**BAGIAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI** **LAPORAN KASUS**

**PROGRAM PROFESI DOKTER** **SEPTEMBER 2026**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**

**UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA**

# G2P1A0 GRAVID 37 MINGGU 1 HARI + BELUM INPARTU + LETAK BOKONG


**Oleh:**

**Nur Athifa Surachman**

**111 2024 2158**


**Dokter Pembimbing Klinik:**

**dr. Suci Amaliah Syarief, Sp.OG**

**DIBAWAKAN DALAM RANGKA TUGAS KEPANITERAAN KLINIK**

**BAGIAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**

**UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA**

**MAKASSAR**

**2026**

**LEMBAR PENGESAHAN**

Yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa:

Nama : Nur Athifa Surachman

NIM : 11120242158

Universitas : Universitas Muslim Indonesia

Judul : **G2P1A0 GRAVID 37 MINGGU 1 HARI + BELUM INPARTU + LETAK BOKONG**

Adalah benar telah menyelesaikan Laporan Kasus yang berjudul "**G2P1A0 GRAVID 37 MINGGU 1 HARI + BELUM INPARTU + LETAK BOKONG"** dan telah disetujui serta telah dibacakan di hadapan supervisor pembimbing dalam rangka kepaniteraan klinik pada bagian Ilmu Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Muslim Indonesia.

**Makassar, 21 September 2026**

**Dokter Pendidik Klinik** **Penulis**

**dr. Suci Amaliah Syarief, Sp.OG** **Nur Athifa Surachman**

**11120242158**

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan rasa Syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Subhanahu Wa Ta'ala, karena berkat limpahan rahmat, hidayah dan inayah-Nya maka laporan kasus ini dapat diselesaikan dengan baik. Salam dan salawat semoga selalu tercurah pada baginda Rasulullah Shallallahu 'Alaihi Wasallam beserta para keluarga, sahabat-sahabatnya dan orang- orang yang mengikuti ajaran beliau hingga akhir zaman.

Laporan Kasus yang berjudul "**G2P1A0 GRAVID 37 MINGGU 1 HARI + BELUM INPARTU + LETAK BOKONG"** ini disusun sebagai persyaratan untuk memenuhi kelengkapan bagian. Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak, rekan sejawat, dan terutama penulis turut ingin mengucapkan terima kasih kepada dr. Suci Amaliah Syarief, Sp.OG yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing sehingga laporan kasus ini terselesaikan dengan baik.

Penulis menyadari bahwa laporan kasus ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat membuka diri terhadap masukan dan saran membangun. Akhir kata, semoga laporan kasus ini dapat memberikan manfaat bagi para pembaca. Terima kasih.

**Makassar, 21 September 2026**

**Penulis**

# DAFTAR ISI

**LEMBAR PENGESAHAN** ..... **2**

**KATA PENGANTAR** ..... **3**

**BAB I PENDAHULUAN** ..... **5**

**BAB II LAPORAN KASUS** ..... **7**

2.1 IDENTITAS PASIEN ..... 7

2.2 ANAMNESIS ..... 7

2.3PEMERIKSAAN FISIK ..... 8

2.4PEMERIKSAAN PENUNJANG ..... 10

2.5 DIAGNOSIS ..... 11

2.5TATALAKSANA ..... 12

2.6FOLLOW UP ..... 13

**BAB III PEMBAHASAN** ..... **17**

3.1 DEFINISI ..... 17

3.2 EPIDEMIOLOGI ..... 18

3.3 ETIOLOGI DAN FAKTOR RISIKO ..... 19

3.4 KLASIFIKASI ..... 22

3.5 PATOMEKANISME ..... 24

3.6 DIAGNOSIS ..... 25

3.7 PENATALAKSAAN KEHAMILAN ..... 27

3.8 SYARAT PERSALINAN PERVAGINAM PADA PRESENTASI BOKONG ..... 30

3.9TEKNIK PERTOLONGAN PERSALINAN SUNGSANG PERVAGINAM ..... 31

3.9 KOMPLIKASI ..... 34

**BAB IV KESIMPULAN** ..... **37**

**DAFTAR PUSTAKA** ..... **39**

# BAB I
# PENDAHULUAN

Persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi yang meliputi janin dan plasenta setelah mencapai usia kehamilan cukup bulan, yaitu 37–42 minggu, sehingga mampu hidup di luar uterus dengan atau tanpa bantuan. Persalinan normal merupakan proses kelahiran janin cukup bulan secara spontan melalui jalan lahir dengan presentasi belakang kepala, yang berlangsung dalam waktu tidak lebih dari 18 jam serta tidak disertai komplikasi pada ibu maupun janin.[1]

Berbeda dengan presentasi belakang kepala yang merupakan presentasi normal pada persalinan, presentasi sungsang merupakan salah satu bentuk malpresentasi janin ketika bokong atau bagian terbawah janin berada di pelvis dan memasuki jalan lahir lebih dahulu dibandingkan kepala. Presentasi sungsang lebih sering ditemukan pada kehamilan preterm karena ukuran kepala dan bokong janin masih relatif serupa. Seiring bertambahnya usia kehamilan, sebagian besar janin akan mengalami perubahan posisi secara spontan menjadi presentasi kepala karena bokong yang semakin membesar cenderung menempati fundus uteri yang lebih luas. Meskipun demikian, presentasi sungsang dapat menetap hingga aterm pada sekitar 3–4% kehamilan tunggal.[2]

Meskipun mekanisme pasti terjadinya presentasi sungsang belum sepenuhnya diketahui, kondisi ini diduga berkaitan dengan berbagai faktor yang memengaruhi posisi dan pergerakan janin di dalam uterus. Selain prematuritas, beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya presentasi sungsang meliputi abnormalitas struktural uterus, polihidramnion, plasenta previa, multiparitas, mioma uteri, kehamilan multipel, serta anomali janin seperti anensefali dan hidrosefalus. Riwayat presentasi sungsang pada kehamilan sebelumnya juga dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kondisi serupa pada kehamilan berikutnya.[3]

Deteksi presentasi sungsang penting dalam perencanaan persalinan dan dapat dilakukan melalui manuver Leopold pada kehamilan lanjut. Jika hasil pemeriksaan meragukan, diagnosis dapat dikonfirmasi dengan pemeriksaan vaginal dan/atau ultrasonografi. Deteksi dini memungkinkan penentuan tata laksana yang tepat, termasuk pertimbangan external cephalic version (ECV) untuk mengubah presentasi menjadi kepala dan mengurangi persalinan nonsefalik serta seksio sesarea.[3]

