Excellent Midwifery Journal
Volume 9 No. 2, Oktober 2026
P-ISSN: 2620-8237
E-ISSN: 26209829



Peran Bidan dalam Skrining dan Penatalaksanaan Non-Farmakologis Pregnancy-related Pelvic Girdle Pain: Narrative Review

[1]Prima Heptayana Nainggolan

[1]Departemen Neurologi, Fakultas Kedokteran Universitas HKBP Nommensen
[2]Rumah Sakit Murni Teguh Memorial, Medan, Indonesia
Email: prima.nainggolan@uhn.ac.id *

DOI: https://doi.org/10.55541/emj.v9i2.443

ABSTRAK

Latar belakang: *Pregnancy-related pelvic girdle pain* (PGP) merupakan nyeri muskuloskeletal yang dirasakan di antara krista iliaka posterior dan lipat gluteal, terutama di sekitar sendi sakroiliaka, serta dapat melibatkan simfisis pubis. PGP berbeda dari nyeri lumbal dan perlu dikenali karena dapat membatasi berjalan, berdiri, berpindah posisi, tidur, bekerja, dan merawat anak. **Tujuan**: Merangkum bukti mengenai pengenalan klinis, triase, dan penatalaksanaan nonfarmakologis PGP serta merumuskan peran praktis bidan dalam asuhan antenatal. **Metode**: *Narrative review* terarah terhadap 30 publikasi *peer-reviewed* berupa pedoman, *systematic review*, *meta-analysis*, uji terkontrol, studi kohort, penelitian instrumen, dan studi kualitatif yang relevan dengan PGP selama kehamilan. **Hasil**: Prevalensi PGP yang dikonfirmasi secara klinis diperkirakan sekitar 20%, sedangkan angka berbasis keluhan mandiri lebih bervariasi. Diagnosis bersifat klinis dan memerlukan pemisahan dari nyeri lumbal serta eksklusi penyebab obstetri, urologi, neurologis, traumatik, dan sistemik. Bukti mendukung edukasi, *reassurance*, modifikasi aktivitas, dan latihan individual sebagai dasar tata laksana. *Pelvic belt* dapat memberikan manfaat jangka pendek pada pasien terpilih. Akupunktur dan *transcutaneous electrical nerve stimulation* dapat mengurangi gejala pada sebagian pasien apabila dilakukan oleh tenaga terlatih, tetapi tidak ada satu modalitas yang konsisten paling unggul untuk semua pasien. *Exercise* prenatal tidak terbukti jelas mencegah PGP spesifik, walaupun dapat mengurangi keparahan nyeri lumbopelvik. Peran bidan terutama meliputi pengenalan dini, skrining *red flags*, penilaian dampak fungsional, edukasi, dukungan self-management, pemantauan, dan rujukan kolaboratif. **Kesimpulan:** Bidan dapat memperbaiki lintasan perawatan PGP melalui deteksi dini dan jalur rujukan yang jelas. Pendekatan harus individual, aktif, dan multidisiplin serta tetap berada dalam batas kompetensi dan kewenangan setempat.

Kata kunci: *pelvic girdle pain*; kehamilan; bidan; skrining; penatalaksanaan non farmakologis

ABSTRACT

Background: *Pregnancy-related pelvic girdle pain (PGP) is musculoskeletal pain experienced between the posterior iliac crest and the gluteal fold, particularly around the sacroiliac joints, and may involve the pubic symphysis. PGP is distinct from lumbar pain and may substantially restrict walking, standing, transfers, sleep, employment, and childcare.* ***Objective:*** *To summarize evidence on the clinical recognition, triage, and nonpharmacological management of PGP and to formulate a practical role for midwives in antenatal care.* ***Methods:*** *A focused narrative review of 30 peer-reviewed publications, including guidelines, systematic reviews, meta-analyses, controlled trials, cohort studies, measurement studies, and qualitative research relevant to PGP during pregnancy.* ***Results:*** *Clinically confirmed PGP has an estimated point prevalence of approximately 20%, whereas self-reported estimates vary more widely. Diagnosis is clinical and requires differentiation from lumbar pain and exclusion of obstetric, urological, neurological, traumatic, and systemic causes. Education, reassurance, activity modification,*

Copyright © 2026 Excellent Midwifery Journal
Open access under Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License
Published by SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA HUSADA MEDAN

and individualized exercise form the foundation of management. Pelvic belts may provide short-term benefit in selected patients. Acupuncture and transcutaneous electrical nerve stimulation may reduce symptoms when delivered by trained practitioners, but no single modality is consistently superior for all patients. Prenatal exercise has not clearly been shown to prevent PGP specifically, although it may reduce the severity of lumbopelvic pain. The midwife's principal roles are early recognition, red-flag screening, assessment of functional impact, education, self-management support, monitoring, and collaborative referral. ***Conclusion:*** *Midwives can improve the PGP care pathway through early identification and clear referral pathways. Management should be individualized, active, multidisciplinary, and consistent with local professional scope and regulation.*

Keywords: *pelvic girdle pain; pregnancy; midwife; screening; nonpharmacological management*

*Correspondent: Email Author marked (*)
Only the Author's name marked (*)
Received: 12 Juli 2026
Revised: 18 Juli 2026
Accepted: 10 Oktober 2026
Published: 31 Oktober 2026

