Permasalahan Perujukan Pasien dengan Malposisi yang Telah Mencapai Kala II

Ayrton Fajar Muhamad, Tita Husnitawati Madjid
Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran/
RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, Indonesia
Korespondensi : Ayrton Fajar Muhamad/ Email : Ayrtonfajarmuhamad@gmail.com

Abstrak
Pendahuluan: Presentasi sungsang pada kehamilan prematur berhubungan dengan risiko obstetrik yang lebih tinggi dibandingkan dengan presentasi kepala. Pada kehamilan prematur, faktor predisposisi terjadinya letak sungsang adalah KPD, oligohidramnion, usia ibu lanjut, nuliparitas, riwayat operasi seksio sesarea sebelumnya, berat badan lahir janin di bawah persentil 10, dan kelainan kongenital janin. Pada persalinan prematur, presentasi sungsang merupakan keadaan berisiko tinggi. Rujukan yang tidak tepat dapat berujung timbulnya komplikasi maternal dan fetal pada presentasi sungsang prematur.
Kasus: Wanita berusia 34 tahun, G4P2A1 parturien 32 - 33 minggu rujukan dari Puskesmas datang ke Rumah Sakit Hasan Sadikin dengan keluhan mules-mules yang semakin sering dan bertambah kuat. Pasien mengetahui kehamilannya letak sungsang sejak usia kehamilan lima bulan saat memeriksakan kandungannya di SpOG.
Diskusi: Pada saat pasien rujukan datang ke RSHS, diketahui pembukaan telah lengkap dan hasil pemeriksaan dalam menunjukkan presentasi janin bokong, tidak teraba bagian-bagian kecil janin, tidak teraba tali pusat pada bagian terbawah janin. Pasien didiagnosis dengan G4P2A1 parturien 32-33 minggu kala II presentasi bokong murni, kemudian direncanakan partus pervaginam spontan dengan bracht.
Kesimpulan: Perujukan yang tepat dan cepat masih menjadi kendala. Puskesmas sebagai fasilitas primer harus mampu merujuk tepat waktu mencegah komplikasi ibu dan janin pada saat persalinan dan nifas.

Kata kunci: Sungsang, prematur, sistem rujukan

Problem of Referral of Patients with Malposition who Have Reached Stage II

Abstract
Introduction*: Breech presentation in preterm pregnancy is associated with higher obstetric risk compared to head presentation. In preterm pregnancy, the predisposing factors for breech presentation are KPD, oligohydramnios, advanced maternal age, nulliparity, history of previous cesarean section, fetal birth weight below 10th percentile, and fetal congenital abnormalities. In preterm labor, breech presentation is a high-risk condition. Inappropriate referral can lead to maternal and fetal complications in preterm breech presentation.*
Case*: A 34 year old woman, G4P2A1 parturien 32 - 33 weeks referred from Puskesmas came to Hasan Sadikin Hospital with complaints of increasingly frequent and stronger contractions. The patient knew her pregnancy was breech since five months of gestation when she was examined at an Obstetrician and Gynecology Specialist.*
Discussion*: When the referral patient came to RSHS, it was known that the opening was complete and the results of the internal examination showed breech fetal presentation, no palpable small parts of the fetus, no palpable umbilical cord at the bottom of the fetus. The patient was diagnosed with G4P2A1 parturien 32-33 weeks time II pure breech presentation, then planned spontaneous vaginal partus with bracht.*
Conclusion*: Efficient and prompt referral is still an area of concern. Primary health centers as primary facilities must be able to refer on time to prevent maternal and fetal complications during labor and postpartum.*

Key words*: Breech, premature, referral system*

Pendahuluan

Letak sungsang (*breech lie*) didefinisikan sebagai fetus dalam posisi longitudinal dengan bokong dan/atau ekstrimitas bawah sebagai organ yang memasuki pelvis pertama kali.[1] Letak sungsang terjadi pada 3-5% kehamilan dan diperkirakan bahwa 1 dari 3 presentasi sungsang tidak terdeteksi hingga usia kehamilan aterm.[2] Presentase persalinan sungsang menurun sesuai dengan usia kehamilan dari 22-25% pada usia 28 minggu menjadi 7-15% pada usia 32 minggu dan 3-4% pada kehamilan aterm. Terdapat 3 klasifikasi utama pada sungsang, yaitu *frank breech* (bokong murni), *complete breech* (bokong-kaki), dan *footling* (presentasi kaki).[3]