# BAB II
# LAPORAN KASUS

## 2.1 IDENTITAS PASIEN

Nama : Ny. S

Umur : 30 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Ibu Rumah tangga

Alamat : Pulau Kodingareng

Status : Menikah

HPHT : 13/12/2025

TP : 20/09/2026

No. RM : 148714

Tgl. Masuk RS : 31/08/2026

## 2.2 ANAMNESIS

1. Keluhan Utama

   Nyeri nyeri perut bagian bawah

2. Anamnesis

   1) Riwayat Penyakit Sekarang

      Pasien perempuan datang dengan pengantar dari RSIA Sitti Khadija 1 rencana tindakan SC, keluhan nyeri perut bagian bawah.

Pelepasan lendir (-), darah (-), air (-). BAB lancar, BAK lancar.

- Riwayat Antenatal Care : 5x di Puskesmas, 3x di Sp.OG
- Riwayat Tetanus Toksoid : tidak pernah
- Riwayat Kontrasepsi : Suntik 3 bulan (2017-2025)
- Riwayat Menikah : 1 kali (2015-sekarang)
- Riwayat operasi : tidak pernah
- Riwayat penyakit terdahulu : HT (-), DM (-), Dyspepsia (-), Asma (-), Alergi obat (-)
- Riwayat obstetri :
    - 2017/Perempuan/Aterm/2700/PPN/Rumah/Dukun/Sehat
    - 2026/ kehamilan sekarang

## 2.3 PEMERIKSAAN FISIK

a. Status General

Keadaan umum : Sakit Sedang/Composmentis/GCS 15 (E4V5M6)

b. Tanda Vital

Tekanan darah : 118/90 mmHg

Nadi : 94 x/menit

Pernapasan : 20 x/menit

Suhu : 36.5ºC

c. Pemeriksaan Luar

Tinggi fundus uteri : 31 cm

Lingkar perut : 104 cm

TBJ luar : 3224 gram

Situs : Memanjang

Punggung : Kiri

HIS : -

DJJ : 131 bpm

Bagian terbawah : Bokong

Perlimaan : 5/5

Anak kesan tunggal

Gerakan janin aktif dirasakan ibu

d. Pemeriksaan Dalam Vagina

Vulva/vagina : TAK/TAK

Portio : lunak, tebal

Pembukaan : -

Ketuban : sulit dinilai

Bagian terdepan : sulit dinilai

UUK : sulit dinilai

Penurunan : Belum masuk PAP

Pelepasan lendir (-), darah (-), air (-)

## 2.4 PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. Ultrasonografi 31/08/2026

Gravid tunggal hidup intrauterine, presentasi bokong, plasenta letak fundus, maturase grade 2

FHR : 131 bpm

EFW : 3320 gram

AFI : 6,7cm

Sesuai usia kehamilan 37 minggu 1 hari

b. Laboratorium

a. Darah Lengkap

| Pemeriksaan | Hasil | Nilai Rujukan |
|---|---|---|
| Leukosit | 8.81 ribu/uL | 4.0 – 10 |
| Hemoglobin | 14.2 g/dL | 12 – 14 |
| Eritrosit | 4.34 Juta/uL | 3.8 – 5.2 |
| Hematokrit | 40.8% | 37 – 48 |
| MCV | 94.1 fL | 80 – 97 |
| MCH | 32.6 pg | 26.5 – 33.5 |
| MCHC | 34.7 g/dL | 31.0 – 35.0 |
| RDW-CV | 11.4 % | 10.0 – 15.0 |
| Trombosit | 229 ribu/uL | 150 – 450 |
| MPV | 8.8 fL | 6.5 – 11.0 |
| PDW | 15.8 | 10.0 – 16.0 |

| | | |
|---|---|---|
| PCT | 0.201 % | 0.150 – 0.500 |
| Neutrofil | 62.5 % | 42.5 – 71.0 |
| Limfosit | 28.4 % | 20.4 – 44.6 |
| Monosit | 6.9 % | 3.6 – 9.9 |
| Eosinofil | 2.0 % | 0.7 – 5.4 |
| Basofil | 0.2 % | 0.0 – 1.0 |

b. Laboratorium lainnya

| Pemeriksaan | Hasil | Nilai Rujukan |
|---|---|---|
| - Waktu perdarahan | 1’30” menit | 3 – 5 menit |
| - Waktu pembekuan | 9’ menit | 10 – 15 menit |
| - HBsAg | Non reaktif | Non reaktif |
| - HIV | Non reaktif | Non reaktif |
| - Sifilis | Non reaktif | Non reaktif |

## 2.5 DIAGNOSIS

**Diagnosis awal masuk**

G2P1A0 Gravid 37 Minggu 1 hari + Belum Inpartu + Letak Bokong

**Diagnosis pre operasi**

G2P1A0 Gravid 37 Minggu 1 Hari + Belum Inpartu + Letak Bokong

**Diagnosis post operasi**

PPH-0 SSTP/ Partus Aterm + Letak Bokong

## 2.5 TATALAKSANA

**Awal Masuk**

- Observasi keadaan umum, tanda vital, DJJ, dan keluhan
- Rencana SSTP 1 September 2026 pukul 11.00 WITA

**Pre Operatif**

- Lapor OK
- Lapor Anestesi
- Siap darah 2 bag
- Puasakan
- Premedikasi : Inj. Cefotaxime 2 gram / iv
- Cukur pubis
- Dorong OK 30 menit sebelum operasi

**Post Operatif**

- Drips Oksitosin 20 IU dalam RL 500 cc 28 tpm hingga 24 jam post operasi
- Cefotaxime 1 gram/12 jam/IV
- Ketorolac 30 mg/8 jam/IV
- Asam Traneksamat 500 mg/8 jam/IV
- Ranitidine 50 mg/12 jam/IV

