

Lampiran 1. SOAP Komprehensif

**PRODI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
JURUSAN KEBIDANAN POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA
Jalan Mangkuyudan MJ III/304 Yogyakarta 55143 Telp (0274) 374331**

**ASUHAN BERKESINAMBUNGAN NY. S USIA 39 TAHUN G3P2A0AH2
USIA KEHAMILAN 28 MINGGU 6 HARI DENGAN KEHAMILAN
LETAK LINTANG DI PUSKESMAS SEWON I**

Tanggal : 12 Desember 2022

Jam : 15.00 WIB

S (SUBJEKTIF)

1. Identitas

	Pasien	Suami
Nama	Ny. S	Tn. M
Umur	39 tahun	43 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	S1	S2
Pekerjaan	Guru	PNS
Alamat	Ngrukem RT 17 Sewon, Bantul	

2. Data Subjektif

a. Keluhan Utama

Ibu mengatakan ingin melakukan periksa kehamilan dan mengeluh sering buang air kecil.

b. Riwayat Menstruasi

Usia *menarche* 12 tahun, lama 6 hari, siklus 28 hari, teratur, ada keputihan, tidak mengalami *dismenore*. Ganti pembalut 4-5x/hari.

c. Riwayat Menikah

Menikah 1 kali, usia pertama kali menikah 25 tahun, dengan suami sekarang sudah hampir 14 tahun.

d. Riwayat Kehamilan Ini

1. Riwayat Status TT : TT 5

2. Riwayat ANC

- HPHT : 24-05-2022

HPL : 03-03-2023

- ANC pertama kali sejak umur kehamilan 4 minggu di Klinik Pratama IDI Bantul

- Frekuensi ANC:

Trimester I : 2

Trimester II : 5 kali

Trimester III : 2 kali

- Keluhan yang dirasakan: selama hamil ibu mengeluh mual, muntah, pinggang pegal, sering BAK.

- Obat-obatan yang dikonsumsi: asam folat, B6, tablet tambah darah dan kalsium.

e. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

G3P2A0Ah2

No	Tanggal Lahir	Umur Kehamilan	Jenis persalinan	Penolong	JK	BBL	Komplikasi	
							Ibu	Janin
1	2008	aterm	spontan	bidan	P	3000	t.a.k	t.a.k
2	2014	aterm	spontan	Bidan RS	P	3500	t.a.k	t.a.k
3	Hamil ini							

f. Riwayat Kontrasepsi

No	Jenis Alkon	Mulai Pakai	Keluhan	Selesai Pakai	Alasan Pakai
1	KB suntik 3 bulan	2008	t.a.k	2013	Mencegah kehamilan
2	IUD	2014	t.a.k	2022	Mencegah kehamilan

g. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ny. S mengatakan tidak pernah atau tidak sedang menderita penyakit hipertensi, diabetes mellitus, jantung, asma, TBC, HIV dan Hepatitis B.

h. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ny. S mengatakan keluarga tidak pernah atau sedang menderita penyakit hipertensi, asma, jantung, hepatitis B dan HIV dan tidak ada yang memiliki bayi kembar.

i. Pola Personal Hygiene

Ny. S mengatakan mandi 2 kali sehari. Keramas 2 hari sekali. Menggosok gigi 2 kali/hari. Ny. S mengatakan membersihkan daerah genitalia dari arah depan ke arah belakang. Mengganti celana dalam setiap setelah mandi atau bila merasa tidak nyaman. Celana dalam dari bahan katun.

j. Pola pemenuhan Nutrisi

	Makan	Minum
Frekuensi	3 x/hari	10 x/hari
Porsi	1 porsi sedang	Gelas sedang
Macam	Nasi, sayur, lauk, buah	Air putih, jus
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

k. Pola Eliminasi

	BAB	BAK
Frekuensi	1 hari sekali	5-6x/hari
Tekstur	Lembek	Cair
Warna	Kecoklatan	Kuning jernih
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

l. Kebiasaan-kebiasaan

Ny. S mengatakan tidak pernah minum jamu, minum-minuman keras, merokok, dan obat-obatan yang tidak sesuai anjuran bidan/dokter selama hamil.

m. Pola Aktivitas dan Istirahat

- Ny. S mengatakan bekerja sebagai guru
- Ny. S mengatakan pada siang hari istirahat selama 1 jam, dan pada malam hari tidur selama 7 jam.

- n. Dukungan suami dan keluarga terhadap kehamilannya
Kehamilan Ny. S adalah kehamilan yang diinginkan oleh Ny. S, suami dan keluarganya. Suami dan keluarga selalu mendukung serta ikut menjaga kehamilan Ny. S.
- o. Persiapan Persalinan
Ny. S mengatakan ingin melahirkan secara spontan di Puskesmas atau PMB ditolong oleh bidan, kendaraan untuk bersalin adalah motor, sudah memiliki BPJS aktif, calon pendonor darah Orangtua, dan sudah menyiapkan pakaian ibu dan bayi.

O (OBJEKTIF)

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos Mentis
- c. Tanda-Tanda Vital :
- Tekanan darah : 120/80 mmHg
 - Nadi : 80 kali/menit
 - Respirasi : 20 kali/menit
 - Suhu : 36,9°C
- d. Pemeriksaan Antropometri
- BB sebelum hamil : 48 kg
 - BB saat ini : 56 kg
 - TB : 158 cm
 - Lila : 25 cm
 - IMT : 19,3 gr/m² (normal)
- e. Pemeriksaan Fisik
- Kepala : rambut hitam, lurus, dan bersih
 - Muka : tidak pucat
 - Mata : simetris, konjungtiva merah muda
 - Hidung : bersih tidak ada sumbatan
 - Mulut : bersih, gusi pucat, lidah bersih, gigi tidak berlubang.
 - Telinga : simetris, tidak ada serumen

- Leher : tidak ada pembengkakan pada kelenjar tiroid dan kelenjar limfe
- Payudara : tidak ada benjolan
- Paru-paru : tidak ada stridor, *wheezing* dan tarikan dinding dada kedalam
- Abdomen :
 Perut membesar sesuai kehamilan tidak ada bekas operasi, TFU 25 cm, teraba bulat keras dan melenting (kepala) di perut bagian kanan, dan teraba bagian keras memanjang (punggung) di bagian bawah,
 TBJ : $(25-12) \times 155 = 2015$ gram
 DJJ: 132 kali/menit, teratur.
 Ekstermitas: tidak ada oedema dan tidak ada varices.

f. Pemeriksaan Penunjang

Tidak ada

A (ANALISIS)

1. Diagnosa

Ny. S usia 39 tahun G3P2Ab0Ah2 usia kehamilan 28⁺⁶ minggu dengan kehamilan letak lintang

2. Kebutuhan tindakan segera berdasarkan kondisi klien

- a. KIE tentang kondisi ibu dan janin
- b. KIE tentang ketidaknyamanan trimester III yaitu sering berkemih dan cara mengatasinya
- c. KIE mengenai *kneechest* atau menungging

P (PENATALAKSANAAN)

1. Melakukan pemeriksaan dan memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik. Ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan
2. Memberikan KIE kepada ibu tentang ketidaknyamanan yang dialami pada trimester tiga yaitu pusing, sering berkemih, mulai pegel-pegel.

Ibu mengalami keluhan sering berkemih karena desakan kepala yang semakin turun ke bawah sehingga mendorong kandung kemih, maka menghindari banyak minum di malam hari dan memperbanyak minum di siang hari supaya tidak mengganggu waktu tidur malam. Ibu mengerti penjelasan yang diberikan.

