

STUDI KASUS

KEPUTUSAN OPERATIF PADA KASUS PANGGUL SEMPIT DENGAN PRESENTASI KEPALA: STUDI KASUS SEKSIO SESARIA

Anthoneta Hitipeuw^{1*}, Ismiyanti H. Achmad²

^{1,2} Program Studi D-III Kebidanan Ambon, Poltekkes Kemenkes Maluku

E-mail: hitipeuwanthoneta@gmail.com

Abstract

In the world of obstetrics and gynecology, narrow pelvis or narrow pelvimetry often causes a mismatch between the size of the fetus and the birth canal called cephalopelvic disproportion (CPD). A narrow pelvis is one of the main causes of CPD, which is often an indication for cesarean section. In cases like this with a head presentation and narrow maternal pelvis, the risk of prolonged labor and complications increases significantly. Cesarean section is the main intervention of choice to save the life of the mother/baby so that it has an impact on reducing morbidity and mortality rates. However, if the implementation is not carried out on time or is repeated, it has significant physiological and psychosocial impacts. Various studies have shown that cesarean section intervention in cases of narrow pelvis significantly reduces the risk of obstetric complications in both the mother and the baby. Although cesarean section is effective in preventing morbidity and mortality, this procedure can also be at risk of causing postoperative complications and perinatal disorders if not carried out in a timely manner.

This case study aims to describe the handling of cases of narrow pelvis with head presentation through cesarean section and the clinical impact on the mother and baby.

Cesarean section in cases of narrow pelvis with cephalic presentation has been proven effective in preventing labor complications. Early diagnosis and appropriate action decisions are essential to ensure the safety of the mother and baby.

Keywords : Operative Decision, Narrow Pelvis, Cesarean Section

Abstrak

Dalam dunia obstetri dan ginekologi, panggul sempit atau pelvimetri sempit sering kali menyebabkan ketidaksesuaian antara ukuran janin dengan jalan lahir yang disebut dengan cephalopelvic disproportion (CPD). Panggul sempit merupakan salah satu penyebab utama CPD yang sering menjadi indikasi untuk dilakukan operasi caesar. Pada kasus seperti ini dengan presentasi kepala dan panggul ibu yang sempit, risiko persalinan lama dan komplikasi meningkat secara signifikan. Operasi caesar merupakan intervensi utama yang dipilih untuk menyelamatkan nyawa ibu/bayi sehingga berdampak pada penurunan angka kesakitan dan kematian. Namun, apabila pelaksanaannya tidak dilakukan tepat waktu atau dilakukan berulang-ulang, akan berdampak fisiologis dan psikososial yang signifikan. Berbagai penelitian telah menunjukkan bahwa intervensi operasi caesar pada kasus panggul sempit secara signifikan dapat menurunkan risiko komplikasi obstetri baik pada ibu maupun bayi. Meskipun operasi caesar efektif dalam mencegah kesakitan dan kematian, namun prosedur ini juga dapat berisiko menimbulkan komplikasi pascaoperasi dan gangguan perinatal apabila tidak dilakukan tepat waktu. Studi kasus ini bertujuan untuk menggambarkan penanganan kasus panggul sempit dengan presentasi kepala melalui operasi caesar dan dampak klinisnya terhadap ibu dan bayi. Operasi caesar pada kasus panggul sempit dengan presentasi kepala terbukti efektif dalam mencegah komplikasi persalinan. Diagnosis dini dan keputusan tindakan yang tepat sangat penting untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi.

Kata Kunci: Keputusan Operatif, Panggul Sempit, Seksio Sesaria

PENDAHULUAN

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan 16 menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40)¹. Kehamilan risiko tinggi adalah keadaan yang dapat mempengaruhi kondisi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi. Kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan yang dapat menyebabkan ibu hamil dan bayi menjadi sakit atau meninggal sebelum kelahiran berlangsung².