Kelahiran prematur merupakan salah satu masalah kesehatan di seluruh dunia, selain kehamilan sungsang. Berdasarkan data yang diterbitkan oleh *World Health Organization* (WHO), sekitar 900.000 neonatus meninggal pada tahun 2019 karena komplikasi kelahiran prematur.[4] Berdasarkan registri tahun 2015, tingkat kematian neonatus di Uganda, terdapat sebanyak 2,7 juta kematian neonatus (45,9%) dari 5,9 juta kematian pada usia anak di bawah lima tahun disebabkan oleh prematur.[5]

Selain itu, kelahiran prematur juga dikaitkan dengan dampak jangka panjang bagi anak karena dapat menyebabkan sindrom distress nafas neonatus, gangguan neurologis, kebutuhan perawatan NICU, dan gangguan perkembangan bayi.[6] Kehamilan prematur juga sering dikaitkan dengan presentasi sungsang saat persalinan karena janin belum mampu melakukan rotasi. Fakta ini menjadikan persalinan prematur sebagai salah satu faktor risiko terkuat terjadinya presentasi sungsang. Presentasi sungsang pada persalinan prematur memiliki kemungkinan komplikasi obstetrik yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien dengan presentasi kepala. Risiko ini menurun secara linear seiring bertambahnya usia kehamilan. Pada kehamilan prematur, presentasi sungsang merupakan keadaan berisiko tinggi yang seringkali terasosiasi dengan KPD, oligohidramnion, usia ibu lanjut, nuliparitas, riwayat operasi seksio sesarea sebelumnya, berat badan lahir janin di bawah persentil 10, dan kelainan kongenital janin.[7]

Persalinan presentasi sungsang dapat terjadi secara spontan, atau melalui bantuan traksi dan manuver oleh operator. Pelaksanaan *Antenatal Care* (ANC) yang meliputi pemeriksaan kesehatan janin dapat mendeteksi adanya kelainan presentasi.[8] Sistem rujukan dalam mekanisme pelayanan obstetrik adalah suatu pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kebidanan yang timbul baik secara vertikal maupun horizontal. Tenaga medis penting untuk melihat standar kompetensi bidangnya untuk mengetahui kasus yang harus ditangani di fasilitas kesehatan primer, sekunder, dan tersier sehingga ibu hamil dapat merencanakan persalinannya dengan aman. Faktor yang dapat mendasari kebutuhan rujukan adalah keterbatasan sumberdaya, keterbatasan sarana dan prasarana. Rujukan pasien dilakukan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat yang memiliki kemampuan pelayanan sesuai kebutuhan pasien yang bertujuan untuk meningkatkan aksesibilitas, pemerataan, dan peningkatan efektifitas pelayanan kesehatan.[8] Kasus ini akan membahas mengenai permasalahan rujukan pasien dari bidan puskesmas ke RSHS yang terlambat. Kasus rujukan yang terlambat berpotensi membahayakan janin sehingga penting untuk diketahui.

Kasus

Seorang wanita 34 tahun, berasal dari suku Sunda, G4P2A1 parturien 32 - 33 minggu datang dengan keluhan mules-mules yang semakin sering dan bertambah kuat. Keluhan disertai dengan keluar lendir bercampur

sedikit darah. Gerakan janin masih dirasakan ibu. Pasien mengetahui kehamilannya letak sungsang sejak usia kehamilan 5 bulan saat memeriksakan kandungannya di SpOG. Pasien memiliki riwayat ANC sebanyak 6x yang terdiri atas dengan bidan pada trimester 1 sebanyak 3x, dan SpOG 1x pada kehamilan 27 minggu, dan kontrol 2x pada kehamilan 31 dan 32 minggu. Karena keluhannya, pasien awalnya datang ke Puskesmas X. Pada saat sampai di puskesmas, pasien tidak langsung dirujuk, pasien mengatakan bahwa pasien diperiksa dan dilakukan pemeriksaan dalam oleh 5 tenaga kesehatan di puskesmas. Setelah mengetahui bahwa keadaan kehamilan pasien letak sungsang dan sudah mencapai kala II, pasien baru dirujuk ke RSHS karena keterbatasan fasilitas.