3. Memberikan KIE pada ibu untuk makan teratur, hindari makan-makanan yang bergas, penuh gizi seimbang, tinggi kalori, tinggi protein, ibu juga disarankan makan es krim supaya mempercepat kenaikan berat janin. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran bidan.
4. Memberi KIE pada ibu untuk mengurangi aktivitas berat dan istirahat yang cukup yaitu minimal 8 jam dalam sehari, untuk menjaga kesehatan ibu dan janin. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran.
5. Memberitahu ibu tentang tanda bahaya kehamilan seperti keluar darah dari jalan lahir, pusing kepala berat, pandangan kabur, bengkak pada tangan, kaki, dan wajah disertai kejang, demam tinggi, muntah terus menerus hingga tidak dapat makan sama sekali. Apabila ibu mengalami salah satu tanda tersebut segera datang ke pelayanan kesehatan. Ibu mengerti dan paham.
6. Memberitahu ibu bahwa kehamilan saat ini dengan letak lintang jika berkelanjutan maka tidak bisa dilakukan persalinan pervaginam atau normal. Hal ini jika dipaksakan dapat berisiko pada kesehatan ibu dan janin. Sehingga harus dilakukan persalinan dengan SC. Untuk mengatasi hal tersebut ibu diharapkan sering melakukan *kneechest* atau posisi menungging. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
7. Memotivasi ibu untuk berusaha agar posisi janin tidak melintang lagi dengan cara posisi knee-chest sekitar 10 – 15 menit. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.

8. Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang 2 minggu yang akan datang atau bila ada keluhan langsung datang ke pelayanan kesehatan. Ibu mengerti dan bersedia melakukan kunjungan ulang.

Lembar Skrining Faktor Risiko Ny. S

**Kartu Skor Poedji Rochjati
Perencanaan Persalinan Aman**

I KEL FR	II NO.	III Masalah / Faktor Resiko	SKOR	IV Triwulan			
				1	II	III.1	III.2
				Skor Awal Ibu Hamil			
			2	2			
I	1	Terlalu muda hamil I <16 Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I ≥35 Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥4 Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥10 Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi < 2 Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4			✓	
	7	Terlalu pendek ≥145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9		Pernah melahirkan dengan a. terikan tang/vakum	4			
		b. uri dirogoh	4				
		c. diberi infus/transfusi	4				
	10	Pernah operasi sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil Kurang Darah b. Malaria, TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		Kencing Manis (Diabetes)	4				
		Penyakit Menular Seksual	4				
		Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4				
	12	Hamil kembar	4				
	13	Hydramnion	4				
	14	Bayi mati dalam kandungan	4				
	15	Kehamilan lebih bulan	4				
III	16	Letak sungsang	8				
	17	Letak lintang	8			✓	
	18	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	19	Preeklampsia kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR				12	

Perencanaan Persalinan Aman - Rujukan Terencana

KEHAMILAN				KEHAMILAN DENGAN RESIKO				
JML SKOR	STATUS KHMLN	PERAWA TAN	RUJUK AN	TEMPAT	PENGO LONG	RUJUKAN		
						RDB	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TDK	POLIN	BIDAN			
			DRUJUK	DES				
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	DRUJUK PKM/RS	PKM/RS	BIDAN DOKTER	✓	✓	✓
≥ 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER	✓	✓	✓

CATATAN PERKEMBANGAN PEMERIKSAAN KEHAMILAN

Tanggal, Jam	Data Subjektif	Data Objektif	Analisis	Penatalaksanaan
07/02/2023 10.00 WIB	Ibu ingin memeriksakan kehamilan, saat ini tidak ada keluhan	Pemeriksaan Umum : - KU: Baik - Kesadaran : CM - BB: 60 kg - TD: 130/70 mmHg - N : 82 kali/menit - RR : 20 kali/menit - S : 36,5°C Pemeriksaan Fisik : - Muka : tidak pucat, tidak edema - Mata : konjuntiva tidak pucat, sklera tidak kuning - Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid - Payudara : bersih, puting menonjol, tidak ada massa - Abdomen : - TFU: 29,5 cm - Teraba bulat keras dan melenting (kepala) di	Ny. S usia 39 tahun G3P2Ab0Ah2 umur kehamilan 37 minggu dengan kehamilan letak lintang	1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum ibu dan janin baik. 2. Memberikan KIE kepada ibu untuk memantau gerakan janin yaitu minimal gerak 10 kali dalam 12 jam. Apabila ibu merasa gerak janin ibu kurang aktif atau tidak bergerak segera periksa ke fasilitas kesehatan. 3. Memberikan KIE kepada ibu tentang persiapan persalinan meliputi tempat persalinan, penolong, kendaraan, biaya, calon pendonor, serta pakaian ibu dan bayi. 4. Memberikan KIE tanda-tanda persalinan yaitu kenceng-kenceng semakin sering dan teratur, keluar lendir darah atau air ketuban dari jalan lahir. Apabila ibu mengalami salah satu tanda-tanda persalinan segera datang ke fasilitas kesehatan.

		<p>perut bagian kanan dan teraba bagian keras memanjang (punggung) di perut bagian bawah,</p> <ul style="list-style-type: none"> - DJJ: 140 kali/menit 		<ol style="list-style-type: none"> 5. Memberitahu ibu untuk tetap melanjutkan minum obat rutin. 6. Memberitahu ibu untuk mengikuti saran dokter jika disarankan untuk segera tindakan sectio caesarea. 7. Memberi motivasi secara psikologis pada ibu untuk tidak khawatir akan persalinan yang akan dialami.
--	--	---	--	--

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN
 NY. S USIA 39 TAHUN G3P2AB0AH2 USIA KEHAMILAN 37 MINGGU
 DENGAN PERSALINAN SECTIO CAESAREA**

**Pengkajian dilakukan pada tanggal 08 Februari 2023 pukul 08.00 WIB
 melalui WhatsApp**

S	<p>-Ibu mengatakan pada saat ANC tanggal 07 Februari 2023 mendapat rujukan ke RS Panembahan Senopati untuk dilakukan operasi sectio caesarea pada 08 Februari 2023 sesuai saran dokter dikarenakan kehamilan ibu letaknya lintang.</p> <p>-Asuhan persalinan dilakukan melalui <i>Whatsapp</i> karena ibu melahirkan di RS Panembahan Senopati. Pengkajian dilakukan pada tanggal 08 Februari 2023 pukul 08.00 WIB. Ibu mengatakan pada tanggal 08 Februari 2023 bahwa ibu dijadwalkan operasi sectio caesarea pada pukul 10.30 WIB. Pada tanggal 08 Februari 2023 Pukul 11.21 WIB, Ibu mengatakan bayinya lahir dan langsung menangis. Setelah bayinya lahir, ibu mengatakan disuntik obat di paha kiri, kemudian melahirkan plasenta dan plasenta lahir lengkap. Ibu mengatakan, setelah plasenta lahir, dokter sekaligus melakukan tindakan KB yaitu MOW. Setelah tali pusat bayi dipotong, bayi dibersihkan dan diberi kain kering dan bersih kemudian melakukan IMD selama kurang lebih 1 jam.</p>
O	-
A	Ny. S usia 39 tahun G3P2A0Ah2 usia kehamilan 37 minggu dengan persalinan sectio caesarea
P	Dokter dan tim melakukan tindakan operasi sectio caesarea.

**ASUHAN KEBIDANAN NEONATUS/ BAYI BARU LAHIR PADA BY. NY.
S USIA 0 JAM BERAT BADAN LAHIR CUKUP, CUKUP BULAN,
SESUAI MASA KEHAMILAN**

Pengkajian Tanggal 08 Februari 2023 pukul 12.00 WIB (whatsapp)

S	<p>1. Ibu mengatakan bayinya lahir spontan tanggal 08 Februari 2023 pukul 11.21 WIB di RS Panembahan Senopati</p> <p>2. Bayi lahir langsung menangis kuat</p> <p>3. Ibu mengatakan setelah dipotong tali pusatnya, bayi dibersihkan kemudian melakukan IMD</p> <p>Data Sekunder Buku KIA BB: 2900 gram, PB: 47 cm LK :32 cm APGAR Score 8/9/10</p>
O	Tidak dikaji
A	By. Ny. S usia 0 Jam BBL CB SMK Normal
P	<p>1. Melakukan penilaian awal bayi baru lahir</p> <p>2. melakukan manajemen perawatan bayi baru lahir dengan menghangatkan bayi, melakukan isap lendir, mengeringkan bayi, merangsang taktil, dan mengganti kain kering.</p> <p>3. Melakukan IMD pada ibu. IMD dilakukang selama kurang lebih 1 jam</p> <p>4. Melakukan tindakan profilaksis yaitu memberikan injeksi Vitamin K, salep mata</p> <p>5. Memberi injeksi Hb0 1 jam setelah injeksi Vit K</p> <p>6. Menjaga kehangatan bayi dengan memakaikan topi dan membedong tubuh bayi.</p> <p>7. Melakukan observasi pada bayi. Keadaan bayi sehat.</p>