**Outcome Bayi Lahir**

- Jenis kelamin : Perempuan
- BBL : 3100 gr
- PBL : 46 cm
- A/S : 8/10

## 2.6 FOLLOW UP

| **01/09/2026** | |
|---|---|
| | PPH-0 (SSTP) / Partum Aterm + Letak Bokong |
| S | Nyeri jahitan bekas operasi |
| O | KU : baik, composmentis GCS 15<br>TD : 127/75 mmHg<br>P : 20 x/menit<br>N : 85 x/menit<br>S : 36,5 ºC |
| A | PPH-0 (SSTP) / Partum Aterm + Letak Bokong |
| P | Mobilisasi bertahap<br>Balance cairan<br>Terapi Ganti oral<br>- IVFD RL + Oxytocin 20IU 28 tpm<br>- Ceftriaxone 1gr / 12 jam / IV<br>- Asam traneksamat 500mg / 8 jam / IV<br>- Ranitidine 1amp / 12 jam / IV<br>- Ketorolac 30mg / 8 jam / IV |

| **02/09/2026** | |
|---|---|
| | PPH-1 (SSTP) / Partum Aterm + Letak Bokong |
| S | Nyeri bekas jahit berkurang |
| O | KU : baik, composmentis GCS 15<br>TD : 91/55 mmHg<br>P : 20 x/menit<br>N : 73 x/menit<br>S : 36,5 ºC<br>Pemeriksaan luar<br>Mammae : TAK/TAK<br>ASI : +/+<br>TFU : 2 jari di bawah pusat<br>Kontraksi : baik<br>Luka operasi : baik<br>Flatus : sudah<br>BAB : belum<br>BAK : on kateter 1300 cc / 17 jam |
| A | PPH-1 (SSTP) / Partum Aterm + Letak Bokong |
| P | Aff infus, Aff kateter post 24 jam post op<br>Ganti terapi oral :<br>- Cefadroxil 2x500mg<br>- Asam mefenamat 3x500 mg<br>- SF 1x1<br>Boleh pindah ruang perawatan |

| | |
|---|---|
| **03/09/2026** | |
| | PPH-2 (SSTP) / Partum Aterm + Letak Bokong |
| S | Nyeri bekas jahit (-) |
| O | KU : baik, composmentis GCS 15<br>TD : 108/69 mmHg<br>P : 20 x/menit<br>N : 85 x/menit<br>S : 36,5 ºC<br>Pemeriksaan luar<br>Mammae : TAK/TAK<br>ASI : +/+<br>TFU : 2 jari di bawah pusat<br>Kontraksi : baik<br>Luka operasi : baik<br>Peristaltik : (+)<br>Flatus : sudah<br>Lokia : rubra<br>BAB : belum<br>BAK : lancar puas |
| A | PPH-2 (SSTP) / Partum Aterm + Letak Bokong |
| P | Observasi KU, TTV, perdarahan<br>Mobilisasi aktif |

| | |
|---|---|
| | Personal hygiene<br><br>Obat pulang<br><br>- Cefadroxil 2x500 mg<br>- Asam mefenamat 3 x 500 mg<br>- SF 1x1<br>- Stulax supp 5mg 2tab/rectal<br><br>Boleh pulang hari ini |

# BAB III
# PEMBAHASAN

## 3.1 DEFINISI

Presentasi sungsang (breech presentation) merupakan keadaan ketika janin berada dalam letak memanjang dengan bokong atau ekstremitas bawah sebagai bagian terbawah yang memasuki pelvis terlebih dahulu, sedangkan kepala berada di bagian fundus uteri. Presentasi sungsang dapat dibedakan berdasarkan posisi ekstremitas bawah menjadi frank breech, complete breech, dan incomplete breech atau footling breech. Pada kehamilan cukup bulan, presentasi sungsang ditemukan pada sekitar 3–5% janin.[4]

Persalinan sungsang (breech birth) merupakan proses kelahiran janin dengan presentasi sungsang, yaitu bagian bokong atau ekstremitas bawah lahir terlebih dahulu, kemudian diikuti oleh badan, bahu, dan kepala sebagai bagian terakhir yang dilahirkan. Berbeda dengan persalinan presentasi kepala, pada persalinan sungsang kepala sebagai bagian janin yang terbesar lahir setelah badan dan bahu, sehingga proses kelahiran kepala dapat menjadi tahap yang paling menantang dan meningkatkan risiko komplikasi perinatal. Persalinan sungsang dapat direncanakan melalui persalinan pervaginam pada kasus yang memenuhi kriteria seleksi dan ditangani oleh tenaga kesehatan yang berpengalaman, atau melalui seksio

sesarea berdasarkan kondisi ibu dan janin serta pertimbangan obstetri.[4,5]

## 3.2 EPIDEMIOLOGI

Presentasi sungsang merupakan salah satu malpresentasi janin yang paling sering ditemukan. Kejadiannya dipengaruhi oleh usia kehamilan dan cenderung menurun seiring bertambahnya usia gestasi. Pada kehamilan cukup bulan, presentasi sungsang ditemukan pada sekitar 3–4% kehamilan tunggal. Penurunan prevalensi menjelang aterm terjadi karena sebagian besar janin dengan presentasi sungsang pada usia kehamilan yang lebih muda akan mengalami perubahan posisi secara spontan menjadi presentasi kepala.[3,5,6]

Pada usia kehamilan yang lebih muda, presentasi sungsang ditemukan dengan frekuensi yang jauh lebih tinggi dibandingkan pada aterm. Hal ini berkaitan dengan masih luasnya ruang intrauterin sehingga janin memiliki kesempatan lebih besar untuk bergerak dan mengubah posisi. Setelah mendekati aterm, ruang gerak janin semakin terbatas sehingga posisi janin cenderung menetap. Meskipun demikian, sekitar 3% bayi tetap lahir dalam presentasi sungsang pada kehamilan aterm.[5]

Presentasi sungsang pada kehamilan aterm memiliki implikasi klinis yang penting karena berkaitan dengan peningkatan risiko morbiditas dan mortalitas perinatal dibandingkan presentasi kepala. Oleh karena

itu, penemuan presentasi sungsang pada kehamilan aterm perlu diikuti dengan evaluasi dan konseling mengenai pilihan tata laksana, termasuk external cephalic version, persalinan pervaginam yang direncanakan pada kasus terpilih, atau seksio sesarea.[5,6]