LATAR BELAKANG

Nyeri pada daerah lumbopelvik merupakan keluhan yang sering muncul selama kehamilan, tetapi istilah yang digunakan dalam literatur tidak selalu seragam. *Pregnancy-related pelvic girdle pain* (PGP) perlu dibedakan dari nyeri punggung bawah karena lokasi, pola provokasi, pemeriksaan klinis, dampak fungsional, dan pendekatan tata laksananya tidak sepenuhnya sama. Pedoman Eropa mendefinisikan PGP sebagai nyeri yang dirasakan di antara krista iliaka posterior dan lipat gluteal, terutama di sekitar sendi sakroiliaka, yang dapat menjalar ke paha posterior dan dapat muncul bersama nyeri pada simfisis pubis. Kapasitas berdiri, berjalan, dan duduk sering berkurang, dan nyeri atau gangguan fungsi harus dapat direproduksi melalui pemeriksaan klinis yang sesuai.[1]

PGP bukan sekadar ketidaknyamanan fisiologis yang harus diterima sebagai bagian normal kehamilan. Sekitar satu dari lima ibu hamil diperkirakan mengalami PGP yang terkonfirmasi secara klinis, meskipun angka yang lebih tinggi sering ditemukan apabila penelitian menggabungkan PGP dengan nyeri lumbal atau hanya menggunakan laporan mandiri.[1–6] Keluhan dapat mengganggu mobilitas, tidur, pekerjaan, hubungan keluarga, dan kemampuan merawat anak. Dampaknya juga bersifat emosional; perempuan melaporkan kehilangan kemandirian, frustrasi, rasa bersalah, dan pengalaman tidak dipercaya oleh tenaga kesehatan.[6–8]

Bidan berada pada posisi strategis karena menjadi tenaga kesehatan yang paling sering berinteraksi dengan ibu selama kehamilan. Namun, posisi tersebut tidak berarti bidan harus menetapkan diagnosis muskuloskeletal definitif atau memberikan seluruh modalitas terapi. Peran yang paling dapat dipertanggungjawabkan adalah mengenali pola keluhan yang konsisten dengan PGP, menapis kegawatan dan diagnosis banding penting, menilai dampak terhadap fungsi, memberikan edukasi dasar yang aman, memantau perjalanan gejala, serta membangun rujukan

Copyright © 2026 Excellent Midwifery Journal
Open access under Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License
Published by SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA HUSADA MEDAN

kolaboratif ke dokter dan fisioterapis atau tenaga lain yang kompeten. Artikel ini bertujuan menyajikan sintesis bukti yang praktis, tetapi tetap berhati-hati terhadap keterbatasan literatur.

METODE PENELITIAN

Artikel ini disusun sebagai *narrative review* terarah. Publikasi dipilih berdasarkan relevansinya terhadap definisi dan diagnosis PGP, epidemiologi dan dampak, faktor risiko dan prognosis, pengalaman pasien dan tenaga kesehatan, serta pencegahan dan penatalaksanaan nonfarmakologis selama kehamilan. Kombinasi istilah yang digunakan mencakup *pregnancy-related pelvic girdle pain, pelvic girdle pain, pregnancy, diagnosis, screening, midwife, physiotherapy, education, exercise, pelvic belt, acupuncture, transcutaneous electrical nerve stimulation*, prognosis, dan postpartum. Prioritas diberikan kepada pedoman, *systematic review* atau *meta-analysis*, uji terkontrol, studi kohort prospektif, penelitian validasi instrumen, dan studi kualitatif *peer-reviewed*. Tiga puluh publikasi tahun 2005-2024 dipertahankan setelah kesesuaian judul, penulis, jurnal, tahun, populasi, dan fokus klinis ditelaah. Sintesis dilakukan secara naratif karena heterogenitas definisi, populasi, intervensi, pembanding, dan luaran tidak memungkinkan perbandingan kuantitatif baru. Istilah "bukti" dalam artikel ini merujuk pada hasil publikasi yang disitasi dan tidak merupakan penilaian GRADE independen oleh penulis.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Definisi dan Pembedaan PGP dari Nyeri Lumbal

PGP dapat muncul pada sisi posterior, anterior, atau keduanya. Nyeri posterior biasanya dirasakan di sekitar sendi sakroiliaka, sedangkan nyeri anterior berpusat pada simfisis pubis. Keluhan sering diprovokasi oleh aktivitas yang memberi beban asimetris atau memindahkan beban antara kedua tungkai, seperti berjalan, menaiki tangga, berdiri dengan satu kaki, berbalik di tempat tidur, masuk atau keluar dari kendaraan, dan memakai pakaian sambil berdiri. Sebaliknya, nyeri lumbal lebih dominan terletak di antara iga ke-12 dan krista iliaka serta dapat memperlihatkan pola gerak tulang belakang atau gejala radikular. Kedua kondisi dapat terjadi bersamaan, tetapi pencampuran istilah menyebabkan angka prevalensi dan efek intervensi tampak lebih konsisten daripada kenyataannya.[1–5]

Etiologi PGP belum dipahami secara lengkap dan kemungkinan bersifat multifaktorial. Perubahan beban, kontrol neuromuskular, toleransi jaringan, pola gerak, riwayat nyeri, faktor psikososial, dan tuntutan aktivitas dapat berinteraksi. Hipotesis bahwa peningkatan hormon relaksin merupakan penyebab langsung belum mendapat dukungan konsisten; systematic review menemukan bukti hubungan tersebut rendah dan sebagian besar studi berkualitas lebih baik tidak menunjukkan asosiasi yang jelas.[9] Karena itu, penjelasan kepada pasien sebaiknya tidak menyederhanakan PGP sebagai "panggul longgar karena hormon".

