

## CASE STUDY: Midwifery Care for Mrs.K with Anemia, Early Rupture Amniotic and Uterine Inertia

Nita Astri<sup>1</sup>, Fitriyani<sup>2</sup>, Suparni<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup> Department of Health, Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

nitaastri78@gmail.com 

### **Abstract**

*Anemia in pregnancy is known to be a potential red flag for both mother and baby. Pregnant women with anemia are at risk of causing an early rupture of the amniotic in labor which will then be at risk of causing prolonged labor of uterine inertia. Therefore, midwives who are health workers involved in the front line of health services must provide special attention to this problem. This case study aims to prevent the occurrence of potential problems arising from anemia in pregnancy, early rupture of the amniotic and uterine inertia. Midwifery Care is given to pregnant women from 29 weeks of gestational age until delivery for 5 visits through anamnesis, complete physical examination and laboratory examination and comprehensive obstetric care in accordance with varney management. The results of obstetric care showed an increase in Hb levels there was Mrs.K, there were no complications of childbirth with KPD and uterine inertia. the conclusion is that the obstetric care given to Mrs.K is in accordance with the needs of the mother and the authority of the 4th midwife.*

**Keywords:** anemia in pregnancy, early rupture amniotic, uterine inertia

## Asuhan Kebidanan Pada Ny.K dengan Anemia Ringan, Ketuban Pecah Dini dan Inersia Uteri

### **Abstrak**

*Anemia dalam kehamilan diketahui sebagai tanda bahaya potensial bagi ibu dan bayi. Ibu hamil dengan anemia berisiko menyebabkan ketuban pecah dini pada persalinan yang kemudian akan berisiko menyebabkan persalinan lama karena inersia uteri. Oleh sebab itu, bidan yang merupakan tenaga kesehatan yang terlibat dalam lini terdepan pelayanan kesehatan harus memberikan perhatian khusus terhadap masalah ini. Studi kasus ini bertujuan untuk mencegah terjadinya masalah potensial yang ditimbulkan dari anemia dalam kehamilan, ketuban pecah dini dan inersia uteri. Asuhan diberikan pada ibu hamil sejak usia kehamilan 29 minggu sampai persalinan selama 5 kali kunjungan melalui anamnesa, pemeriksaan fisik lengkap serta pemeriksaan laboratorium serta pemberian asuhan kebidanan secara komprehensif sesuai dengan manajemen varney. Hasil dari asuhan kebidanan menunjukkan kenaikan kadar Hb pada Ny.K, tidak terdapat komplikasi persalinan dengan KPD dan inersia uteri. kesimpulannya adalah asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny.K sudah sesuai dengan kebutuhan ibu dan kewenangan bidan ke 4.*

**Kata kunci:** anemia dalam kehamilan, ketuban pecah dini, inersia uteri

## 1. Pendahuluan

Anemia dalam kehamilan diketahui sebagai tanda bahaya potensial bagi ibu dan anak. Oleh sebab itu, semua pihak yang terlibat dalam lini terdepan pelayanan kesehatan harus memberikan perhatian khusus terhadap masalah ini. Anemia pada dasarnya merupakan masalah nasional dan juga terjadi diseluruh dunia. Anemia sangat

memengaruhi kualitas sumber daya manusia. Anemia dalam kehamilan didefinisikan sebagai suatu kondisi ketika ibu memiliki kadar hemoglobin kurang dari 11,0 g/dL pada trimester I dan III atau kadar hemoglobin kurang dari 10,5 g/dL pada trimester II. Perbedaan nilai batas tersebut berkaitan dengan kejadian hemodilusi [1].

