

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. I DENGAN  
KEKURANGAN ENERGI KRONIS DAN BY. NY. I  
DI WILAYAH PONTIANAK BARAT**

**Dela Permata<sup>1</sup>, Yetty Yuniarty<sup>2</sup>, Ismaulidia Nurvembrianti<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Studi D-III Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak

<sup>2</sup>Dosen Program Studi D-III Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak

Program Studi D-III Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak  
Jl. Ampera No. 9 Telp (0561) 6655112, 6655114/ Fax. (0561) 6655115

e-mail : delapermata62@gmail.com

**ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Kehamilan merupakan proses fisiologis yang berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi yang sehat dan cukup bulan melalui jalan lahir, agar kehamilan berkembang dengan normal dibutuhkan gizi yang baik dan seimbang. Kekurangan Energi Kronis (KEK) adalah kurangnya asupan energi yang berasal dari zat gizi makro maupun zat gizi mikro terutama vitamin A, vitamin D, asam folat, zat besi, seng, kalsium dan iodium serta zat gizi mikro lain.

**Tujuan:** Bagaimana memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. I dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) dan By. Ny. I di wilayah Pontianak Barat.

**Metode Penelitian:** Jenis penelitian yang digunakan dalam penyusunan laporan tugas akhir adalah penelitian observasional deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian ini bertujuan untuk meneliti suatu permasalahan melalui studi kasus yang terdiri dari unit tunggal. Subjek dalam penelitian ini adalah Ny. I dan By. Ny. I pengumpulan data dengan anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik dan diskusi.

**Hasil Penelitian:** asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. I selama kehamilan trimester II dan trimester III dengan Kekurangan Energi Kronis, pada persalinan dengan Kekurangan Energi Kronis dan persalinan secara spontan tidak ada penyulit, pada masa nifas dengan nifas normal, pada Bayi Baru Lahir dengan Bayi Baru Lahir normal, pada neonatus dengan neonatus normal, dan pasien memutuskan tidak menggunakan KB.

**Simpulan:** Asuhan kebidanan secara komprehensif ini didapat dengan melakukan asuhan kebidanan secara mandiri dan penanganan secara dini, tidak ditemukan adanya penyulit dari mulai persalinan sampai nifas dan neonatus. Disarankan pada bidan untuk mempertahankan asuhan kebidanan secara komprehensif yang sesuai dengan standar, dan tetap melakukan pemeriksaan Antenatal Care (ANC) pada setiap ibu hamil guna mendeteksi adanya komplikasi sedini mungkin.

**Kata Kunci:** Asuhan Kebidanan, Komprehensif, Kekurangan Energi Kronis

# COMPREHENSIVE MIDWIFERY CARE IN MRS. I WITH LACK OF CHRONIC ENERGY AND BABY MRS. I IN THE WEST PONTIANAK REGION

Dela Permata<sup>1</sup>, Yetty Yuniarty<sup>2</sup>, Ismaulidia Nurvembrianti<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Background:** Pregnancy is a physiological process that develops normally and results in the birth of a healthy and full-term baby through the birth canal, so that a normal pregnancy requires good and balanced nutrition. Chronic Energy Deficiency (CED) is a lack of energy intake that comes from macro and micronutrients, especially vitamin A, vitamin D, folic acid, iron, zinc, calcium and iodine and other micronutrients.

**Purpose:** How to provide comprehensive midwifery care to Mrs. I with Chronic Energy Deficiency and Baby.Mrs. I In The West Pontianak Region.

**Research Methods:** This type of research used in the preparation of the final report is descriptive observational research with a case study approach. This study aims to examine a problem through a case study consisting of a single unit. The subjects in this study were Mrs. I and Baby. Mrs. I collecting data by history, observation, physical examination and discussion.

**Results:** comprehensive midwifery care for Mrs. I during the second and third trimester of pregnancy with Chronic Energy Deficiency, in labor with Chronic Energy Deficiency and spontaneous labor without complications, in the puerperium with normal puerperium, in newborns with normal newborns, in neonates with normal neonates, and patients decide not to use family planning.