Copyright © 2026 Excellent Midwifery Journal
Open access under Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License
Published by SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA HUSADA MEDAN

2. Epidemiologi, Beban Penyakit, dan Prognosis

Pedoman dan review klinis memperkirakan point prevalensi PGP yang terkonfirmasi sekitar 20%.[1–4] Studi yang menggunakan kuesioner tanpa pemeriksaan fisik, atau menggabungkan PGP dengan low-back pain, melaporkan angka yang jauh lebih luas. Variasi tersebut harus dijelaskan secara eksplisit agar angka prevalensi tidak digunakan secara berlebihan. Studi lintas negara juga menunjukkan variasi dalam keparahan, kekhawatiran pasien, akses terhadap perawatan, dan pengalaman memperoleh manfaat terapi.[6]

Sebagian besar pasien membaik setelah persalinan, tetapi pemulihan tidak selalu segera atau lengkap.[10] Nyeri berat saat hamil, keterbatasan fungsi tinggi, riwayat nyeri lumbopelvik, jumlah lokasi nyeri atau tes provokasi positif yang lebih banyak, indeks massa tubuh berlebih, beban kerja berat, distress emosional, dan keyakinan fear-avoidance telah dilaporkan berhubungan dengan keluhan persisten; kualitas bukti untuk masing-masing faktor bervariasi.[11–16] Follow-up jangka panjang menunjukkan bahwa sebagian kecil perempuan dapat mengalami keterbatasan bermakna bertahun-tahun setelah kehamilan.[13] PGP juga berkaitan dengan beban psikologis, tetapi hubungan kausal dua arah antara nyeri dan depresi belum dapat disimpulkan secara sederhana.[7,15]

3. Pengenalan Klinis, Skrining, dan Red Flags

Diagnosis PGP pada dasarnya merupakan diagnosis klinis setelah penyebab lain yang penting disingkirkan. Pedoman merekomendasikan kombinasi anamnesis, pain drawing, tes provokasi nyeri seperti *posterior pelvic pain provocation/thigh thrust*, FABER, Gaenslen, modified Trendelenburg, palpasi simfisis atau long dorsal sacroiliac ligament, serta *active straight leg raise* (ASLR) sebagai tes fungsi.[1] Tes tersebut harus dilakukan oleh tenaga yang telah terlatih dan sesuai kewenangannya; satu tes tunggal tidak boleh dipakai sebagai dasar diagnosis. Bidan dapat mengidentifikasi dugaan PGP melalui pola nyeri dan keterbatasan aktivitas, lalu merujuk untuk pemeriksaan muskuloskeletal terarah ke dokter apabila kompetensi pemeriksaan tersebut tidak tersedia di layanan antenatal.

Pelvic Girdle Questionnaire (PGQ) merupakan instrumen spesifik yang mengukur gejala dan keterbatasan aktivitas pada PGP selama kehamilan maupun postpartum. Instrumen ini mempunyai reliabilitas dan validitas yang baik serta responsif terhadap perubahan.[17,18] Dalam praktik, penggunaan PGQ dapat dipertimbangkan untuk mendokumentasikan dampak dan pemantauan, tetapi bukan pengganti anamnesis, pemeriksaan obstetri, dan evaluasi klinis.

4. Peran Bidan dalam Lintasan Perawatan PGP

Peran bidan sebaiknya dipahami sebagai rangkaian tindakan berjenjang, bukan sebagai kepemilikan tunggal atas diagnosis dan terapi. Studi kualitatif menunjukkan bahwa perempuan sering merasa keluhannya dinormalisasi atau tidak memperoleh informasi dan dukungan yang memadai. Tenaga

Copyright © 2026 Excellent Midwifery Journal
Open access under Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License
Published by SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA HUSADA MEDAN

kesehatan sendiri mengidentifikasi beban kerja, kurangnya pendidikan formal, sikap bahwa PGP tidak dapat diobati, dan jalur rujukan yang tidak jelas sebagai penghambat pelayanan.[7,8]

Pada kunjungan antenatal, bidan dapat menanyakan lokasi nyeri, usia gestasi saat onset, aktivitas pemicu, riwayat PGP atau nyeri punggung sebelumnya, trauma panggul, tuntutan pekerjaan, kualitas tidur, dukungan di rumah, dan dampaknya terhadap fungsi. Informasi ini lebih berguna daripada sekadar menanyakan ada atau tidaknya "sakit pinggang". Dokumentasi serial memungkinkan deteksi pasien yang tidak mengikuti pola pemulihan yang diharapkan.

Setelah red flags disingkirkan, edukasi harus memvalidasi bahwa keluhan nyata tetapi umumnya tidak menandakan kerusakan atau ancaman terhadap janin. Pasien dianjurkan mempertahankan aktivitas dalam batas toleransi, membagi aktivitas berat menjadi beberapa sesi, menghindari paparan berulang yang jelas memicu gejala, dan menggunakan strategi gerak yang lebih simetris. Anjuran tidak boleh berubah menjadi larangan bergerak yang berlebihan. Bed rest rutin tidak mempunyai dasar sebagai tata laksana PGP dan dapat memperburuk dekondisi fisik, ketergantungan, dan kecemasan.

