

ABSTRAK

LATAR BELAKANG: Disfungsi dasar panggul pasca persalinan vaginal adalah kelainan dasar panggul yang dapat berupa prolaps organ panggul, keluhan berkemih, keluhan defekasi ataupun keluhan seksual. Kejadian disfungsi dasar panggul pasca persalinan terjadi pada 46% wanita pasca persalinan. Sampai saat ini belum ada instrumen yang digunakan secara baku untuk memperkirakan kejadian disfungsi dasar panggul pasca persalinan. Pada penelitian sebelumnya didapatkan suatu instrumen, yaitu KIPPas Jogja, untuk memperkirakan kejadian disfungsi dasar panggul pasca persalinan akan tetapi masih belum mencukupi untuk jumlah sampel penelitian yang dibutuhkan.

METODE: Penelitian ini adalah kohort prospektif. Subjek yang melakukan persalinan vaginal dilakukan pemerisakan sesuai dengan instrumen KIPPas Jogja lalu dilakukan pemeriksaan evaluasi penegakan diagnosis disfungsi dasar panggul berupa prolaps organ panggul dengan pemeriksaan POPQ dan keluhan disfungsi dasar panggul menggunakan instrumen PFDI dan FSFI pada 3 bulan pasca persalinan.

HASIL: Dari 133 subjek penelitian yang dapat dievaluasi dengan lengkap didapatkan hasil penilaian KIPPas Jogja berupa risiko tinggi pada 42,9% subjek dan risiko rendah pada 57,1% subjek. Kejadian disfungsi dasar panggul berupa prolaps organ panggul didapatkan pada 69,17% subjek. Keluhan disfungsi dasar panggul terdapat pada 20,31% subjek dan keluhan disfungsi seksual pada 11,3% subjek penelitian. Sensitivitas KIPPas Jogja 80% dan spesifisitas 95% dengan nilai prediksi positif 97% dan nilai prediksi negatif sebesar 68% untuk mendeteksi disfungsi panggul berupa prolaps organ panggul. Sedangkan untuk memprediksi keluhan disfungsi dasar panggul dengan pengukuran PFDI-20 didapatkan sensitivitas sebesar 93% dan spesifisitas 52% serta nilai prediksi positif 33% dan nilai prediksi negatif sebesar 96%. Untuk memprediksi keluhan disfungsi seksual didapatkan hasil sensitivitas 64%, spesifisitas 42% dengan nilai prediksi positif 10% dan nilai prediksi negatif 92%.

KESIMPULAN: KIPPas Jogja dapat di gunakan sebagai prediktor disfungsi dasar panggul pasca persalinan.

KATA KUNCI: disfungsi dasar panggul pasca persalinan, KIPPas Jogja, POPQ, PFDI-20, FSFI

ABSTRACT

BACKGROUND: Postpartum pelvic floor dysfunction is pelvic floor disorder, which can be in the form of pelvic organ prolapse, urinary problem, defecation problem or sexual dysfunction. The incidence of postpartum pelvic floor dysfunction occurs in 46% of postpartum women. Until now, there is no standard instrument used to estimate the incidence of postpartum pelvic floor dysfunction. In previous studies, an instrument was obtained, namely KIPPas Jogja, to estimate the incidence of pelvic floor dysfunction after delivery, but it was still not sufficient for the number of research samples needed.

METHODS: This study was a prospective cohort study. Subjects who gave vaginal delivery were examined according to the KIPPas Jogja instrument and then evaluated for the diagnosis of pelvic floor dysfunction in the form of pelvic organ prolapse with POPQ examination and complaints of pelvic floor dysfunction using the PFDI and FSFI instruments at 3 months postpartum.

RESULTS: From 133 research subjects, the results of the KIPPas Jogja assessment are high risk in 42.9% of subjects and low risk in 57.1% of subjects. The incidence of pelvic floor dysfunction in the form of pelvic organ prolapse was found in 69.17% subjects. Complaints of pelvic floor dysfunction were present in 20.31% subjects and complaints of sexual dysfunction in 11.3% subjects. The sensitivity of KIPPas Jogja is 80% and specificity is 95% with a positive predictive value of 97% and a negative predictive value of 68% to detect pelvic dysfunction in the form of pelvic organ prolapse. Meanwhile, to predict complaints of pelvic floor dysfunction, measured with PFDI-20, the sensitivity was 93% and specificity was 52%, and the positive predictive value was 33% and the negative predictive value was 96%. To predict sexual dysfunction, KIPPas obtained sensitivity of 64%, specificity of 42% with a positive predictive value of 10% and a negative predictive value of 92%.

CONCLUSION: KIPPas Jogja can be used as a predictor of postpartum pelvic floor dysfunction.

