

**BAGIAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
PROGRAM STUDI PROFESI DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA**

**LAPORAN KASUS
JUNI 2026**

**Anemia sedang pada pasien grandemultigravida yang belum
inpartu**



Oleh :

ANDI GINA FEBRIYANTI

111 2024 2133

Dokter Pembimbing Klinik :

Dr. dr. Trika Irianta, Sp.OG, Subsp. Urogin – RE

Residen Pembimbing Klinik :

dr. Anna Satria, S.Ked

**DIBAWAKAN DALAM RANGKA TUGAS KEPANITERAAN KLINIK BAGIAN
OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA
MAKASSAR
2026**

HALAMAN PENGESAHAN

Yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa:

Nama : Andi Gina Febriyanti

NIM : 111 2024 2133

Judul Laporan Kasus : Anemia sedang pada pasien
grandemultigravida yang belum inpartu

Adalah benar telah menyelesaikan Laporan Kasus serta telah disetujui dan telah dibacakan di hadapan supervisor pembimbing dalam rangka kepaniteraan klinik pada Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Muslim Indonesia.

Menyetujui,

Makassar, Juni 2026

Dokter Pembimbing Klinik,

Penulis,

Dr. dr. Trika Irianta, Sp.OG, Subsp. Urogin - RE

Andi Gina Febriyanti

Stb 111 2024 2133

KATA PENGANTAR

Segala puji dan rasa syukur penulis panjatkan kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta'ala, karena berkat limpahan rahmat, hidayah dan inayah-Nya maka referat 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.

Referat yang berjudul **“Anemia sedang pada pasien grandemultigravida yang belum inpartu”** ini disusun sebagai persyaratan untuk memenuhi kelengkapan bagian. Penulis mengucapkan rasa terimakasih sebesar-besarnya atas semua bantuan yang telah diberikan. Secara khusus rasa terimakasih tersebut penulis sampaikan kepada Dr. dr. Trika Irianta, Sp. OG, Subsp. Urogin - RE sebagai pembimbing yang sangat baik, sabar dan mau meluangkan waktunya dalam penulisan laporan kasus ini.

Terakhir saya sebagai penulis berharap, semoga referat ini dapat memberikan hal yang bermanfaat dan menambah wawasan bagi pembaca dan khususnya bagi penulis juga.

Makassar, Juni 2026

Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang secara umum berlangsung tanpa komplikasi, namun dapat berkembang menjadi kondisi patologis apabila terdapat faktor risiko maternal maupun fetal. Salah satu penyulit kehamilan yang memiliki implikasi klinis signifikan adalah malpresentasi janin, termasuk letak lintang, yang merupakan kondisi di mana sumbu panjang janin tegak lurus terhadap sumbu panjang ibu. Insidensi letak lintang pada kehamilan cukup rendah (0,3–0,5%), namun lebih sering ditemukan pada multiparitas tinggi, plasenta previa, kelainan uterus, dan ketuban yang berlebih ataupun kurang. Letak lintang pada usia kehamilan aterm adalah indikasi absolut untuk sectio caesarea, karena berisiko menyebabkan ruptur uteri, prolaps tali pusat, distosia, serta kegagalan persalinan pervaginam.

Pada kasus ini, pasien merupakan G7P6A0 usia kehamilan 39 minggu yang datang belum inpartu, tanpa adanya tanda-tanda persalinan dan dengan hasil pemeriksaan obstetri menunjukkan presentasi lintang. Kondisi ini sesuai literatur memerlukan penatalaksanaan operatif karena tidak memungkinkan terjadinya persalinan spontan. Selain malpresentasi, pasien juga memiliki anemia sedang, yang merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang paling sering ditemukan, terutama pada multipara. Anemia dalam kehamilan berhubungan dengan

peningkatan risiko persalinan operatif, inersia uteri, perdarahan postpartum, infeksi, hingga peningkatan morbiditas dan mortalitas maternal. WHO mendefinisikan anemia pada kehamilan sebagai kadar hemoglobin < 11 g/dL, dan anemia sedang berada pada kisaran 7–9,9 g/dL. Pada pasien ini tercatat nilai Hb preoperatif 10,3 g/dL dan postoperatif 8,8 g/dL.

Pasien dalam kasus ini juga merupakan multipara grande (G7) yang sudah menyelesaikan keinginannya untuk memiliki anak, dan bersedia menjadi akseptor kontak melalui tindakan tubektomi bilateral yang dilakukan bersamaan dengan sectio caesarea. Metode kontrasepsi mantap ini direkomendasikan pada wanita dengan paritas tinggi untuk mencegah risiko kehamilan berikutnya, yang dapat membawa risiko obstetri lebih besar seperti perdarahan postpartum, disfungsi uterus, dan peningkatan angka morbiditas. Berdasarkan kombinasi faktor klinis berupa kehamilan aterm, belum inpartu, letak lintang, anemia sedang, dan multiparitas, penatalaksanaan terbaik sesuai guideline obstetri adalah persalinan melalui sectio caesarea sekaligus tubektomi bilateral sesuai persetujuan pasien.

BAB II

LAPORAN KASUS

2.1 Identitas Pasien

Nama : Ny. R
Umur : 43 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Bumi Marina Asri Blok L No.5, Manokwari Barat
Agama : Islam
Status : Menikah
HPHT : 06/08/2025
TP : 13/05/2025
No. RM : 147535
Tgl. Masuk RS : 06 Mei 2026

2.2 Anamnesis

2.2.1 Keluhan Utama

-

2.2.2 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien perempuan usia 43 tahun datang ke IGD RSIA pada tanggal 06 Mei 2026 datang dengan pengantar dari DPJP rencana sc + tubektomi. Keluhan saat ini tidak ada. Pelepasan lendir (-), darah (-), dan air (-).

Keluhan lain seperti demam (-), nyeri kepala (-), pusing (-), mual (-), muntah (-), batuk (-), sesak (-), lemas (-). Nafsu makan minum baik. BAK BAB lancar kesan normal

2.2.3 Riwayat Penyakit Sebelumnya

Tidak ada riwayat HT, DM, asma, penyakit jantung, dan alergi.

2.2.4 Riwayat Penyakit Keluarga

Tidak ada riwayat HT, DM, asma, penyakit jantung, dan alergi di keluarga.

2.2.5 Riwayat Pengobatan

Tidak ada riwayat pengobatan.

2.2.6 Riwayat Menarche

Menarche pada usia 15 tahun, haid teratur, siklus 28 hari, lama haid 4-5 hari, rutin ganti pembalut 2-3 kali, tidak pernah mengalami nyeri saat haid.