Pada saat di RSHS, pemeriksaan dalam dilakukan dan didapatkan bahwa pembukaan sudah lengkap. Kontraksi uterus didapatkan adekuat, yaitu 3-4x/10'/45". BJA janin 148 - 152x/menit. Pemeriksaan presentasi janin menunjukkan presentasi janin bokong, tidak teraba bagian-bagian kecil janin, tidak teraba tali pusat pada bagian terbawah janin. Pemeriksaan fisik lain dalam batas normal. Pasien didiagnosis dengan G4P2A1 parturien 32-33 minggu kala II; presentasi bokong murni; obesitas (IMT = 28,8 kg/m^2) dan direncanakan untuk persalinan pervaginam spontan dengan bracht.

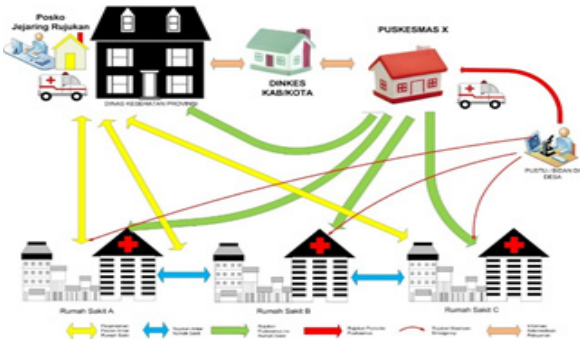
Pada tanggal 18 Oktober 2023 pukul 14.20, bayi lahir secara spontan di VK IGD RSHS. Pasien lahir dengan berat badan 1895 gram, panjang badan 43 cm, tidak langsung bernapas, tonus otot lemah, ketuban jernih. Skor APGAR 1'/5': 4/7. Dilakukan langkah awal resusitasi, bayi dihangatkan di *infant warmer*, diposisikan, dikeringkan dan stimulasi, diposisikan kembali dan dinilai ulang. Setelah dilakukan langkah resusitasi awal, nafas spontan masih tidak ada, kemudian dilakukan VTP 15 detik, kemudian didapatkan HR 140 x/menit dan napas spontan ada. Luaran bayi pada kasus ini adalah *Respiratory Distress Syndrome* dan *Preterm Infant* 34 minggu

Diskusi

Menurut WHO, sistem rujukan (*referral system*) adalah proses saat petugas kesehatan yang memiliki sumberdaya terbatas untuk menangani kondisi klinis (obat, peralatan, kompetensi petugas) pada satu level sistem kesehatan, melakukan pencarian bantuan kepada fasilitas kesehatan yang lebih baik atau memiliki sumberdaya tertentu pada level yang sama atau di atasnya, atau mengambil alih penanganan kasus pasien. Definisi ini menyatakan bahwa[8]:

- Sistem rujukan dilakukan oleh faskes yang memiliki sumberdaya terbatas (obat, alat, kompetensi) ke faskes yang setingkat atau di atasnya
- Dalam sistem rujukan, faskes yang dirujuk berhak mengambil alih penanganan kasus pada pasien

Sistem rujukan dalam mekanisme pelayanan obstetrik adalah suatu pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kebidanan yang timbul baik secara vertical maupun horizontal. Gambar 1 menunjukkan alur perujukan pelayanan obstetrik.[8]



Gambar 1 Alur Perujukan Pelayanan Obstetrik[8]

Pada kasus ini, pasien datang dengan rujukan dari bidan puskesmas. Berdasarkan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 86 Tahun 2020, persalinan sungsang merupakan SKDI 3 bagi dokter umum sehingga puskesmas mengharuskan rujuk pada setiap kasus sungsang. Persalinan pervaginam pada kasus sungsang juga harus dilakukan di rumah sakit karena potensi komplikasi yang tinggi akibat persalinan sungsang.

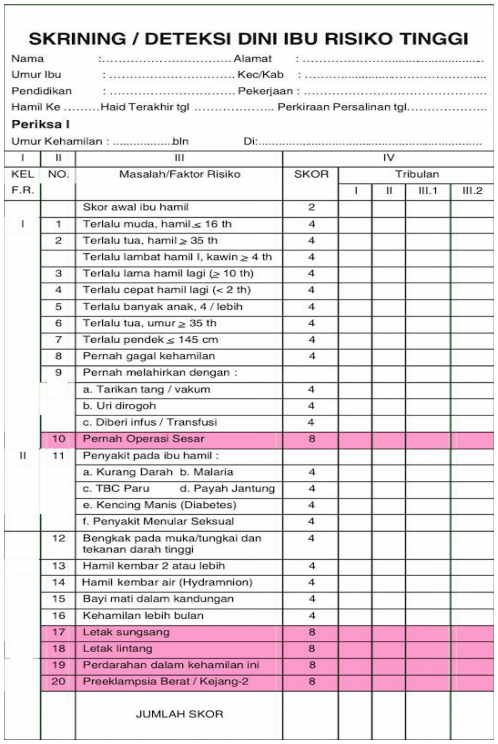
Pada kasus ini, ibu datang dengan pembukaan sudah lengkap. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists guidelines* (RCOG) merekomendasikan untuk melakukan persalinan pervaginam hanya pada fasilitas yang siap menyediakan pelayanan persalinan seksio sesarea dengan cepat, mengingat tingginya angka persalinan seksio sesarea saat persalinan pervaginam terencana pada presentasi sungsang (45%). Rumah Sakit Hasan Sadikin merupakan lokasi yang tepat untuk dilakukan persalinan pervaginam bagi presentasi sungsang karena memiliki fasilitas yang siap untuk seksio sesarea emergensi dan kebutuhan ruuang NICU yang adekuat.[9]