KEYWORDS: postpartum pelvic floor dysfunction, KIPPas Jogja, POPQ, PFDI-20, FSFI

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Disfungsi dasar panggul adalah sekumpulan gejala yang terjadi oleh karena terganggunya fungsi fisiologis dasar panggul. Kejadian disfungsi dasar panggul terkait persalinan vaginal dijumpai pada lebih dari 46% perempuan. Berbagai bentuk disfungsi dasar panggul pasca persalinan dapat berupa inkontinensia urin, inkontinensia anal, serta prolaps organ panggul (Gyhagen *et al.*, 2013). Bertambahnya usia akan meningkatkan risiko disfungsi dasar panggul perempuan (Gyhagen *et al.*, 2013; Wilson *et al.*, 2014).

Kejadian disfungsi dasar panggul pasca persalinan sesungguhnya merupakan komplikasi jangka pendek dan jangka panjang dari sebuah persalinan. Salah satu hal yang sering terjadi pada persalinan vaginal yaitu robekan perineum memiliki keterkaitan dengan kejadian disfungsi dasar panggul (Wilson *et al.*, 2014). Pasca persalinan vaginal dengan robekan perineum derajat II atau lebih, kekuatan otot dasar panggul dapat menurun, terjadi inkontinensia anal maupun gangguan fungsi seksual, yang risiko kejadiannya lebih tinggi dibandingkan dengan robekan perineum derajat I dan perineum intak (Leeman *et al.*, 2016).

Dengan jumlah persalinan di Indonesia yang tiap tahunnya mencapai lebih dari lima juta orang, dan pertolongan oleh tenaga kesehatan mencapai 86,28% dari seluruh persalinan, perhatian terhadap risiko kejadian disfungsi dasar panggul seharusnya dapat lebih diperhatikan. Di provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan mencapai 75,88% (JNPK-KR *et al.*, 2008; Kementerian Kesehatan, 2016a, 2018).

Faktor risiko disfungsi dasar panggul didapatkan pada masa sebelum hamil, saat hamil di berbagai umur kehamilan maupun saat persalinan. Pengenalan lebih dini berbagai faktor risiko tersebut akan dapat mencegah munculnya atau memberatnya kejadian disfungsi dasar panggul. Setelah mampu

mengenali faktor risiko terjadinya disfungsi dasar panggul pasca persalinan, tenaga kesehatan diharapkan mampu melakukan upaya lanjut untuk mencegah terjadinya atau memberatnya disfungsi dasar panggul pasca persalinan. Dengan melakukan manajemen seawal mungkin perempuan dengan risiko tinggi terjadinya disfungsi dasar panggul, diharapkan tidak terjadi penurunan kualitas hidup perempuan yang bersangkutan.

Sebuah penelitian tentang prediktor terjadinya disfungsi dasar panggul pasca persalinan vaginal yang digambarkan dengan kejadian prolaps organ panggul pada subjek pasca 3 bulan persalinan vaginal, telah dilakukan di FKMK UGM. Evaluasi dilakukan menggunakan pemeriksaan fisik prolaps organ panggul dengan cara *Pelvic Organ Prolapse Quantification* (POPQ). Hasil penelitian berupa instrumen dalam bentuk lembaran kartu yang disebut dengan Kartu Instrumen Prediktor Pangastuti Jogja (KIPPas Jogja). Hasil penelitian dengan jumlah sampel terbatas membuktikan instrumen valid dan reliabel untuk memprediksi terjadinya disfungsi dasar panggul pasca 3 bulan persalinan vaginal, dengan nilai prediksi positif sebesar 97,3% (Pangastuti, 2018).

Dalam upaya melakukan pencegahan kejadian disfungsi dasar panggul pasca persalinan vaginal dan untuk pengembangan instrumen, perlu dilakukan penelitian lanjutan terkait instrumen tersebut. Penelitian lanjutan perlu dilakukan sebagai bentuk evaluasi terhadap kemampuan instrumen untuk memprediksi terjadinya disfungsi dasar panggul dalam bentuk prolaps organ panggul pasca persalinan vaginal. Hasil evaluasi nantinya dapat digunakan sebagai alat bantu pengenalan dini risiko terjadi disfungsi dasar panggul pasca persalinan vaginal oleh tenaga kesehatan di berbagai tingkat layanan kesehatan.

B. Rumusan Masalah

B.1. Permasalahan Umum

Diperlukan uji lanjutan instrumen prediktor disfungsi dasar panggul pasca persalinan vaginal yang sudah dibuat pada penelitian sebelumnya yaitu Kartu Instrumen Prediktor Pangastuti Jogja (KIPPas Jogja).

B.2. Permasalahan Khusus

Diperlukan uji validitas instrumen prediktor disfungsi dasar panggul pasca persalinan vaginal yang sudah dibuat pada penelitian sebelumnya (Kartu Instrumen Prediktor Pangastuti Jogja (KIPPas Jogja)), untuk seluruh jenis persalinan vaginal dengan penggunaan di masyarakat luas.

C. Tujuan Penelitian

Melakukan evaluasi terhadap Kartu Instrumen Prediktor Pangastuti Jogja (KIPPas Jogja) sebagai alat prediktor terjadinya disfungsi dasar panggul dalam bentuk prolaps organ panggul pasca persalinan vaginal.