Rujukan kolaboratif dianjurkan bila diagnosis meragukan, nyeri sedang-berat, terdapat keterbatasan berjalan atau aktivitas harian, diperlukan alat bantu, keluhan meningkat meskipun telah diberikan edukasi awal, atau terdapat faktor prognostik yang kurang baik. Komunikasi rujukan sebaiknya menyebutkan lokasi nyeri, aktivitas pemicu, red flags yang telah ditapis, dampak fungsi, hasil PGQ bila digunakan, dan respons terhadap intervensi awal.

Tabel 1. Pengenalan awal PGP dan keputusan triase dalam asuhan antenatal

Komponen	Temuan yang perlu dicari	Implikasi bagi bidan
Pola yang mendukung dugaan PGP	Nyeri posterior di sekitar sendi sakroiliaka dan/atau anterior pada simfisis; memburuk saat berjalan, naik tangga, berdiri satu kaki, berbalik di tempat tidur, atau membuka tungkai secara asimetris.	Dokumentasikan lokasi dan aktivitas pemicu; nilai dampak berjalan, tidur, bekerja, dan perawatan diri.
Pemeriksaan dasar	Tanda vital, pemeriksaan obstetri rutin sesuai usia kehamilan, observasi gaya berjalan dan perpindahan posisi, serta penilaian nyeri dan fungsi.	Pastikan kondisi ibu dan janin stabil sebelum menyimpulkan keluhan muskuloskeletal.

Copyright © 2026 Excellent Midwifery Journal
Open access under Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License
Published by SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA HUSADA MEDAN

Komponen	Temuan yang perlu dicari	Implikasi bagi bidan
Red flags obstetri/urologi	Perdarahan, kontraksi teratur, keluarnya cairan, penurunan gerak janin, nyeri abdomen hebat, demam, disuria, atau nyeri ketok costovertebral.	Lakukan rujukan atau evaluasi obstetri/medis segera sesuai tingkat kegawatan.
Red flags neurologis/sistemik	Kelemahan progresif, gangguan sensorik luas atau saddle anesthesia, gangguan baru kontrol kandung kemih/usus, trauma bermakna, tidak mampu menumpu berat badan, demam menetap, atau nyeri malam nonmekanis.	Jangan menatalaksana sebagai PGP rutin; rujuk segera untuk evaluasi medis.
Konfirmasi muskuloskeletal	Tes provokasi nyeri dan ASLR yang dilakukan oleh tenaga terlatih; pertimbangkan PGQ untuk mengukur dampak.	Rujuk ke dokter/fisioterapis apabila diagnosis tidak jelas, fungsi menurun nyata, atau terapi awal tidak membantu.

5. Penatalaksanaan Nonfarmakologis: Apa yang Didukung Bukti?

Bukti intervensi PGP dibatasi oleh heterogenitas definisi, penggabungan PGP dengan nyeri lumbal, variasi protokol, dan risiko bias. Karena itu, rekomendasi terbaik bukan daftar terapi yang diberikan kepada semua pasien, melainkan program individual yang menggabungkan edukasi, self-management, dukungan aktivitas, dan intervensi terarah sesuai temuan klinis.[19–23]

5.1 Edukasi, reassurance, dan modifikasi aktivitas

Edukasi dan reassurance merupakan komponen inti hampir semua pendekatan. Informasi sebaiknya mencakup perbedaan PGP dari nyeri lumbal, prognosis yang umumnya baik, pentingnya tetap aktif, pengenalan gerakan pemicu, pacing, variasi posisi, dan tanda bahaya. Saran praktis seperti duduk saat berpakaian, menjaga kedua lutut relatif berdekatan saat berbalik atau keluar dari kendaraan, menghindari berdiri lama pada satu tungkai, serta menggunakan bantal untuk kenyamanan tidur dapat dicoba berdasarkan respons individual. Bukti langsung untuk setiap teknik ergonomi terbatas; oleh sebab itu manfaatnya harus dievaluasi, bukan diasumsikan. Terlepas dari jenis pengobatan yang diterima (akupunktur, latihan stabilisasi, atau perawatan standar), **99% wanita mengalami pemulihan total** dari nyeri panggul dalam waktu 12 minggu setelah persalinan.[10]

5.2 Latihan dan fisioterapi

Latihan prenatal secara umum dapat mengurangi keparahan nyeri lumbal, PGP, atau lumbopelvik, tetapi belum terbukti konsisten menurunkan kejadian PGP spesifik.[21–23] Latihan stabilisasi pada beberapa uji memberikan manfaat, tetapi efek rata-rata tidak cukup kuat untuk mendukung satu protokol universal.[19,24] Program sebaiknya disusun oleh fisioterapis atau tenaga terlatih, dimulai pada intensitas yang dapat

Copyright © 2026 Excellent Midwifery Journal
Open access under Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License
Published by SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA HUSADA MEDAN

ditoleransi, dan dievaluasi berdasarkan fungsi. Instruksi "core strengthening" generik tanpa pemeriksaan individual dapat memperberat gejala pada sebagian pasien.

5.3 Pelvic belt

Pelvic belt non-rigid dapat dipertimbangkan sebagai tambahan jangka pendek pada pasien terpilih. Dalam sebuah randomized trial, belt disertai informasi memberikan perbaikan nyeri dan disabilitas jangka pendek yang lebih besar daripada latihan rumah atau informasi saja.[25] Namun, belt bukan koreksi anatomis permanen dan tidak harus digunakan sepanjang hari. Pemilihan posisi, ketegangan, kenyamanan, perubahan gejala, iritasi kulit, dan ketergantungan perlu dipantau. Bidan dapat mengenalkan pilihan ini dan mengarahkan fitting oleh tenaga yang memahami PGP.