CATATAN PERKEMBANGAN PADA BAYI BARU LAHIR

Tanggal, jam	Data Subjektif	Data Objektif	Analisis	Penatalaksanaan
15 Februari 2023, jam 15.00 (Data primer)	Ibu menanyai mengenai imunisasi BCG, ibu masih melakukan ASI eksklusif dan bayi menyusu kuat dan sering, ibu mengatakan berat bayi naik 2 ons saat KN2.	BB:3100gram S: 36,5°C	Bayi Ny. S usia 7 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan lahir secara sectio caesarea dalam keadaan sehat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan kepada ibu manfaat, prosedur, dan efek samping imunisasi BCG. Ibu mengerti 2. Memberikan KIE pada ibu, imunisasi BCG pada By. Ny. S. vaksin diberikan di 1/3 lengn atas sebelah kanan dengan dosis 0,05 ml secara Intrakutan 3. Memberikan konseling kepada ibu tentang jadwal imunisasi.
04 Maret 2023, jam 15.00 (Data primer)	Ibu mengatakan banyinya sudah diimunisasi BCG . Hasil pemriksaannya, Tali pusat sudah lepas / puput ada saat hari ke-6. Tidak ada tanda ikterik, tidak ada demam, bayi menyusu kuat.	BB:3900gram S: 36,6°C	Bayi Ny. S usia 25 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan lahir secara sectio caesarea keadaan sehat sudah diberikan imunisasi BCG	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan KIE tentang menjaga <i>personal hygiene</i> bayi dengan mandi 2x sehari dan mengganti popok saat bayi BAK atau BAB. 2. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk memberikan bayi ASI eksklusif yaitu hanya ASI saja sampai usianya 6 bulan, tanpa minuman dan makanan tambahan, susui bayi sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali.

				<p>3. Memberikan KIE kepada ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu bayi tidak mau menyusu, panas, kejang, badan kuning, atau tampak biru pada ujung jari tangan, kaki dan mulut, dan apabila bayi mengalami salah satu tanda bahaya tersebut segera bawa ke fasilitas kesehatan.</p> <p>4. Menjelaskan kepada ibu bahwa jika terjadi benjolan seperti bisul setelah 2 minggu, menganjurkan ibu untuk membiarkannya dan melakukan perawatan biasa karena itu merupakan hal yang normal</p> <p>5. Menjelaskan kepada ibu jadwal kunjungan ulang untuk imunisasi IPV I dan Pentabio I saat bayi berusia 2 bulan dan berjarak 4 minggu dari imunisasi BCG</p>
--	--	--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN PADA NIFAS DAN MENYUSUI

Tanggal, Jam	Data Subjektif	Data Objektif	Analisis	Penatalaksanaan
08/02/2023 17.00 WIB (whatsapp)	<p>Ibu mengatakan merasa nyeri perut saat menyusui bayinya. Ibu memberikan ASI tiap 2 jam sekali atau on demand. Pemenuhan nutrisi: makan 3-4 kali/hari, minum 8-10 gelas/hari. BAK tidak ada keluhan, belum BAB sejak persalinan, Ibu sudah bisa melakukan aktivitas normal, ibu mengatakan istirahat cukup karena ia, suami dan mertua selalu bergantian menjaga bayi.</p> <p>- Berdasarkan riwayat buku KIA pemeriksana nifas 6</p>	- Tidak dikaji	Ny. S usia 39 tahun P3A0AH3 post <i>sectio caesarea</i> hari ke 0 normal membutuhkan KIE nifas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan KIE pada ibu tanda bahaya masa nifas 2. Memberikan KIE ibu mengenai ASI eksklusif dan cara menyusui yang benar 3. Memberikan KIE mobilisasi dini pasca operasi 4. Memberikan KIE pada ibu untuk cukup beristirahat, tidur minimal 7 jam per hari. 5. Memberikan KIE pada ibu mengenai personal hygiene, yakni ibu dianjurkan selalu menjaga kebersihan vulva, serta mengganti pembalut 2-4 jam sekali untuk pencegahan infeksi. 6. Memberikan KIE tentang pemenuhan nutrisi selama masa nifas yaitu dengan makan makanan bergizi seimbang, mengkonsumsi makanan berserat dan sayuran hijau, makan makanan

	jam : KU Baik, Kesadaran CM, TTV TD; 120/80; R:22;N:80 S: 36,6 ^o C, ASI sudah keluar, kontraksi keras, TFU 2 jari bawah pusat, luka bekas sectio caesarea masih basah.			berprotein tinggi serta mengkonsumsi minum minimal 10 gelas/hari. Ibu mengerti dan akan melakukan anjuran yang diberikan.
15/02/2023 15.00 WIB (Data primer)	Ibu mengatakan saat ini ada keluhan puting lecet. ASI keluar lancar. Pemenuhan nutrisi makan 3-4 kali/hari, minum 8-10 gelas/hari. BAB dan BAK tidak ada keluhan, Ibu sudah bisa beraktivitas normal.	TD: 110/80 mmHg - Pengeluaran darah <i>lokhea</i> sanguinolenta	Ny. S usia 39 tahun P3A0Ah3 post sectio caesarea hari ke 7 dengan puting lecet	1. Memberikan KIE teknik menyusui yang benar, mulai menyusui dari payudara yang tidak sakit, Tetap mengeluarkan ASI dari payudara yang putingnya lecet, mengeluarkan sedikit ASI dan mengoleskan ke puting yang lecet dan biarkan kering, serta menggunakan BH yang menyangga. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan. 2. Memotivasi ibu tentang pemenuhan nutrisi selama masa nifas yaitu dengan makan makanan bergizi seimbang, mengkonsumsi makanan berserat dan sayuran hijau,

				<p>makan makanan berprotein tinggi serta mengkonsumsi minum minimal 10 gelas/hari. Ibu mengerti dan akan melakukan anjuran yang diberikan.</p> <p>3. Memberitahu ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin atau on demand serta memberitahu tanda-tanda bayi cukup ASI. Ibu mengerti dan paham.</p> <p>4. Memberitahu ibu untuk selalu menjaga personal hygiene.</p> <p>5. Memotivasi ibu agar datang untuk KF 3 agar bisa lebih mendalam dalam menjalankan asuhan.</p>
21/02/2023 15.00 WIB (whatsapp)	Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan. ASI keluar lancar dan sudah melakukan kunjungan Nifas ke-3.	Tidak dikaji	Ny. S usia 39 tahun P3A0Ah3 nifas hari ke 13 normal	<p>1. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan tanpa makanan tambahan/pendamping.</p> <p>2. Memotivasi agar terus menjalani ASI Eksklusif sampai umur bayi 6 bulan dan dilanjutkan dengan MP ASI</p>

<p>04/03/2023 15.00 WIB (Data primer)</p>	<p>Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan. ASI keluar lancar dan sudah melakukan kunjungan Nifas ke-4</p>	<p>TD: 110/80 mmHg -Keadaan : Baik, Kesadaran CM -Lochea alba</p>	<p>Ny. S usia 39 tahun P3A0Ah3 nifas hari ke 25 normal</p>	<p>1. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan tanpa makanan tambahan/pendamping. 2. Memotivasi agar terus menjalani ASI Eksklusif sampai umur bayi 6 bulan dan dilanjutkan dengan MP ASI. Ibu telah ber-KB MOW</p>
---	--	---	--	---

Lampiran 2. Dokumentasi





Lampiran 3. Informed Consent

INFORMED CONSENT (SURAT PERSETUJUAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Siti Windarti
Tempat/Tanggal Lahir : Bantul, 18 Desember 1983
Alamat : Ngrukem RT 17, Krandohan, Kecamatan
Sewon, Kabupaten Bantul, DIY

Bersama ini menyatakan kesediaan sebagai subjek dalam praktik *Continuity of Care (COC)* pada mahasiswa Prodi Pendidikan Profesi Bidan T.A. 2022/2023. Saya telah menerima penjelasan sebagai berikut:

1. Setiap tindakan yang dipilih bertujuan untuk memberikan asuhan kebidanan dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental ibu dan bayi. Namun demikian, setiap tindakan mempunyai risiko, baik yang telah diduga maupun yang tidak diduga sebelumnya.
2. Pemberi asuhan telah menjelaskan bahwa ia akan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan asuhan kebidanan dan menghindarkan kemungkinan terjadinya risiko agar diperoleh hasil yang optimal.
3. Semua penjelasan tersebut di atas sudah saya pahami dan dijelaskan dengan kalimat yang jelas, sehingga saya mengerti arti asuhan dan tindakan yang diberikan kepada saya. Dengan demikian terdapat kesepakatan antara pasien dan pemberi asuhan untuk mencegah timbulnya masalah hukum di kemudian hari.