D. Manfaat Penelitian

D.1. Manfaat Akademis

1. Memberikan informasi tentang adanya suatu instrumen prediktor terjadinya disfungsi dasar panggul dalam bentuk prolaps organ panggul pasca persalinan vaginal.
2. Memberikan hasil penelitian berdasar ilmiah tentang evaluasi instrumen prediktor terjadinya disfungsi dasar panggul dalam bentuk prolaps organ panggul pasca persalinan vaginal.

D.2. Manfaat Klinis

1. Mempermudah melakukan prediksi terjadinya disfungsi dasar panggul dalam bentuk prolaps organ panggul.

D.3. Manfaat bagi masyarakat

1. Memberikan konseling pada ibu bersalin jika diketahui ada faktor risiko terjadinya disfungsi dasar panggul pada persalinan vaginal.
2. Memberikan pengetahuan tentang pencegahan disfungsi dasar panggul pada perempuan.
3. Memberikan panduan rujukan pada pasien beresiko tinggi terjadinya disfungsi dasar panggul pasca persalinan.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian untuk melakukan evaluasi terhadap instrumen Kartu Instrumen Prediktor Pangastuti Jogja (KIPPas Jogja) sebagai alat prediktor terjadinya disfungsi dasar panggul dalam bentuk prolaps organ panggul pasca persalinan vaginal.

Tabel 1. Penelitian sebelumnya

| Penulis (tahun) | Judul penelitian | Rancangan penelitian | Hasil utama |
|-------------------------------|---|----------------------|---|
| Pangastuti, (2018) | Instrumen prediktor disfungsi dasar panggul pasca persalinan vaginal, “kajian faktor risiko, hasil pengukuran titik Ba, Titik Bp, panjang <i>Genital Hiatus</i> (GH), panjang <i>Perineal Body</i> (PB) | Kohort prospektif | KIPPas Jogja sebagai Instrumen Prediktor Disfungsi dasar panggul Perbedaan: ini merupakan penelitian lanjutan dari penelitian sebelumnya |
| Jelovsek et al. (2013) | Prediction models for postpartum urinary and fecal incontinence in primiparous women. | Kohort prospektif | Evaluasi inkontinensia urin dan fekal menggunakan 4 normogram dari faktor risiko ante partum dan intra partum, dan dilakukan evaluasi 6 minggu dan 6 bulan pasca persalinan |
| Hagen et al. (2008) | Psychometric properties of the pelvic organ prolapsed symptom score. | Kohort retrospektif | Penilaian pada 12 tahun pasca persalinan, terapi konservatif, terapi operasi |
| Wilson et al. (2014) | UR-CHOICE: can we provide mothers-to-be with information about the risk of future pelvic floor dysfunction? | Kohort retrospektif | Faktor resiko disfungsi dasar panggul berupa UR-CHOICE (UI before pregnancy, Race/ethnicity, Child bearing started at what age?, Height (mother’s height), Overweight (mother BMI), Inheritance (family history), Children (number of children desired), Estimated fetal weight |

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

A.1. Persalinan Vaginal

Persalinan adalah proses tahap demi tahap proses lahirnya janin. Proses persalinan dimulai dengan timbulnya kontraksi uterus yang teratur, diikuti perubahan serviks dan penurunan bagian terbawah janin, berakhir dengan kelahiran bayi dan pengeluaran plasenta. Proses kelahiran dibagi menjadi beberapa tahap sesuai dengan transisi fisiologis utama miometrium dan serviks selama kehamilan (Cunningham *et al.*, 2013).

Emanuel Friedman menyatakan bahwa "fitur klinis kontraksi uterus yaitu frekuensi, intensitas, dan durasi tidak dapat diandalkan sebagai ukuran perkembangan dalam persalinan ataupun sebagai indeks normalitas, kecuali untuk dilatasi serviks dan penurunan janin. Layaknya, tidak ada fitur klinis yang tampaknya berguna dalam menilai perkembangan persalinan." Friedman berusaha untuk memilih kriteria yang akan membatasi persalinan normal dan dengan demikian dapat mengidentifikasi kelainan persalinan yang signifikan. Representasi grafis dari penurunan dan dilatasi terhadap waktu telah dikenal sebagai kurva Friedman (Kochenour *et al.*, 1997; Cunningham *et al.*, 2013).

Persalinan vaginal dibagi menjadi persalinan spontan vaginal dan persalinan dengan tindakan operatif vaginal. Dalam persalinan spontan vaginal dibagi menjadi persalinan normal vaginal dimana presentasi janin adalah belakang kepala, persalinan presentasi muka dan persalinan presentasi bokong. Persalinan dengan tindakan operatif vaginal termasuk dengan vakum ekstraksi dan forcep (Cunningham *et al.*, 2013).