2.2.7 Riwayat Menikah

Pernikahan 1 kali, 2006 - Sekarang

2.2.8 Riwayat Obstetri

1. 2008/Perempuan/aterm/3000/PPN/RS Papua/Sehat
2. 2010/Perempuan/preterm/2500/PPN/RS Papua/Meninggal
3. 2011/Perempuan/aterm/3200/PPN/RS Papua/Sehat
4. 2013/Perempuan/aterm/3000/PPN/RS Papua/Sehat
5. 2017/Laki-laki/aterm/3000/PPN/RS Papua/Sehat
6. 2022/Perempuan/aterm/3100/PPN/RS Kartini/Sehat
7. 2026/kehamilan sekarang

2.2.9 Riwayat Kontrasepsi

Suntik 3 bulan

2.3 Pemeriksaan Fisik

2.3.1 Keadaan Umum

Sakit Sedang

2.3.2 Tanda-Tanda Vital

- 1) Tekanan Darah : 114/71 mmHg
- 2) Nadi : 86x/menit
- 3) Suhu : 36.5°C
- 4) Pernapasan : 20x/menit
- 5) SpO2 : 99%

2.3.3 Status Gizi

- 1) Berat Badan : 53 kg (Sebelum hamil 45 Kg)
- 2) Tinggi Badan : 155 cm
- 3) IMT : 18,7 kg/m² (Normoweight)

2.3.4 Pemeriksaan Status Generalis

Pemeriksaan Kepala dan Leher

- Kepala : Bentuk normocephal, simetris, tidak ada deformitas,
- Mata : Konjungtiva anemis (+/+), sklera ikterik (-/-)
- Hidung : Normal, darah (-), discharge (-)
- Telinga : Normal, darah (-), discharge (-)
- Leher : Leher simetris, pembesaran KGB (-)

Pemeriksaan Thorax

- Inspeksi : Bentuk dada normochest, Retraksi (-)
- Palpasi : Nyeri tekan (-), vocal fremitus simetris kiri dan kanan
- Perkusi : Sonor kedua lapangan paru
- Auskultasi : Bunyi paru vesikuler, Rhonki (-/-), Wheezing (-/-)

Pemeriksaan Jantung

- Inspeksi : Ictus cordis tidak terlihat
- Palpasi : Ictus cordis tidak teraba
- Perkusi : Batas jantung dalam batas normal
- Auskultasi : Bunyi jantung I dan II reguler, murmur (-), gallop (-)

Pemeriksaan Abdomen

- Inspeksi : Jejas (-), distensi (-)
- Auskultasi : Peristaltik usus (+) kesan normal
- Perkusi : Timpani seluruh abdomen
- Palpasi : Nyeri tekan abdomen (-)

Pemeriksaan Luar

- Tinggi fundus uteri: 30 cm
- Lingkar perut: 93 cm
- Taksiran berat janin luar: 2790 gr
- Situs: memanjang
- Punggung: kiri
- Denyut jantung janin: 144 x/i
- HIS: tidak ada
- Bagian terbawah: kepala

- Perlimaan: 5/5
- Anak kesan Tunggal
- Gerakan anak aktif dirasakan ibu

Pemeriksaan Dalam Vagina

- Tidak dilakukan

2.4 Pemeriksaan Penunjang

A. Pemeriksaan Laboratorium

	Hasil	Nilai Rujukan
WBC	12.2 x 10 ³ /uL	4.0 – 10.0
RBC	3.68 x 10 ⁶ /uL	4.0 – 6.0
HGB	7.1 g/dl	12.0 – 16.0
HCT	21.7 %	37.0 – 48.0
MCV	59.1 fL	80.0 – 97.0
MCH	19.2 pg	26.5 – 33.5
MCHC	32.5 g/dl	31.5 – 35.0
PLT	410 x 10 ³ /uL	150 – 400
HBsAg	Non Reaktif	Non Reaktif
Sifilis	Non Reaktif	Non Reaktif
HIV	Non Reaktif	Non Reaktif

B. Pemeriksaan Laboratorium Post Transfusi

	Hasil	Nilai Rujukan
WBC	9.52 x 10 ³ /uL	4.0 – 10.0
RBC	4.04 x 10 ⁶ /uL	4.0 – 6.0
HGB	8.8 g/dl	12.0 – 16.0
HCT	25.4 %	37.0 – 48.0
MCV	63.1 fL	80.0 – 97.0
MCH	22.0 pg	26.5 – 33.5
MCHC	34.8 g/dl	31.5 – 35.0
PLT	360 x 10 ³ /uL	150 – 400

2.5 Diagnosis

Diagnosis masuk : G7P6A0 Gravid Aterm + Letak lintang + anemia sedang + calon akseptor kontap

Diagnosis post partum : partus aterm perabdominal + letak lintang + anemia sedang + akseptor kontap

Outcome Bayi Lahir :

Jenis Kelamin : Laki-Laki

BBL : 2850 gram

PBL : 48 cm

A/S : 8/10

2.6 Tatalaksana

A. Preoperatif

Pasien direncanakan menjalani Sectio Caesarea Transperitoneal Profunda (SSTP) disertai tubektomi bilateral karena letak lintang pada kehamilan aterm dan pasien merupakan calon akseptor kontap.

Dilakukan persiapan operasi berupa:

- Informed consent tindakan operasi
- Konsultasi anestesi
- Persiapan kamar operasi
- Persiapan darah 2 kantong PRC
- Transfusi 2 kantong PRC karena Hb awal 7,1 g/dL
- Pemeriksaan Hb pasca transfusi
- Puasa preoperatif 6 jam

Premedikasi:

- Cefotaxime 2 g IV 1 jam sebelum operasi
- Deksametason 10 mg IV
- Ondansetron 8 mg IV
- Omeprazole 40 mg IV
- Asam traneksamat 1 g IV
- Pragesol 1 g IV

B. Intraoperatif

Dilakukan:

- Sectio Caesarea Transperitoneal Profunda (SSTP)
- Tubektomi bilateral (kontap)
- Anestesi spinal (Subarachnoid Block/SAB)
- Operator: dr. M. Hamsah, Sp. OG, M. Kes
- Anestesiolog: Prof. Dr. dr. Muh. Ramli Ahmad, Sp. An (KAP-KMN)

C. Postoperatif

Monitoring:

- Observasi keadaan umum Observasi
- tanda-tanda vital
- Observasi kontraksi uterus
- Observasi perdarahan postpartum
- Pemantauan produksi urin
- Pemeriksaan darah rutin 6 jam pasca operasi