5.4 Akupunktur dan transcutaneous electrical nerve stimulation

Akupunktur sebagai tambahan terhadap perawatan standar mengurangi nyeri pada beberapa uji, termasuk trial besar yang membandingkannya dengan latihan stabilisasi dan perawatan standar.[24] TENS dan akupunktur juga menunjukkan penurunan nyeri serta pemeliharaan fungsi dalam uji yang lebih baru, tanpa perbedaan yang jelas antara keduanya.[26] Potensi manfaat akupuntur terhadap LBP dan PGP dapat diukur dengan menggunakan instrumen ***Pelvic Girdle Questionnaire*** **(PGQ)** yang cukup sensitif dan sesuai untuk mengukur hasil primer dalam evaluasi nyeri panggul terkait kehamilan.[27] Meta-analysis terbaru mendukung potensi manfaat akupunktur, tetapi hasil harus ditafsirkan dengan memperhatikan variasi populasi, kualitas studi, dan penggabungan low-back pain dengan PGP.[28] Modalitas tersebut hanya diberikan oleh praktisi yang kompeten, menggunakan prosedur aman selama kehamilan, dan bukan menggantikan evaluasi obstetri atau medis.

5.5 Terapi manual dan modalitas lain

Bukti untuk terapi manual, craniosacral therapy, elektroterapi selain TENS, relaksasi, dan berbagai modalitas komplementer masih terbatas atau tidak konsisten.[19,20] Manipulasi atau terapi pasif tidak sebaiknya dipromosikan sebagai tindakan untuk "mengembalikan posisi panggul". Apabila digunakan, terapi manual harus menjadi bagian dari program aktif, memiliki tujuan fungsi yang jelas, dilakukan oleh praktisi yang kompeten, dan dihentikan bila tidak memberi manfaat terukur.

Copyright © 2026 Excellent Midwifery Journal
Open access under Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License
Published by SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA HUSADA MEDAN

Tabel 2. Ringkasan posisi bukti dan peran praktis bidan

Modalitas	Interpretasi bukti	Peran bidan
Edukasi dan reassurance	Dasar tata laksana; penting untuk mengurangi normalisasi keluhan, ketakutan, dan perilaku menghindar berlebihan. Prognosis untuk PGP sangat baik dengan tingkat pemulihan 99% dalam 12 minggu pasca salin.[10]	Validasi keluhan, jelaskan prognosis, ajarkan pacing dan red flags, berikan materi tertulis.
Aktivitas dan latihan individual	Dapat menurunkan keparahan nyeri lumbopelvik; pencegahan PGP spesifik belum jelas. Tidak ada satu protokol terbaik.	Anjurkan tetap aktif sesuai toleransi; rujuk untuk program individual bila gejala membatasi fungsi.
Pelvic belt non-rigid	Dapat membantu nyeri dan fungsi jangka pendek pada pasien terpilih; bukti tidak mendukung penggunaan universal atau permanen.	Pertimbangkan sebagai trial terbatas, pantau kenyamanan dan respons, arahkan fitting yang tepat.
Akupunktur/TENS	Dalam uji coba pilot RCT skala besar menunjukkan manfaat simptomatik yang terbukti aman[27]; kepastian dan generalisasi terbatas.	Rujuk ke praktisi kompeten; pastikan tidak menunda evaluasi penyebab lain.
Terapi manual/komplementer lain	Bukti terbatas atau heterogen; klaim koreksi posisi panggul tidak didukung.	Hindari janji berlebihan; gunakan hanya sebagai tambahan program aktif dan evaluasi hasil.
Alat bantu berjalan	Dapat diperlukan pada keterbatasan berat, tetapi juga menandai risiko fungsi buruk atau gejala persisten.	Rujuk untuk asesmen dan pelatihan penggunaan; evaluasi keselamatan di rumah dan pekerjaan.

6. Pencegahan: Hindari Klaim yang Terlalu Kuat

Tidak terdapat bukti berkualitas tinggi bahwa satu intervensi dapat mencegah PGP pada semua ibu hamil. Meta-analysis menunjukkan exercise mungkin menurunkan risiko low-back pain dan cuti sakit terkait nyeri lumbopelvik, tetapi tidak memberikan efek protektif yang jelas terhadap PGP.[21–23] Oleh karena itu, kelas antenatal tidak sebaiknya menjanjikan bahwa senam atau yoga akan mencegah PGP. Sasaran yang lebih realistis adalah mempertahankan kapasitas fisik, mengenali gejala lebih dini, mengurangi keparahan, dan mencegah pembatasan aktivitas yang tidak perlu.

Riwayat nyeri punggung atau PGP, trauma panggul, indeks massa tubuh berlebih, tuntutan kerja berat, distress emosional, serta hipermobilitas sendi dapat membantu mengenali kelompok yang membutuhkan pemantauan lebih dekat, tetapi tidak cukup untuk memprediksi dengan pasti

Copyright © 2026 Excellent Midwifery Journal
Open access under Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License
Published by SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA HUSADA MEDAN

siapa yang akan mengalami PGP.[12–14,16,29,30] Pendekatan preventif sebaiknya bersifat proporsional: informasi dini, aktivitas fisik aman, ergonomi kerja yang masuk akal, dan akses rujukan cepat bila gejala muncul.