## 3.3 ETIOLOGI DAN FAKTOR RISIKO

Etiologi presentasi sungsang bersifat multifaktorial dan pada sebagian kasus penyebabnya tidak dapat diidentifikasi secara pasti. Secara umum, setiap keadaan yang menghambat masuknya kepala janin ke dalam panggul atau memengaruhi pergerakan dan rotasi janin di dalam uterus dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya presentasi sungsang. Faktor yang berperan antara lain faktor maternal, faktor janin, faktor plasenta, serta kondisi uterus dan cairan amnion.[7]

Usia maternal merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian presentasi sungsang. Ibu dengan usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun memiliki risiko lebih tinggi mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan. Pada usia kurang dari 20 tahun, perkembangan uterus dan panggul belum optimal sehingga dapat memengaruhi proses penyesuaian dan masuknya bagian terendah janin ke panggul. Sementara itu, pada usia lebih dari 35 tahun dapat terjadi perubahan fisiologis dan degeneratif pada jaringan reproduksi yang dapat berhubungan dengan kelainan letak janin. Penelitian yang digunakan menunjukkan adanya hubungan bermakna antara usia maternal dan kejadian presentasi sungsang.

Paritas juga merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan presentasi sungsang. Kejadian presentasi sungsang dalam penelitian tersebut lebih banyak ditemukan pada ibu multigravida dibandingkan primigravida. Pada paritas tinggi, uterus dan segmen bawah rahim dapat menjadi lebih luas dan elastis sehingga memberikan ruang yang lebih besar bagi pergerakan janin. Kondisi tersebut dapat menyebabkan janin lebih mudah berubah posisi dan mempertahankan presentasi sungsang hingga menjelang persalinan.

Prematuritas merupakan faktor penting pada presentasi sungsang karena pada usia kehamilan yang lebih muda janin masih memiliki ruang yang relatif lebih luas untuk bergerak dan berputar. Presentasi sungsang lebih sering ditemukan pada kehamilan preterm, sedangkan sebagian besar janin akan mengalami versi spontan menjadi presentasi kepala seiring bertambahnya usia kehamilan. Setelah usia kehamilan sekitar 32–36 minggu, ukuran janin semakin besar sehingga ruang geraknya menjadi terbatas dan perubahan posisi menjadi lebih sulit.

Kelainan bentuk dan ukuran panggul dapat memengaruhi masuknya kepala janin ke pintu atas panggul. Panggul yang sempit dapat menyebabkan kepala janin tidak mengalami fiksasi dengan baik pada pintu atas panggul sehingga bagian bokong lebih mudah berada di bagian terbawah uterus. Tinggi badan maternal yang rendah juga dapat menjadi salah satu indikator adanya kemungkinan panggul yang lebih sempit. Dalam penelitian tersebut, ibu dengan tinggi badan kurang dari

145 cm memiliki proporsi presentasi sungsang yang lebih tinggi dibandingkan ibu dengan tinggi badan lebih dari 145 cm.

Kelainan jumlah cairan amnion, terutama hidramnion, dapat meningkatkan risiko presentasi sungsang. Peningkatan volume cairan amnion memberikan ruang gerak yang lebih besar bagi janin sehingga janin lebih mudah mengalami perubahan posisi. Kondisi tersebut dapat menyebabkan presentasi janin tetap abnormal hingga mendekati persalinan. Penelitian yang digunakan menunjukkan adanya hubungan bermakna antara hidramnion dan kejadian presentasi sungsang.

Kelainan janin, seperti hidrosefalus dan anensefalus, juga dapat berhubungan dengan presentasi sungsang. Kelainan tersebut dapat mengubah keseimbangan ukuran dan bentuk bagian-bagian janin sehingga mengganggu proses rotasi dan penempatan janin secara normal di dalam uterus. Selain itu, taksiran berat janin yang terlalu rendah maupun terlalu tinggi dapat berhubungan dengan kesulitan janin untuk mencapai posisi kepala di bawah. Plasenta previa merupakan faktor lain yang dapat berhubungan dengan presentasi sungsang. Plasenta yang berimplantasi di segmen bawah uterus dapat mengurangi ruang yang tersedia bagi bagian terbawah janin dan menghambat pergerakan janin menuju posisi kepala di bawah. Penelitian yang digunakan menunjukkan adanya hubungan bermakna antara plasenta previa dan kejadian presentasi sungsang.

Dengan demikian, faktor risiko presentasi sungsang dapat dikelompokkan menjadi faktor maternal, seperti usia, paritas, dan bentuk atau ukuran panggul; faktor janin, seperti prematuritas, kelainan janin, dan berat janin yang tidak sesuai; serta faktor obstetrik, seperti hidramnion, plasenta previa, dan kehamilan multipel. Berbagai faktor tersebut pada dasarnya dapat memengaruhi ruang gerak janin, rotasi janin, maupun proses masuknya kepala ke dalam panggul sehingga meningkatkan kemungkinan presentasi sungsang menetap hingga persalinan.

## 3.4 KLASIFIKASI

Berdasarkan posisi ekstremitas bawah janin, presentasi sungsang dapat diklasifikasikan menjadi tiga jenis, yaitu:[4]

A. Frank breech (Murni)

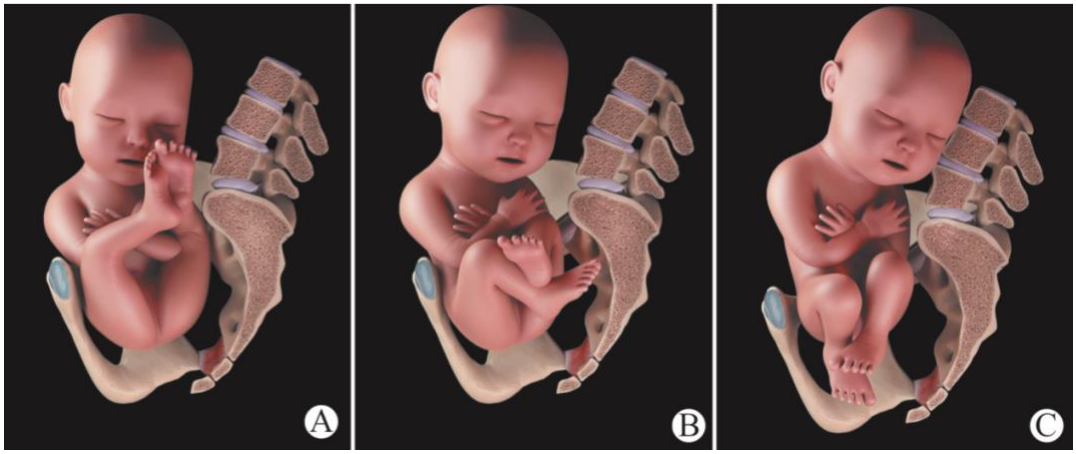
   Jenis presentasi sungsang ketika kedua panggul janin dalam keadaan fleksi, sedangkan kedua tungkai berada dalam posisi ekstensi sehingga kaki berada di dekat wajah janin. Jenis ini merupakan bentuk presentasi sungsang yang paling sering ditemukan, yaitu sekitar dua pertiga dari seluruh kasus.