Dalam rangka menurunkan angka komplikasi akibat kehamilan berisiko, kehamilan berisiko tinggi dapat dideteksi menggunakan kartu skor "Poedji Rochjati Perencanaan Persalinan Aman" sehingga dapat menentukan apakah pasien tersebut membutuhkan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi atau tidak. Apabila skor 2 maka pasien dapat ditangani oleh bidan, skor 6 - 10 membutuhkan perawatan kolaborasi bidan dan dokter sehingga butuh rujukan ke rumah sakit, dan skor ≥12 hanya boleh ditangani oleh dokter sehingga harus segera dirujuk ke RS. Skor pada pasien ini adalah 12 yang berasal dari letak sungsang (skor 8) dan terlalu cepat hamil kembali (skor 4). Pasien membutuhkan rujukan ke rumah sakit karena skor ≥12.

Pasien pada kasus ini juga memiliki tambahan risiko morbiditas akibat obesitas, yaitu dengan IMT 28,8 kg/m^2 (obesitas kelas I). Obesitas pada kehamilan merupakan salah satu kondisi obstetri berisiko tinggi karena dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas ibu dan janin. Komplikasi obesitas yang dapat terjadi adalah peningkatan risiko diabetes gestasional, hipertensi, perdarahan postpartum, kegagalan induksi, dan risiko tromboemboli, kecacatan janin, distosia bahu dan makrosomia. Tata laksana kolaboratif multidisiplin diperlukan untuk menangani kasus ibu hamil dengan obesitas.[9]

Pasien hanya boleh ditangani oleh dokter spesialis obstetri sehingga harus segera dirujuk ke RS. Pilihan dilakukan rujukan ke rumah sakit pada kasus ini sudah tepat karena termasuk kehamilan dengan risiko tinggi. Namun, terdapat permasalahan terkait *timing* dirujuk dari Puskesmas. Pada kasus ini, proses rujukan tergolong terlambat karena seharusnya pasien langsung dirujuk tanpa memerlukan observasi terlebih dahulu. Pada kasus ini memenuhi skor 12 berdasarkan penilaian sehingga rujukan ke fasilitas yang ada di rumah sakit. Pasien dengan skor 12 tidak boleh untuk lahir di fasilitas kesehatan primer karena memiliki risiko komplikasi yang tinggi.

Sistem rujukan antar rumah sakit di Indonesia dijalankan melalui pembentukan jejaring antara pemerintah dengan asosiasi rumah sakit yang dijelaskan pada pasal 41 UU tentang Rumah Sakit. Hal ini dipertegas dalam pasal 14 Permenkes No.4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien yang menyatakan "Dalam melaksanakan sistem rujukan, rumah sakit wajib menjadi bagian dari sistem rujukan yang dibentuk oleh Pemerintah Daerah". Disamping itu upaya rujukan harus dilaksanakan secara aktif dan selalu berkoordinasi dengan pasien/keluarga.[11] Pada kasus ini, pasien datang dalam kondisi kala I fase laten ke Puskesmas, kemudian dilakukan observasi di Puskesmas. Terdapat



SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI

Nama :..... Alamat : .....
Umur Ibu : ..... Kec/Kab : .....
Pendidikan : ..... Pekerjaan : .....
Hamil Ke .....Haid Terakhir tgl ..... Perkiraan Persalinan tgl.....
Periksa I
Umur Kehamilan : .....bln Di:.....