7. Alur Praktis Asuhan Bidan

Tabel 3. Alur praktis asuhan bidan pada dugaan pregnancy-related PGP

Langkah	Fokus	Tindakan
1	Stabilitas ibu dan janin	Nilai tanda vital dan kondisi obstetri sesuai usia kehamilan; tangani atau rujuk kegawatan terlebih dahulu.
2	Red flags	Tanyakan perdarahan, kontraksi, keluarnya cairan, gerak janin, demam, gejala urin, trauma, nyeri abdomen, dan defisit neurologis.
3	Dugaan pola PGP	Petakan lokasi nyeri dan aktivitas pemicu; nilai berjalan, tangga, berbalik di tempat tidur, pekerjaan, tidur, dan perawatan diri.
4	Edukasi awal	Validasi keluhan, jelaskan bahwa prognosis umumnya baik, anjurkan aktivitas sesuai toleransi, pacing, variasi posisi, dan strategi gerak simetris.
5	Dukungan sederhana	Pertimbangkan bantal untuk kenyamanan, modifikasi aktivitas dan pekerjaan, serta trial pelvic belt setelah asesmen yang sesuai.
6	Rujukan kolaboratif	Rujuk ke dokter/fisioterapis bila diagnosis tidak jelas, nyeri sedang-berat, fungsi menurun, perlu alat bantu, atau tidak membaik.
7	Pemantauan	Catat nyeri dan fungsi pada kunjungan berikut; pertimbangkan PGQ; lakukan follow-up postpartum bila keluhan belum pulih.

8. Keterbatasan Bukti dan Implikasi untuk Praktik Kebidanan

Sebagian besar bukti berasal dari negara berpendapatan tinggi dan sistem layanan dengan akses fisioterapi yang relatif baik. Banyak studi mencampurkan PGP, low-back pain, dan lumbopelvic pain; beberapa intervensi menggunakan kombinasi terapi sehingga kontribusi tiap komponen tidak dapat dipisahkan. Bukti langsung mengenai efektivitas intervensi yang dipimpin bidan masih terbatas. Studi mengenai pengalaman tenaga kesehatan memperlihatkan perlunya pendidikan profesional, kerja tim, dan jalur rujukan yang lebih jelas.[8] Dengan demikian, artikel ini mendukung peran bidan dalam care pathway, tetapi tidak menyatakan bahwa seluruh pemeriksaan atau terapi PGP berada dalam kewenangan mandiri bidan.

Dalam konteks Indonesia, implementasi perlu menyesuaikan kompetensi klinis, regulasi profesi, ketersediaan fisioterapi, dan sistem rujukan lokal. Paket minimal yang layak adalah skrining red flags, dokumentasi lokasi dan dampak

Copyright © 2026 Excellent Midwifery Journal
Open access under Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License
Published by SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA HUSADA MEDAN

fungsi, edukasi yang tidak menakutkan, anjuran aktivitas sesuai toleransi, serta kriteria rujukan yang disepakati. Audit layanan dapat menilai waktu dari keluhan pertama hingga rujukan, proporsi pasien dengan dokumentasi fungsi, dan perubahan gejala pada follow-up.

KESIMPULAN

Pregnancy-related pelvic girdle pain merupakan kondisi muskuloskeletal yang berbeda dari nyeri lumbal dan dapat menimbulkan keterbatasan fungsi serta distress yang nyata. Bidan mempunyai peran penting dalam mengenali pola keluhan, menapis *red flags*, menilai dampak fungsional, memberi edukasi dan dukungan self-management, memantau perjalanan gejala, serta mengoordinasikan rujukan. Tata laksana sebaiknya bersifat individual dan aktif. Edukasi, reassurance, modifikasi aktivitas, dan latihan terarah merupakan fondasi; *pelvic belt* dapat membantu jangka pendek pada pasien terpilih; sedangkan akupunktur atau TENS dapat dipertimbangkan melalui praktisi kompeten. Tidak ada dasar untuk menjanjikan bahwa satu jenis latihan dapat mencegah PGP atau bahwa satu modalitas cocok untuk semua pasien. Care pathway yang jelas dan kolaborasi bidan-dokter-fisioterapis lebih dapat dipertanggungjawabkan daripada perluasan peran yang tidak ditopang bukti.

SARAN

Berdasarkan studi tinjauan ini, disarankan bagi bidan di fasilitas pelayanan primer untuk mengintegrasikan skrining spesifik pregnancy-related pelvic girdle pain (PGP) secara rutin dalam asuhan antenatal, dengan fokus pada pembedaan klinis dari nyeri lumbal dan identifikasi dini dampaknya terhadap fungsi harian ibu hamil. Sistem layanan kesehatan dan organisasi profesi perlu mengembangkan pedoman alur rujukan kolaboratif yang jelas antara bidan, dokter, dan fisioterapis yang dapat diaplikasikan sesuai ketersediaan fasilitas di Indonesia.

PENGUNGKAPAN KONFLIK KEPENTINGAN DAN SUMBER DANA

Penulis tidak memiliki konflik kepentingan dalam artikel ini.

KONTRIBUSI PENULIS

PHN: perancang konsep penelitian, pengumpulan naskah, metodologi, pengolahan dan analisis serta penulisan draf asli dan penulisan ulasan/penyuntingan.