Terapi cairan dan obat:

- RL 500 mL + Oksitosin 20 IU 28 tpm
- Cefotaxime 1 g IV/12 jam
- Asam traneksamat 500 mg IV/8 jam
- Ranitidin 50 mg IV/8 jam
- Pragesol 1 g IV/8 jam
- Parasetamol 500 mg oral/6 jam

Hari pertama pasca operasi:

- Mobilisasi dini
- Diet tinggi protein dan tinggi serat
- Edukasi personal hygiene
- Monitoring perdarahan dan involusi uterus

D. Terapi Saat Pulang Setelah kondisi stabil, terapi dilanjutkan dengan:

- Cefadroxil 500 mg 2×1
- Asam mefenamat 500 mg 3×1
- Sulfat ferosus (SF) 200 mg 1×1
- Vitamin C 50 mg 1×1
- Mobilisasi aktif Edukasi nutrisi tinggi protein dan serat

BAB III

PEMBAHASAN

3.1 Definisi

Kehamilan aterm adalah kehamilan yang berlangsung antara usia kehamilan 37 minggu 0 hari hingga 41 minggu 6 hari. Pada usia kehamilan ini organ-organ janin telah matang sehingga siap untuk dilahirkan. Pasien dalam laporan kasus ini merupakan G7P6A0 dengan usia kehamilan 39 minggu berdasarkan perhitungan usia kehamilan dari HPHT dan pemeriksaan antenatal yang telah dilakukan sebelumnya. Dengan demikian, usia kehamilan pasien termasuk dalam kategori kehamilan aterm. Kehamilan aterm merupakan waktu yang ideal untuk persalinan karena angka morbiditas dan mortalitas neonatal lebih rendah dibandingkan persalinan preterm. Namun demikian, adanya komplikasi obstetri seperti malpresentasi janin dapat menyebabkan persalinan tidak dapat berlangsung secara spontan dan memerlukan tindakan operatif.

Letak lintang merupakan keadaan dimana sumbu panjang janin tegak lurus terhadap sumbu panjang ibu. Pada pemeriksaan Leopold umumnya tidak ditemukan bagian terendah janin yang masuk pintu atas panggul, sedangkan kepala dan bokong teraba pada sisi lateral abdomen ibu. Insidensi letak lintang sekitar 0,3–0,5% dari seluruh persalinan. Faktor risiko yang berhubungan dengan letak lintang antara lain multiparitas, plasenta previa, hidramnion, kelainan bentuk uterus, panggul sempit, dan kehamilan ganda. Pada kasus ini pasien merupakan grandemultipara (G7P6A0) yang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya letak lintang. Berdasarkan hasil pemeriksaan obstetri pada pasien ditemukan presentasi lintang dengan usia kehamilan 39 minggu dan belum inpartu. Kondisi ini sesuai dengan teori bahwa letak lintang pada kehamilan aterm merupakan indikasi absolut untuk dilakukan seksio sesarea karena persalinan pervaginam tidak mungkin berlangsung secara aman.

Apabila persalinan dipaksakan pervaginam pada letak lintang, dapat terjadi komplikasi berupa prolaps tali pusat, ruptur uteri, partus macet, hipoksia janin, hingga kematian ibu dan janin. Oleh karena itu, pada pasien ini diputuskan untuk dilakukan Sectio Caesarea Transperitoneal Profunda (SSTP) sesuai standar tata laksana obstetri modern.

Anemia dalam kehamilan didefinisikan oleh WHO sebagai kadar hemoglobin <11 g/dL, sedangkan anemia berat adalah Hb <7 g/dL. Anemia pada kehamilan paling sering disebabkan oleh defisiensi besi akibat peningkatan kebutuhan selama kehamilan. Dalam konteks persalinan, anemia berat merupakan faktor risiko utama terjadinya komplikasi maternal karena rendahnya cadangan fisiologis terhadap kehilangan darah saat persalinan.

3.2 Etiologi

Letak lintang merupakan salah satu bentuk malpresentasi janin yang terjadi ketika sumbu panjang janin berada tegak lurus terhadap sumbu panjang ibu. Kondisi ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor maternal maupun fetal, antara lain multiparitas, plasenta previa, kelainan bentuk uterus, hidramnion, oligohidramnion, kehamilan ganda, serta panggul sempit. Pada multiparitas, terutama grandemultipara, terjadi penurunan tonus otot uterus dan dinding abdomen sehingga kemampuan uterus mempertahankan posisi longitudinal janin menjadi berkurang. Akibatnya janin lebih mudah bergerak dan menetap dalam posisi abnormal seperti letak lintang. Pada kasus ini, pasien merupakan G7P6A0 yang termasuk grandemultipara sehingga merupakan faktor risiko utama terjadinya letak lintang.

Anemia pada kehamilan paling sering disebabkan oleh defisiensi besi akibat peningkatan kebutuhan eritropoiesis, peningkatan volume plasma yang lebih besar dibandingkan peningkatan massa eritrosit (hemodilusi fisiologis), serta asupan zat besi yang tidak mencukupi. Selama kehamilan dibutuhkan sekitar 1000 mg zat besi tambahan untuk menunjang pertumbuhan janin, plasenta, peningkatan massa eritrosit ibu, dan kompensasi kehilangan darah saat persalinan.

Selain defisiensi besi, anemia pada kehamilan juga dapat disebabkan oleh defisiensi asam folat, defisiensi vitamin B12, penyakit kronik, infeksi, hemoglobinopati, dan perdarahan kronis. Pada pasien ini didapatkan kadar hemoglobin awal sebesar 7,1 g/dL yang termasuk anemia sedang mendekati berat. Riwayat multiparitas tinggi diduga berkontribusi terhadap berkurangnya cadangan besi tubuh akibat kehamilan dan persalinan yang berulang.

Selain itu, status grandemultipara sendiri merupakan faktor risiko penting dalam obstetri karena berhubungan dengan peningkatan kejadian anemia, malpresentasi janin, perdarahan postpartum, atonia uteri, dan kebutuhan tindakan operatif.

Oleh karena itu, kombinasi grandemultiparitas, letak lintang, dan anemia sedang pada pasien ini merupakan kondisi berisiko tinggi yang memerlukan penatalaksanaan komprehensif untuk mencegah komplikasi maternal maupun perinatal.