B. Complete breech (Komplit)

   Keadaan ketika kedua panggul dan kedua lutut janin berada dalam posisi fleksi, sehingga tungkai berada dalam posisi terlipat di depan tubuh janin. Jenis ini mencakup sekitar sepertiga kasus presentasi sungsang.

C. Incomplete breech atau footling breech (Kaki)

Bentuk presentasi sungsang yang jarang ditemukan, ketika salah satu atau kedua tungkai janin mengalami ekstensi ke arah bawah sehingga satu atau kedua kaki menjadi bagian yang memasuki jalan lahir terlebih dahulu.




Gambar 1. Representasi grafis dari berbagai jenis presentasi sungsang. A. Frank breech. B. Complete breech. C. Incomplete breech atau footling breech.

Posisi ekstremitas bawah tersebut secara umum tidak menunjukkan pengaruh yang bermakna terhadap luaran perinatal pada persalinan pervaginam. Namun, presentasi complete breech dan incomplete/footling breech dilaporkan memiliki kejadian seksio sesarea yang lebih tinggi dibandingkan frank breech, terutama karena meningkatnya risiko prolaps tali pusat.

## 3.5 PATOMEKANISME

Kepala merupakan bagian janin yang paling besar dan memiliki elastisitas yang relatif rendah. Pada presentasi kepala, keberhasilan kelahiran kepala umumnya diikuti dengan kelahiran bagian tubuh janin lainnya secara relatif lebih mudah. Kondisi tersebut berbeda pada presentasi sungsang karena kepala lahir paling akhir sehingga proses persalinan menjadi lebih kompleks dan memiliki risiko yang lebih tinggi. Oleh karena itu, pemahaman mengenai mekanisme persalinan sungsang diperlukan untuk menentukan pertolongan yang tepat dan mencegah terjadinya komplikasi selama persalinan.

Mekanisme persalinan sungsang diawali dengan masuknya bokong ke dalam panggul (engagement) yang kemudian diikuti dengan penurunan (descent). Diameter bitrokanterik umumnya memasuki panggul dalam posisi oblik. Selanjutnya, pinggul anterior janin mengalami penurunan lebih cepat dibandingkan pinggul posterior sehingga bagian anterior mencapai pintu tengah panggul terlebih dahulu. Adanya tahanan dari dinding panggul yang disertai dorongan ke arah kaudal menyebabkan terjadinya putaran paksi dalam. Putaran ini mengubah posisi sakrum menjadi transversal, sehingga diameter bitrokanterik pada pintu bawah panggul berada dalam posisi anteroposterior.

Setelah putaran paksi dalam, penurunan bokong berlanjut hingga mencapai dasar panggul. Peregangan perineum kemudian terjadi dan

vulva mulai membuka. Pinggul anterior lahir terlebih dahulu, kemudian tubuh janin mengalami penurunan dan putaran paksi sehingga pinggul posterior terdorong melalui perineum. Selanjutnya, bokong lahir dengan diameter bitrokanterik dalam posisi anteroposterior dan diikuti oleh putaran paksi luar yang mengembalikan diameter bitrokanterik menjadi transversal.

Setelah bokong lahir, bagian tubuh janin lainnya akan mengikuti secara spontan atau memerlukan bantuan manual (manual aid). Tahapan selanjutnya meliputi kelahiran badan, bahu, dan akhirnya kepala sebagai bagian janin yang lahir paling akhir (after-coming head). Karena kepala merupakan bagian terbesar dan paling kurang elastis, proses kelahirannya menjadi tahap yang paling kritis dalam persalinan sungsang dan memerlukan perhatian khusus untuk mencegah terjadinya komplikasi.

## 3.6 DIAGNOSIS

### Anamnesis

Pada anamnesis, pasien dengan letak bokong sering kali tidak menunjukkan keluhan khas. Beberapa keluhan yang dapat digali meliputi rasa penuh atau tidak nyaman pada perut bagian atas (akibat kepala janin yang keras menekan fundus/diafragma), sensasi gerakan janin yang lebih dirasakan di bagian bawah perut, serta riwayat obstetri seperti paritas, riwayat presentasi bokong sebelumnya, riwayat seksio

sesarea, dan taksiran usia kehamilan.[1,7] Faktor risiko lain seperti riwayat kehamilan kembar, kecurigaan kelainan bentuk rahim, atau riwayat oligohidramnion pada kehamilan berjalan juga perlu digali secara aktif.[1]

**Pemeriksaan Fisik**

- Palpasi abdomen (manuver Leopold) — pada Leopold I teraba bagian bulat, keras, dan melenting (balotement) di fundus uteri yang merupakan kepala janin; pada Leopold III/IV teraba bagian yang lebih lunak, besar, dan tidak melenting pada segmen bawah rahim yang merupakan bokong janin.[1,3]

- Auskultasi denyut jantung janin — pada presentasi bokong, denyut jantung janin (DJJ) terdengar paling jelas di sekitar atau sedikit di atas umbilikus, berbeda dengan presentasi kepala yang terdengar di bawah umbilikus.[1,3]

- Pemeriksaan dalam (vaginal toucher) — teraba bokong yang lunak, tidak rata, kadang teraba anus dan genitalia janin, atau teraba kaki apabila terdapat unsur kaki; perlu dibedakan dengan presentasi muka melalui identifikasi struktur tulang wajah.[1,3]

**Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan ultrasonografi (USG) merupakan modalitas konfirmasi diagnostik utama dan baku emas untuk memastikan

presentasi bokong, sekaligus menilai jenis presentasi bokong (frank/complete/footling), taksiran berat janin, sikap kepala janin (fleksi/defleksi/hiperekstensi), lokasi plasenta, volume cairan amnion, serta ada tidaknya anomali kongenital janin yang menyertai. Pemeriksaan pelvimetri klinis maupun radiologis dapat dipertimbangkan pada kasus yang direncanakan persalinan pervaginam untuk menilai kecukupan panggul ibu.[3]

## 3.7 PENATALAKSAAN KEHAMILAN

Penatalaksanaan presentasi sungsang bertujuan untuk memperoleh luaran maternal dan neonatal yang optimal dengan mempertimbangkan kondisi ibu, janin, usia kehamilan, jenis presentasi sungsang, serta kemampuan fasilitas dan tenaga kesehatan. Pada kehamilan aterm dengan janin tunggal dan presentasi sungsang, pilihan tata laksana meliputi external cephalic version (ECV), persalinan pervaginam terencana pada kasus yang memenuhi kriteria, atau seksio sesarea. Keputusan mengenai metode persalinan perlu dilakukan melalui konseling yang mempertimbangkan manfaat dan risiko masing-masing pilihan serta preferensi ibu.[2–4]

### A. External Cephalic Version

External cephalic version (ECV) merupakan tindakan memutar janin melalui manipulasi abdomen ibu dari presentasi sungsang menjadi presentasi kepala. ECV merupakan salah satu pilihan utama pada

kehamilan aterm dengan janin tunggal presentasi sungsang untuk mengurangi kejadian presentasi sungsang saat persalinan dan menurunkan kebutuhan seksio sesarea. Prosedur umumnya dilakukan mulai sekitar usia kehamilan 37 minggu, setelah dilakukan penilaian kesejahteraan janin dan dipastikan tidak terdapat kontraindikasi.

ECV harus dilakukan di fasilitas yang memiliki kemampuan melakukan pemantauan janin dan seksio sesarea emergensiapabila terjadi komplikasi. Pemeriksaan ultrasonografi sebelum tindakan diperlukan untuk menilai presentasi dan posisi janin, lokasi plasenta, jumlah cairan amnion, serta faktor lain yang dapat memengaruhi keberhasilan tindakan.

Keberhasilan ECV dilaporkan sekitar 58% dalam tinjauan terbaru. Penggunaan analgesia atau anestesia tertentu dapat meningkatkan keberhasilan ECV, meskipun perlu mempertimbangkan risiko hipotensi maternal. Meta-analisis tahun 2024 menunjukkan bahwa pemberian anestesia pada ECV meningkatkan keberhasilan versi dan persalinan pervaginam serta menurunkan angka seksio sesarea dibandingkan tanpa anestesia.

## B. Persalinan Pervaginam Sungsang

Persalinan pervaginam pada presentasi sungsang dapat dipertimbangkan pada kasus yang terseleksi dengan baik, dengan persetujuan ibu dan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki

keterampilan dalam menangani persalinan sungsang. Pemilihan pasien harus mempertimbangkan kondisi maternal dan janin, jenis presentasi sungsang, karakteristik janin, serta kemampuan fasilitas untuk melakukan seksio sesarea segera apabila diperlukan.

Pada persalinan pervaginam, pemantauan kondisi ibu dan janin dilakukan secara ketat. Persalinan harus berlangsung dengan kemajuan yang baik tanpa tanda-tanda distosia. Prinsip penting dalam pertolongan persalinan sungsang adalah menghindari traksi yang tidak diperlukan terhadap janin, membiarkan bokong dan badan lahir dengan mekanisme spontan sejauh memungkinkan, serta melakukan manuver bantuan apabila terjadi hambatan pada kelahiran bahu atau kepala.

Persalinan pervaginam sungsang membutuhkan kesiapan terhadap komplikasi seperti prolaps tali pusat, keterlambatan kelahiran kepala, jebakan kepala (head entrapment), trauma lahir, dan asfiksia. Oleh karena itu, persalinan harus dilakukan di fasilitas dengan akses terhadap tindakan operatif dan resusitasi neonatus.

## C. Seksio Sesarea

Seksio sesarea merupakan salah satu pilihan utama pada presentasi sungsang, terutama apabila terdapat kondisi yang membuat persalinan pervaginam tidak sesuai atau berisiko tinggi. Pada kehamilan aterm dengan presentasi sungsang, keputusan untuk melakukan seksio sesarea perlu mempertimbangkan kondisi ibu dan

janin, karakteristik presentasi sungsang, serta hasil konseling mengenai risiko dan manfaat masing-masing metode persalinan. Literatur terbaru menunjukkan bahwa seksio sesarea terencana memberikan keuntungan terhadap beberapa luaran neonatal jangka pendek dibandingkan persalinan pervaginam yang direncanakan, tetapi juga memiliki konsekuensi berupa peningkatan morbiditas maternal dan implikasi terhadap kehamilan berikutnya.

## 3.8 SYARAT PERSALINAN PERVAGINAM PADA PRESENTASI BOKONG

Persalinan pervaginam pada presentasi bokong merupakan pilihan yang dapat dipertimbangkan pada kasus yang telah memenuhi kriteria seleksi tertentu. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) menyatakan bahwa persalinan pervaginam pada janin tunggal dengan presentasi bokong cukup bulan dapat dipertimbangkan apabila dilakukan berdasarkan protokol rumah sakit mengenai kriteria kelayakan dan tata laksana persalinan, dengan mempertimbangkan kondisi ibu dan janin serta pengalaman tenaga kesehatan yang menangani persalinan bokong. Berdasarkan kriteria yang digunakan dalam berbagai protokol persalinan pervaginam bokong yang dikutip oleh ACOG, beberapa persyaratan yang perlu dipenuhi antara lain usia kehamilan ≥37 minggu, janin tunggal, presentasi frank breech atau complete breech, tidak ditemukan kelainan kongenital janin, panggul ibu adekuat, serta estimasi berat janin sekitar 2.500–4.000 gram.[12]

Selain itu, kepala janin harus berada dalam posisi fleksi dan volume cairan amnion harus memadai. Persalinan juga harus berlangsung dengan kemajuan persalinan yang baik dan pemantauan ibu serta janin secara ketat. Dalam risiko yang dikutip ACOG, induksi maupun augmentasi dengan oksitosin tidak dilakukan secara rutin dan digunakan kriteria yang ketat untuk menilai kemajuan persalinan. Hal ini penting karena persalinan bokong memiliki risiko komplikasi yang lebih besar apabila terjadi hambatan pada proses penurunan bokong atau kelahiran kepala yang merupakan bagian janin terakhir yang lahir.[12]