Pada kehamilan dengan anemia berisiko menyebabkan Ketuban Pecah Dini (KPD). Menurut hasil penelitian Desi (2017) anemia memiliki hubungan yang signifikan dengan ketuban pecah dini pada ibu bersalin terjadinya KPD, karena kadar hemoglobin sebagai pembawa zat besi dalam darah berkurang, sehingga mengakibatkan rapuhnya beberapa daerah dari selaput ketuban, sehingga terjadi kebocoran pada daerah tersebut [2]. Menurut Walida (2018) ibu hamil yang memiliki kadar hemoglobin < 11 gr/dl berisiko sebesar 70% mengalami ketuban pecah dini di bandingkan dengan ibu hamil yang memiliki kadar hemoglobin > 11 gr/dl berisiko sebesar 40% [3]. Sedangkan KPD adalah komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan, yang dapat mempengaruhi besarnya angka kematian perinatal pada bayi kurang bulan [4]. Dampak yang di timbulkan dari KPD yaitu bergantung pada usia kehamilan, menimbulkan infeksi maternal maupun neonatal, persalinan premature, hipoksia karena kompresi tali pusat, diformitas janin meningkatnya insiden seksio sesaria atau gagalnya persalinan normal.

Selain KPD anemia juga berisiko menyebabkan inersia uteri. Menurut penelitian Rudiyantri (2014) anemia memiliki hubungan dengan terjadinya inersia uteri, karena sel darah merah berkurang menyebabkan jumlah oksigen yang diikat dalam darah juga sedikit, sehingga mengurangi jumlah pengiriman oksigen ke organ-organ vital. Jumlah oksigen dalam darah yang kurang menyebabkan otot-otot uterus tidak berkontraksi dengan adekuat sehingga timbul gangguan his atau inersia uteri yang mengakibatkan proses persalinan tidak berjalan dengan normal [5].

Pada persalinan dengan inersia uteri berisiko menyebabkan persalinan lama. Menurut hasil penelitian Ikawati (2019) yang berjudul hubungan ketuban pecah dini dan inersia uteri dengan kejadian partus lama di Rumah Sakit Sawerigading Palopo tahun 2019 mengatakan bahwa sebagian besar ibu yang mengalami partus lama adalah ibu dengan inersia uteri hal ini terjadi karena kontraksi yang dialami ibu saat datang hanya singkat saja dan tidak lanjut sehingga tidak ada kekuatan yang bisa mendorong janin masuk kedalam pintu atas panggul sehingga terjadi kemajuan persalinan, hal ini yang menyebabkan terjadinya partus lama karena kontraksi uterus yang tidak teratur dan lemah [6].

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis ingin meneliti tentang asuhan kebidanan pada Ny.K dengan anemia ringan, ketuban pecah dini, dan inersia uteri.

## 2. Literatur Review

### 2.1. Anemia kehamilan

Anemia dalam kehamilan didefinisikan sebagai penurunan kadar hemoglobin kurang dari 11 gr/dl selama masa kehamilan pada trimester 1 dan ke-3 kurang dari 10 g/dl selama masa post partum dan trimester 2. Salah satu klasifikasi anemia yaitu anemia defisiensi besi. Anemia defisiensi besi adalah anemia yang terjadi akibat kekurangan zat besi dalam darah. Untuk menegakkan diagnose anemia defisiensi besi dapat dilakukan dengan anamnesa. Hasil anamnesa didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang - kunang dan keluhan mual muntah pada hamil muda. Pada pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yaitu trimester I dan

III. Hasil pemeriksaan Hb dapat digolongkan bahwa jika hasil Hb 11 gr% dikategorikan tidak anemia, jika hasil Hb 9 – 10 gr% dikategorikan anemia ringan, Hb 7 – 8 gr% dikategorikan anemia sedang, dan jika hasil Hb <7 gr% dikategorikan anemia berat. Akibat yang akan terjadi pada anemia kehamilan adalah abortus, persalinan premature, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, gangguan his primer dan sekunder, persalinan dengan tindakan tinggi dan ibu cepat lelah saat inpartu [7].

## 2.2. Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan di bawah 37 minggu disebut ketuban pecah dini premature. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm mengalami ketuban pecah dini [8]. Belum pasti penyebab terjadinya ketuban pecah dini, namun faktor – faktor predisposisi adalah infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban yang berasal dari vagina atau infeksi cairan ketuban yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. Kemudian jumlah paritas, wanita yang telah melahirkan beberapa kali maka akan lebih beresiko tinggi mengalami KPD pada kehamilan berikutnya. Kehamilan yang terlalu sering dapat mempengaruhi embryogenesis, selaput ketuban lebih tipis sehingga mudah pecah sebelum waktunya dan semakin banyak paritas semakin mudah terjadi infeksi amnion karena rusaknya struktur serviks pada persalinan sebelumnya. Wanita dengan paritas kedua dan ketiga pada usia reproduktif biasanya relatif memiliki keadaan yang lebih aman untuk hamil dan melahirkan karena pada keadaan tersebut dinding uterus lebih kuat karena belum banyak mengalami perubahan, dan serviks belum terlalu sering mengalami pembukaan sehingga dapat menyanggah selaput ketuban dengan baik. Kemudian serviks yang inkompeten, kanalis servikalis yang selalu terbuka yang di sebabkan karna kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan, curatage).