Demikian surat persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun dan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 12 Desember 2022

Mahasiswa



Fourinda Oktanisa

Klien



Siti Windarti

Lampiran 4. Surat Keterangan Telah Selesai

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Suprapti., S.ST.
NIP : 197008061990032004
Instansi : Puskesmas Sewon I

Dengan ini menerangkan bahwa:

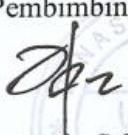
Nama : Fourinda Oktanisa
NIM : P07124522151
Prodi : Pendidikan Profesi Bidan
Jurusan : Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

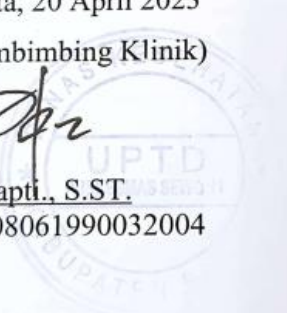
Telah selesai melakukan asuhan kebidanan berkesinambungan dalam rangka praktik kebidanan holistik *Continuity of Care* (COC).

Asuhan dilaksanakan pada tanggal 12 Desember 2022 sampai dengan 4 Maret 2023

Judul asuhan: **ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. S USIA 39 TAHUN G3P2A0AH2 USIA KEHAMILAN 28⁺⁶ MINGGU DENGAN KEHAMILAN LETAK LINTANG DI PUSKESMAS SEWON I**

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 20 April 2023
Bidan (Pembimbing Klinik)

Suprapti., S.ST.
NIP. 197008061990032004



**PERSALINAN PADA USIA \geq 35 TAHUN
DI RSUD PROF. DR. R. D. KANDOU MANADO**

¹Meyclin Dameria Sibuea

²Hermie M. M. Tendean

³Freddy W. Wagey

Bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Prof. Dr. R. D. Kandou Manado
Universitas Sam Ratulangi
Email: d_mhay@rocketmail.com

Abstract: Childbirth at age \geq 35 years is not without risk. Labor harder and longer, and stillbirth are problems that can be encountered in pregnancy and childbirth at age \geq 35 years. This study aims to find data on births by age \geq 35 years. This study was conducted in November 2012 using retrospective descriptive method. Data were collected from medical record, the book of parturition and also from the subpart of Perinatology Prof. Dr. R. D. Kandou Public Hospital Manado in Januari 1 – Desember 31, 2011 period. This study found 846 birth at age \geq 35 years from 4154 total births. Presentation of the fetus is most commonly found is the location of the fetal head 534 cases, while the type of labor that is most often done is spontaneously 413 cases. Birth weight is the most commonly found in the group weighing 2500 - <4000 grams 704 cases (81.39%). Perinatal deaths still occur till now (15.67‰). Every pregnant mother will birth at age \geq 35 years more often advised to come to the clinic for prenatal care. Moreover, it is needed a doctor who is experienced and competent in minimizing morbidity and mortality in an act of childbirth.

Keywords: Childbirth, age \geq 35 years, incident

Abstrak: Persalinan pada usia \geq 35 tahun bukan tanpa risiko. Persalinan yang lebih sulit dan lama, serta bayi lahir mati merupakan masalah yang dapat ditemui di kehamilan dan persalinan pada usia \geq 35 tahun. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui data mengenai persalinan pada usia \geq 35 tahun. Penelitian ini dilakukan pada bulan November 2012 dengan menggunakan metode deskriptif retrospektif. Data dikumpulkan dari rekam medik, buku partus dan juga beberapa data dari sub bagian Perinatologi RSUD Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode 01 Januari 2011 – 31 Desember 2011. Ditemukan 846 persalinan pada usia \geq 35 tahun dari 4154 total persalinan. Presentasi janin yang paling banyak ditemukan adalah janin dengan letak kepala yaitu 534 kasus, sedangkan jenis persalinan yang paling sering dilakukan adalah dengan cara spontan yaitu 413 kasus. Berat badan lahir yang paling banyak ditemukan adalah bayi dengan kelompok berat 2500 - <4000 gram yaitu 704 kasus (81,39%). Kematian perinatal masih terus terjadi sampai saat ini (15,67‰). Setiap ibu yang hamil dan bersalin pada usia \geq 35 tahun, disarankan untuk lebih sering berkunjung ke klinik untuk melakukan pemeriksaan kehamilan. Selain itu, dibutuhkan adanya dokter yang berpengalaman dan berkompeten dalam meminimalkan tingkat morbiditas dan mortalitas dalam suatu tindakan persalinan.

Kata kunci: Persalinan, usia \geq 35 tahun, insidensi

Fenomena hamil di usia pertengahan (30 tahun) atau bahkan lebih tua bukan tanpa risiko dan mitos. Banyak orang percaya bahwa kehamilan yang terlambat (usia di atas 30 tahun) cenderung berisiko, tidak

sehat dan penuh dengan komplikasi. Tapi hal itu tidak selamanya benar. Konsultan kesehatan kandungan dan kebidanan di Moolchand Fertility & IVF New Delhi India, Dr. Shweta Gupta, mengatakan

bahwa kehamilan yang terlambat tidak selamanya buruk dan berisiko bagi perempuan.¹

Dalam beberapa tahun terakhir, pasangan di negara-negara industri memilih untuk menunda perkawinan dan melahirkan anak.² Di Kanada, proporsi kelahiran pertama yang terjadi di kalangan wanita berusia > 30 telah meningkat dalam 20 tahun terakhir. Dan saat ini, 11% kelahiran pertama terjadi pada wanita berusia ≥ 35 tahun. Tren untuk menunda hamil dan melahirkan anak juga terjadi di Eropa Barat, Australia, Selandia Baru, dan Amerika Serikat.³ Di negara maju seperti Finlandia, pada tahun 1997, 8,3% dari primigravida merupakan wanita dengan usia di atas 35 tahun. Pada tahun 2007, ini meningkat menjadi 10,4%. Situasi ini sangat sebanding dengan Swedia, dimana pada tahun 2007, 10% dari primigravida berusia 35 tahun atau lebih tua.⁴ Pada penelitian di RSUP Manado 2001-2002, didapatkan 4630 persalinan, diantaranya 686 kehamilan pada usia 35 tahun atau lebih (14,81%). Jumlah ini cenderung meningkat dari 305 tahun 2001 (2353 kehamilan) menjadi 381 dari 277 kehamilan di tahun 2002.⁵

Kehamilan adalah masa yang mengembirakan. Di zaman sekarang ini, makin banyak wanita yang berbahagia ketika mengetahui mereka hamil pada usia 30-40 tahunan. Hal ini mungkin disebabkan oleh karena semakin berkembangnya bidang pendidikan dan lapangan pekerjaan bagi kaum wanita sehingga lebih banyak wanita yang terlambat menikah bahkan menunda untuk mempunyai anak sampai karier mereka pasti atau hubungan mereka terbina dengan kuat.^{6,7,8}

Pendidikan dan pendapatan merupakan kunci penentu kesehatan. Ada implikasi kesehatan positif untuk wanita yang memiliki pendidikan dan pendapatan lebih tinggi, dimana mereka mungkin memiliki lebih banyak kemampuan untuk mendukung pertumbuhan (kebutuhan hidup) keluarga, terutama anak-anak mereka.¹ Setiap hari di Amerika Serikat, hampir 200 orang wanita yang berusia 35 tahun atau lebih tua melahirkan bayi pertama mereka.^{6,9} Dilihat dari kondisi psikologis dan mentalnya, wanita usia 30-an lebih siap menjadi

seorang ibu. Namun ada pula beberapa tantangannya. Terkait dengan kondisi kesehatan yang menurun, maka kualitas sel telur pun akan menurun sehingga dapat meningkatkan risiko keguguran, serta kelainan/cacat bawaan pada janin akibat kelainan kromosom. Selain itu, mulai muncul berbagai keluhan kesehatan saat hamil, seperti; tekanan darah tinggi dan diabetes yang sering memengaruhi proses persalinan.^{6,10} Faktor-faktor inilah yang menyebabkan persalinan di usia 30-an cenderung lebih sering dilakukan melalui operasi caesar.⁶