**Conclusion:** From this comprehensive midwifery care obtained by doing midwifery care independently and early treatment, there were no complications from labor to childbirth and neonates. It is recommended that midwives maintain comprehensive midwifery care in accordance with standards, and continue to carry out Antenatal Care (ANC) examinations for every pregnant woman in order to detect complications as early as possible

**Keywords:** Midwifery Care, Comprehensive, Chronic Energy Deficiency

## PENDAHULUAN

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) Tahun 2013 melaporkan bahwa prevalensi Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada kehamilan secara global 37-75% dengan jumlah paling tinggi pada TM ketiga dibandingkan pada TM pertama dan kedua kehamilan, WHO juga mencatat 40% kematian ibu di Negara berkembang dengan prevalensi terbanyak dari kasus tersebut karena ibu Kekurangan Energi Kronik (KEK) yang dapat menyebabkan kasus gizinya berkurang. Hasil Pemantauan Konsumen Gizi (PKG) yang dilakukan bersamaan dengan pengumpulan data PSG Tahun 2016 menunjukkan sebanyak 73,7% ibu hamil yang belum memenuhi energi dan 70,7% ibu hamil yang belum memenuhi kecukupan energi dan protein diatas maka hal ini berkontribusi cukup besar terhadap terjadinya ibu hamil KEK di Indonesia (Bintang Mega Krisnawati, 2018).

Masalah ibu hamil KEK merupakan salah satu fokus perhatian dan menjadi salah satu indikator kinerja program Kementerian Kesehatan, karena berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013, prevalensi risiko KEK pada ibu hamil (15-49 Tahun) masih cukup tinggi yaitu sebesar 24,2%. Prevalensi tertinggi ditemukan pada usia remaja (15-19 Tahun) sebesar 38,5% dibandingkan dengan kelompok lebih tua (20-24 Tahun) sebesar 30,1%. Indikator presentase ibu hamil KEK diharapkan turun sebesar 1,5% setiap tahunnya. Pada awal periode di Tahun 2015, persentase ibu hamil KEK ditargetkan tidak melebihi 24,2% dan diharapkan di akhir periode pada Tahun 2019, maksimal ibu hamil dengan risiko KEK adalah sebesar 18,2%. Dasar penetapan persentase bumil KEK mengacu kepada hasil Riskesdas tahun 2013. Dengan ditetapkannya target tersebut, maka diharapkan persentase ibu hamil KEK menurun setiap tahunnya.

Pada tahun 2015 *World Health Organization, 2015* keberhasilan upaya kesehatan ibu, diantaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI) indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, mendeteksi masalah kesehatan yang ada, selain itu, mahasiswa juga bisa melakukan asuhan yang berkelanjutan secara komprehensif. Terhadap ibu hamil sampai dengan KB (Kemenkes RI, 2016).

Rendahnya status kesehatan ibu di Kalimantan Barat dapat dilihat dari indikator angka kematian ibu pada Tahun 2019 sebanyak 113 kasus. Angka kematian ibu ini meningkat dari Tahun 2018 Angka kematian Ibu di Tahun 2018 hanya 86 kasus.

Kematian ibu di Kota Pontianak Tahun 2019, kasus kematian ibu adalah sebanyak 5 kasus kematian dengan rincian sebanyak 2 kasus kematian ibu hamil, 3 kasus kematian ibu pada saat persalinan (Kementerian Kesehatan Kalimantan Barat, 2019).

Terjadinya Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil disebabkan karena adanya ketidakseimbangan antara asupan energi dan protein, sehingga zat gizi yang dibutuhkan tidak tercukupi, faktor penyebab terjadinya kekurangan gizi pada ibu hamil adalah pengetahuan status gizi (konsumsi pangan) pendidikan, penyakit infeksi (tingkat kesehatan) pekerjaan dan status ekonomi.

Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu antara lain: anemia, perdarahan, BB ibu tidak bertambah secara normal dan terkena penyakit infeksi. Pengaruh Kekurangan Energi Kronis (KEK) terhadap persalinan dapat menyebabkan persalinan yang sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (prematurn), perdarahan setelah persalinan, serta persalinan dengan operasi cenderung meningkat, Risiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) terhadap janin dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan, keguguran, abortus, cacat bawaan anemia pada bayi, asfiksia intra partum dan BBLR. Kekurangan gizi pada ibu nifas dapat menyebabkan lamanya proses involusi uterus, infeksi, produksi ASI tidak lancar dan konstipasi (Bintang Mega Krisnawati, 2018).

Berdasarkan latar belakang di atas dapat maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronis Dalam Kehamilan?”. Tujuan dari asuhan ini adalah mampu memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronis dengan konsep 7 langkah varney.