Diagnosis ketuban pecah dini dapat ditegakkan dengan keterangan terjadinya pengeluaran cairan mendadak dan disertai bau yang khas. Beberapa pemeriksaan yang dapat di tegakkan diagnosis ketuban pecah dini yaitu dilakukan pemeriksaan speculum untuk mengambil sampel cairan ketuban pada fornix posterior dan mengambil sampel cairan untuk kultur dan pemeriksaan bakteriologis kemudian melakukan pemeriksaan dalam dengan hati-hati, sehingga tidak banyak memanipulasi pada daerah pelvis untuk mengurangi kemungkinan infeksi asenden dan persalinan prematuritas.

## 2.3. Inersia Uteri

Inersia uteri adalah his yang sifatnya lebih lemah, lebih singkat, dan jarang dibandingkan dengan his yang normal[9]. Inersia uteri merupakan his yang sifatnya lebih lemah, lebih singkat, dan lebih jarang dibandingkan dengan his yang normal. Inersia uteri terjadi karena perpanjangan fase laten dan fase aktif atau kedua-duanya dari kala pembukaan. Pemanjangan fase laten dapat disebabkan oleh serviks yang belum matang atau karena penggunaan analgetik yang terlalu dini [10]. Penyebab inersia uteri diantaranya ada faktor umum dan local. Faktor umum seperti umur, paritas, anemia, ketidaktepatan penggunaan analgetik, pengaruh hormonal karena kekurangan prostaglandin atau oksitosin, perasaan tegang dan emosional. Sementara faktor local seperti overdistensi uterus, hidramnion, malpresentasi, malposisi, dan disproporsi cephalopelvik, mioma uteri [11].

Diagnosis inersia uteri dapat ditegakkan apabila terdapat apabila terdapat karakteristik his yang jarang, yaitu kurang dari tiga kali dalam 10 menit dan durasi yang pendek yaitu kurang dari 3 detik. Pada pemeriksaan tocography menunjukkan amplitude

yang rendah, yaitu kurang dari 40 mmHg. Dominasi kontraksi tetap berada pada fundus dan relaksasi tonus otot masih normal, yaitu kurang dari 12 mmHg. Pada inersia uteri perpanjangan fase persalinan dapat terjadi pada fase laten jauh lebih sulit[8].

### 3. Metode

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam asuhan kebidanan ini adalah anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium serta studi dokumentasi. Kunjungan dilakukan 5 kali dengan rentang waktu 1 – 2 minggu. Pada awal pertemuan dilakukan anamnesa pada Ny. K dengan tujuan untuk mengetahui keadaan ibu dan factor resiko yang dimiliki. Penulis melakukan anamnesa dengan cara tanya jawab secara langsung kepada klien dan keluarga untuk mendapatkan data subjektif pada Ny. K meliputi identitas, keluhan yang dirasakan, riwayat kesehatan klien dan keluarga, riwayat menstruasi, riwayat seksual, pengetahuan tentang kehamilan. Setelah itu penulis melakukan pemeriksaan fisik dengan tujuan untuk mengetahui keadaan fisik ibu apakah normal atau tidak. Penulis juga melakukan pemeriksaan Hb pada ibu dengan tujuan untuk mengetahui apakah ibu mengalami anemia atau tidak. pada kunjungan 1 – 5 penulis memberikan asuhan berupa pendidikan kesehatan tentang anemia dalam kehamilan, tablet penambah darah (Fe), gizi pada ibu hamil, tanda bahaya kehamilan, keidaknyamanan trimester 3, dan persiapan persalinan.