DEKLARASI PENGGUNAAN KECERDASAN BUATAN (AI)

Penulis menggunakan AI Grammarly untuk penyuntingan tata bahasa penyempurnaan struktur kalimat bahasa Inggris pada bagian abstrak.

REFERENSI

1. Vleeming A, Albert HB, Östgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. European Spine Journal. 2008;17(6):794. doi:10.1007/S00586-008-0602-4 PubMed PMID: 18259783.
2. Kanakaris NK, Roberts CS, Giannoudis P V. Pregnancy-

Copyright © 2026 Excellent Midwifery Journal
Open access under Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License
Published by SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA HUSADA MEDAN

related pelvic girdle pain: an update. BMC Med. 2011 Feb 15;9:15. doi:10.1186/1741-7015-9-15 PubMed PMID: 21324134.

3. Sward L, Manning N, Murchison AB, Ghahremani T, McCaulley JA, Magann EF. Pelvic Girdle Pain in Pregnancy: A Review. Obstet Gynecol Surv. 2023 Jun 1;78(6):349–57. doi:10.1097/OGX.0000000000001140 PubMed PMID: 37322996.
4. Verstraete EH, Vanderstraeten G, Parewijck W. Pelvic Girdle Pain during or after Pregnancy: a review of recent evidence and a clinical care path proposal. Facts Views Vis Obgyn. 2013;5(1):33. PubMed PMID: 24753927.
5. Gutke A, Östgaard HC, Öberg B. Pelvic girdle pain and lumbar pain in pregnancy: A cohort study of the consequences in terms of health and functioning. Spine (Phila Pa 1976). 2006 Mar;31(5). doi:10.1097/01.BRS.0000201259.63363.E1 PubMed PMID: 16508539.
6. Gutke A, Boissonnault J, Brook G, Stuge B. The Severity and Impact of Pelvic Girdle Pain and Low-Back Pain in Pregnancy: A Multinational Study. J Womens Health. 2018 Apr 1;27(4):510–7. doi:10.1089/JWH.2017.6342 PubMed PMID: 28832267.
7. Mackenzie J, Murray E, Lusher J. Women's experiences of pregnancy related pelvic girdle pain: A systematic review. Midwifery. 2018 Jan 1;56:102–11. doi:10.1016/J.MIDW.2017.10.011 PubMed PMID: 29096278.
8. Ceprnja D, Chipchase L, Liamputtong P, Gupta A. "We are not there yet": perceptions, beliefs and experiences of healthcare professionals caring for women with pregnancy-related pelvic girdle pain in Australia. BMC Pregnancy Childbirth. 2023 Dec 1;23(1):682. doi:10.1186/S12884-023-06000-X PubMed PMID: 37735360.
9. Aldabe D, Ribeiro DC, Milosavljevic S, Bussey MD. Pregnancy-related pelvic girdle pain and its relationship with relaxin levels during pregnancy: a systematic review. European Spine Journal. 2012 Sep;21(9):1769. doi:10.1007/S00586-012-2162-X PubMed PMID: 22310881.
10. Elden H, Hagberg H, Olsen MF, Ladfors L, Ostgaard HC. Regression of pelvic girdle pain after delivery: follow-up of a randomised single blind controlled trial with different treatment modalities. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008 Feb 1;87(2):201–8. doi:10.1080/00016340701823959 PubMed PMID: 18231889.
11. Malmqvist S, Kjaermann I, Andersen K, Gausel AM, Økland I, Larsen JP, et al. Can a bothersome course of pelvic pain from mid-pregnancy to birth be predicted? A

Copyright © 2026 Excellent Midwifery Journal
Open access under Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License
Published by SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA HUSADA MEDAN

Norwegian prospective longitudinal SMS-Track study. BMJ Open. 2018;8:21378. doi:10.1136/bmjopen-2017-021378

12. Wuytack F, Daly D, Curtis E, Begley C. Prognostic factors for pregnancy-related pelvic girdle pain, a systematic review. Midwifery. 2018 Nov 1;66:70–8. doi:10.1016/J.MIDW.2018.07.012 PubMed PMID: 30142609.
13. Elden H, Gutke A, Kjellby-Wendt G, Fagevik-Olsen M, Ostgaard HC. Predictors and consequences of long-term pregnancy-related pelvic girdle pain: a longitudinal follow-up study. 2016. doi:10.1186/s12891-016-1154-0
14. Burani E, Marruganti S, Giglioni G, Bonetti F, Ceron D, Cozzi Lepri A. Predictive Factors for Pregnancy-Related Persistent Pelvic Girdle Pain (PPGP): A Systematic Review. Medicina (Kaunas). 2023 Dec 1;59(12). doi:10.3390/MEDICINA59122123 PubMed PMID: 38138226.
15. Halliday B, Chatfield S, Hosking J, Freeman J. The prevalence of depression in women with pregnancy-related pelvic girdle pain: A systematic review and meta-analysis. Health Sci Rep. 2024 Aug 1;7(8). doi:10.1002/HSR2.2308
16. Wiezer M, Hage-Fransen MAH, Otto A, Wieffer-Platvoet MS, Slotman MH, Nijhuis-van der Sanden MWG, et al. Risk factors for pelvic girdle pain postpartum and pregnancy related low back pain postpartum; a systematic review and meta-analysis. Musculoskelet Sci Pract. 2020 Aug 1;48:102154. doi:10.1016/J.MSKSP.2020.102154 PubMed PMID: 32560862.
17. Stuge B, Garratt A, Jenssen HK, Grotle M. The Pelvic Girdle Questionnaire: A Condition-Specific Instrument for Assessing Activity Limitations and Symptoms in People With Pelvic Girdle Pain. Phys Ther. 2011 Jul 1;91(7):1096–108. doi:10.2522/PTJ.20100357 PubMed PMID: 21596959.
18. Stuge B, Jenssen HK, Grotle M. The Pelvic Girdle Questionnaire: Responsiveness and Minimal Important Change in Women With Pregnancy-Related Pelvic Girdle Pain, Low Back Pain, or Both. Phys Ther. 2017 Nov 1;97(11):1103–13. doi:10.1093/PTJ/PZX078 PubMed PMID: 29077966.
19. Gutke A, Betten C, Degerskär K, Pousette S, Fagevik Olsén M. Treatments for pregnancy-related lumbopelvic pain: a systematic review of physiotherapy modalities. Acta Obstet Gynecol Scand. 2015 Nov 1;94(11):1156–67. doi:10.1111/AOGS.12681 PubMed PMID: 26018758.
20. Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Sep 30;2015(9):CD001139. doi:10.1002/14651858.CD00