I	II	III		IV			
KEL F.R.	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan I	II	III.1	III.2
		Skor awal ibu hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 th	4				
	2	Terlalu tua, hamil ≥ 35 th	4				
		Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 th	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 th)	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 th	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan :					
		a. Tarikan tang / vakum	4				
		b. Uri dirogoh	4				
		c. Diberi infus / Transfusi	4				
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil :					
		a. Kurang Darah b. Malaria	4				
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia Berat / Kejang-2	8				
		JUMLAH SKOR					

Gambar 2 Kartu Penilaian Poedji Rochjati[10]

keterlambatan rujukan ke rumah sakit, karena pasien baru dirujuk pada saat kala II sudah tercapai. Kondisi dirujuknya pasien pada saat kala II dapat berpotensi terjadinya persalinan tiba-tiba saat proses rujukan.[12]

Pada kasus gawat darurat, perujuk sebaiknya melakukan konfirmasi rujukan menggunakan SMS atau telepon *call center*. Bidan RS lalu menjawab rujukan dengan terima, alih atau kembalikan dan saran tata laksana stabilisasi. Penanggung jawab rujukan melakukan konsultasi dengan dokter jaga, dokter spesialis, unit terkait lainnya seperti bagian administrasi, bagian UPTD, ambulans, perinasia, dan kebidanan. Dokter spesialis lalu memberikan advis sesuai kasus rujukan, dan bidan melakukan konfirmasi rujukan gawat darurat (GADAR), dan membawa pasien ke lokasi rujukan penerima.[12]

Pada kasus ini, tatacara rujukan beserta etika rujukan yang harus diperhatikan di atas belum terlaksana. Ibu seharusnya dirujuk menggunakan rujukan terencana sejak awal kehamilan, karena sudah diketahui memiliki faktor risiko dalam kehamilan yaitu riwayat adanya presentasi sungsang pada usia kehamilan 5 bulan. Pada kasus ini, diketahui bahwa telah dilakukan ANC sebanyak 2x di bidan setelah diketahui adanya letak sungsang berdasarkan hasil pemeriksaan dengan dokter SpOG. Namun, terjadi pemeriksaan yang inadekuat sehingga tidak tercapainya perencanaan persalinan yang tidak tepat. Tenaga medis pada PPK I seharusnya dapat mengawasi perkembangan letak janin semenjak terdiagnosisnya sungsang sehingga dapat direncanakan tatalaksana lanjutan yang optimal.

Keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas kesehatan yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan atau bayinya. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan dan perawatan dan hasil penilaian (termasuk partograf) yang telah dilakukan untuk dibawa ke fasilitas rujukan. Berdasarkan kertas rujukan dari bidan puskesmas, tidak dilampirkan partograf.

Pasien dirujuk pada saat kala II yang memiliki potensi bahaya terhadap persalinan. Maka dari itu, sebelum dirujuk, penting untuk diberikan *informed consent* terhadap pasien dan keluarga. Rujukan harus mendapat persetujuan dari pasien dan/atau keluarganya yang disertai dengan penjelasan oleh tenaga kesehatan mengenai[8]:

- Diagnosis dan terapi dan/atau tindakan medis yang diperlukan
- Alasan dan tujuan dilakukan rujukan
- Risiko yang dapat timbul apabila rujukan tidak dilakukan
- Transportasi rujukan
- Risiko atau penyulit yang dapat timbul selama dalam perjalanan

Pengetahuan terkait kemungkinan sungsang di kehamilan yang akan datang juga penting untuk diketahui. Presentasi sungsang terjadi pada 3 - 5% kehamilan dan diperkirakan bahwa 1 dari 3 presentasi sungsang tidak terdeteksi hingga usia kehamilaan aterm. Selain itu, sekira 1 dari 10 ibu dengan presentasi sungsang akan berulang pada kehamilan selanjutnya.[13]

Terdapat beberapa faktor risiko presentasi sungsang yang telah dijelaskan dan diteliti dalam berbagai literatur, termasuk usia ibu yang lebih tua, primiparitas, kecil masa kehamilan, usia kehamilan yang lebih rendah saat melahirkan (kehamilan prematur), anomali fetus, deformitas panggul ibu, presentasi sungsang sebelumnya, plasenta previa, jenis kelamin wanita, dan oligohidramnion.[13,14]