## **METODE**

Jenis penelitian dalam penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Metode penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau diskripsi tentang suatu keadaan atau area populasi tertentu yang bersifat faktual dan objektif, sistematis dan akurat. Penelitian deskriptif dapat diartikan sebagai penelitian yang dimaksud untuk melihat fenomena individual, situasi, kelompok tertentu yang terjadi secara kekinian dan akurat (Sulistyawati, 2012).

Subjek penelitian ini adalah pasien Ny. I dengan Kekurangan energi kronis dan By. Ny. I di Wilayah Pontianak. Jenis pengumpulan data yakni data primer yang didapat langsung dari lapangan dan data sekunder lewat dokumen. Pelaksanaan penelitian studi kasus dengan menggunakan pendekatan pemecahan masalah dalam asuhan kebidanan yang meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa atau masalah aktual dan potensial, melaksanakan tindakan segera atau kolaborasi, perencanaan, implementasi serta evaluasi asuhan kebidanan pada klien dengan asuhan kebidanan pada Ny. I dengan Kekurangan energi kronis dan By. Ny. I di Wilayah Pontianak.

## HASIL

**Tabel 1. Hasil Asuhan Kebidanan Komprehensif**

Indikator yang di teliti	Jumlah Kunjungan	Hasil
<b>Kehamilan</b>	Kunjungan ANC 1 (15 September 2018) Kunjungan ANC 2 (22 Desember 2018) Kunjungan ANC 3 (25 Januari 2019) Kunjungan ANC 4 (07 Maret 2019)	Usia kehamilan amenorea 13 minggu Usia kehamilan 27 minggu Usia kehamilan 31 minggu Usia Kehamilan 37 minggu
<b>Persalinan</b>	27 Maret 2019	Pada pukul 07.20 wiba partus spontan anak laki-laki hidup, a/s 9/10, menangis, tonus otot baik, BB: 3000 gram, PB: 47 cm, LK/LD/LL: 33/32/11 cm, anus (+), kelainan (-)
<b>Nifas</b>	KF 1 (27 Maret 2019) KF 2 (03 April 2019) KF 3 (26 April 2019)	Nifas 6 jam Nifas 6 hari Nifas 30 hari
<b>Bayi Baru Lahir</b>	KN 1 (27 Maret 2019) KF 2 (03 April 2019) KF 3 (26 April 2019)	Neonatus usia 1 jam Neonatus usia 6 hari Bayi usia 30 hari
<b>Imunisasi</b>	Hb0 (28 Maret 2019) BCG dan Polio (21 Mei 2019) DPT 1 - HB - Hib 1 - Polio 2 (27 Juni 2019) DPT 2 - HB - Hib 2 - Polio 3 (01 Agustus 2019) DPT 3 - HB - Hib 3 - Polio 4 (05 September 2020)	Neonatus usia 1 hari Bayi sehat usia 2 bulan Bayi sehat usia 3 bulan Bayi sehat usia 4 bulan Bayi sehat usia 5 bulan
<b>Keluarga Berencana</b>	Tidak dilakukan	-

Setelah melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. I dari kehamilan, persalinan, nifas dan KB serta pada By. Ny. I dengan asuhan BBL hingga imunisasi peneliti dapat membandingkan kasus yang dijumpai di lapangan dengan sesuai teori yang dipelajari

## **PEMBAHASAN**

### **1. Kehamilan**

Pada kehamilan ibu melakukan kunjungan sebanyak 5 kali dan kunjungan ANC dengan penulis sebanyak 4 kali sesuai dengan kebijakan kunjungan antenatal komprehensif yang berkualitas minimal 4 kali kunjungan. Pada kunjungan ke-II Ibu mengalami sakit gigi, namun hal tersebut dapat diatasi dengan konseling untuk menjaga Kesehatan gigi sehingga dapat teratasi dengan segera. Berdasarkan pembahasan objektif pada ibu kenaikan berat badan ibu hanya mencapai 5 Kg. Pada trimester I, Ibu tidak mengalami kenaikan berat badan. Trimester II, kenaikan berat badan ibu mencapai 2 Kg, dan pada trimester III kenaikan berat badan Ibu mencapai 3 Kg. Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus pada kenaikan berat badan ibu. LILA ibu melewati batas ambang KEK yaitu 24 cm. HB juga berada pada kisaran normal sehingga ibu tidak dikategorikan sebagai ibu hamil dengan anemia. Pada pemeriksaan Leopold dari kunjungan I-IV, Ibu mengalami pembesaran uterus sesuai dengan usia kehamilan dan tidak terjadi masalah letak janin pada kehamilan ibu. Hal tersebut menjadi acuan bahwa tidak terdapat kesenjangan teori terhadap temuan objektif ibu. Pada ANC I, Ibu mendapat asuhan antenatal dengan standar 10T sesuai dengan standar minimal asuhan menurut Depkes RI, 2009 di pelayanan kesehatan mulai dari timbang berat badan (kenaikan berat badan pada Ibu hanya mencapai 5 Kg), nilai status gizi ukur lingkaran atas (LILA ibu yaitu 24 cm), ukur tekanan darah (dari TM I-III tekanan darah ibu berada pada ukuran normal), Ukur tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin, pemberian tablet Fe 90 tablet selama kehamilan, skrining imunisasi dan pemberian imunisasi TT (ibu tidak dilakukan imunisasi TT), test laboratorium (Hb ibu berada pada kisaran normal yaitu 12,6 gr/dl, hasil IMS-HIV negatif dan protein urine negatif). Pada TM-I ibu melakukan pemeriksaan Hb dan Hb ibu normal, sedangkan pada TM-II dan TM-III ibu tidak melakukan