Puji Rochjati dalam Manuaba et al. (2013) menjelaskan ada beberapa faktor yang mempengaruhi ibu hamil risiko tinggi yaitu seperti primi muda berusia kurang dari 16 tahun, primipara tua berusia lebih dari 35 tahun, primipara sekunder dengan usia anak terkecil diatas 5 tahun, tinggi badan kurang dari 145cm, riwayat kehamilan yang buruk (pernah keguguran, pernah persalinan premature, lahir mati, dan riwayat persalinan dengan tindakan seperti ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, dan operasi sesar), pre-eklamsia, eklamsia, gravida serotinus, kehamilan dengan pendarahan antepartum, kehamilan dengan kelainan letak, kehamilan dengan anemia, kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan. Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017), batasan dalam faktor risiko atau masalah dapat dibagi menjadi tiga yaitu ada potensi gawat obstetri (APGO), ada gawat obstetri (AGO), dan ada gawat darurat obstetri (AGDO). Kelompok faktor resiko ada ibu hamil dikelompokkan menjadi 3 yaitu kelompok I, II, III berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan dan sifat atau tingkat resikonya³.

Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi indikator dalam pencapaian Sustainable Development Goals (SDGs) dan masih fokus dalam upaya menurunkan AKI. Komitmen global menyepakati dalam SDGs untuk mengurangi rasio angka kematian ibu hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2020⁴. AKI juga merupakan salah satu indikator pembangunan kesehatan suatu negara. Menurut World Health Organization (WHO) AKI sangat tinggi sekitar 830 wanita meninggal akibat komplikasi terkait kehamilan atau persalinan di seluruh dunia setiap hari. Sekitar 303.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan⁵.

Persalinan merupakan suatu proses yang bersih dan aman, untuk mengurangi pencegahan komplikasi setelah bayi lahir sehingga mengurangi angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir⁶. Persalinan merupakan proses fisiologis kompleks yang idealnya berlangsung secara spontan melalui jalan lahir. Namun, tidak semua kehamilan dapat

diselesaikan dengan persalinan pervaginam karena adanya faktor-faktor yang menghambat kemajuan persalinan, salah satunya adalah *cephalopelvic disproportion*/CPD. CPD terjadi ketika ukuran kepala janin tidak sebanding atau terlalu besar dibandingkan dengan dimensi panggul ibu, sehingga menimbulkan kesulitan atau ketidakmungkinan untuk melahirkan secara normal, meskipun janin dalam posisi dan presentasi yang ideal, yaitu presentasi kepala⁷.

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis, dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Wanita yang akan menghadapi persalinan pasti menginginkan persalinannya berjalan lancar dan dapat melahirkan bayi yang sempurna. Namun, tidak jarang proses persalinan mengalami hambatan dan harus dilakukan dengan tindakan pembedahan (*sectio caesarea*), baik karena pertimbangan untuk menyelamatkan ibu dan janinnya ataupun keinginan pribadi pasien. Persalinan Seksio Caesarea (SC) merupakan salah satu persalinan tindakan yang meskipun memiliki berbagai manfaat, tetapi juga meningkatkan resiko terjadinya komplikasi dan kematian diantaranya: kematian ibu, kesakitan ibu selama operasi dan kesakitan ibu pasca operasi. Komplikasi lain yang dapat terjadi sesaat setelah operasi caesarea adalah infeksi yang banyak disebut sebagai morbiditas pascaoperasi. Kontributor terbesar peningkatan risiko yang terkait dengan operasi caesar multipel adalah operasi caesar berulang elektif setelah operasi caesar pertama⁸.