Persalinan normal adalah persalinan vaginal yang terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), spontan, janin presentasi belakang kepala, berlangsung tidak lebih dari 18 jam, serta tidak ada komplikasi pada ibu maupun janin. Pada persalinan normal terdapat beberapa fase. Kala I dibagi menjadi 2, yaitu fase laten (pembukaan cervix 1 hingga <4 cm, umumnya

berlangsung sekitar 8 jam), dan fase aktif (pembukaan cervix 4 hingga lengkap (10 cm), memerlukan waktu sekitar 6 jam). Lama kala I juga bergantung dari paritas pasien dan batas maksimal lama kala I berbeda antara nulipara dan multipara. Kala II adalah dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir, lamanya maksimal 2 jam pada primigravida, dan 1 jam pada multigravida. Pada penggunaan anastesi epidural dalam persalinan, lama kala II maksimal 3 jam pada primigravida, dan 2 jam pada multigravida. Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir lengkap, sekitar 30 menit. Kala IV segera setelah lahirnya plasenta hingga 2 jam pasca persalinan (Cunningham *et al.*, 2013; Kementerian Kesehatan *et al.*, 2013).

Persalinan kala II dimulai ketika serviks membuka lengkap dan tidak teraba di introitus vagina. Pertolongan dimulai saat kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm. Persiapkan handuk untuk mengeringkan bayi di perut ibu, dan kain di bagian bawah bokong ibu. Set pertolongan persalinan dapat disiapkan dan dipastikan kelengkapan peralatan pertolongan persalinan. Penolong menggunakan sarung tangan Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) atau steril pada kedua tangan. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm, perineum dilindungi dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan kepala bayi pada posisi defleksi mencegah ekstensi kepala bayi yang tiba-tiba. Dilakukan pemeriksaan ada tidaknya lilitan tali pusat dan dilakukan manajemen yang sesuai jika ditemukan lilitan tali pusat. Putaran paksi luar kepala bayi akan berlangsung secara spontan (Kementerian Kesehatan *et al.*, 2013).

Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, kepala dipegang secara biparental. Ibu tetap meneran saat ada kontraksi. Dengan lembut kepala bayi digerakkan ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis. Selanjutnya bahu depan dan belakang dilahirkan. Setelah kedua bahu lahir, tubuh dan lengan bayi lahir, tangan yang berada di atas menelusuri punggung, bokong, tungkai dan kaki bayi. Kedua mata kaki dipegang dengan cara memasukkan telunjuk di antara kaki, masing-masing mata kaki dipegang dengan

ibu jari dan jari-jari lainnya, selanjutnya keseluruhan bayi dilahirkan (Kementerian Kesehatan *et al.*, 2013).

Pada presentasi wajah, leher janin pada posisi hiperekstensi sehingga oksiput janin bersentuhan dengan punggung janin, dan dagu janin berperan sebagai bagian penunjuk pada persalinan. Wajah janin dapat hadir dengan posisi dagu anterior atau posterior, relatif terhadap simfisis pubis ibu. Meskipun beberapa presentasi dagu posterior bertahan selama persalinan, sebagian besar berpindah secara spontan ke anterior bahkan pada akhir persalinan. Dengan demikian, presentasi dagu posterior tidak dapat lahir kecuali dengan janin yang sangat prematur. Dalam proses persalinan, penurunan disebabkan oleh faktor yang sama seperti pada presentasi kepala. Ketika resistensi terjadi, oksiput terdorong ke arah punggung janin saat dagu turun. Setelah rotasi dan penurunan, dagu dan mulut muncul di vulva, permukaan bawah dagu menekan simfisis, dan kepala dilahirkan dengan fleksi leher. Dalam proses persalinan yang dapat dilakukan adalah menunggu sambil meminta ibu mengejan ketika sudah memasuki kala II. Tindakan mengubah presentasi menjadi puncak kepala ataupun merubah dagu posterior menjadi anterior menggunakan forcep tidak disarankan dan adalah tindakan yang berbahaya (Cunningham *et al.*, 2013).

Persalinan dengan bagian terbawah janin berupa bokong dikenal sebagai presentasi bokong. Dalam proses persalinan presentasi bokong, tahap demi tahap yang dilalui, sama dengan presentasi kepala, akan tetapi bokong lahir terlebih dahulu. Dalam persalinan bokong vaginal, persalinan dapat terjadi secara spontan ataupun dengan manuver untuk melahirkan janin. Robekan derajat 3 dan 4 pada persalinan bokong terjadi pada 1.6% persalinan bokong tidak berbeda jauh dengan persalinan dengan presentasi kepala (0.6-8%) (Jennewein *et al.*, 2018).

Pada perempuan dengan paritas yang lebih tinggi, dua atau tiga upaya ekspulsif setelah dilatasi serviks penuh mungkin cukup untuk menyelesaikan persalinan. Sebaliknya, pada seorang wanita dengan panggul yang sempit, dengan janin yang besar, atau dengan upaya ekspulsif yang terganggu dari analgesia atau sedasi, tahap kedua mungkin menjadi panjang secara tidak normal. Peningkatan

indeks massa tubuh ibu tidak mengganggu tahap kedua persalinan (Cunningham *et al.*, 2013).