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang dapat menyebabkan ibu hamil dan bayi menjadi sakit dan/ atau meninggal sebelum persalinan berlangsung.⁶ Bayi meninggal atau cacat, bahkan ibu meninggal saat persalinan sering terjadi pada kehamilan usia 35 tahun ke atas.¹¹ Banyak faktor risiko ibu hamil dan salah satu faktor yang penting adalah usia. Ibu hamil pada usia lebih dari 35 tahun lebih berisiko tinggi untuk hamil dibandingkan bila hamil pada usia normal, yang biasanya terjadi sekitar 21-30 tahun.⁶ Menurut dr. Damar Prasmusinto, SpOG (K), melahirkan di usia 35 tahun ke atas, bayi yang dilahirkan rentan mengalami kelainan genetik. Pada usia reproduktif (25-35 tahun), risiko bayi alami kelainan genetik 1:1000, sedangkan pada ibu yang berusia di atas 35 tahun, risiko itu meningkat menjadi 1:4. Oleh karena itu, baiknya usia ibu untuk melahirkan berada pada rentang 25-35 tahun.¹²

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka penulis tertarik untuk meneliti gambaran Persalinan Pada Usia ≥ 35 Tahun Di RSU Prof. Dr. R. D. Kandou Manado."

METODE

Penelitian ini bersifat deskriptif retrospektif dengan mengkaji data dari rekam medik, buku partus di kamar bersalin di bagian Obstetri dan Ginekologi dan juga beberapa data dari sub bagian Perinatologi.

Penelitian ini dilakukan pada bulan November 2012 dengan subyek penelitian yaitu seluruh ibu yang melahirkan pada usia ≥ 35 tahun di bagian Obstetri dan Ginekologi

RSU Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode 1 Januari – 31 Desember 2011. Variabel yang diteliti adalah insiden, paritas, usia kehamilan, jenis presentasi, jenis persalinan, berat badan lahir, kematian perinatal dan luaran maternal.

Data pada penelitian ini diolah dengan menggunakan *Microsoft Office Excel 2007*, kemudian disajikan dalam bentuk tulisan, tabel dan gambar.

HASIL

Tabel 1. Insiden persalinan pada usia ≥ 35 tahun

Tahun	Jumlah Persalinan	Jumlah persalinan pada usia ≥ 35 tahun	
		Jumlah	%
2011	4155	846	20,36

Selama periode 1 Januari – 31 Desember 2011 didapatkan 4155 kasus persalinan. Jumlah persalinan pada usia ≥ 35 tahun yaitu 846 kasus (20,36%), yang terdiri dari 19 kasus kelahiran kembar (gemelli) dan 827 kasus kelahiran tunggal.

Tabel 2. Insiden persalinan pada usia ≥ 35 tahun menurut paritas

Paritas	Tahun 2011	
	Jumlah	%
P 0	88	10,40
P 1- 3	642	75,89
P ≥ 4	116	13,71
Total	846	100

Tabel 2 memperlihatkan insiden persalinan pada usia ≥ 35 tahun berdasarkan paritas, dimana yang paling banyak ditemukan yaitu pada paritas 1-3, sebanyak 642 kasus (75,89%).

Tabel 3 memperlihatkan bahwa persalinan pada usia ≥ 35 tahun banyak terjadi pada kelompok dengan usia kehamilan 37 – 40 minggu 681 kasus (80,50%).

Tabel 3. Distribusi persalinan pada usi ≥ 35 tahun menurut usia kehamilan

Usia Kehamilan	Tahun 2011	
	Jumlah	%
≤ 36 minggu	74	8,75
37 – 40 minggu	681	80,50
≥ 41 minggu	91	10,75
Total	846	100

Tabel 4. Distribusi persalinan pada usi ≥ 35 tahun menurut jenis presentasi

Jenis Presentasi	Tahun 2011	
	Jumlah	%
Letak kepala	534	61,74
Letak sungsang	170	19,65
Letak lintang	68	7,86
Tidak diketahui	93	10,75
Total	865	100

Tabel 4 memperlihatkan presentasi janin yang paling banyak ditemukan yaitu janin dengan letak kepala 534 kasus (61,74%).

Tabel 5. Distribusi persalinan pada usi ≥ 35 tahun menurut jenis persalinan

Jenis Persalinan	Tahun 2011	
	Jumlah	%
Spontan	413	48,82
Seksio Sesarea	390	46,81
Ekstraksi Vakum	27	3,19
Ekstraksi Forcep	2	0,24
Ekstraksi Parsial	8	0,94
Total	846	100

Pada Tabel 5, jenis persalinan yang paling sering dilakukan pada usia ≥ 35 tahun adalah jenis persalinan dengan cara spontan sebanyak 413 kasus (48,82%).

Tabel 6 memperlihatkan berat badan lahir yang paling banyak ditemui yakni bayi dengan kelompok berat 2500 - <4000 gram 704 kasus (81,39%).

Tabel 6. Distribusi persalinan pada usia ≥ 35 tahun menurut berat badan lahir

Berat Badan Lahir (gram)	Tahun 2011	
	Jumlah	%
< 2500	108	12,48
2500 - < 4000	704	81,39
≥ 4000	53	6,13
Total	865	100

Tabel 7. Distribusi kematian perinatal pada persalinan usia ≥ 35 tahun

Tahun	JLH	LM	KND	KP	AKP (%)
2011	4007	48	16	64	15,97

Ket: JLH = Jumlah Lahir Hidup; LM = Lahir Mati; KND = Kematian Neonatal Dini; KP = Kematian Perinatal; AKP = Angka Kematian Perinatal

Pada tabel 7 dapat dilihat bahwa kematian perinatal pada tahun 2011 adalah sebanyak 64 kasus (15,97%).

Tabel 8. Distribusi luaran maternal pada persalinan usia ≥ 35 tahun

Luaran Maternal	Tahun 2011	
	Jumlah	%
Luaran Hidup	845	99,89
Luaran Meninggal	1	0,11
Total	846	100

Pada tabel 8 dapat dilihat bahwa jumlah kematian maternal pada usia ≥ 35 tahun di tahun 2011 sebanyak 1 kasus (0,11%).

BAHASAN

Pada penelitian ini diperoleh jumlah persalinan tahun 2011 yaitu sebanyak 4155 kasus persalinan. Pada usia ≥ 35 tahun diperoleh 846 kasus (20,36%). Jumlah ini mengalami peningkatan sebesar ± 2 kali lipat jika dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan pada tahun 2010 di RSUD Prof. Dr. R. D. Kandou Manado dan RSUD Dr. M.

Jamil Padang. Pada penelitian yang dilakukan di RSUD Prof. Dr. R. D. Kandou Manado jumlah persalinan tahun 2010 adalah sebanyak 2612 kasus persalinan.¹³ Dan pada penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. M. Jamil Padang diperoleh sebanyak 346 kasus persalinan (12,3%) pada usia ≥ 35 tahun dari total 2810 kasus persalinan.¹⁴

Dari segi paritas, pada tabel 2 dapat dilihat bahwa pada usia ≥ 35 tahun yang terbanyak adalah pada paritas 1-3, yaitu sebanyak 642 kasus (75,89%) dan paling sedikit pada paritas 0 (nol), yaitu sebanyak 88 kasus (10,40%).

Kelompok usia kehamilan yang paling banyak ditemukan pada penelitian ini adalah kelompok dengan usia kehamilan 37 – 40 minggu, yaitu 681 kasus (80,50%) dan yang paling sedikit pada kelompok dengan usia kehamilan ≤ 36 minggu 74 kasus (8,75%). Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa kebanyakan wanita yang bersalin pada usia ≥ 35 tahun berada dalam rentang waktu kehamilan yang normal, yaitu 37 – 40 minggu.