Menurut penelitian Theresia Eriyani, tahun 2018, ibu yang bersalin secara *sectio caesarea* lebih beresiko mengalami komplikasi daripada ibu yang bersalin secara normal. Komplikasi yang dapat terjadi diantaranya infeksi puerperal (*nifas*), pendarahan yang disebabkan oleh banyaknya pembuluh darah yang terputus dan terbuka, emboli pulmonal, luka pada kandung kemih serta kemungkinan *rupture uteri* spontan pada kehamilan mendatang¹. Kontributor terbesar peningkatan risiko yang terkait dengan operasi caesar multipel adalah operasi caesar berulang elektif setelah operasi caesar pertama. Penelitian Estu, dkk 2015 Mengemukakan Persalinan Seksio Caesarea (SC) memiliki berbagai manfaat, tetapi juga meningkatkan resiko terjadinya komplikasi dan kematian diantaranya: kematian ibu, kesakitan ibu selama operasi dan kesakitan ibu pasca operasi. Komplikasi lain yang dapat terjadi sesaat setelah operasi caesarea adalah infeksi yang banyak disebut sebagai morbiditas pascaoperasi⁹.

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh dan bermutu kepada ibu dan bayi dalam lingkup kebidanan adalah melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif dan berkesinambungan (*continuity of care*). Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh di mulai dari ibu hamil, bersalin, *nifas*, bayi baru lahir dan keluarga

berencana. Dalam program pemerintah yaitu mengurangi kemungkinan seorang perempuan menjadi hamil dengan upaya keluarga berencana, mengurangi kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi dalam kehamilan, persalinan atau masa nifas dengan melakukan asuhan antenatal dan persalinan dengan prinsip bersih dan aman, mengurangi kemungkinan komplikasi persalinan yang berakhir dengan kematian atau kesakitan melalui pelayanan obstetrik, neonatal esensial dasar dan komprehensif¹⁰.

Panggul sempit adalah ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dan ukuran panggul ibu, sehingga menghalangi kemajuan persalinan pervaginam. Kondisi ini menjadi salah satu indikasi utama dilakukan tindakan seksio sesaria (operasi caesar). Hal ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti kelainan bentuk tulang panggul, riwayat trauma, atau postur tubuh ibu yang ekstrem. Dalam kasus presentasi kepala, seharusnya proses persalinan berlangsung lancar. Namun pada kondisi panggul sempit, kepala janin tidak dapat melewati jalan lahir, bahkan setelah usaha persalinan yang adekuat. Kondisi ini berisiko menyebabkan distosia (kesulitan persalinan), peningkatan morbiditas maternal dan neonatal, serta komplikasi seperti ruptur uterus, hipoksia janin, dan infeksi¹¹.

Jika persalinan pervaginam tidak memungkinkan akibat panggul sempit, maka seksio sesaria (SC) atau operasi caesar menjadi tindakan medis yang dipilih untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Seksio sesaria adalah prosedur bedah untuk melahirkan bayi melalui sayatan di dinding perut dan rahim ibu. Prosedur ini sering menjadi solusi pada kasus panggul sempit karena memungkinkan persalinan yang lebih aman dan cepat, terutama jika sudah terjadi kegagalan kemajuan persalinan atau tanda-tanda gawat janin. Di berbagai negara, termasuk Indonesia, angka kejadian seksio sesaria cenderung meningkat setiap tahun. Salah satu penyebab yang sering ditemukan adalah indikasi panggul sempit, baik yang sudah diketahui sebelum persalinan maupun yang terdiagnosis saat proses persalinan berlangsung.

Oleh karena itu, penting bagi tenaga kesehatan khususnya bidan untuk mengenali faktor risiko panggul sempit sejak awal kehamilan, memantau perkembangan janin, serta mempersiapkan rencana persalinan yang tepat. Dengan pengelolaan yang baik, komplikasi serius pada ibu dan bayi dapat dicegah. Persalinan merupakan proses fisiologis yang kompleks, yang idealnya berlangsung secara spontan melalui jalan lahir. Namun, dalam kondisi tertentu, proses ini dapat mengalami hambatan yang berisiko bagi ibu maupun janin, sehingga memerlukan intervensi medis. Salah satu faktor yang dapat menghambat persalinan adalah panggul sempit (*cephalopelvic disproportion/CPD*), yaitu kondisi dimana ukuran panggul ibu tidak proporsional atau tidak cukup untuk memungkinkan janin lahir secara normal melalui jalan lahir.