Persalinan vaginal operatif adalah persalinan dengan bantuan forcep ataupun dengan vakum ekstraksi. Tujuan dari persalinan per vaginam operatif adalah untuk meniru kelahiran pervaginam spontan, dengan mempercepat persalinan ataupun meminimalkan hejan ibu, sehingga mendapatkan morbiditas ibu atau neonatal yang minimal (Jeon & Na, 2017).

Indikasi untuk persalinan operatif meliputi persalinan kala II yang memanjang atau kebutuhan untuk mempersingkat persalinan tahap kedua karena status janin yang tidak meyakinkan atau komorbiditas pada ibu. Masalah medis pada ibu, terutama penyakit jantung atau hipertensi. Selain itu, persalinan dengan vakum ekstraksi dapat diterapkan bahkan jika ibu kelelahan karena rasa sakit yang terkait dengan persalinan (Memon & Handa, 2013; Jeon & Na, 2017).

Persalinan vakum ekstraksi merupakan salah satu dari tehnik persalinan vaginal operatif. Persalinan vaginal operatif mengacu pada penggunaan alat traksi untuk membantu kontraksi uterus dan upaya ekspulsif ibu selama kala dua persalinan untuk mencapai persalinan janin. Forceps dan vakum adalah instrumen yang paling umum digunakan untuk tujuan ini (Memon & Handa, 2013; Jeon & Na, 2017).

Kontraindikasi vakum ekstraksi pada janin termasuk demineralisasi tulang janin seperti *osteogenesis imperfecta*, kelainan pembekuan darah, presentasi abnormal seperti presentasi dahi atau presentasi wajah, belum *engage*, kesulitan untuk mengidentifikasi bagian janin dan *sampling* darah kulit kepala janin baru-baru ini, kecurigaan disproporsi janin dan pelvik dan dilatasi serviks yang belum lengkap (Jeon & Na, 2017).

Komplikasi persalinan dengan vakum ekstraksi pada janin dan neonatal termasuk distosia bahu, perdarahan subdural, kelumpuhan saraf wajah, perdarahan subkonjungtiva, perdarahan retina, fraktur kranial, perdarahan intrakranial, laserasi kulit kepala, dan cedera serviks. Perdarahan intrakranial dilaporkan terjadi pada satu dari 860 bayi baru lahir yang dilahirkan melalui persalinan vakum ekstraksi. Bayi yang dilahirkan secara vakum ekstraksi memiliki tingkat perdarahan

subdural atau otak yang secara signifikan lebih tinggi daripada bayi yang dilahirkan secara spontan. Komplikasi ibu meliputi laserasi serviks dan vagina, perdarahan post partum, infeksi saluran kemih, cedera dasar panggul, dan laserasi derajat tiga hingga empat. Kala II yang panjang juga dapat dikaitkan dengan luaran yang merugikan pada ibu. Kala II yang berkepanjangan, umumnya dianggap lebih dari 3 jam, telah menunjukkan peningkatan risiko infeksi, laserasi perineum derajat tiga dan empat, serta perdarahan post partum (Jeon & Na, 2017). Sebuah tinjauan sistematis Cochrane terhadap sembilan studi terkontrol acak yang melibatkan 1.368 wanita primipara dan multipara menunjukkan bahwa mangkok ekstraktor vakum lunak dibandingkan dengan vakum besi dikaitkan dengan peningkatan yang signifikan dalam tingkat kegagalan (OR 1,6; 95% CI 1,2-2,3) tetapi signifikan pengurangan trauma kulit kepala nifas (OR 0,4; 95% CI 0,3-0,6).

A.2. Disfungsi Dasar Panggul

Fungsi fisiologis normal dasar panggul tergantung pada integritas anatomi dan interaksi yang tepat antara struktur panggul, komponen penopang dasar panggul, dan sistem saraf. Disfungsi dasar panggul merupakan keadaan terganggunya fungsi fisiologis dasar panggul. Bentuk disfungsi dasar panggul pada perempuan meliputi prolaps organ panggul, inkontinensia urin, inkontinensia anal, disfungsi seksual serta berbagai problem perineum (Corton, 2009; Bozkurt *et al.*, 2014).

Disfungsi dasar panggul disebabkan oleh banyak faktor. Persalinan vaginal dan paritas menjadi faktor yang berpengaruh dan memiliki hubungan yang penting dengan disfungsi dasar panggul. Durasi persalinan, trauma perineum dan penggunaan alat bantu selama proses persalinan menjadi faktor yang mempengaruhi terjadinya disfungsi dasar panggul pasca persalian. Jumlah paritas menjadi faktor risiko yang sangat penting pada perempuan usia muda (20-34 tahun) akan tetapi akan menghilang di usia lebih dari 65 tahun. Peningkatan kejadian disfungsi dasar panggul dapat terjadi beberapa bulan pasca persalinan ataupun beberapa tahun setelah persalinan. Kejadian disfungsi dasar panggul dengan riwayat persalinan vaginal spontan mencapai 58%, lebih tinggi

dibandingkan persalinan abdominal yaitu 43% (Memon & Handa, 2013). Persalinan vaginal merupakan salah satu faktor risiko prolaps organ panggul. Kurang lebih 50% dari perempuan yang pernah melahirkan mengalami prolaps organ panggul dengan gejala yang dirasakan pada 10-20% perempuan (Choi & Hong, 2014).