3.3 Epidemiologi

Banyak Anemia pada ibu hamil merupakan masalah kesehatan masyarakat yang signifikan di tingkat global dan nasional. Laporan dari World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa prevalensi anemia pada ibu hamil di seluruh dunia masih tinggi, yaitu sekitar 36–40%, terutama di negara berkembang dengan akses pelayanan kesehatan yang masih terbatas dan masalah nutrisi yang meluas (Global anaemia estimates, WHO). Berdasarkan data Riset 2 Kesehatan Dasar (Riskesdas) dari tahun 2013 sampai dengan 2018 menunjukkan proporsi anemia pada ibu hamil mengalami peningkatan yaitu dari 37,1% menjadi 48,9% sedangkan target RPJMN tahun 2019 sebesar 28%. Kemudian, laporan data hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 terjadi penurunan kejadian anemia pada ibu hamil sebesar 21,2% yaitu 27,7% anemia pada ibu hamil.^{10,11}

Di wilayah Indonesia bagian timur prevalensi kejadian anemia pada ibu hamil di Sulawesi Selatan pada tahun 2020 berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan menunjukkan anemia pada ibu hamil

sebesar 6,37% dengan kelompok umur 15-24 tahun sebesar 6,91% dan kelompok umur 25-34 tahun sebesar 6,91%. Sementara itu, hasil SKI tahun 2023 berdasarkan provinsi Sulawesi Selatan dari data ibu hamil KEK adalah 30,3% dan yang mengalami anemia sebanyak 7,3%. Kondisi ini menunjukkan bahwa masalah gizi pada ibu hamil, termasuk anemia, masih menjadi tantangan kesehatan maternal yang memerlukan perhatian melalui skrining rutin, edukasi gizi, serta pemberian suplementasi zat besi selama kehamilan untuk mencegah terjadinya komplikasi obstetri dan neonatal.

3.4 Klasifikasi Diagnosis

Berdasarkan usia kehamilan, pasien termasuk dalam kategori kehamilan aterm. Menurut American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), kehamilan aterm dibagi menjadi early term (37 minggu 0 hari sampai 38 minggu 6 hari), full term (39 minggu 0 hari sampai 40 minggu 6 hari), late term (41 minggu 0 hari sampai 41 minggu 6 hari), dan postterm (≥ 42 minggu). Dengan usia kehamilan 39 minggu, pasien termasuk kategori full term pregnancy. Kehamilan aterm merupakan periode optimal untuk persalinan karena sebagian besar organ janin, terutama sistem pernapasan, neurologis, dan metabolik telah mencapai maturitas yang baik sehingga risiko komplikasi neonatal lebih rendah dibandingkan kehamilan preterm.^{3,6}

Selain usia kehamilan, diagnosis utama pada kasus ini adalah letak lintang (transverse lie). Letak lintang merupakan keadaan ketika sumbu panjang janin berada tegak lurus terhadap sumbu panjang ibu. Pada kondisi ini tidak terdapat bagian presentasi janin yang dapat memasuki pintu atas panggul sehingga persalinan pervaginam tidak dapat berlangsung secara normal. Insidensi letak lintang pada kehamilan aterm berkisar kurang dari 1% dari seluruh persalinan, namun angka kejadiannya meningkat pada ibu multipara dan grandemultipara. Secara klinis, letak lintang dapat ditegakkan melalui pemeriksaan Leopold dan dikonfirmasi dengan ultrasonografi. Pada pemeriksaan abdomen biasanya kepala janin teraba pada salah satu sisi abdomen ibu, bokong pada sisi yang berlawanan, sedangkan bagian terbawah janin tidak teraba memasuki pintu atas panggul. Pemeriksaan ultrasonografi berperan penting dalam memastikan posisi janin, lokasi plasenta, jumlah cairan ketuban, serta kondisi janin sebelum dilakukan terminasi kehamilan.³

Pasien juga termasuk dalam kelompok grandemultipara karena memiliki riwayat enam kali persalinan sebelumnya (G7P6A0). Grandemultiparitas didefinisikan sebagai wanita yang telah melahirkan lima kali atau lebih setelah usia viabilitas. Kondisi ini diketahui berhubungan dengan

peningkatan risiko komplikasi obstetri seperti anemia, malpresentasi janin, atonia uteri, perdarahan postpartum, dan kebutuhan tindakan operatif. Penurunan tonus otot uterus akibat kehamilan berulang diduga menjadi salah satu faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya letak lintang pada pasien ini.³

Diagnosis lain yang ditemukan pada pasien adalah anemia sedang dalam kehamilan. Menurut World Health Organization (WHO), anemia pada kehamilan didefinisikan sebagai kadar hemoglobin kurang dari 11 g/dL. Anemia diklasifikasikan menjadi anemia ringan (Hb 10–10,9 g/dL), anemia sedang (Hb 7–9,9 g/dL), dan anemia berat (Hb <7 g/dL). Pada kasus ini kadar hemoglobin awal pasien sebesar 7,1 g/dL sehingga termasuk dalam kategori anemia sedang.¹

Selama kehamilan terjadi peningkatan volume plasma sekitar 40–50% dan peningkatan massa eritrosit sekitar 20–30%. Peningkatan volume plasma yang lebih besar dibandingkan peningkatan massa eritrosit menyebabkan terjadinya hemodilusi fisiologis yang berkontribusi terhadap penurunan kadar hemoglobin. Namun, apabila kebutuhan zat besi tidak terpenuhi, kondisi tersebut dapat berkembang menjadi anemia defisiensi besi yang merupakan penyebab tersering anemia pada kehamilan.²

Anemia pada kehamilan memiliki implikasi penting terhadap kondisi maternal maupun perinatal. Kadar hemoglobin yang rendah dapat menyebabkan penurunan kapasitas transport oksigen, meningkatkan risiko kelelahan maternal, infeksi, perdarahan postpartum, gangguan penyembuhan luka, serta meningkatkan risiko komplikasi selama tindakan operatif. Oleh karena itu, pada pasien ini dilakukan koreksi anemia melalui transfusi Packed Red Cell (PRC) sebelum operasi sehingga kadar hemoglobin meningkat dari 7,1 g/dL menjadi 10,3 g/dL sebelum dilakukan seksio sesarea.⁴

Secara keseluruhan, kombinasi kehamilan aterm, letak lintang, grandemultiparitas, dan anemia sedang menempatkan pasien pada kelompok kehamilan risiko tinggi yang memerlukan pemantauan ketat dan penatalaksanaan yang tepat. Oleh karena itu, terminasi kehamilan melalui

Sectio Caesarea Transperitoneal Profunda (SSTP) disertai tubektomi bilateral sebagai metode kontrasepsi mantap merupakan pilihan yang sesuai untuk mencegah komplikasi maternal maupun perinatal.