pemeriksaan Hb kembali, berarti terdapat kesenjangan antara teori dari kasus di lapangan.

Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu antara lain: anemia, perdarahan, BB ibu tidak bertambah secara normal dan terkena penyakit infeksi. Pengaruh Kekurangan Energi Kronis (KEK) terhadap persalinan dapat menyebabkan persalinan yang sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (prematurn), perdarahan setelah persalinan, serta persalinan dengan operasi cenderung meningkat, risiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) terhadap janin dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan, keguguran, abortus, cacat bawaan anemia pada bayi, asfiksia intra partum dan BBLR. Kekurangan gizi pada ibu nifas dapat menyebabkan lamanya proses involusi uterus, infeksi, produksi ASI tidak lancar dan konstipasi (Bintang Mega Krisnawati, 2018).

## 2. Persalinan

Pada proses persalinan Ibu diawali dengan adanya rasa mulas seperti ingin melahirkan dan adanya tanda cairan lendir disertai darah. Hal ini sesuai dengan pengertian Proses persalinan dimulai dengan kontraksi uterus yang teratur dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Kumalasari, 2015:97).

Menurut Shofa Ilmiah, 2015 Pada kala I serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm, disebut juga kala pembukaan. Secara klinis partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (*bloody show*) yang berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka dan mendatar. (Shofa Ilmiah, 2015 h. 4) pada saat proses pembukaan ibu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Menurut Aspiani Yuli 2017 Kala I dibagi menjadi fase laten dan fase aktif. Fase laten dimulainya sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Pembukaan serviks kurang dari 4 cm dan biasanya berlangsung di bawah 8 jam. Fase laten terdiri dari 3 tahapan Akselerasi: pembukaan dari 3 cm menjadi 4 cm yang membutuhkan waktu 2 jam, Dilatasi maksimal: pembukaan dari 4 cm menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam, Deselerasi:

pembukaan menjadi lambat, dari 9 menjadi 10 cm dalam waktu 2 jam. Persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap atau kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm (Saifuddin, 2013).

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (*Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, 2009). Dua jam pertama setelah persalinan merupakan waktu yang kritis bagi ibu dan bayi. Keduanya baru saja mengalami perubahan fisik yang luar biasa, si ibu melahirkan bayi dari perutnya dan bayi sedang menyesuaikan diri dalam perut ibu ke dunia luar. Petugas/bidan harus tinggal bersama ibu dan bayi untuk memastikan bahwa keduanya dalam kondisi yang stabil dan mengambil tindakan yang tepat untuk melakukan stabilisasi (Saifuddin, 2013).

Pada saat bayi telah lahir kemudian bayi dikeringkan dan melakukan pemotongan tali pusat bayi seharusnya diletakan pada dada ibunya untuk dilakukan IMD Inisiasi Menyusu Dini (IMD) adalah proses membiarkan bayi dengan nalurinya sendiri dapat menyusu segera dalam satu jam pertama setelah lahir, bersamaan dengan kontak kulit antara bayi dengan kulit ibunya bayi di biarkan setidaknya dalam satu jam di dada ibu, sampai bayi menyusu sendiri.

Dalam hal ini terdapat kesenjangan antara teori dan hasil penelitian karena bayi Ny. I tidak dilakukan IMD sampai bayi bisa menemukan puting susu ibunya karena bidan langsung melakukan asuhan BBL sebelum bayi Ny. I berhasil menemukan puting susu ibunya.