Jurnal lain oleh Zubor dkk. menyebutkan bahwa terdapat beberapa faktor predisposisi terjadinya presentasi sungsang pada kondisi aterm, yaitu : anomali uterus, mioma, tumor panggul, anomali janin, perubahan cairan ketuban, lokalisasi plasenta, atau tali pusat yang pendek.[15] Namun, berbeda dengan pada kondisi prematur. Pada usia kehamilan prematur, faktor predisposisi terjadinya letak sungsang adalah KPD, oligohidramnion, usia ibu lanjut, nuliparitas, riwayat operasi seksio sesarea sebelumnya, berat badan lahir janin di bawah persentil 10, dan kelainan kongenital janin. Pada kasus ini, faktor risiko yang dapat diidentifikasi berdasarkan data-data tersebut adalah usia ibu (34 tahun). Berdasarkan penelitian oleh Robillard dkk., terdapat hubungan yang kuat antara usia ibu dan presentasi sungsang.[16] Selain itu, kehamilan prematur juga dapat menjadi faktor predisposisi dari presentasi sungsang. Toijonen dkk. juga menyebutkan bahwa kehamilan prematur juga sering dikaitkan dengan risiko presentasi sungsang saat persalinan karena janin belum mampu melakukan rotasi.[7]

Cammu dkk. dan Zsirai dkk. juga menegaskan bahwa "semakin tua usia ibu, terdapat kemungkinan yang lebih tinggi untuk presentasi sungsang". Dalam studi Zsirai dkk., insiden presentasi sungsang adalah 2,8% pada wanita <25 tahun, 3,5% pada usia 25-35 tahun, dan 4,0% pada wanita yang hamil di usia >35 tahun dan ditambah dengan rasio *odds* sebagai faktor independen 1,04.[14] Pada kasus ini, jika ibu masih tetap ingin hamil, maka kehamilan dapat terjadi pada usia >34 tahun sehingga berisiko terhadap kejadian sungsang.

Selain itu, riwayat persalinan sungsang sebelumnya memiliki risiko terhadap kemungkinan sungsang di kehamilan yang akan datang. Secara umum, terdapat sekira 15% risiko terjadinya persalinan sungsang berulang.[15] Maka dari itu, perlu diedukasikan terkait tingginya kemungkinan sungsang di kehamilan selanjutnya.

Terdapat juga penelitian yang menemukan bahwa kondisi obesitas memiliki pengaruh terhadap insidensi persalinan sungsang, meski mekanisme pasti tidak diketahui. Menurut penelitian oleh Kaiser dkk, terdapat insidensi sungsang yang lebih tinggi pada ibu dengan IMT obesitas dan pertambahan berat badan ibu berlebih selama

kehamilan. Terungkap bahwa IMT yang lebih tinggi pada masa aterm dan peningkatan berat badan mungkin berhubungan dengan presentasi sungsang yang persisten. Pada kasus ini, ibu memiliki IMT obesitas.[15]

Melihat adanya kondisi risiko tinggi terjadinya kehamilan sungsang yang akan datang, pasien perlu diedukasikan terkait pentingnya ANC. Berdasarkan pedoman ANC Kementerian Kesehatan RI, presentasi janin merupakan komponen rutin yang perlu diperiksa pada trimester 2 dan trimester 3.[4] Pasien pertama kali tahu mengenai sungsang pada usia kehamilan 5 bulan, tetapi setelah itu tidak datang kembali untuk kontrol. Pasien pada kasus ini, seharusnya pasien diedukasi terkait pentingnya kontrol untuk ANC pada kehamilan selanjutnya, hal ini karena pada kehamilan ini, ibu tidak mendapatkan ANC yang berkualitas, hal ini berujung tidak terlaksananya perencanaan persalinan yang optimal.

Diagnosis letak sungsang dapat ditemukan berdasarkan pemeriksaan leopold dan ditegakkan melalui pemeriksaan ultrasonografi. Janin sering berada pada posisi sungsang di awal kehamilan dan akan bergerak ke presentasi kepala seiring bertambahnya ukuran bokong bayi. Pergerakan spontan ini umumnya terjadi sebelum usia kehamilan 36 minggu. Pada saat ini ada tiga cara yang dipakai untuk mengubah presentasi bokong menjadi presentasi kepala yaitu versi luar, moksibusi dan atau akupuntur, dan posisi dada-lutut (*knee-chest*). Posisi dada-lutut merupakan sebuah upaya yang dapat dilakukan oleh ibu hamil dengan presentasi sungsang di rumah, yang dipercaya dapat memfasilitasi perputaran spontan presentasi janin. Posisi dada-lutut dilakukan rutin 2 kali setiap hari pagi dan sore selama 10 menit. Kegiatan ini sangat aman dan berguna karena dapat mengurangi kemungkinan melahirkan sungsang karena dapat memfasilitasi bayi untuk berputar kembali ke posisi yang seharusnya (kepala), sehingga dapat disarankan bagi ibu hamil dengan malpresentasi pada saat ANC.[17] Pada kasus ini, pasien mengaku bahwa tidak mendapatkan edukasi terkait *knee-chest position.*