Copyright © 2026 Excellent Midwifery Journal
Open access under Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License
Published by SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA HUSADA MEDAN

1139.PUB4 PubMed PMID: 26422811.
21. Davenport MH, Marchand AA, Mottola MF, Poitras VJ, Gray CE, Jaramillo Garcia A, et al. Exercise for the prevention and treatment of low back, pelvic girdle and lumbopelvic pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2019 Jan 1;53(2):90–8. doi:10.1136/BJSPORTS-2018-099400 PubMed PMID: 30337344.
22. Shiri R, Coggon D, Falah-Hassani K. Exercise for the prevention of low back and pelvic girdle pain in pregnancy: A meta-analysis of randomized controlled trials. European Journal of Pain. 2018 Jan 1;22(1):19–27. doi:10.1002/EJP.1096 PubMed PMID: 28869318.
23. Santos FF, Lourenço BM, Souza MB, Maia LB, Oliveira VC, Oliveira MX. Prevention of low back and pelvic girdle pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials with GRADE recommendations. Physiotherapy (United Kingdom). 2023 Mar 1;118:1–11. doi:10.1016/j.physio.2022.09.004 PubMed PMID: 36288631.
24. Elden H, Ladfors L, Olsen MF, Ostgaard HC, Hagberg H. Effects of acupuncture and stabilising exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: randomised single blind controlled trial. BMJ : British Medical Journal. 2005 Apr 2;330(7494):761. doi:10.1136/BMJ.38397.507014.E0 PubMed PMID: 15778231.
25. Kordi R, Abolhasani M, Rostami M, Hantoushzadeh S, Mansournia MA, Vasheghani-Farahani F. Comparison between the effect of lumbopelvic belt and home based pelvic stabilizing exercise on pregnant women with pelvic girdle pain; A randomized controlled trial. J Back Musculoskelet Rehabil. 2013;26(2):133–9. doi:10.3233/BMR-2012-00357 PubMed PMID: 23640314.
26. Svahn Ekdahl A, Fagevik Olsén M, Jendman T, Gutke A. Maintenance of physical activity level, functioning and health after non-pharmacological treatment of pelvic girdle pain with either transcutaneous electrical nerve stimulation or acupuncture: a randomised controlled trial. BMJ Open. 2021 Oct 1;11(10):e046314. doi:10.1136/BMJOPEN-2020-046314 PubMed PMID: 34598980.
27. Foster NE, Bishop A, Bartlam B, Ogollah R, Barlas P, Holden M, et al. Evaluating Acupuncture and Standard carE for pregnant women with Back pain (EASE Back): a feasibility study and pilot randomised trial. Health Technol Assess. 2016 Apr 1;20(33):1. doi:10.3310/HTA20330 PubMed PMID: 27133814.
28. Li R, Chen L, Ren Y, Huang J, Xu Y, Lin X, et al. Efficacy and safety of acupuncture for

Copyright © 2026 Excellent Midwifery Journal
Open access under Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License
Published by SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA HUSADA MEDAN

pregnancy-related low back pain: A systematic review and meta-analysis. Heliyon. 2023 Aug 1;9(8):e18439. doi:10.1016/J.HELIYON.2023.E18439 PubMed PMID: 37593601.

29. Shijagurumayum Acharya R, Tveter AT, Grotle M, Eberhard-Gran M, Stuge B. Prevalence and severity of low back- and pelvic girdle pain in pregnant Nepalese women. BMC Pregnancy Childbirth. 2019 Jul 15;19(1):247. doi:10.1186/S12884-019-2398-0 PubMed PMID: 31307421.
30. Ahlqvist K, Bjelland EK, Pingel R, Schlager A, Nilsson-Wikmar L, Kristiansson P. The Association of Self-Reported Generalized Joint Hypermobility with pelvic girdle pain during pregnancy: a retrospective cohort study. BMC Musculoskelet Disord. 2020 Jul 20;21(1):474. doi:10.1186/S12891-020-03486-W PubMed PMID: 32689990.

Copyright © 2026 Excellent Midwifery Journal
Open access under Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License
Published by SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA HUSADA MEDAN