Presentasi janin yang paling banyak ditemukan pada persalinan dengan usia ≥ 35 tahun, yaitu janin dengan letak kepala 534 kasus (61,74%) dan yang paling sedikit yaitu janin dengan letak lintang 68 kasus (7,86%). Pada penelitian primigravida tua yang bersalin di RSUD Prof. Dr. R. D. Kandou Manado tahun 1997-2001 juga didapatkan bahwa janin umumnya letak kepala (90%), sungsang (14%), letak lintang (2%).⁵

Terdapat 5 jenis persalinan, yaitu spontan, seksio sesarea, ekstraksi vakum, ekstraksi forcep, dan ekstraksi parsial. Dan dari tabel tersebut diperoleh jenis persalinan yang paling sering dilakukan tahun 2011 pada persalinan dengan usia ≥ 35 tahun adalah jenis persalinan dengan cara spontan, yakni sebanyak 413 kasus (48,82%), sedangkan jenis persalinan lainnya seperti seperti seksio sesarea sebanyak 396 kasus (46,81%), ekstraksi vakum sebanyak 27 kasus (3,19%), ekstraksi forcep sebanyak 2 kasus (0,24%), dan ekstraksi parsial sebanyak 8 kasus (0,94%). Berdasarkan

penelitian yang dilakukan di RSUP dr. M. Jamil Padang tahun 2010, didapatkan hasil yang serupa dimana persalinan pada usia \geq 35 tahun paling banyak menggunakan jenis persalinan dengan cara spontan, yaitu sebanyak 205 kasus (59,2%) sedangkan jenis persalinan dengan tindakan sebanyak 141 kasus (40,8%).¹⁴

Menurut Sarwono, sampai sekarang etiologi berat badan lahir rendah belum cukup memuaskan, menurut besarnya penyebab kelahiran bayi dengan berat lahir rendah dapat dilihat dari faktor janin dan faktor ibu. Faktor janin meliputi kehamilan ganda dan hidramnion dimana keadaan air ketuban melebihi jumlah normal (2 liter). Sedangkan faktor ibu meliputi umur ibu, usia kehamilan, paritas, pemeriksaan kehamilan, status nutrisi dan penyakit yang diderita ibu. Setyowati juga mengatakan bahwa bayi dengan berat badan lahir rendah banyak terjadi pada ibu-ibu yang berumur kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun.¹⁵ Pada tabel 6 dapat dilihat berat badan lahir yang paling banyak ditemukan pada persalinan dengan usia \geq 35 tahun adalah pada bayi dengan kelompok berat 2500 - <4000 gram yaitu sebanyak 704 kasus (81,39%) sedangkan yang paling sedikit didapatkan pada bayi dengan kelompok berat \geq 4000 gram 53 kasus (6,13%). Namun, jumlah kasus berat badan lahir rendah (< 2500 gram) pada penelitian ini juga banyak, yaitu 108 kasus (12,48%).

Angka kematian perinatal pada tahun 2011 adalah sebanyak 64 kasus (15,97‰), yang terdiri dari 48 kasus lahir mati dan 16 kasus kematian neonatal dini (KND). Usia ibu > 35 tahun berpengaruh terhadap kejadian kematian perinatal. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa kehamilan diatas 35 tahun merupakan salah satu faktor risiko kematian perinatal karena kehamilan pada usia > 35 tahun lebih memungkinkan terjadinya keguguran, bayi lahir mati atau cacat, dan kematian ibu. Penelitian-penelitian sebelumnya juga memperlihatkan risiko untuk terjadi kematian neonatal pada ibu yang berusia < 20 tahun atau > 35 tahun, 1,5 kali lebih besar daripada ibu yang berusia 20-34

tahun.¹⁶

Jumlah kematian maternal pada usia \geq 35 tahun di tahun 2011 sebanyak 1 kasus (0,11%). Kematian maternal meningkat seiring dengan bertambahnya usia ibu.³ Berdasarkan data/ informasi kesehatan Provinsi Sulawesi Utara, pada tahun 2007 terdapat 59 kasus kematian maternal, tahun 2008 menurun menjadi 50 kasus. Namun, kejadian ini meningkat pada tahun 2010 dimana terdapat 69 kasus kematian maternal.^{17,18}

Penelitian ini memiliki kekurangan, dimana terdapat beberapa data yang tidak diketahui dikarenakan catatan rekam medik yang tidak lengkap. Kami pun tidak dapat memperoleh data dari petugas kesehatan yang terlibat dalam persalinan, dikarenakan penelitian ini bersifat retrospektif.

SIMPULAN

Setiap ibu yang hamil dan bersalin pada usia \geq 35 tahun, disarankan untuk lebih sering berkunjung ke klinik untuk melakukan pemeriksaan kehamilan. Selain itu, dibutuhkan adanya dokter yang berpengalaman dan berkompeten dalam menangani serta meminimalkan tingkat morbiditas dan mortalitas dalam suatu tindakan persalinan, terutama untuk masalah-masalah yang berkaitan dengan persalinan pada usia \geq 35 tahun.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada dr. Rudy A. Lengkong, SpOG-K dan dr. Juneke J. Kaeng, SpOG-K yang telah memberikan saran/ masukan yang sangat bermanfaat dalam penyelesaian penelitian ini. Dan juga tak lupa kepada semua pihak yang secara langsung atau pun tidak langsung telah menumbuhkan gagasan dalam artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. **Mikhail B.** Hamil di Usia 30 Tahun Tak Selamanya Berisiko. 2012 [diakses tanggal 16 Okt 2012]. Diunduh dari: <http://health.kompas.com/read/2012/02/29/11380796/Hamil.di.Uusia.30.Tahun.tak.Selamanya.Berisiko>

2. **Aghamohammadi A, Nooritajer M.** Maternal Age As a Risk Factor For Pregnancy Outcomes: Maternal, Fetal and Neonatal Complication. *Afr J Pharm Pharmacol.* 2011; 5(2):264.
3. **Johnson A, Tough S.** Delayed Child-Bearing. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34(1):81.
4. **Lampinen R, Vehviläinen K,** Kankkunen P, et al. A Review of Pregnancy in Women Over 35 Years of Age. *The Open Nursing Journal.* 2009;3:33.
5. **Masengi GA.** Perbandingan Kejadian Penyakit Persalinan Pada Primigravida Tua Dengan Primigravida Usia Reproduksi Sehat di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode 2007-2009 [Skripsi]. Jakarta: Universitas Pembangunan Nasional Veteran; 2011.
6. **Curtis GB.** Kehamilan di Atas Usia 30. Dalam: Satyanegara S (editor), Asih Y (alih bahasa). Jakarta: Arcan; 1999.
7. **Hanif HM.** Association Between Maternal Age and Pregnancy Outcome: Implications for The Pakistani Society. *Journal of the Pakistan Medical Association.* 2011;61(3): 313.
8. **Ates S, Batmaz G, Sevket O, Molla T, Dane C, Dane B.** Pregnancy Outcome of Multiparous Women Aged over 40 Years. *International Journal of Reproductive Medicine.* 2013;1.3.
9. **Tribun Manado.** Haruskah Takut Melahirkan di Atas Usia 35? 2011 [diakses tanggal 21 Okt 2012]. Diunduh dari: <http://manado.tribunnews.com/2011/05/04/haruskah-takut-melahirkan-di-atas-usia-35>
10. **Hamil Sukses dan Prima di Usia 30-an.** [diakses tanggal 20 Okt 2012]. Diunduh dari: <http://www.ayahbunda.co.id/Artikel/kehamilan/gizi+dan+kesehatan/hamil.sukses.dan.prima.di.usia.30an/001/001/924/41/2>
11. **Sinsin I.** Seri Kesehatan Ibu dan Anak Masa Kehamilan dan Persalinan. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo, 2008; p.61.
12. **Natali G.** Melahirkan di Atas Usia 40 Cegah Kanker Rahim. 2008 [diakses tanggal 16 Okt 2012]. Diunduh dari: http://preventionindonesia.com/article.php?name=/melahirkan-di-atas-usia-40-cegah-kanker-rahim&channel=health%2Fhealthy_lifestyle
13. **Tuange A.** Profil Persalinan Kehamilan Kembar di BLU RSU Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode 01 Januari – 31 Desember 2011 [skripsi]. Manado: Universitas Sam Ratulangi; 2011.
14. **Yusrawati, Asviandri, Sulin D.** Hasil Kehamilan Pada Usis di Atas dan sama dengan 35 Tahun [skripsi]. Padang: Universitas Andalas; 2010.
15. **Oktavilesia D.** Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru Tahun 2008 [Skripsi]. Padang: Universitas Andalas; 2011.
16. **Wantania J, Wilar R, Antolis Y, Mamangkey G.** Faktor Risiko Kehamilan Dan Persalinan Yang Berhubungan Dengan Kematian Neonatal di RSU Prof. R. D. Kandou Manado. Jakarta: PERINASIA; 2011; (3). Hal 3.
17. **Data/Informasi Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara.** 2010 [diakses tanggal 5 Januari 2013]. Diunduh dari: http://www.depkes.go.id/downloads/kunker/24_sulut.pdf
18. **Profil Kesehatan Sulawesi Utara Tahun 2008. 2009** [diakses tanggal 5 Januari 2013]. Diunduh dari: http://www.depkes.go.id/downloads/profil/prov_sulut_2008.pdf

