berdasarkan prinsip dokter keluarga. Dokter keluarga memainkan peran kunci dalam melibatkan pasien remaja kedalam diskusi yang terbuka namun terjaga kerahasiaannya, serta tidak menyudutkan pasien remaja tentang kesehatan reproduksi, perilaku seksual yang bertanggung jawab (termasuk penggunaan kondom untuk mencegah penyakit menular seksual), dan penggunaan kontrasepsi (termasuk penggunaan kontrasepsi darurat) .

Daftar Pustaka

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Situasi balita pendek (stunting) di Indonesia. Jakarta: Kemenkes RI. 2018
3. Neal S, Matthews Z, Frost M, et al. Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91: 1114–18.
4. Every Woman Every Child. The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Geneva: Every Woman Every Child, 2015.
5. Mitchell, K.W , Bennett, J and Stennett, R. Psikologis psychological health and life experiences of pregnant adolescent mothers in jamaica. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2014; 11(5): 4729-44.
6. Mery R, Dien GAN, Livia R. Peran tenaga kesehatan dan keluarga dalam kehamilan usia remaja. *Jurnal Kesmas*. 2015; 10(2): 87-92.
7. Fitri M. Analisis kebutuhan sumber informasi dalam upaya pencegahan kehamilan pada remaja. *Jurn studi pemuda*. 2016; 3(1):17-22.
8. Sawsan A, Marjorie SR. Pregnancy prevention in adolescent. *Am Fam Physician*. 2004; 70(8): 1517-24
9. Kementerian Kesehatan RI. Standar nasional pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR). Jakarta: Kemenkes RI. 2018
10. Kemenkes RI. Buku saku pemantauan status gizi. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat Kementerian Kesehatan RI; 2018.
11. Safrullah A, Susetyowati. Karakteristik sosial demografi dan konsumsi zat besi pada ibu hamil berdasarkan data Studi Diet Total (SDT) tahun 2014 di Indonesia. Yogyakarta: *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*; 2018.
12. Sukrat B, Wilasrusmee C, Siribumrungwong B, McEvoy M, Okascharoen C, J A, et al. Hemoglobin concentration and pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *ioMed Res Int*. 2013; 42(1):23–4.
13. The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy [homepage on the Internet]. Fast facts; teen pregnancy and childbearing among latina teens; 2015.
14. Jusoh N, Ismail TAT, Daud A. Anemia Among Teenage Pregnancy In

- Northwestern Malaysia: What Are The Factors? Int J Collab Res Intern Med Public Health. 2015; 7(12): 196-205
15. Shipala EK, Sowayi, GA, Kagwiria MP, Were EO. Prevalence Of Anemia Among Teenage Pregnant Girls Attending Antenatal Clinic In Two Health Facilities In Bungoma District, Western Kenya. JBAH. 2013; 3(6): 67-75
 16. Departement of Maternal, Newborn, Child an adolescent Health. Preventing early pregnancy and poor reproductive outcome among adolescents in developing countries: what evidence says. Geneva: WHO. 2020.