3.5 Patomekanisme

Patomekanisme pada kasus G7P6A0 usia kehamilan 39 minggu dengan letak lintang disertai anemia sedang melibatkan interaksi antara perubahan fisiologis kehamilan, efek multiparitas terhadap uterus, serta gangguan kapasitas transport oksigen akibat anemia. Pada kehamilan normal terjadi peningkatan volume plasma sekitar 40–50% dan peningkatan massa eritrosit sekitar 20–30% untuk memenuhi kebutuhan metabolik ibu dan janin. Karena peningkatan volume plasma lebih besar dibandingkan peningkatan massa eritrosit, terjadi hemodilusi fisiologis yang menyebabkan penurunan kadar hemoglobin selama kehamilan. Apabila kebutuhan zat besi tidak terpenuhi, proses eritropoiesis menjadi terganggu dan dapat menyebabkan anemia defisiensi besi.

Pada kasus ini, pasien memiliki status obstetri G7P6A0 yang termasuk grandemultipara. Kehamilan dan persalinan yang berulang menyebabkan peregangan berulang pada serabut otot uterus dan dinding abdomen sehingga tonus uterus menjadi berkurang. Penurunan tonus tersebut mengakibatkan kemampuan uterus mempertahankan posisi longitudinal janin menjadi menurun. Akibatnya, janin lebih mudah mengalami malpresentasi, termasuk letak lintang, terutama menjelang persalinan.

Pada letak lintang, sumbu panjang janin berada tegak lurus terhadap sumbu panjang ibu sehingga tidak terdapat bagian presentasi yang dapat memasuki pintu atas panggul. Tidak adanya bagian terendah yang berfungsi sebagai pembuka jalan lahir menyebabkan mekanisme persalinan normal tidak dapat berlangsung. Apabila persalinan pervaginam dipaksakan, dapat terjadi komplikasi berupa prolaps tali pusat, partus macet, ruptur uteri, infeksi, hingga kematian janin. Oleh karena itu, letak lintang pada kehamilan aterm merupakan indikasi absolut untuk terminasi kehamilan melalui seksio sesarea.

Selain letak lintang, pasien juga mengalami anemia sedang dengan kadar

hemoglobin awal sebesar 7,1 g/dL. Anemia menyebabkan berkurangnya kapasitas darah dalam mengangkut oksigen ke jaringan. Pada tingkat seluler, penurunan hemoglobin akan mengurangi suplai oksigen ke berbagai organ sehingga tubuh melakukan mekanisme kompensasi berupa peningkatan curah jantung, peningkatan frekuensi denyut jantung, serta redistribusi aliran darah ke organ-organ vital. Pada kehamilan, kondisi ini dapat meningkatkan beban kerja sistem kardiovaskular maternal dan menurunkan cadangan fisiologis tubuh saat menghadapi tindakan operasi maupun kehilangan darah selama persalinan.

Kehamilan multipel yang berulang juga berkontribusi terhadap terjadinya anemia melalui mekanisme deplesi cadangan besi tubuh. Setiap kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk pembentukan plasenta, pertumbuhan janin, peningkatan massa eritrosit maternal, serta kompensasi kehilangan darah saat persalinan. Apabila interval antar kehamilan tidak cukup untuk mengembalikan cadangan besi tubuh, maka risiko terjadinya anemia akan meningkat pada kehamilan berikutnya. Kondisi ini diduga berperan dalam terjadinya anemia pada pasien.

Untuk memperbaiki kapasitas transport oksigen dan menurunkan risiko komplikasi perioperatif, dilakukan transfusi Packed Red Cell (PRC) sebanyak dua kantong sebelum tindakan operasi. Setelah transfusi, kadar hemoglobin meningkat dari 7,1 g/dL menjadi 10,3 g/dL sehingga kondisi pasien lebih optimal untuk menjalani seksio sesarea. Tindakan ini sesuai dengan prinsip manajemen anemia pada kehamilan yang bertujuan meningkatkan oksigenasi jaringan dan mengurangi risiko komplikasi maternal.

Dengan demikian, patomekanisme pada kasus ini diawali oleh grandemultiparitas yang menyebabkan penurunan tonus uterus sehingga meningkatkan risiko terjadinya letak lintang. Di sisi lain, kehamilan dan persalinan berulang menyebabkan berkurangnya cadangan zat besi maternal yang berkontribusi terhadap terjadinya anemia sedang. Kombinasi kedua kondisi tersebut menempatkan pasien pada kelompok kehamilan risiko tinggi yang memerlukan optimalisasi kondisi maternal dan terminasi kehamilan melalui seksio sesarea untuk mencegah komplikasi maternal maupun

perinatal.^{1,2,3}

3.6 Hubungan Grandemultiparitas dan Anemia dengan Letak Lintang pada Kehamilan Aterm

Grandemultiparitas merupakan salah satu faktor risiko yang berperan penting dalam terjadinya berbagai komplikasi obstetri, termasuk malpresentasi janin dan anemia selama kehamilan. Grandemultipara didefinisikan sebagai wanita yang telah melahirkan lima kali atau lebih setelah usia kehamilan viabel. Pada kasus ini, pasien memiliki status obstetri G7P6A0 yang menunjukkan bahwa pasien termasuk dalam kelompok grandemultipara. Kondisi ini diketahui berhubungan dengan peningkatan risiko terjadinya letak lintang akibat perubahan anatomi dan fisiologi uterus yang terjadi setelah kehamilan dan persalinan berulang.

Pada wanita dengan multiparitas tinggi terjadi penurunan tonus otot uterus dan dinding abdomen sehingga kemampuan uterus untuk mempertahankan posisi longitudinal janin menjadi berkurang. Relaksasi otot uterus yang berlebihan menyebabkan janin memiliki ruang gerak yang lebih luas dan lebih mudah menetap dalam posisi abnormal seperti letak lintang. Selain itu, peregangan berulang pada segmen bawah rahim dan jaringan penyangga uterus dapat menyebabkan gangguan mekanisme adaptasi posisi janin menjelang persalinan. Akibatnya, bagian presentasi janin tidak dapat memasuki pintu atas panggul sehingga persalinan pervaginam tidak memungkinkan untuk dilakukan.