Etiological factors and maternal outcome in pregnancies with malpresentation: an observational study

S. Shruthi, A. Anisha Apollo*

Department of Obstetrics and Gynecology, Chengalpattu Medical College and Hospital, Chengalpattu, Tamil Nadu, India

Received: 11 February 2020

Accepted: 19 February 2020

***Correspondence:**

Dr. A. Anisha Apollo,

E-mail: arindr84@gmail.com

Copyright: © the author(s), publisher and licensee Medip Academy. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License, which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT

Background: The most common presentation of the fetus is malpresentation. These include breech, face, brow, shoulder and compound presentations. Malpresentations of fetus complicate labor in about 5% of pregnancies. To find out the incidence of malpresentation, to analyze etiological factors of malpresentation, to evaluate the maternal outcome in cases with a malpresentation.

Methods: This prospective observational study was done in, Chengalpattu Government medical college and hospital. Study period from October 2018 to September 2019. Pregnancies with malpresentation presenting to the department of obstetrics and gynecology at CMCH were included in the study.

Results: A total of 680 malpresentation were admitted in this period were included in this study. The incidence of malpresentation during the study period was 7.72%. The incidence of the breech was 4.38%, transverse lie 1.11%, face 0.28%, brow 0.05% and compound presentation 0.13%. The common causes were prematurity, multiple gestations, grand multiparity, IUGR, oligohydramnios, anomalies of uterus, polyhydramnios, contracted pelvis, placenta previa, hydrocephalus, prematurity was reported as the commonest cause of breech presentation and multiparity for transverse lie, face and brow presentations. The most common complication was obstructed labor 6.9% followed by post-partum hemorrhage 3.65%. There was no maternal death due to malpresentation during the period of study.

Conclusions: Early diagnosis and timely management can prevent the complications of labor associated with a malpresentation. Delivery should be planned at centers which have expertise in conducting vaginal delivery in malpresentation with good intrapartum monitoring and with facilities for cesarean section for the better fetomaternal outcome.

Keywords: Breech, Malpresentations, Maternal outcome

INTRODUCTION

Any presentation other than vertex is termed a malpresentation and includes brow, face, breech, shoulder and compound presentations.¹ Malpresentations are estimated to occur in 5% of all term deliveries and are associated with increased maternal, fetal morbidity and mortality. Maternal complications include prelabour rupture of membranes, cord prolapse, increased risk of

instrumental delivery, caesarean section, obstructed labor, and rupture uterus, increased morbidity and mortality.² Fetal complications are low 5-minute Apgar score, meconium aspiration, hypoxic-ischemic encephalopathy, birth trauma. Perinatal mortality associated with vaginal breech delivery is more than thrice that of the vertex. The breech is the commonest malpresentation.³ The incidence of breech presentation at term is 3 to 4%. A transverse lie is seen in 1/300 deliveries at term. Face presentation

occurs in 1/500 deliveries and the incidence of brow presentation is 1 in 1500 deliveries.⁴ Early diagnosis and management can prevent complications of prolonged labor like bleeding, infection and long term issues of pelvic floor damage, especially with prolonged 2nd stage.⁵ Hence this study was done to find out the etiological factors and the impact of malpresentation on maternal, fetal morbidity and mortality.⁶

METHODS

This prospective observational study was done in, Chengalpattu Government medical college and hospital. Study period from October 2018 to September 2019. Malpresentation cases presenting to the department of obstetrics and gynecology, CMCH were included in the study.

Inclusion criteria

The period of gestation >28 weeks.

Exclusion criteria

The period of gestation <28 weeks.

Done with pre-designed proforma. For every case information like age, residence, socioeconomic status, and last menstrual period, booking status, referral information, obstetric history and mode of delivery were gathered. The physical and obstetric examination carried

out at admission and at the time of delivery. Induction, augmentation, caesarean section indication, type of anesthesia, intraoperative and postoperative complications and per operative findings were noted. The mother and neonate followed until discharge from the hospital. Any maternal morbidity like fever, postpartum hemorrhage, blood transfusion, reaction, shock, sepsis, perineal tears, cervical tears, rupture uterus was noted. Fetal outcomes like stillbirth, neonatal death was noted. If referred, the reason for referral and duration of stay in NICU and reason for referral were noted.

RESULTS

In this study Breech presentation was the commonest malpresentation 6.14% followed by transverse lie, face, compound and brow presentations. Brow presentation 0.05% was the rarest malpresentation in the study. The majority of cases of breech, transverse lie, brow and compound presentation occurred in multiparous women in this study.

Table 1: Distribution of cases according to the type of malpresentation.

Type	Number	Incidence
Breech	541	6.14%
Transverse lie	98	1.11%
Face	25	0.28%
Brow	4	0.05%
Compound	12	0.13%

Table 2: Distribution of cases according to parity.

Mal-presentation types	Primi	Multi	Grand multi
Breech	263 (48.61%)	256 (47.32%)	22 (4.06%)
Transverse lie	9 (9.18%)	77 (78.57%)	12 (12.24%)
Face	13 (52%)	44 (11%)	1 (4%)
Brow	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)
Compound	4 (33%)	6 (50%)	2 (16.67%)

Table 3: Distribution according to type of breech.

Type	Number	Percentage
Frank	276	51.01%
Complete breech	149	27.54%
Footling	116	21.44%

Frank breech was the most frequent type of breech presentation in this study with 51.01% incidence. The other types of breech were complete breech with 27.54% and footling breech 21.44%.

Among pregnancies with compound presentation, the most common mode of presentation was head with hand presentation 66.67%, followed by buttock with hand

presentation 25% and least common was head with foot presentation 8.33%.

Table 4: Distribution according to mode of presentation in compound presentation.

Presentation	Number	Percentage
Head with hand	8	66.67%
Buttock with hand	3	25%
Head with foot	1	8.33%

Vaginal breech deliveries were higher due to higher number of preterm births and patients presenting in advanced labor Majority of other malpresentation were delivered by caesarean section. All cases of brow presentation 100% were delivered by caesarean section.

Table 5: Distribution according to mode of delivery.

Mode of delivery	Breech	Transverse	Face	Brow	Compound
LSCS %	188 (34.7%)	87 (89.7%)	13 (52%)	4 (100%)	9 (75%)
Vaginal delivery %	Term assisted breech 204 (37.71%)	IPV followed by breech extraction 3 (3.06%)	12 (48%)	-	3 (25%)
	Preterm assisted breech 149 (27.54%)	Spontaneous version 3 (3.06%)			
		Spontaneous evolution 3 (3.06%)			
		Spontaneous expulsion 1 (1.02%)			

Table 6: Analysis of etiological factors in breech presentation.