## 3.9 TEKNIK PERTOLONGAN PERSALINAN SUNGSANG PERVAGINAM

Persalinan sungsang pervaginam memerlukan penolong yang terampil dan fasilitas yang mampu melakukan seksio sesarea emergensi serta resusitasi neonatus. Prinsip utama pertolongan adalah membiarkan persalinan berlangsung secara spontan sejauh memungkinkan dan menghindari traksi atau manipulasi yang tidak diperlukan. Manipulasi dilakukan apabila terdapat hambatan pada kelahiran bahu atau kepala.[2,3]

### A. Kelahiran bokong

Setelah bokong memasuki dan menuruni panggul, persalinan dibiarkan berlangsung secara spontan. Setelah bokong lahir hingga setinggi skapula, janin dapat dipegang pada bagian panggul dengan kedua

tangan tanpa melakukan tarikan kuat. Tubuh janin kemudian dibiarkan mengalami rotasi sesuai mekanisme persalinan.

**B. Kelahiran tungkai**

Pada frank breech, tungkai umumnya dalam keadaan ekstensi sehingga tidak perlu dilakukan manipulasi selama proses kelahiran berlangsung normal. Pada complete atau incomplete breech, apabila tungkai tidak lahir spontan dan menghambat proses persalinan, dapat dilakukan bantuan secara hati-hati untuk melahirkan tungkai.

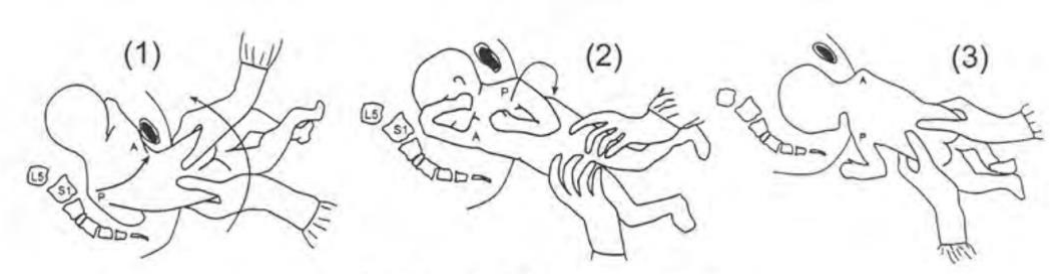


Gambar 2. Melahirkan Bokong dan Kaki

**C. Kelahiran bahu – Manuver Lovset**

Apabila bahu tidak lahir secara spontan, dapat dilakukan manuver Lovset. Tubuh janin dipegang pada bagian panggul, kemudian dilakukan rotasi badan secara terkontrol sehingga bahu yang semula berada di posterior diputar menjadi anterior dan berada di bawah simfisis pubis. Setelah bahu pertama lahir, tubuh diputar kembali ke arah berlawanan sehingga bahu lainnya dapat dilahirkan. Manuver ini

bertujuan membantu kelahiran kedua bahu dengan memanfaatkan rotasi tubuh janin.




Gambar 3. Manuver Lovset

**D. Kelahiran kepala (after-coming head)**

Kepala merupakan bagian yang paling kritis dalam persalinan sungsang karena lahir paling akhir dan memiliki diameter yang relatif besar. Apabila kepala tidak lahir secara spontan, dapat dilakukan manuver Mauriceau-Smellie-Veit (MSV). Tubuh janin diletakkan di atas lengan penolong, kemudian dua jari digunakan untuk mempertahankan fleksi kepala melalui tekanan pada maksila atau tulang zigomatik, sementara tangan lainnya memberikan tekanan suprapubik untuk membantu mempertahankan fleksi kepala. Dengan kombinasi tersebut, kepala diarahkan mengikuti sumbu jalan lahir hingga lahir.

**E. Forceps Piper**

Apabila diperlukan bantuan instrumental untuk melahirkan after-coming head, forceps Piper dapat digunakan oleh penolong yang memiliki keterampilan khusus. Forceps dipasang pada kepala janin yang masih berada di dalam pelvis dengan posisi tubuh janin berada di atas

pegangan forceps. Traksi dilakukan secara terkontrol mengikuti sumbu jalan lahir untuk membantu kelahiran kepala. Penggunaan forceps Piper terutama dipertimbangkan ketika kepala sulit lahir dengan manuver manual atau ketika diperlukan percepatan kelahiran kepala.

## 3.10 KOMPLIKASI

Pada presentasi sungsang persisten, terutama yang menetap hingga kehamilan cukup bulan, terdapat peningkatan risiko beberapa komplikasi maternal maupun perinatal. Komplikasi tersebut berkaitan dengan faktor penyebab presentasi sungsang maupun karakteristik mekanisme persalinannya yang berbeda dari presentasi kepala. Beberapa komplikasi yang dapat ditemukan meliputi:[2,9]

### A. Prolaps tali pusat

Prolapsus tali pusat lebih sering terjadi pada presentasi sungsang karena bagian bokong atau kaki tidak dapat menutup serviks dan jalan lahir sebaik kepala. Kondisi ini terutama lebih berisiko pada presentasi complete breech dan footling breech. Prolapsus tali pusat dapat menyebabkan kompresi tali pusat sehingga aliran darah dan oksigenasi janin terganggu dan berpotensi menyebabkan gawat janin.

### B. Plasenta previa

Presentasi sungsang dapat berkaitan dengan peningkatan kejadian plasenta previa. Plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah uterus dapat mengganggu akomodasi dan pergerakan janin sehingga turut berhubungan dengan menetapnya presentasi sungsang.

Sebaliknya, plasenta previa juga dapat menjadi faktor yang menyebabkan presentasi janin tidak menjadi presentasi kepala.

**C. Anomali kongenital**

Presentasi sungsang memiliki hubungan dengan peningkatan kejadian anomali kongenital. Kelainan janin, terutama yang memengaruhi bentuk kepala, sistem saraf, atau kemampuan janin untuk mempertahankan posisi normal, dapat mengganggu proses perubahan posisi menjadi presentasi kepala. Oleh karena itu, ditemukannya presentasi sungsang, terutama bila menetap hingga aterm, perlu diikuti dengan evaluasi ultrasonografi untuk menilai kemungkinan adanya kelainan kongenital.