Panggul sempit dapat bersifat anatomis maupun fungsional, dan sering kali baru terdiagnosis saat persalinan berlangsung. Kondisi ini menjadi salah satu indikasi utama tindakan Seksio Sesaria (operasi caesar), yaitu prosedur bedah untuk mengeluarkan janin melalui insisi pada dinding perut dan rahim ibu. Seksio sesaria dilakukan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut seperti gawat janin, ruptur uteri, atau persalinan macet. Penelitian oleh Wahyuni et al. (2017) menunjukkan bahwa dari 100 kasus panggul sempit di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 85% ditangani dengan seksio sesaria, dan tindakan ini berhasil mencegah komplikasi seperti ruptur uterus dan asfiksia berat¹⁶.

Penanganan kasus panggul sempit memerlukan penilaian klinis yang cermat, termasuk evaluasi ukuran dan bentuk panggul, posisi janin, dan kemajuan persalinan. Selain itu, keputusan untuk melakukan seksio sesaria juga mempertimbangkan faktor-faktor lain seperti kondisi umum ibu, riwayat obstetrik, serta kesiapan fasilitas kesehatan.

Studi kasus ini bertujuan untuk mengkaji lebih dalam mengenai manajemen obstetrik pada pasien dengan panggul sempit yang berakhir dengan tindakan seksio sesaria. Melalui kajian ini, diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih komprehensif terkait diagnosis, indikasi, serta pelaksanaan tindakan seksio sesaria sebagai upaya penyelamatan ibu dan janin. Penelitian oleh Nuraini, dkk. (2020) menekankan bahwa penundaan seksio sesaria pada panggul sempit meningkatkan risiko ruptur uterus sebanyak 3,8 kali dan menyebabkan angka kematian janin lebih tinggi. Dengan kata lain, deteksi dini dan keputusan cepat menjadi kunci efektivitas tindakan ini.

PRESENTASI KASUS

Studi kasus ini bertujuan untuk mendeskripsikan pertimbangan klinis, tanda-tanda, dan proses pengambilan keputusan operatif pada kasus panggul sempit dengan presentasi kepala, serta meninjau intervensi seksio sesaria sebagai langkah penanganan yang efektif dan aman. Saat memberikan asuhan kebidanan di RSUD Alfatah Ambon

Gambaran keadaan umum Ny. H. umur 31 tahun, G1P0A0, usia kehamilan 39 minggu berdasarkan HPHT dan USG trimester pertama, datang ke Instalasi Gawat Darurat dengan keluhan mulas-mulas sejak 12 jam sebelum masuk RS. Pasien datang ke RSUD Alfatah dalam keadaan sadar dengan membawa surat pengantar dari Dokter SpOG, dengan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 86x/menit, suhu 36,8°C, frekuensi napas 20x/menit dan tinggi badan 143 cm. Pemeriksaan obstetri menunjukkan tinggi fundus uteri (TFU) 32 cm, janin tunggal hidup, posisi memanjang, presentasi kepala, bagian terendah belum masuk pintu atas panggul (station -3), janin tunggal, hidup dengan tafsiran berat janin berdasarkan hasil USG 3.400 gram. Pemeriksaan dalam menunjukkan pembukaan 5 cm, serviks lunak

dan tipis, ketuban masih utuh, dan penurunan bagian terendah belum terjadi secara signifikan. Pemeriksaan pelvimetri klinis panggul sempit pada outlet. Tidak ada keluhan penyerta seperti perdarahan atau ketuban pecah dan rencana akan dilakukan tindakan operatif dengan diagnosis G1P0A, hamil aterm, inpartu kala I fase aktif dengan CPD.

Setelah dilakukan pemantauan selama 8 jam dengan dukungan kontraksi adekuat, tidak terjadi kemajuan pembukaan serviks maupun penurunan kepala janin. Pemeriksaan ulang menunjukkan adanya moulding (tumpang tindih tulang kepala janin) dan caput succedaneum, yang menunjukkan adanya hambatan mekanik. Dari hasil pemeriksaan klinis panggul, didapatkan kesan panggul sempit (conjugata vera diperkirakan 9 cm).