Asuhan kebidanan pada persalinan, didapatkan adanya kasus Ketuban Pecah Dini dan inersia uteri. Asuhan yang dilakukan adalah observasi kemajuan persalinan (pemeriksaan kontraksi, tanda tanda vital, denyut jantung janin) secara rutin pada lembar partograf.

### 4. Hasil dan Pembahasan

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny. K ada beberapa hal yang ingin penulis uraikan pada bab pembahasan ini.

#### 4.1. Asuhan Kehamilan

Berdasarkan pengkajian antenatal pertama pada Ny.K tanggal 19 November 2021 pukul 16.10 WIB, ditegakkan diagnose Ny.K usia 28 tahun G2P1A0, hamil 27 minggu, janin tunggal, hidup intra uterin, puki, preskep U. Pada kehamilan Ny.K ditemukan masalah yaitu anemia ringan dengan hasil pemeriksaan kadar Hb 10,5 gr%. Menurut Proverawati (2013, h.77) dikatakan anemia ringan apabila Hb berkisar antara 9-10 gr% dan dapat disebabkan karena makanan yang kurang bergizi, gangguan pencernaan dan malabsorpsi, kurangnya zat besi dalam makanan, kebutuhan zat besi yang meningkat, kehilangan darah banyak seperti persalinan yang lalu, haid dan lain-lain, penyakit kronik seperti TBC paru, cacing usus, malaria dan status gizi yang buruk dengan defisiensi multivitamin [7].

Sebagai upaya mengatasi masalah anemia ringan pada Ny.K, penulis menganjurkan ibu untuk rutin minum tablet tambah darah sekali sehari dan menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi seperti sayuran hijau, hati ayam, daging merah, kacang-kacangan, serta melakukan pemeriksaan kadar Hb ulang sebulan sekali sampai Hb ibu kembali normal. Menurut Pudiastuti (2018, h.200) ibu hamil harus banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi tinggi serta minum tablet tambah darah sekali sehari dengan dosis 60 mg selama masa kehamilan minimal sebanyak 90 tablet [12]. Menurut (Sulistyoningsih, 2012 h.130) mengatakan bahwa untuk

anemia ringan atau kadar Hb 9-11 gr% diberikan terapi oral berupa tablet tambah 60 mg/hari selama satu bulan yang diharapkan dapat meningkatkan Hb sebesar 1 gr% [13]. Setelah dilakukan asuhan berupa anjuran minum tablet tambah darah yang mengandung Ferrous Fumarate 60 mg dan Folic Acid 0,40 mg 1 kali sehari setiap malam, serta konsumsi makanan yang mengandung zat besi, pada kunjungan ketiga penulis melakukan pemeriksaan Hb ulang menggunakan alat cek Hb digital didapatkan hasil Hb 11,7 gr%, ibu mengalami kenaikan Hb sebesar 1,2 gr% sesuai dengan hasil penelitian Yanti (2016) bahwa semakin tinggi kepatuhan minum tablet Fe maka semakin rendah resiko terjadinya anemia pada ibu hamil. Dan jga sesuai dengan teori Mangkuji (2014, h.50) 60 mg zat besi yang diberikan selama sebulan dapat meningkatkan Hb sebesar 1 gr% [14].

#### **4.2. Asuhan Persalinan**

Pada tanggal 17 Januari 2022, Ny.K mengatakan ketuban rembes, dilakukan pemeriksaan tidak ada oedem, PPv lendir, terdapat sedikit cairan ketuban yang rembes, porsio tebal, pembukaan 1 cm. Penulis menegakkan diagnose Ny. K umur 28 tahun G2P1A0 hamil 37 minggu, janin tunggal, hidup, intraterin, puki, presbelkep, inpartu kala 1 fase laten dengan KPD. Hal ini sesuai menurut Maryunani (2016, h.75-76) ketuban pecah dini merupakan keadaan dimana selaput ketuban pecah sebelum persalinan dimulai atau bila persalinan sudah dimulai akan tetapi pembukaan kurang dari 3 cm. Pada kehamilan dengan anemia beresiko menyebabkan KPD [15]. Menurut penelitian Desi (2017) anemia memiliki hubungan yang signifikan dengan KPD, karena kadar hemoglobin sebagai pembawa zat besi dalam darah berkurang sehingga mengakibatkan rapuhnya beberapa daerah dari selaput ketuban, sehingga terjadi kebocoran pada daerah tersebut [2].