Kehamilan dan persalinan merupakan faktor risiko penting untuk inkontinensia urin dan prolaps organ reproduksi. Prevalensi inkontinensia urin jenis apapun adalah 10,1% untuk wanita nulipara, 15,9% setelah operasi caesar, dan 21,0% setelah persalinan vaginal. Dibandingkan dengan wanita nulipara, wanita yang telah menjalani operasi caesar memiliki rasio odds yang disesuaikan sebesar 1,5 untuk semua jenis inkontinensia urin (interval kepercayaan 95% [CI], 1,2-1,9) dan rasio odds yang disesuaikan 1,4 untuk inkontinensia sedang atau berat (95% CI 1,0–2,1). Evaluasi 20 tahun pasca persalinan, prevalensi gejala prolaps organ panggul adalah dua kali lebih tinggi setelah persalinan pervaginam dibandingkan setelah setelah operasi caesar (14,6% vs 6,3%, rasio odds 2,55, 95% CI 1,98-3,28) (Jundt *et al.*, 2015).

Persalinan vaginal dapat dipersulit oleh trauma sfingter anal dan berhubungan dengan inkontinensia anal postpartum. Riwayat laserasi obstetrik derajat ketiga dan keempat diidentifikasi sebagai satu-satunya faktor risiko obstetrik untuk inkontinensia anal postpartum dalam penelitian *systematic-review*. Namun, dengan tidak adanya trauma sfingter anal, persalinan vaginal tampaknya tidak meningkatkan risiko inkontinensia anal (Memon & Handa, 2013).

Persalinan vaginal operatif secara signifikan meningkatkan risiko disfungsi dasar panggul. Dalam kohort wanita parous 5-10 tahun setelah melahirkan, riwayat persalinan vaginal operatif dikaitkan dengan peningkatan empat kali lipat dalam peluang terjadinya inkontinensia urin tipe stres dan sindrom kandung kemih overreaktif, serta peningkatan sampai delapan kali lipat peluang untuk terjadi prolaps. Kebutuhan intervensi bedah untuk inkontinensia urin tipe stres dan prolaps juga lebih tinggi setelah kelahiran pervaginam operatif. Persalinan vaginal operatif juga merupakan faktor risiko untuk cedera sfingter anal, yang merupakan faktor risiko independen untuk timbulnya inkontinensia ani.

Dalam uji coba terkontrol secara acak membandingkan hasil ibu setelah dilakukan ekstraksi forsep dibandingkan vakum, tidak ada perbedaan yang bermakna antara forsep dan vakum dalam hal berbagai gejala saluran kemih maupun anus, pada 5 tahun postpartum (Memon & Handa, 2013).

Latihan otot dasar panggul dapat mencegah terjadinya disfungsi dasar panggul pada akhir kehamilan serta pasca persalinan. Kebiasaan latihan otot dasar panggul atau lebih dikenal dengan senam Kegel sebelum hamil, menurunkan kejadian inkontinensia urin sampai dengan 56% di akhir kehamilan, 50% di masa awal pasca persalinan dan 30% sampai dengan akhir bulan ke 6 pasca persalinan. Latihan rutin otot dasar panggul pada masa kehamilan awal mengurangi risiko inkontinensia urin di akhir kehamilan sebesar 10%. Jika dilakukan pada pasca persalinan, latihan otot dasar panggul dapat menurunkan risiko kejadian inkontinensia urin sampai dengan 12 bulan pasca persalinan sebesar 20% dan 50% untuk inkontinensia fekal (Jain & Parsons, 2011).

A.3. Instrumen Prediktor Disfungsi Dasar Panggul Pasca persalinan

Model prediksi adalah suatu metode yang digunakan untuk memperkirakan kejadian suatu penyakit atau kondisi dengan mempertimbangkan berbagai hal yang mendasarinya secara langsung ataupun tidak langsung. Model prediksi dan sistem penilaian telah digunakan di bidang kedokteran lain untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko terhadap penyakit kronis. Berbagai model telah dikembangkan untuk digunakan memprediksi risiko jangka pendek gangguan dasar panggul setelah melahirkan (Jelovsek *et al.*, 2013).