### **3. Nifas**

Hasil yang didapati dari pendokumentasian SOAP Ny. I yang dilakukan sebanyak 3 kali kunjungan nifas yaitu kunjungan 1 pada 6 jam postpartum tidak ada keluhan, kunjungan ke-2 pada 6 hari postpartum, tidak ada keluhan, dan kunjungan ke-3 pada 30 hari postpartum. tidak adanya kesenjangan antara teori dengan data yang ada di lapangan.

### **4. Bayi Baru Lahir**

Bayi ibu lahir secara normal spontan pada pukul 07.20 wiba dengan nilai Apgar Score 9/10 artinya bayi dalam keadaan sehat. Bayi ibu mendapat asuhan bayi

baru lahir sesuai dengan prosedur. Pada bayi ibu tetapi tidak dilakukan IMD. imunisasi HB0 diberikan pada saat bayi berusia 1 hari. Kemudian kunjungan dilanjutkan pada usia bayi 6 hari dengan hasil BB: 3.200 gram PB: 51 cm berarti bayi Ny. I mengalami kenaikan dengan keadaan normal. Setelah By. Ny. I berusia 30 hari kembali melakukan kunjungan.

Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan yaitu jaga kehangatan tubuh bayi, Berikan ASI Eksklusif, rawat tali pusat. Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir yaitu: jaga kehangatan tubuh bayi, berikan ASI Eksklusif, cegah infeksi, rawat tali pusat. Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir yaitu: periksa ada atau tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit, jaga kehangatan tubuh, beri ASI Eksklusif, rawat tali pusat (Walyani, 2014).

Berdasarkan pengkajian penatalaksanaan bayi baru lahir pada Bayi Ny. I tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan dan By. Ny. I sudah diberikan imunisasi HB0, BCG, Polio 1, Polio 2, Polio 3, Polio 4, DPT-Hb-Hib 1, DPT-Hb-Hib 2, DPT-Hb-Hib 3 hingga Campak.

## **5. KB**

Hasil yang didapati dari pendokumentasian SOAP Keluarga Berencana (KB) Ny. I tidak ingin menggunakan KB karena alasan (kepercayaan Agama) yang tidak membolehkan menggunakan alat Kortrasepsi, Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Hal ini terdapat kesenjangan antara teori dari kasus di lapangan (BKKBN, 2015).

## **PENUTUP**

Pengkajian dan pengumpulan data subjektif dan objektif dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP pada Ny. I dan By. Ny. I telah dilaksanakan dengan mengumpulkan semua data melalui teknik wawancara dan observasi sistematis mulai dari asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, imunisasi, dan keluarga berencana. Analisis telah ditegaskan berdasarkan data dasar yang didapat pada

langkah pertama mulai dari asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana. Pelayanan kebidanan yang didapatkan di lahan praktik sudah cukup baik. Diharapkan untuk tempat yang terkait dapat mempertahankan kualitas dan semakin meningkatkan mutu pelayanan kesehatan serta dapat memberikan contoh kepada mahasiswa untuk melakukan asuhan kebidanan sesuai standar.

## REFERENSI

1. Aspianai, Yuli. (2017). *Buku Ajaran Asuhan Keperawatan Maternitis*. Jakarta: Trans Info Media.
2. Azwar. Saifuddin. 2013. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
3. Bintang Mega Krisnawati. 2018. *Jurnal Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. A dengan Kekurangan Energi Kronis*. Jombang : BPM Ririn Dwi Agustini, SST.
4. BKKBN Jatim. 2015. *Cara-Cara Kontrasepsi Yang Digunakan Dewasa 2015*.
5. Kemenkes. (2019). *JURNAL PROVINSI KALIMANTAN BARAT*.
6. Kemenkes RI. 2016. *Laporan Kinerja Ditjen Kesehatan Masyarakat Tahun 2016*.
7. Kumalasari, Intan. 2015. *Panduan Praktik Laboratorium dan Klinik Perawat Antenatal, Intranatal, Postnatal, Bayi Baru Lahir dan Kontrasepsi*. Jakarta: Salemba Medika.
8. Shofa Ilmiah, Widya. 2015. *Buku Ajaran Asuhan Persalinan Normal*, Yogyakarta: Nuha Medika.
9. Sulistyawati. 2012. *Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
10. Walyani, Elisabeth Siwi. 2014. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.