Pada tanggal 17 Januari 2021 jam 21.00 WIB dilakukan pemeriksaan dalam, hasilnya VT portio tebal, pembukaan 2 cm, kulit ketuban (+), penurunan kepala hodge I. .Bidan di Puskesmas melakukan kolaborasi dengan dokter jaga dengan advis rujuk ke RS. Bidan melakukan inform consent kepada keluarga pasien untuk dilakukan rujukan ke rumah sakit, karena ketuban sudah rembes sejak jam 13.00 WIB agar ibu dan bayinya selamat dan sehat dan sebelumnya akan di pasang infus. Hal ini sesuai dengan pernyataan yang dikemukakan oleh Maryunani (2016,h.369) bahwa dalam memberikan pelayanan kasus kegawatdaruratan yang akan dirujuk, beberapa hal harus diperhatikan antara lain stabilisasi pasien, pemberian oksigen, pemberian cairan infuse intravena dan transfuse darah dan pemberian obat-obatan (antibiotic, analgetik dan toksoid tetanus) [15]. Asuhan yang diberikan bidan sudah sesuai dengan kompetensi 4 bahwa bidan harus mengidentifikasi secara dini kemungkinan pola persalinan abnormal dan kegawatdaruratan dengan intervensi yang sesuai dan tepat melakukan rujukan dengan tepat waktu.

Ibu sampai di IGD RSIA jam 22.00 WIB. Dilakukan pemeriksaan dalam dan hasilnya yaitu VT pembukaan 2 cm. Ibu masuk keruang VK jam 22.15 WIB, bidan VK melakukan inform consent pada keluarga untuk dilakukan rencana akselerasi persalinan dengan oksitosin 5 IU drip dengan D5% mulai dari 12 Tpm pada jam 23.00 WIB sesuai dengan advis dokter SpOg. Hal ini sesuai dengan pernyataan yang dikemukakan oleh Prawirohardjo (2014, h. 680) bahwa jika kehamilan >37 minggu, dilakukan akselerasi dengan oxytosin. Bila gagal lakukan secsio sesarea [8]. Dapat pula diberikan misoprostol 25ug - 50ug intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotic dosis tinggi dan akhiri persalinan. Asuhan yang diberikan oleh bidan sudah sesuai dengan kompetensi 4 bahwa bidan harus mengindikasikan komplikasi persalinan seperti perdarahan, partus macet, kelainan presentasi, eklamsi, kelelahan ibu, gawat



janin, infeksi, ketuban pecah dini tanpa infeksi, distosia karena inersia uteri primer, posterm serta tali pusat menumbung. Asuhan penulis yang diberikan pada Ny. K berupa dukungan mental agar Ny.K tidak cemas menghadapi persalinan dan Bayi Ny. K dapat lahir dengan sehat dan selamat. Hal tersebut sesuai dengan kompetensi bidan ke-4 yaitu memberikan dukungan psikologis bagi wanita dan keluarganya.

Tanggal 18 Januari 2022 ibu mengatakan setelah dilakukan induksi tidak merasa kenceng – kenceng, dilakukan kembali pemeriksaan pembukaan dan his dengan hasil pembukaan 3 cm dan his tidak ada. Sesuai dengan kondisi ibu gagal akselerasi dengan KPD dan inersia uteri bidan melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG untuk melakukan pro SC pada pukul 21.00 wib sesuai dengan teori oprasi SC emergency dilakukan bisa terjadi pada kasus kegagalan dalam kemajuan persalinan walaupun persalinan sudah dilakukan pacu atau stimulasi [16]. Pada kehamilan dengan anemia juga beresiko menyebabkan inersia uteri. Menurut penelitian Ruidiyanti (2014) anemia memiliki hubungan dengan terjadinya inersia uteri karena sel darah merah berkurang menyebabkan jumlah oksigen yang diikat dalam darah juga sedikit, sehingga mengurangi jumlah pengiriman oksigen ke organ – organ vital. Jumlah oksigen dalam darah yang kurang menyebabkan otot – otot uterus tidak berkontraksi dengan adekuat sehingga timbul gangguan his atau inersia uteri yang mengakibatkan proses persalinan tidak berjalan dengan normal [5].