Berdasarkan temuan klinis, diagnosis disproporsi sefalopelvik dengan presentasi kepala ditegakkan, karena tidak ada kemajuan persalinan dan risiko distosia semakin besar maka tim medis memutuskan untuk melakukan tindakan seksio sesaria segera.

Prosedur seksio sesaria dilakukan dengan anestesi spinal. Saat operasi, ditemukan janin laki-laki dengan berat 3.200 gram, panjang badan 49 cm, dan APGAR score 8-9. Janin lahir dalam keadaan baik, tanpa komplikasi. Pasien dirawat selama tiga hari pascaoperasi dan tidak ditemukan komplikasi pascaoperatif. Edukasi tentang indikasi operasi, kemungkinan tindakan serupa pada kehamilan berikutnya, dan perawatan luka operasi telah diberikan.

PEMBAHASAN

Cephalopelvic Disproportion (CPD) adalah kondisi di mana terdapat ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dengan rongga panggul ibu, sehingga janin tidak dapat melewati jalan lahir secara normal meskipun dalam presentasi kepala⁷. CPD bisa bersifat absolut yaitu kepala terlalu besar atau panggul terlalu sempit secara struktural atau relatif. Dimana ketidaksesuaian hanya terjadi dalam situasi tertentu seperti posisi janin yang tidak optimal atau kontraksi yang tidak efektif¹¹. Tidak ada progresi pembukaan serviks. Presentasi kepala merupakan posisi paling umum dan menguntungkan untuk persalinan normal pervaginam. Namun, ketika terjadi CPD, presentasi kepala tidak menjamin kelahiran spontan. Biasanya, kepala janin tetap tinggi dan tidak masuk ke pintu atas panggul (PAP) meskipun kontraksi uterus adekuat¹². Selain itu kondisi lain pada presentasi kepala yang dapat mengarah pada CPD apabila station kepala tetap tinggi (-2 atau -3) dan tidak ada progresi pembukaan serviks. Konsep ini sejalan dengan kasus Ny. H dimana masalah utamanya adalah tidak adanya kemajuan persalinan dalam waktu 8 jam pembukaan serviks 5 cm meskipun kontraksi uterus sudah adekuat namun kepala janin yang tidak turun dan masuk PAP (station -3). Faktor resiko terjadinya CPD tinggi badan < 145 cm sering digunakan sebagai indikator panggul sempit, meskipun tidak menggambarkan anatomi panggul secara langsung¹³. Hasil pengukuran tinggi badan 143 cm merupakan faktor risiko signifikan untuk

panggul sempit. Hal ini berkorelasi dengan ukuran panggul yang kecil, sehingga meningkatkan kemungkinan CPD. Selain itu ditunjang juga dengan hasil pemeriksaan pelvimetri menunjukkan panggul sempit, khususnya pada outlet, sehingga kasus ini mengarah pada diagnosis disproporsi sefalopelvik (CPD).

Diagnosis CPD umumnya bersifat klinikal dan retrospektif artinya bahwa diagnosis baru dapat dipastikan setelah terjadi kegagalan progresi persalinan, terutama dalam fase aktif. Oleh karena itu, observasi partograf sangat penting untuk mengenali kegagalan progresi⁽¹⁴⁾. Kehamilan pertama merupakan proses persalinan umumnya lebih lama. Namun kasus ini tidak ada progresi penurunan kepala janin maupun pembukaan serviks, sehingga menjadi tanda peringatan adanya hambatan mekanis sebagai tanda utama CPD. Diagnosis CPD umumnya ditegakkan saat persalinan berlangsung, berdasarkan evaluasi progresi yang buruk sehingga seksio sesaria menjadi pilihan utama dalam penanganan CPD untuk menghindari risiko trauma janin, asfiksia, kelelahan, rupture uteri bahkan trauma lahir¹⁴. Selain itu kondisi emosi yang labil saat menghadapi persalinan operatif sehingga dibutuhkan dukungan psikis dari suami dan keluarga. Menurut Putri & Yuliana (2020), menemukan bahwa ibu yang menjalani seksio sesaria karena panggul sempit memiliki tingkat kecemasan pascaoperasi lebih tinggi dibandingkan mereka yang menjalani persalinan normal. Hal ini dikaitkan dengan kurangnya kesiapan mental terhadap tindakan operasi mendadak¹⁷.