Selain adanya kondisi presentasi sungsang, pasien juga mengalami kelahiran prematur pada kehamilannya saat ini. Persalinan prematur dapat terjadi karena berbagai hal seperti persalinan prematur spontan idiopatik, ketuban pecah dini, atau komplikasi obstetri.[18,19] Persalinan prematur dapat dikatakan sebagai satu sindrom dengan berbagai penyebab,termasuk infeksi atau inflamasi, kelainan pembuluh darah, dan distensi uterus yang berlebihan.[20] Persalinan prematur menjadi permasalahan karena merupakan salah satu penyebab tersering mortalitas neonatus dan efek jangka panjang pada permasalahan neurologis dan perkembangan bayi.[21] Bayi yang terlahir prematur memiliki risiko lebih tinggi mengalami kematian, risiko rawat NICU yang panjang, disabilitas sepanjang hidup, penyakit kronis, dan dampak pada keluarga, dan beban ekonomi.[22] Kelahiran prematur meningkatkan morbiditas pada janin, terutama karena adanya imaturitas sistem organ pada janin yang lahir sebelum berusia 37 minggu.[21]

Pada kasus ini, luaran bayi yang terjadi akibat kelahiran prematur adalah adanya sindrom distress nafas neonatus. *Respiratory distress syndrome* (RDS) pada bayi didefinisikan sebagai penyakit paru restriktif akut yang ditandai oleh atelektasis umum yang terjadi segera setelah lahir pada bayi prematur yang rentan. Ketika paru-paru maturasi, surfaktan paru muncul dalam bentuk kompleks lipoprotein yang memfasilitasi pertukaran gas secara efisien dengan cara menurunkan tekanan permukaan pada permukaan alveolar-udara, dan memungkinan dengan cara menginduksi penolakan air di dalam alveolus. Pada bayi prematur, kondisi RDS dapat terjadi

ini terutama disebabkan oleh kekurangan surfaktan paru dan seringkali menyebabkan kegagalan ventilasi yang progresif.[23,24]

Salah satu faktor risiko persalinan prematur terpenting adalah persalinan prematur sebelumnya.[21] Perempuan dengan riwayat persalinan prematur sebelumnya, memiliki kemungkinan 3 kali lebih tinggi untuk mengalami persalinan prematur di kehamilan selanjutnya dibanding wanita dengan persalinan aterm. Satu pertiga perempuan dengan riwayat kehamilan pertama dan kedua mengalami persalinan prematur, pada kehamilan ketiganya akan mengalami persalinan prematur. Penyebab persalinan prematur sebelumnya juga dapat mengakibatkan kemungkinan prematur di kehamilan selanjutnya.[18]

Risiko persalinan prematur dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu, frekuensi persalinan prematur sebelumnya, keparahan yang diukur dari usia kehamilan, dan urutan persalinan prematur sebelumnya.[18] Pada kasus ini, tidak ada riwayat persalinan prematur sebelumnya. Namun, risiko ini perlu diketahui apabila terjadi kehamilan di masa yang akan datang, sehingga ibu perlu diinformasikan terkait kemungkinan terjadinya persalinan prematur. Pada perempuan dengan riwayat persalinan prematur, perlu dilakukan pencegahan seperti administrasi progesteron, skrining panjang serviks dan intervensi faktor risiko pada ibu seperti edukasi untuk menjauhi rokok, penanganan komorbid ibu, dan indeks massa tubuh yang ideal.[21]

Simpulan kasus ini menyoroti tantangan dalam sistem rujukan yang tepat dan cepat, khususnya untuk kondisi kehamilan berisiko tinggi seperti presentasi sungsang. Puskesmas dan fasilitas kesehatan primer lainnya harus dapat merujuk kasus-kasus seperti ini secara tepat waktu untuk mencegah komplikasi pada ibu dan janin selama persalinan dan nifas. Salah satu langkah yang dapat diterapkan adalah penggunaan kartu skor "Poedji Rochjati", yang dapat membantu dalam penilaian risiko secara lebih terperinci. Kesadaran akan pentingnya rujukan yang efisien, penilaian risiko yang tepat, dan komunikasi yang baik antara fasilitas kesehatan merupakan kunci untuk meningkatkan luaran kesehatan ibu dan bayi.