Dalam memprediksi disfungsi dasar panggul, Jelovsek membuat model prediktor disfungsi dasar panggul menggunakan faktor risiko berupa ras, riwayat inkontinensia urin, BMI, rencana jumlah persalinan dan usia ibu. Pada model tersebut, dibuat normogram dari berbagai faktor risiko menghasilkan berapa persen kemungkinan terjadinya disfungsi dasar panggul yang dinilai dengan inkontinensia urin dan inkontinensia alfi 6 bulan pasca persalinan (Jelovsek *et al.*, 2013).

Pada model buatan Wilson, model prediktor terjadinya disfungsi dasar panggul pasca persalinan dibuat dengan menggunakan riwayat inkontinensia urin sebelum hamil, ras, usia saat memulai hamil, BMI, jumlah anak dan perkiraan berat janin. Faktor risiko sebelum persalinan tersebut memperkirakan kemungkinan terjadinya prolaps dan inkontinensia pasca persalinan (Wilson *et al.*, 2014).

Menurut hemat kami, pada model sebelumnya, belum memasukkan secara detil pemeriksaan dinding panggul saat kehamilan serta proses persalinan yang berhubungan dengan kejadian disfungsi dasar panggul pasca persalinan. Pada penelitian di FKMK UGM menghasilkan suatu model yang dapat digunakan untuk memprediksi terjadinya disfungsi dasar panggul pasca persalinan vaginal menggunakan faktor risiko sebelum kehamilan, saat hamil dan selama persalinan untuk memperkirakan terjadinya disfungsi dasar panggul pasca persalinan. Untuk kemudahan, instrumen selanjutnya disebut sebagai Kartu Instrumen Prediktor Pangastuti Jogja (KIPPas Jogja), merupakan suatu alat prediksi terjadinya disfungsi dasar panggul dalam bentuk prolaps organ panggul pasca 3 bulan persalinan vaginal (Pangastuti, 2018).

A.4. KIPPas Jogja (Kartu Instrumen Prediktor Pangastuti Jogja)

KIPPas jogja merupakan prediktor disfungsi dasar panggul pasca persalinan yang dibuat di FKMK UGM. KIPPas Jogja adalah instrumen yang dibuat dengan merangkum faktor risiko pada perempuan sejak saat sebelum hamil, saat kehamilan sampai dengan persalinan untuk mempermudah dilakukannya prediksi terhadap kemungkinan terjadinya disfungsi dasar panggul (Pangastuti, 2018).

Faktor risiko yang dinilai saat kehamilan sekarang adalah paritas, usia ibu, IMT sebelum hamil, lebar introitus vagina, panjang *perineal body*, letak titik BA dan BP. Faktor risiko yang dinilai pada saat persalinan adalah jenis persalinan, lama kala II, berat bayi lahir, tindakan episiotomi dan terjadinya robekan perineum. Faktor risiko yang dinilai dari riwayat sebelum hamil adalah jumlah persalinan vaginal sebelum hamil sekarang, jenis persalinan vaginal

sebelum sekarang, riwayat robekan perineum sebelumnya dan usia ibu saat persalinan vaginal pertama kali. Dari seluruh faktor risiko tersebut dilakukan skoring dengan skala untuk masing masing variabel dan dijumlahkan. Jika didapatkan skor lebih dari atau sama dengan 93 dinyatakan memiliki risiko tinggi terjadinya disfungsi dasar panggul pasca persalinan. Jika didapatkan skor kurang dari 93 dinyatakan memiliki risiko rendah terjadinya disfungsi dasar panggul pasca persalinan (Pangastuti, 2018).

Pada penelitian sebelumnya, dilakukan uji pada KIPPas Jogja, dengan jumlah sampel yang masih terbatas, dan dari penelitian tersebut diperoleh hasil nilai uji sensitivitas sebesar 78,26% dan spesifisitas 80%. Berdasarkan penggunaan instrumen KIPPas, pada subjek dengan hasil risiko tinggi, kemungkinan akan terjadi disfungsi dasar panggul pada pemeriksaan POPQ pasca persalinan adalah sebesar 97,3%. Bila subjek memiliki hasil penghitungan instrumen berada pada kelompok risiko rendah, kemungkinan akan terjadi disfungsi dasar panggul pada pemeriksaan POPQ pasca persalinan adalah sebesar 28,57% (Pangastuti, 2018).

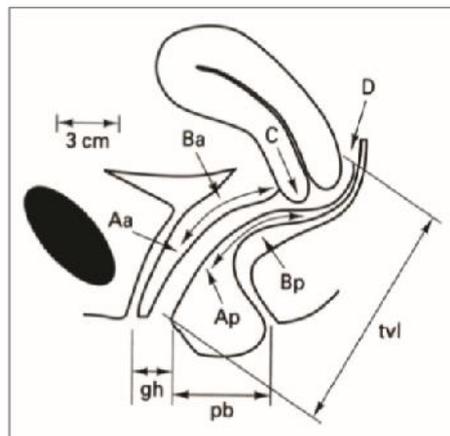
Pada pengujian awal saat pembuatan instrumen KIPPas Jogja, didapatkan nilai akurasi instrumen berada pada angka 78,43%, (antara 70-80%) yang berarti memiliki kemampuan “cukup” untuk menegakkan diagnosis disfungsi dasar panggul dengan menggunakan pemeriksaan POPQ. Subjek dengan hasil penghitungan instrumen prediktor risiko tinggi, memiliki risiko 1,36 kali mengalami disfungsi dasar panggul pasca persalinan vaginal, berdasarkan pemeriksaan POPQ. Hasil ini menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik ($p=0,017$; dengan CI 95%=0,97 sampai 1,91), namun secara klinis memiliki signifikansi yang kecil (Pangastuti, 2018).