CPD dapat menyebabkan persalinan macet dan fetal distress jika tidak ditangani tepat waktu. Salah satu penanganan yang direkomendasikan adalah seksio sesaria, terutama pada kasus CPD absolut atau jika persalinan tidak menunjukkan kemajuan dalam waktu yang sesuai⁷. Hasil penelitian retrospektif yang dilakukan oleh Sutrisna, dkk. (2020) di RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta, menunjukkan bahwa CPD merupakan indikasi SC tersering yaitu sekitar 35% dari semua seksio¹⁵. Kasus Ny.H berdasarkan order dokter SpOG maka segera dilakukan persiapan untuk melaksanakan seksio sesaria. Adapapun persiapan sebelum operatif Ny.H diawali dengan persetujuan tertulis (informed consent, pemeriksaan laboratorium (Hb 12 gr/dl, leukosit 12.000 μ /L, trombosit 35.000 μ /L), puasa 6 jam sebelum tindakan elektif, pasang infus NaCl 0,9% 28 tetes/menit, pemasangan kateter foley. Setelah persiapan pre operasi dilaksanakan Ny. H. dibawa ke ruang operasi dan dilakukan anestesi spinal, bayi lahir perempuan, langsung menangis dengan BB 3.055 gram, PB 48 cm. Studi yang dilakukan Kurniawan, dkk. (2021) menunjukkan bahwa bayi yang lahir melalui seksio sesaria akibat CPD memiliki nilai Apgar lebih tinggi pada menit pertama dibandingkan bayi yang dilahirkan pervaginam setelah persalinan macet, namun lebih berisiko mengalami gangguan pernapasan transien neonatorum akibat tidak melalui proses pemerasan paru saat lahir¹⁷.

Penyelesaian kasus CPD dengan seksio sesaria akan menghindarkan ibu dari persalinan lama, macet dan berisiko baik perdarahan dan infeksi. Dampak CPD dengan seksio secaria pada bayi akan terhindar dari trauma lahir^{18,19}. Bayi CPD yang dilahirkan pervaginam berisiko mengalami trauma kepala, fraktur klavikula, atau hipoksia. Keputusan untuk melakukan seksio sesaria harus mempertimbangkan keamanan ibu dan bayi, serta dilakukan dengan indikasi medis yang jelas dan manajemen perinatal yang tepat²⁰.

KESIMPULAN

Panggul sempit merupakan salah satu penyebab utama *disproporsi sefalopelvik (Cephalopelvic Disproportion/CPD)* yang menghambat proses persalinan pervaginam. Dalam kondisi ini, tindakan seksio sesaria (operasi caesar) menjadi pilihan utama dan tepat untuk menyelamatkan nyawa ibu dan janin. Seksio sesaria merupakan metode efektif untuk menangani panggul sempit dan mencegah komplikasi obstetri yang membahayakan ibu dan bayi. Namun, tindakan ini juga dapat menimbulkan risiko komplikasi pascaoperasi, misalnya gangguan pernapasan neonatal, dan komplikasi kehamilan di masa mendatang. Oleh karena itu, seksio sesaria harus dilakukan berdasarkan indikasi medis yang kuat dan pada waktu yang tepat. Manajemen yang baik pada kehamilan termasuk deteksi dini panggul sempit, edukasi ibu hamil, dan pemantauan oleh tenaga Kesehatan/bidan selama ANC sangat penting untuk mencegah keterlambatan intervensi dan memastikan hasil persalinan yang optimal.