**D. Anomali dan tumor uterus**

Kelainan anatomi uterus seperti malformasi uterus maupun adanya massa, termasuk mioma uteri, dapat mengubah bentuk dan ruang intrauterin. Kondisi tersebut dapat membatasi pergerakan janin dan menghambat terjadinya rotasi spontan menjadi presentasi kepala sehingga meningkatkan kemungkinan presentasi sungsang persisten.

**E. Persalinan sulit**

Persalinan sungsang memiliki mekanisme yang lebih kompleks dibandingkan presentasi kepala karena bokong dan badan lahir terlebih dahulu, sedangkan kepala sebagai bagian janin yang terbesar lahir terakhir. Hal ini dapat menyebabkan kesulitan pada kelahiran bokong, bahu, lengan, maupun after-coming head. Komplikasi yang dapat

terjadi antara lain prolapsus tali pusat, keterlambatan kelahiran kepala, dan head entrapment. Persalinan yang sulit juga dapat meningkatkan kebutuhan terhadap manuver obstetri maupun persalinan operatif.

**F. Peningkatan morbiditas maternal dan perinatal**

Presentasi sungsang berhubungan dengan peningkatan morbiditas perinatal dibandingkan presentasi kepala, terutama akibat prematuritas, anomali kongenital, prolapsus tali pusat, asfiksia, trauma lahir, dan kesulitan kelahiran kepala. Pada ibu, peningkatan morbiditas terutama berkaitan dengan meningkatnya kemungkinan dilakukan seksio sesarea, perdarahan, trauma jalan lahir, serta komplikasi yang berhubungan dengan persalinan operatif.

# BAB IV
# KESIMPULAN

Presentasi sungsang merupakan salah satu bentuk malpresentasi janin yang ditandai dengan bokong atau ekstremitas bawah sebagai bagian terbawah janin. Kondisi ini masih dapat ditemukan pada sekitar 3–4% kehamilan tunggal aterm dan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor maternal, janin, uterus, plasenta, maupun volume cairan amnion. Diagnosis dapat ditegakkan melalui pemeriksaan obstetri, terutama manuver Leopold, dan dikonfirmasi dengan ultrasonografi untuk menentukan presentasi, taksiran berat janin, sikap kepala, lokasi plasenta, serta kondisi janin.

Pada kehamilan aterm dengan presentasi sungsang, pilihan tata laksana meliputi external cephalic version (ECV), persalinan pervaginam pada kasus yang memenuhi kriteria seleksi, atau seksio sesarea. Persalinan pervaginam hanya dapat dipertimbangkan pada kasus yang memenuhi kriteria tertentu, dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berpengalaman, dengan pemantauan ibu dan janin secara ketat serta kesiapan melakukan seksio sesarea emergensi.

Pada kasus ini dilakukan seksio sesarea transperitoneal (SSTP) karena pasien datang dengan diagnosis letak bokong pada kehamilan aterm dan direncanakan persalinan operatif. Hasil persalinan

menunjukkan bayi perempuan lahir dengan berat badan 3100 gram, panjang badan 46 cm, dan Apgar Score 8/10. Perawatan pasca operasi menunjukkan kondisi ibu membaik secara klinis, dengan tanda vital relatif stabil, kontraksi uterus baik, luka operasi baik, serta tidak ditemukan keluhan nyeri pada hari kedua pascaoperasi. Pasien kemudian diperbolehkan pulang pada hari ketiga pascaoperasi.

Dengan demikian, presentasi sungsang pada kehamilan aterm memerlukan diagnosis yang tepat, evaluasi kondisi ibu dan janin secara menyeluruh, serta pemilihan metode persalinan berdasarkan karakteristik kasus, kriteria kelayakan persalinan pervaginam, dan ketersediaan fasilitas serta tenaga kesehatan yang kompeten. Pada kasus Ny. S, tata laksana dengan SSTP menghasilkan luaran maternal dan neonatal yang baik berdasarkan pemantauan selama masa perawatan.

## DAFTAR PUSTAKA


1. Prawirohardjo S. Ilmu Kandungan. 3rd ed. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2011;
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ. OBSTETRI Williams. 26rd ed. 2022;
3. Prawirohardjo S. Ilmu Kebidanan. 4th ed. PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2020;
4. Fiorentini M, Nedu B, Dapoto F, Brognoli S, Brunelli E, Youssef A. Breech Presentation: Delivery Management and Future Perspectives. Maternal-Fetal Medicine 2026;8(2):182–188.
5. Wängberg Nordborg J, Svanberg T, Strandell A, Carlsson Y. Term breech presentation—Intended cesarean section versus intended vaginal delivery—A systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand 2022;101(6):564–576.
6. Knights S, Prasad S, Kalafat E, et al. Impact of point-of-care ultrasound and routine third trimester ultrasound on undiagnosed breech presentation and perinatal outcomes: An observational multicentre cohort study. PLoS Med 2023;20(4).
7. Yulianita ED, Rosyidah R. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Janin Letak Sungsang. Malahayati Nursing Journal 2025;7(3):1337–1347.

8. Fitiri M, Papavasileiou D, Mesaric V, Syngelaki A, Akolekar R, Nicolaides KH. Routine 36-week scan: diagnosis and outcome of abnormal fetal presentation. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology 2025;65(2):154–162.

9. Jennewein L, Heemann R, Hoock SC, et al. Sonographic examination at the beginning of the second stage of labor predicts birth outcome in vaginally intended breech deliveries: a blinded prospective study. Arch Gynecol Obstet 2024;309(4):1333–1340.

10. Sorensen HA, Obel J, Schroll JB, Krebs L. Breech delivery in low-income settings: A systematic review of perinatal and maternal outcomes in vaginal versus cesarean breech deliveries. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2023;161(1):17–25.

11. Shihab MQ. Tafsir Al-Mishbah: Pesan, Kesan dan Keserasian Al-Qur'an. Jakarta: Lentera Hati, 2022;

12. Hofmeyr G, Kulier R, West H. Mode of Term Singleton Breech Delivery. ACOG COMMITTEE OPINION. 2015.