Daftar Pustaka

1. Hinnenberg P, Toijonen A, Gissler M, Heinonen S, Macharey G. Outcome of small for gestational age-fetuses in breech presentation at term according to mode of delivery: a nationwide, population-based record linkage study. Arch Gynecol Obstet. 2019 Apr 8;299(4):969–74.
2. Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 Apr 1;2019(5).
3. Vistad I, Cvancarova M, Hustad BL, Henriksen T. Vaginal breech delivery: results of a prospective registration study. BMC Pregnancy Childbirth. 2013 Dec 24;13(1):153.
4. WHO. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth. 2019. Preterm birth fact sheet.
5. Arunda MO, Agardh A, Asamoah BO. Survival of low birthweight neonates in Uganda: analysis of progress between 1995 and 2011. BMC Pregnancy Childbirth. 2018 Dec 30;18(1):189.
6. Hamilton BE, Hoyert DL, Martin JA, Strobino DM, Guyer B. Annual Summary of Vital Statistics: 2010–2011. Pediatrics. 2013 Mar 1;131(3):548–58.
7. Toijonen AE, Heinonen ST, Gissler MVM, Macharey G. A comparison of risk factors for breech presentation in preterm and term labor: a nationwide, population-based case–control study. Arch Gynecol Obstet. 2020 Feb 18;301(2):393–403.
8. Heryana A. Sistem Rujukan Berjenjang pada Pelayanan Kesehatan. Esa Unggul Press. 2020;

9. Pellonperä O, Koivuniemi E, Vahlberg T, Mokkala K, Tertti K, Rönnemaa T, et al. Dietary quality influences body compoon in overweight and obese pregnant women. Clinical Nutrition. 2019 Aug;38(4):1613–9.
10. Indonesia Ministry of Health. Handbook on Maternal Health Service Delivery in Primary Care and Referral Health Facilities. 1st ed. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013. 232–259 p.
11. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan pasal 14 No.4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien. 2018.
12. Ikatan Dokter Indonesia. Penataan sistem pelayanan kesehatan rujukan. 2016;10–30.
13. Gasim TG. Preterm singleton breech delivery in a teaching hospital of saudi arabia: vaginal versus cesarean delivery. J Family Community Med. 2008 May;15(2):65–70.
14. Zsirai L, Csákány GM, Vargha P, Fülöp V, Tabák ÁG. Breech presentation: its predictors and consequences. An analysis of the Hungarian Tauffer Obstetric Database (1996–2011). Acta Obstet Gynecol Scand. 2016 Mar 26;95(3):347–54.
15. Zubor P, Zigo I, Sivakova J, Moricova P, Kapustova I, Krivus S, et al. Repetitive Breech Presentations at Term. Case Rep Obstet Gynecol. 2013;2013:1–4.
16. Robillard PY, Boukerrou M, Bonsante F, Hulsey TC, Dekker G, Gouyon JB, et al. Linear association between maternal age and spontaneous breech presentation in singleton pregnancies after 32 weeks gestation. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2018 Feb 1;31(3):376–81.
17. Hofmeyr GJ, Kulier R. Cephalic version by postural management for breech presentation. In: Hofmeyr GJ, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2000.
18. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS. Williams Obstetrics. 26th ed. New York: Mcgraw-hill New York; 2022.
19. Śmiech O, Bonior JJSL. Preterm delivery: etiopathogenesis and treatment. 2019;34(1).
20. Tosto V, Giardina I, Tsibizova V, Renzo GC Di. Preterm Birth, From the Biological Knowledges to the Prevention: An Overview. Maternal-Fetal Medicine. 2020 Jul;2(3):162–71.
21. Oskovi Kaplan ZA, Ozgu-Erdinc AS. Prediction of Preterm Birth: Maternal Characteristics, Ultrasound Markers, and Biomarkers: An Updated Overview. J Pregnancy. 2018 Oct 10;2018:1–8.
22. Vink J, Mourad M. The pathophysiology of human premature cervical remodeling resulting in spontaneous preterm birth: Where are we now? Semin Perinatol. 2017 Nov;41(7):427–37.
23. Yadav S, Lee B, Kamity R. Neonatal Respiratory Distress Syndrome. 2023.
24. Lockwood C, Moore T, Copel J, Silver R, Resnik R. Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine. 8th ed. Elsevier; 2019.