Selain meningkatkan risiko malpresentasi, grandemultiparitas juga berhubungan dengan meningkatnya kejadian anemia pada kehamilan. Kehamilan dan persalinan yang berulang menyebabkan cadangan zat besi maternal berkurang secara progresif, terutama apabila jarak antar kehamilan tidak cukup untuk memulihkan kembali simpanan besi tubuh. Selama kehamilan, kebutuhan zat besi meningkat untuk menunjang pertumbuhan janin, perkembangan plasenta, peningkatan volume darah maternal, serta persiapan menghadapi kehilangan darah saat persalinan. Apabila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, maka akan terjadi anemia yang ditandai dengan penurunan kadar hemoglobin.

Pada kasus ini ditemukan kadar hemoglobin awal sebesar 7,1 g/dL yang termasuk kategori anemia sedang menurut klasifikasi World Health Organization (WHO). Kondisi anemia menyebabkan kemampuan darah mengangkut oksigen menjadi berkurang sehingga meningkatkan risiko hipoksia jaringan maternal, gangguan penyembuhan luka, serta peningkatan risiko komplikasi selama tindakan operatif. Oleh karena itu, sebelum dilakukan terminasi kehamilan melalui seksio sesarea, pasien terlebih dahulu mendapatkan transfusi Packed Red Cell (PRC) sebanyak dua kantong untuk memperbaiki kondisi hematologis dan meningkatkan kapasitas transport oksigen.

Kombinasi antara grandemultiparitas, letak lintang, dan anemia sedang pada pasien ini menunjukkan adanya keterkaitan faktor risiko yang saling memengaruhi. Grandemultiparitas berperan dalam terjadinya malpresentasi janin serta berkontribusi terhadap berkurangnya cadangan zat besi maternal yang akhirnya menyebabkan anemia. Kondisi tersebut menempatkan pasien pada kelompok kehamilan risiko tinggi yang memerlukan pemantauan ketat selama periode antenatal maupun peripartum. Oleh karena itu, penatalaksanaan yang diberikan berupa koreksi anemia sebelum operasi, terminasi kehamilan melalui Sectio Caesarea Transperitoneal Profunda (SSTP), serta tubektomi bilateral sebagai kontrasepsi mantap merupakan pilihan yang tepat dan sesuai dengan prinsip evidence-based obstetrics.

Dengan demikian, kasus ini menegaskan bahwa grandemultiparitas merupakan faktor risiko penting yang dapat meningkatkan kejadian malpresentasi janin dan anemia selama kehamilan. Deteksi dini melalui antenatal care yang adekuat, skrining hemoglobin secara berkala, serta penentuan metode persalinan yang tepat sangat diperlukan untuk mencegah komplikasi maternal dan perinatal serta meningkatkan luaran kehamilan yang lebih baik.^{1,2,3}

3.7 Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik

Anamnesis merupakan langkah awal yang sangat penting dalam evaluasi pasien obstetri karena sebagian besar informasi diagnostik diperoleh

melalui wawancara yang sistematis dan terarah. Menurut Williams Obstetrics, anamnesis yang komprehensif meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat obstetri, riwayat menstruasi, riwayat antenatal care (ANC), serta riwayat penyakit dahulu, keluarga, dan sosial.

Pada kasus ini pasien merupakan G7P6A0 dengan usia kehamilan 39 minggu. Status gravida dan paritas menunjukkan bahwa pasien termasuk grandemultipara, yaitu wanita yang telah melahirkan lima kali atau lebih. Grandemultiparitas diketahui berhubungan dengan peningkatan risiko komplikasi obstetri seperti malpresentasi janin, anemia, atonia uteri, dan perdarahan postpartum.

Keluhan utama pada pasien harus dievaluasi secara cermat karena menjadi dasar dalam proses penegakan diagnosis. Pada kasus ini pasien datang untuk kontrol menjelang persalinan dan tidak ditemukan tanda-tanda persalinan aktif seperti kontraksi uterus yang teratur, pengeluaran lendir bercampur darah (bloody show), maupun pecahnya ketuban. Pasien juga tidak mengeluhkan perdarahan pervaginam, nyeri perut hebat, sakit kepala, gangguan penglihatan, maupun penurunan gerakan janin. Tidak ditemukannya tanda-tanda tersebut menunjukkan bahwa pasien masih berada dalam kondisi belum inpartu.

Riwayat obstetri merupakan bagian penting dalam anamnesis karena memberikan gambaran risiko kehamilan saat ini. Pada pasien ini didapatkan status obstetri G7P6A0 yang menunjukkan riwayat enam kali persalinan sebelumnya tanpa riwayat abortus. Multiparitas tinggi diketahui dapat menyebabkan relaksasi otot uterus dan dinding abdomen sehingga meningkatkan risiko terjadinya malpresentasi janin, termasuk letak lintang.

Selain itu, kehamilan dan persalinan yang berulang juga dapat menyebabkan berkurangnya cadangan zat besi tubuh sehingga meningkatkan risiko anemia selama kehamilan.

Riwayat antenatal care (ANC) juga perlu dievaluasi untuk menilai kualitas pemantauan kehamilan. Menurut rekomendasi World Health Organization (WHO), ibu hamil dianjurkan menjalani minimal delapan kali kunjungan antenatal selama kehamilan untuk mendeteksi dini komplikasi maternal

maupun fetal.

Melalui pemeriksaan antenatal yang rutin, kondisi letak lintang dan anemia pada pasien dapat dikenali sebelum timbul komplikasi yang lebih berat. Pemeriksaan fisik pada pasien obstetri dilakukan secara sistematis mulai dari pemeriksaan umum hingga pemeriksaan obstetri. Pada pemeriksaan umum dinilai keadaan umum, tingkat kesadaran, serta tanda-tanda vital. Tekanan darah normal pada kehamilan berkisar antara 90/60 mmHg hingga 120/80 mmHg, frekuensi nadi 60–100 kali per menit, frekuensi napas 16–24 kali per menit, dan suhu tubuh 36,5–37,5°C.

Pada kasus ini kondisi umum pasien dalam keadaan baik dan tidak ditemukan tanda-tanda gangguan hemodinamik. Pada pemeriksaan status generalisata dilakukan evaluasi konjungtiva dan sklera. Konjungtiva pucat dapat mengarah pada anemia, sedangkan sklera ikterik dapat menunjukkan adanya gangguan hepatobilier atau hemolisis. Pada pasien ini pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin awal sebesar 7,1 g/dL yang termasuk anemia sedang mendekati berat menurut klasifikasi WHO.