A.5 *Pelvic Organ Prolapse Quantification (POPQ)*

POPQ merupakan metode untuk menegakkan diagnosis prolaps organ panggul dengan melakukan pemeriksaan organ ginekologis, POPQ pertama kali didefinisikan oleh *International Continece Society (ICS)* sebagai prosedur untuk

menentukan derajat beratnya prolaps organ panggul. Dalam pengukuran, di gunakan beberapa struktur spesifik dasar panggul, untuk prolaps organ panggul dibandingkan posisinya terhadap selaput dara sebagai penentuan derajat prolaps. Selaput dara digunakan sebagai patokan, oleh karena lokasinya dapat tepat diidentifikasi (Persu *et al.*, 2011).

Pengukuran dilakukan pada 6 titik (Aa, Ba, Ap, Bp, C dan D) terhadap jaraknya dengan selaput dara dan panjang 3 jarak (Pb, Gh dan TVL). Titik-titik meliputi 3 titik di dinding anterior vagina (titik Aa, Ba dan C), dan 3 di dinding posterior vagina (titik Ap, Bp dan D). Keenam titik ini diukur saat pasien mengejan dan harus mencerminkan tonjolan maksimum. Jarak yang diukur adalah *Genital hiatus* (Gh), *Perineal body* (Pb), serta *Total Vaginal Length* (TVL) yang diukur tanpa mengejan (Persu *et al.*, 2011; Dhama *et al.*, 2017).



Gambar 1. Titik dan Jarak dalam pengukuran POPQ (Persu *et al.*, 2011)

Titik Ba, Bp dan C mencerminkan gambaran prolaps organ panggul. Titik Ba mencerminkan sistokel, titik Bp mencerminkan rektokel, dan titik C mencerminkan prolaps uterus atau puncak vagina bagi pasien yang sudah dilakukan histrektomi. Beratnya derajat prolaps di ukur dari jarak ketiga titik tersebut terhadap selaput dara sebagai patokan (Dhama *et al.*, 2017).

Derajat 0: tidak ada tampilan prolaps

Derajat 1: bagian prolaps terdistal adalah terletak pada < 1 cm proksimal hymen

Derajat 2: bagian prolaps terdistal adalah terletak pada atau antara 1 cm proksimal atau distal hymen

Derajat 3: bagian prolaps terdistal menonjol terletak pada > 1 cm distal hymen, tetapi tidak lebih distal dari total vaginal length dikurangi 2 cm (tidak seluruh vagina prolaps)

Derajat 4: seluruh vagina prolaps komplit.

Pada pemeriksaan POPQ terlebih dahulu kita nilai panjang TVL. Nilai TVL dikurangi 2 cm menjadi patokan pengukuran prolaps organ panggul. Pada pemeriksaan sistokel, dikatakan derajat 1 jika titik Ba terletak pada TVL dikurangi 2 cm sampai <1 cm dari proksimal hymen, derajat 2 jika terletak diantara 1 cm proksimal dan distal hymen. Pada pemeriksaan rektokel, dikatakan derajat 1 jika titik Bp terletak pada TVL dikurangi 2 cm sampai <1 cm dari proksimal hymen, derajat 2 jika terletak diantara 1 cm proksimal dan distal hymen. Pada pemeriksaan prolaps uteri, dikatakan derajat 1 jika titik C terletak pada TVL dikurangi 2 cm sampai <1 cm dari proksimal hymen, derajat 2 jika terletak diantara 1 cm proksimal dan distal hymen (Dhama *et al.*, 2017).

A.6. PFDI (*Pelvic Floor Distress Inventory*) dan FSFI (*Female Sexual Function Index*)

Evaluasi disfungsi dasar panggul juga dilakukan dengan menilai keluhan klinis dan kualitas hidup pasien. Penilaian kualitas hidup perempuan sebagai dampak inkontinentia urin, dan inkontinentia alfi, serta kepuasan seksual yang terjadi karena disfungsi dasar panggul merupakan ukuran kualitas hidup perempuan yang penting. Karena kompleksnya gejala disfungsi dasar panggul, telah dikembangkan berbagai kuesioner dan model untuk menilai derajat gangguan tersebut, dan dampaknya pada kehidupan perempuan. PFDI digunakan untuk menilai dampak gangguan disfungsi dasar panggul terhadap kualitas hidup berupa keluhan berkemih, keluhan buang air besar, ataupun keluhan lain akibat