Pada pukul 21.35 WIB ibu dibawa keruang operasi dan sebelum dilakukan operasi sesarea ibu diberikan anastesi regional. Anastesi regional yaitu anastesi yang dilakukan untuk memblok rasa nyeri di sebagian area tubuh. Area yang mengalami mati rasa lebih besar/lebih lebar dibandingkan dengan anastesi lokal yang hanya pada daerah yang akan dioperasi. Obat anastesi disuntikkan di dekat saraf atau percabangan saraf, dengan tujuan mematikan sebagian besar area tubuh namun mempertahankan kondisi kesadaran. Pada pasien sesksio sesarea anastesi yang diberikan adalah anastesi regional, hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan anastesi regional diberikan pada wanita saat melahirkan atau pada prosedur operasi [17].

## 5. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny. K, maka dapat disimpulkan bahwa Asuhan kebidanan Pada Ny. K selama kehamilan dengan anemia ringan sudah sesuai dengan kebutuhan ibu dan tidak terdapat komplikasi atau penyulit tertentu dan Asuhan kebidanan pada masa persalinan dengan diagnose ketuban pecah dini dan inersia uteri pada Ny.K sudah dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien dan kewenangan bidan ke 4.

## Referensi

- [1] Proverawati, *Anemia Dalam Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2017.
- [2] D. E. Pratiwi, “HUBUNGAN ANEMIA DENGAN KEJADIAN KETUBAN PECAH DINI PADA IBU BERSALIN DI RSUD MUNTILAN,” Yogyakarta, 2017.
- [3] N. H. Walidah, “Hubungan Usia Ibu, Patitas, Dan Kadar Hemoglobin Terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Kehamilan Aterm Di RSUD Medika Cilacap,” Surakarta, 2018.
- [4] D. N. D. Mustika, *Asuhan Kebidanan Patologi*. Nuha Medika.
- [5] N. Ruidiyanti and D. Metti, “Anemia dan kontraksi rahim dalam proses persalinan,” *J. Ilm. Keperawatan Sai Betik*, vol. 10, no. 1, pp. 57–63, 2017.

- [6] N. Ikawati, "HUBUNGAN KETUBAN PECAH DINI DAN INERSIA UTERI DENGAN KEJADIAN PARTUS LAMA DI RUMAH SAKIT UMUM SAWERIGADING PALOPO TAHUN 2019," Masakar, 2021.
- [7] Atikah Proverawati; Siti Asfuah, *Anemia Dalam Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2015.
- [8] S. Prawirohardjo, *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka, 2014.
- [9] Sofian Amru; Rustam Mochtar, *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: Bina Pustaka, 2013.
- [10] Y. Fauziyah, *Obstetri Patologi*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2014.
- [11] S. Sastrawinata, *Obsestri Patologi Ilmu Kesehatan*. Jakarta: EGC, 2015.
- [12] R. Pudiastuti, *Penyakit-Penyakit Mematikan*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2013.
- [13] Sulistiyoningsih, *Gizi untuk kesehatan ibu dan anak*. Jakarta: Graha Ilmu, 2012.
- [14] B Mangkuji; Ginting; Idau ;Lubis Rismahara, *Asuhan Kebidanan 7 langkah SOAP*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC, 2014.
- [15] A. Maryunani, *Kehamilan dan Persalinan Patologis (Risiko Tinggi dan Komplikasi)*. Jakarta: CV Trans Info Media, 2016.
- [16] N. L. P. Juliathi, G. A. Marhaeni, and N. M. Dwi Mahayati, "Gambaran Persalinan dengan Sectio Caesarea di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Tahun 2020," *J. Ilm. Kebidanan (The J. Midwifery)*, vol. 9, no. 1, pp. 19–27, 2021.
- [17] N. Wijayanto, E. Leksana, and U. Budiono, "Pengaruh Anestesi Regional dan General pada Sectio Cesaria pada Ibu dengan Pre Eklampsia Berat terhadap Apgar Score," *JAI (Jurnal Anesthesiol. Indones.)*, vol. 4, no. 2, pp. 114–124, 2012, doi: 10.14710/jai.v4i2.6430.