Kondisi ini mendukung kemungkinan ditemukannya konjungtiva anemiia pada pemeriksaan fisik. Pemeriksaan abdomen merupakan pemeriksaan utama dalam evaluasi obstetri. Inspeksi dilakukan untuk menilai bentuk dan ukuran abdomen yang harus sesuai dengan usia kehamilan. Selanjutnya dilakukan palpasi menggunakan manuver Leopold I–IV untuk menentukan letak, posisi, presentasi, dan penurunan bagian terbawah janin. Pada kasus ini ditemukan gambaran yang sesuai dengan letak lintang, yaitu sumbu panjang janin berada tegak lurus terhadap sumbu panjang ibu sehingga tidak ditemukan bagian presentasi yang memasuki pintu atas panggul. Diagnosis kemudian dikonfirmasi melalui pemeriksaan ultrasonografi.

Auskultasi dilakukan untuk menilai denyut jantung janin (DJJ). Denyut jantung janin normal berkisar antara 110–160 kali per menit dan merupakan indikator penting kesejahteraan janin intrauterin. Tidak ditemukannya kelainan DJJ menunjukkan bahwa kondisi janin masih dalam keadaan baik sebelum dilakukan terminasi kehamilan.

Pemeriksaan ekstremitas bertujuan untuk menilai adanya edema, varises,

maupun kelainan vaskular lainnya. Edema ringan pada trimester ketiga masih dapat ditemukan secara fisiologis, namun edema yang disertai hipertensi perlu dicurigai sebagai tanda preeklamsia. Pada kasus ini tidak ditemukan tanda-tanda yang mengarah pada gangguan hipertensi dalam kehamilan. Secara keseluruhan, integrasi antara anamnesis dan pemeriksaan fisik pada pasien ini mengarahkan diagnosis kepada kehamilan aterm dengan letak lintang disertai anemia sedang pada grandemultipara. Temuan tersebut menjadi dasar dalam penentuan tatalaksana berupa optimalisasi kondisi hematologis melalui transfusi darah sebelum dilakukan Sectio Caesarea Transperitoneal Profunda (SSTP) disertai tubektomi bilateral sebagai metode kontrasepsi mantap.^{3,1}

3.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien dengan G7P6A0 usia kehamilan 39 minggu, belum inpartu, letak lintang, dan anemia sedang bertujuan untuk menegakkan diagnosis, menilai kondisi maternal dan janin, menentukan derajat anemia, serta mempersiapkan tindakan operatif yang akan dilakukan. Pemeriksaan yang dilakukan meliputi pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan obstetri. Pemeriksaan laboratorium yang paling penting pada kasus ini adalah pemeriksaan darah lengkap. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai kadar hemoglobin, hematokrit, jumlah eritrosit, leukosit, trombosit, serta indeks eritrosit. Menurut World Health Organization (WHO), anemia pada kehamilan didefinisikan sebagai kadar hemoglobin kurang dari 11 g/dL, sedangkan anemia sedang berada pada rentang 7–9,9 g/dL.²

Pada kasus ini didapatkan kadar hemoglobin awal sebesar 7,1 g/dL sehingga pasien termasuk dalam kategori anemia sedang mendekati berat. Setelah dilakukan transfusi Packed Red Cell (PRC) sebanyak dua kantong, kadar hemoglobin meningkat menjadi 10,3 g/dL. Pemeriksaan ulang pascaoperasi menunjukkan kadar hemoglobin sebesar 8,8 g/dL. Hasil tersebut menunjukkan adanya perbaikan kondisi hematologis sehingga pasien dinilai lebih siap menjalani tindakan operasi.⁵

Selain pemeriksaan darah lengkap, dilakukan pula pemeriksaan golongan darah dan uji silang serasi (crossmatch). Pemeriksaan ini penting untuk mempersiapkan kemungkinan kebutuhan transfusi darah selama maupun

setelah operasi, terutama pada pasien dengan anemia dan risiko perdarahan obstetri. Pemeriksaan crossmatch bertujuan memastikan kompatibilitas darah donor dengan darah resipien sehingga dapat meminimalkan risiko reaksi transfusi.⁵

Pemeriksaan obstetri dilakukan melalui palpasi Leopold dan ultrasonografi (USG). Pada pemeriksaan Leopold ditemukan bagian presentasi janin tidak berada pada pintu atas panggul dan didapatkan gambaran yang mengarah pada letak lintang. Pemeriksaan USG berperan penting untuk mengonfirmasi posisi janin, menentukan usia kehamilan, menilai taksiran berat janin, jumlah cairan ketuban, lokasi plasenta, serta memastikan kondisi janin sebelum dilakukan terminasi kehamilan.³

Pemantauan kesejahteraan janin dilakukan melalui pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ). Denyut jantung janin normal berkisar antara 110–160 kali per menit dan merupakan indikator penting untuk menilai kondisi janin intrauterin. Pada pasien ini tidak ditemukan tanda-tanda fetal distress sehingga terminasi kehamilan dapat dilakukan secara terencana setelah kondisi maternal dioptimalkan.³

Dengan demikian, pemeriksaan penunjang pada kasus ini tidak hanya berperan dalam menegakkan diagnosis letak lintang dan anemia sedang, tetapi juga menjadi dasar dalam menentukan strategi penatalaksanaan yang aman bagi ibu dan janin. Pemeriksaan laboratorium membantu menilai derajat anemia dan kebutuhan transfusi, sedangkan pemeriksaan obstetri melalui Leopold, USG, dan pemantauan denyut jantung janin berperan dalam menegakkan diagnosis letak lintang serta mengevaluasi kesejahteraan janin sebelum dilakukan seksio sesarea.

3.9 Tatalaksana

Penatalaksanaan pada pasien G7P6A0 usia kehamilan 39 minggu dengan letak lintang disertai anemia sedang dilakukan secara komprehensif dengan tujuan mengoptimalkan kondisi maternal sebelum operasi, mencegah komplikasi obstetri, serta memperoleh luaran maternal dan neonatal yang baik. Pada kasus ini, letak lintang merupakan indikasi absolut untuk dilakukan terminasi kehamilan melalui seksio sesarea karena persalinan pervaginam

tidak memungkinkan dan berisiko menyebabkan komplikasi serius seperti prolaps tali pusat, partus macet, ruptur uteri, serta gawat janin.³

Sebelum tindakan operasi, dilakukan evaluasi kondisi umum pasien dan pemeriksaan laboratorium. Hasil pemeriksaan menunjukkan kadar hemoglobin awal sebesar 7,1 g/dL yang termasuk anemia sedang mendekati berat. Kondisi ini memerlukan koreksi terlebih dahulu karena anemia dapat meningkatkan risiko hipoksia jaringan, gangguan penyembuhan luka, perdarahan postpartum, serta meningkatkan risiko komplikasi perioperatif.²

Oleh karena itu dilakukan transfusi Packed Red Cell (PRC) sebanyak 2 kantong. Setelah transfusi, kadar hemoglobin meningkat menjadi 10,3 g/dL sehingga kondisi pasien dinilai lebih optimal untuk menjalani tindakan operasi. Selain koreksi anemia, pasien juga mendapatkan persiapan preoperatif berupa pemasangan jalur intravena, pemeriksaan laboratorium rutin, konsultasi anestesi, informed consent tindakan operasi dan kontrasepsi mantap, serta pemberian terapi profilaksis sesuai standar rumah sakit. Pasien diberikan antibiotik profilaksis sebelum operasi untuk menurunkan risiko infeksi pascaoperasi.