Sr. no.	Cause	Number	Percentage
1	Prematurity	155	28.65%
2	Twins	37	6.83%
3	IUGR	26	4.80%
4	Multiparity	22	4.07%
5	Oligohydramnios	21	3.88%
6	Uterine anomalies	19	3.51%
	Bicornuate uterus	7	
	Sub septate uterus	5	
	Uni cornuate uterus	4	
	Septate uterus	3	
7	Contracted pelvis	15	2.77%
8	Polyhydramnios	13	2.40%
9	Placenta previa	9	1.66%
10	Hydrocephalus	8	1.48%
11	Cord around the neck	7	1.29%
12	Fetal ascites	2	0.37%
13	Anencephaly	1	0.18%

Table 7: Analysis of etiological factors in transverse lie.

Sr. no.	Cause	Number	Percentage
1	Multi parity	89	90.81%
2	Preterm	14	14.28%
3	Oligohydramnios	6	6.12%
4	Anomalies of uterus	5	5.10%
	Septate uterus	2	
	Sub septate uterus	2	
	Bicornuate uterus	1	
5	Placenta previa	4	4.08%
6	Second twin	4	4.08%
7	First twin	3	3.06%
8	Polyhydramnios	2	2.04%
9	Contracted pelvis	2	2.04%
10	Fibroid uterus	1	1.02%

Most common cause of breech presentation in this study was prematurity accounting for 28.65% followed by multiple gestation 6.83% and other less frequent causes.

Multiparity 90.81% was the most common predisposing cause of transverse lie followed by prematurity 14.28% and other less frequent causes.

Table 8: Analysis of etiological factors in face and brow presentation.

Cause	Number	Percentage
Multiparity	15	51.72%
Pre maturity	5	17.24%
Anencephaly	4	13.79%
Polyhydramnios	3	10.34%
Cord around the neck	2	16.9%
Contracted pelvis	1	3.45%
Big baby	1	3.45%
Intrauterine death	1	3.45%

Table 9: Analysis of complications in mother.

Maternal complications	Number	Percentage
Obstructed labor	47	6.9%
Atonic post-partum hemorrhage	25	3.67%
Cervical tear	6	0.88%
Rupture uterus	1	0.14%
Perineal tear	5	0.73%
Para urethral tear	4	0.58%
Puerperal sepsis	3	0.44%
Post lacs wound sepsis	5	0.73%
Total	99	14.55%

Table 10: Analysis of perinatal outcome.

Perinatal outcome	Number	Percentage
Total deliveries	680	-
Number of stillbirths	11	1.61%
Number of neonatal deaths	21	2.90%

The most common causative factors of face and brow presentation was multiparity 51.72%. Prematurity 17.24%, anencephaly 13.79% and other causes like big baby, contacted pelvis, IUD were less common.

The most common complication observed in this study was obstructed labor 6.9%, followed by atonic post-

partum haemorrhage 3.67%. For 1 case of rupture uterus rent closure was done. There was no maternal death due to malpresentation during the study period.

The total number of deliveries with malpresentations were 680. The number of babies born were 724 dues to 44 twin deliveries. Perinatal death i.e. stillbirth 1.61% and early neonatal death 2.90% occurred during the period of study.

DISCUSSION

During the study period from October 2018 to September 2019 at Chengalpattu medical college, there were 8809 deliveries and 680 were with malpresentation accounting for 7.72% incidence. The incidence of the breech was higher in this study due to the inclusion of preterm births (6.14%). When corrected to term breech, the incidence was 4.38% similar to other studies with 4.17% incidence¹ reported by Budania S et al, and 5.3% incidence in the study by Aseefa FE et al.^{1,2} Frank breech was the most frequent type of breech (51%). About 28.65% of breech presentations were preterm. Prematurity (28.48%) was reported as the commonest cause of breech in the study by Bhati RS, Choudhary SI.³

The other causes were multiple gestation (6.83%), IUGR (4.80%), grand multiparity 4.07%, oligohydramnios (3.88%), anomalies of uterus (3.51%), polyhydramnios (2.40%), contracted pelvis (2.77%), placenta previa (1.66%), hydrocephalus (1.48%). In this study, the maximum number of the breech presentation delivered vaginally. The decision to deliver vaginally or by C-section was individualized for each woman. Vaginal deliveries were higher 65.25% due to higher preterm births and cases presenting in advanced labor. Caesarean section accounted for 34.75% of breech deliveries. The vaginal delivery rate was 52.9% and the cesarean section rate was 47.09% for breech. The incidence of the transverse lie in this study was 1.11% similar to 1.37% incidence reported by Chandra M et al.⁴

The majority (90.81%) of transverse lie cases occurred in multiparous women in this study. The other causes were preterm fetus (14.28%), anomalies of uterus (5.10%), oligohydramnios (6.12%), placenta previa (4.08%), second twin (4.08%), polyhydramnios (2.04%), contracted pelvis (2.04%), fibroid uterus (1.02%). Obstructed labor occurred in 47 cases (47.95%) and rupture uterus in one case (0.14%) who was referred to us as prolonged labor. Rent closure was done for the case of uterine rupture. These complications signify the importance of early referral of malpresentation to the tertiary care center. Most of the transverse lie cases (89.69%) delivered by caesarean section, 3 cases delivered by Internal podalic version and breech extraction (3.06%), 7 cases had preterm vaginal deliveries (7.14%). Caesarean section and IPV rates of the transverse lie with 86.91% and IPV rate 7.48%. Face and brow presentation: The majority of the cases 51.72%

occurred in multiparous women in this study. Zayed et al, showed 65.8% incidence of multiparity in face presentation and 63.2% multiparity incidence in brow presentation. The other causes were prematurity (17.24%), anencephaly (13.8%), polyhydramnios (10.3%), and cord around neck (10.9%), contracted pelvis (3.4%), big baby (3.4%), and Intra uterine death (3.4%).

Mode of delivery

This study had a vaginal delivery rate of 48% and 52% cesarean section for face presentation. The study by Bhal PS had a vaginal delivery rate of 56%.⁶ All cases of brow presentation (100%) were delivered by cesarean section. Majority of compound presentation cases presented as the vertex with hand 66.6%. Caesarean section was done in 66% of the compound presentation.

Maternal complications

Of the 680 deliveries with malpresentation complications were encountered in 14.55% of mothers. Most common complications were obstructed labor (6.9%), postpartum hemorrhage (3.67%), followed by cervical tear (0.88%), perineal tears (0.73%), para urethral tear 0.58%, puerperal sepsis 0.44%, post LSCS wound sepsis 0.73%, rupture uterus 0.14%.⁷ There were no maternal deaths due to deliveries with malpresentation during the study period.

CONCLUSION

Management of abnormal presentation is a continuing challenge to an obstetrician. Identification of malpresentation and its etiological factor is necessary in order to reduce maternal, perinatal morbidity and mortality. Early diagnosis and timely management can prevent the complications of labor associated with a malpresentation. Delivery in malpresentation should be planned at centers that have expertise in conducting vaginal delivery in malpresentation with good intrapartum monitoring and with facilities for caesarean section for the better fetomaternal outcome.

Funding: No funding sources

Conflict of interest: None declared

Ethical approval: The study was approved by the Institutional Ethics Committee

REFERENCES

1. Budania S, Beniwal MK. A study of labor outcome in breech delivery. *Adv Hum Biol.* 2017;7:32-6.
2. Birth outcomes of singleton breech deliveries in Jimma University medical center. Fanta Aseefa, Woubishet Girma 2019. *BMC Research Notes* 12, 2019; Article number 428.
3. Rana S, Bhati I, Choudhary S. A study of breech presentation and maternal and perinatal outcome in

- tertiary care hospital of Western Rajasthan. *J Evid Based Med Healthc.* 2018;5(20):1577-82.
4. Chandra M, Chaturvedi B. IPV a forgotten art. *J Ostr Gynaecol India.* 2002;52:80-2.
 5. Zayed F, Amarin Z. Face and brow presentation in Northern Jordan, over a decade of experience. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;278:427-30.
 6. Bhal PS, Davies NJ, Chung T. A population-based study of face and brow presentation. *J Obstet Gynecol.* 1998;18:231-5.
 7. Srivastava A. Malpresentation incidence and causes. *J Evol Med Dent Sci.* 2018;7(2):246-8.

Cite this article as: Shruthi S, Apollo AA. Etiological factors and maternal outcome in pregnancies with malpresentation: an observational study. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2020;9:xxx-xx.