SARAN

1. Perlunya pemeriksaan kehamilan rutin dan deteksi dini yang dilakukan oleh tenaga Kesehatan/bidan untuk mengidentifikasi tanda-tanda disproporsi sefalopelvik (CPD) sedini mungkin.
2. Penyuluhan dan Edukasi tanda-tanda bahaya persalinan selama ANC terutama dengan faktor risiko (misalnya primigravida pendek, janin besar, riwayat seksio sebelumnya) dan prosedur seksio sesaria agar siap secara fisik dan mental.
3. Pengembangan kompetensi lewat pelatihan sangat diperlukan agar mampu mengenali tanda CPD sejak dini dan melakukan rujukan tepat waktu ke fasilitas rujukan, guna menghindari keterlambatan intervensi/penanganan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Direktur RSUD Al-Fatah Ambon dan Kepala Ruang kamar Bersalin yang telah mengizinkan untuk mengelola penatalaksanaan klien dalam studi kasus ini.

Referensi

1. Prawirohardjo S. Ilmu Kebidanan. (Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo,.; 2010
2. Manuaba. 2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB. (Penerbit Buku Kedokteran EGC
3. Fauziah A, Suyani. Gambaran Kehamilan Risiko Tinggi. Naskah Publ Fak Ilmu Kesehat Univ Aisyiyah. Published online 2021.
4. WHO, UNICEF, United Nations, Dep Econ Soc Aff Popul Div World Bank, 2015 Trends Matern Mortal 1990 to 2015 Estim by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Gr United Nations Popul Div. Published online 2015.
5. Astuti DW. Kejadian Sectio Caesarea Ditinjau Dari Disproporsi Kepala Panggul Dan Plasenta Previa.
6. Wiknjastro, Hanifa & Sarwono. 2011. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
7. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. 2022 *Williams Obstetrics*. 26th ed. New York: McGraw-Hill Education
8. Estu R, Sujiyatini S, Nur D. Gambaran Indikasi Ibu Bersalin Dengan Tindakan Seksio Caesarea. *J Kesehat Ibu dan Anak*. 2015;7(1):10-14.
9. Theresia Eriyani^{1*}, Iwan Shalahuddin² IM. Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Post Sectio Caesarea. *J Ipteks Terap*. 2017;11(1):109. doi:10.22216/jit.2017.v11i1.661
10. Saifuddin, A. B. 2012. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. (PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo,).
11. Prawirohardjo S. 2016. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
12. Muglia LJ. Maternal–Fetal Physiology. In: Creasy RK, Resnik R, Iams JD, Lockwood CJ, Moore T, editors. *Creasy and Resnik’s Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014.
13. World Health Organization (WHO). 2018. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization
14. Yanti Y, Kusmardi K, Sulistyarningsih A. 2020. *Faktor risiko disproporsi sefalopelvik pada persalinan pervaginam*. *J Kedokteran Brawijaya*.
15. Sutrisna, A., et al. 2020. *Faktor Penyebab Seksio Sesaria Di Rumah Sakit Rujukan*. *Jurnal Obstetri dan Ginekologi Indonesia*
16. Wahyuni, S., Rahmawati, D., & Utami, A. 2017. *Analisis Kejadian Panggul Sempit Sebagai Indikasi Seksio Sesaria Di Rumah Sakit Tipe B*. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*.
17. Kurniawan, A., Sari, D., & Hartati, S. 2021. *Efektivitas seksio sesaria dalam mencegah ruptur uteri pada kasus disproporsi sefalopelvik*. *Jurnal Obstetri & Ginekologi Indonesia*.
18. Pramono & Wiyati, 2021. *Buku Ajar Obstetri Patologi Seksio Sesaria*. FK Universitas Diponegoro.

19. Besari Pramono & Putri Sekar Wiyati. 2021. *Obstetri Patologi Seksio Sesaria*. Universitas Diponegoro.
20. Pramana. 2024. *Obstetri Patologi: Diagnosis & Tatalaksana*. Sagung Seto