Terminasi kehamilan dilakukan melalui Sectio Caesarea Transperitoneal Profunda (SSTP) dengan anestesi spinal. Pemilihan seksio sesarea pada kasus ini telah sesuai dengan rekomendasi obstetri terkini yang menyatakan bahwa letak lintang pada kehamilan aterm merupakan indikasi absolut untuk persalinan operatif.⁴

Pada saat yang sama dilakukan tubektomi bilateral karena pasien merupakan grandemultipara dengan enam anak hidup dan telah menyatakan keinginan untuk tidak memiliki keturunan lagi. Pelaksanaan kontrasepsi mantap bersamaan dengan seksio sesarea memberikan keuntungan karena tidak memerlukan prosedur pembedahan tambahan di kemudian hari.

Pascaoperasi dilakukan pemantauan ketat terhadap tanda-tanda vital, kontraksi uterus, jumlah perdarahan, produksi urin, dan kondisi luka operasi. Pasien mendapatkan terapi cairan intravena, uterotonika berupa oksitosin untuk mempertahankan kontraksi uterus dan mencegah perdarahan postpartum, antibiotik, analgesik, serta suplementasi zat besi. Pemeriksaan

hemoglobin ulang menunjukkan kadar Hb sebesar 8,8 g/dL. Meskipun terjadi penurunan dibandingkan kadar Hb sebelum operasi, kondisi hemodinamik pasien tetap stabil sehingga tidak terdapat indikasi untuk transfusi ulang.¹

Sebagai terapi lanjutan, pasien diberikan ferrous sulfate dan vitamin C untuk membantu pembentukan hemoglobin serta memperbaiki cadangan besi tubuh yang berkurang selama kehamilan dan persalinan.

Dengan penatalaksanaan yang adekuat mulai dari optimalisasi kadar hemoglobin, terminasi kehamilan melalui seksio sesarea sesuai indikasi, pelaksanaan kontrasepsi mantap, hingga pemantauan pascaoperasi yang baik, kondisi ibu pasca persalinan berada dalam keadaan stabil tanpa komplikasi bermakna.

BAB IV

KESIMPULAN

Kehamilan dengan letak lintang pada usia kehamilan aterm merupakan salah satu kondisi obstetri yang memerlukan perhatian khusus karena berisiko menyebabkan komplikasi serius bagi ibu maupun janin apabila tidak ditatalaksana dengan tepat. Letak lintang menyebabkan bagian presentasi janin tidak dapat memasuki pintu atas panggul sehingga persalinan pervaginam tidak memungkinkan dan meningkatkan risiko terjadinya partus macet, prolaps tali pusat, ruptur uteri, serta asfiksia janin. Oleh karena itu, diagnosis yang tepat dan penentuan metode terminasi kehamilan yang sesuai sangat penting untuk memperoleh luaran maternal dan perinatal yang optimal.

Pada laporan kasus ini, seorang pasien G7P6A0 dengan usia kehamilan 39 minggu datang dalam keadaan belum inpartu dan didiagnosis mengalami letak lintang disertai anemia sedang. Faktor grandemultiparitas pada pasien diduga berperan dalam terjadinya malpresentasi janin serta berkontribusi terhadap terjadinya anemia selama kehamilan. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin awal 7,1 g/dL yang kemudian meningkat menjadi 10,3 g/dL setelah transfusi Packed Red Cell (PRC), sehingga kondisi pasien menjadi lebih optimal untuk menjalani tindakan operatif.

Penatalaksanaan pada kasus ini dilakukan secara komprehensif melalui optimalisasi kondisi hematologis sebelum operasi, pemantauan kondisi maternal dan janin, serta terminasi kehamilan dengan Sectio Caesarea Transperitoneal Profunda (SSTP) sesuai indikasi absolut pada letak lintang aterm. Bersamaan dengan tindakan tersebut dilakukan pula tubektomi bilateral sebagai metode kontrasepsi mantap karena pasien merupakan grandemultipara dan telah menyelesaikan rencana reproduksinya.

Dengan diagnosis yang tepat, persiapan preoperatif yang adekuat, serta penatalaksanaan sesuai pedoman obstetri, kondisi ibu pascaoperasi berada

dalam keadaan stabil tanpa komplikasi bermakna. Kasus ini menegaskan pentingnya deteksi dini faktor risiko kehamilan, skrining anemia secara rutin selama antenatal care, serta penentuan metode persalinan yang tepat pada kasus malpresentasi janin untuk menurunkan risiko komplikasi maternal dan neonatal serta meningkatkan luaran kehamilan yang lebih baik.

BAB V

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Anaemia in Pregnancy. Geneva: WHO; 2023.
2. Pavord S, Daru J, Prasannan N, Robinson S, Stanworth S, Girling J. UK Guidelines on the Management of Iron Deficiency in Pregnancy. *Br J Haematol*. 2020;188(6):819–830.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams Obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022.
4. World Health Organization. Family Planning: A Global Handbook for Providers. Geneva: WHO; 2022.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman Pelayanan Transfusi Darah*. Jakarta: Kemenkes RI; 2021. hlm. 45–52.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Definition of Term Pregnancy. *Committee Opinion No. 579*. *Obstet Gynecol*. 2013;122(5):1139–1140.
7. Bencaiova G, Breymann C. Iron deficiency and anemia in pregnancy. *Nutrients*. 2023;15(3):612.
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline: Management of Malpresentation.
9. Kementerian Kesehatan RI. Riskesdas 2018.
10. Kementerian Kesehatan RI. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023.
11. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan. Profil Kesehatan Sulawesi Selatan 2020.
12. Kementerian Kesehatan RI. *Pedoman Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)*. Jakarta: Kemenkes RI; 2022.