

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Dasar panggul adalah diafragma muskular yang memisahkan cavum pelvis di sebelah atas dengan ruang perineum di sebelah bawah. Sekat ini dibentuk oleh m. Levator ani, serat m. Coccygeus dan seluruhnya ditutupi oleh fascia parietalis (Gosling, 1999; Patric, 2002; Callahan, 2004; Loetan, 2006).

Proses kehamilan dan persalinan terlibat dalam terjadinya disfungsi dasar panggul. Kekendoran otot – otot yang melingkari vagina sering disebabkan oleh kelahiran anak melalui vagina (Patric, 2002). Hampir 50% wanita yang pernah melahirkan akan menderita prolaps organ genitourinaria dan 40% disertai inkontinensia urin (Sarwono, 2004). Satu dari tiga wanita akan mengalami inkontinensia selama hidupnya dan lebih dari 65% wanita ini menyatakan bahwa hal tersebut dimulai saat kehamilan maupun sesudah melahirkan (Loetan, 2006).

Berbagai penelitian epidemiologis menunjukkan bahwa disfungsi dasar panggul tersebut melibatkan kerusakan jaringan otot, jaringan syaraf, jaringan ikat, termasuk jaringan penyokong, pada daerah dasar panggul. Disfungsi dasar panggul yang dapat terjadi setelah persalinan antara lain inkontinesia urin, prolaps organ panggul, inkontinensia alvi dan disfungsi seksual (Genadry, 2006).

Selama dekade terakhir diyakini bahwa kehamilan dan persalinan merupakan faktor resiko utama untuk terjadinya inkontinensia urin dan prolaps genitalia pada wanita muda (Fonti, 2013). Dikatakan juga defek pada dasar panggul berhubungan erat dengan trauma yang terjadi di dasar panggul pada suatu persalinan pervaginam, namun sampai saat ini penelitian mengenai hal tersebut masih terus dilakukan. Genadry R mengatakan faktor yang terlibat dalam terjadinya disfungsi dasar panggul bersifat multifaktorial dan bergantung pula pada genetik, kondisi fisik dan

kondisi lingkungan, karena pada kenyataannya defek pada otot dasar panggul juga ditemukan pada perempuan yang tidak mengalami kehamilan dan persalinan (Genadry, 2006).

Trauma terhadap daerah dasar panggul akibat penurunan kepala janin melalui jalan lahir pada persalinan pervaginam tidak terjadi pada persalinan dengan seksio sesarea, sehingga berkembang suatu persepsi di masyarakat bahwa persalinan dengan seksio sesarea akan melindungi seorang perempuan dari trauma dasar panggul sehingga terjadi peningkatan permintaan dari masyarakat untuk dilakukan persalinan dengan seksio sesarea. Pernyataan tersebut diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Bettes dkk bahwa di Amerika Serikat pada tahun 2004 pernah terjadi peningkatan insidensi seksio sesarea paling tinggi yaitu 29,1% dari 1,2 juta persalinan (Nygaard, 2005). Perdebatan tentang persalinan seksio sesarea merupakan persalinan yang paling baik untuk seorang perempuan agar terhindar dari disfungsi dasar panggul, sampai saat ini masih terus diteliti (Lal, 2003).

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk menilai kekuatan otot dasar panggul dan hubungannya dengan persalinan pervaginam dibandingkan dengan persalinan perabdominam. Carmelia dkk.(2009) melakukan penelitian terhadap 60 orang pasien yang melahirkan di RS Hasan Sadikin Bandung selama Bulan Oktober – November 2009 dengan menggunakan alat perineometer biofeedback Myomed 932, memperlihatkan tidak terdapat perbedaan bermakna dari nilai kontraksi maksimal, nilai kontraksi minimal dan ketahanan otot levator ani antara primipara pasca persalinan pervaginam dengan pasca salin seksio sesarea.(Carmellia, 2009)

David LL dkk.(2009) melakukan pengukuran kekuatan otot dasar panggul dengan menggunakan alat perineometer terhadap 30 pasien pasca salin normal dan 30 ibu pasca salin seksio sesarea di RSUP. H. Adam Malik, RSU Pringadi Medan dan RSU Sundari periode 1 Januari 2007 – 31 Januari 2009, memperlihatkan adanya perbedaan bermakna antara kedua kelompok sampel dimana kekuatan otot dasar panggul

pascasalin pervaginam lebih rendah dibandingkan dengan pascasalin seksio sesarea (David, 2009).

Mascarenhas T dkk.(2001)mengukur kekuatan dasar otot panggul dengan EMG perineometry dan palpasi digital pada 66 wanita primipara 6 minggu dan 6 bulan postpartum (dari 66 wanita tersebut 42,4% melahirkan spontan, 25,8% dengan vakum ekstraksi, dan 31,8% dengan seksio sesarea). Terdapat penurunan kekuatan dasar panggul yang bermakna pada wanita yang melahirkan pervaginam dibandingkan dengan yang melahirkan dengan seksio sesarea ( $p=0,049$ )<sup>(Mascarenhas, 200)</sup>. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan hasil yang didapatkan peschers UM (1997) yang mendapatkan kekuatan otot dasar panggul menurun secara bermakna 3 sampai 8 hari post partum pada wanita yang melahirkan pervaginam tapi tidak pada wanita dengan seksio sesarea (Peschers,1997).

Meskipun di beberapa penelitian menemukan adanya perbedaan bermakna antara pengaruh persalinan pervaginam dan seksio sesarea terhadap kekuatan otot dasar panggul, Beberapa penelitian lain tidak menemukan adanya perbedaan antara pengaruh persalinan pervaginam dan seksio sesarea terhadap kekuatan otot dasar panggul. Namun belum ada data mengenai kekuatan otot dasar panggul perempuan pasca seksio sesarea atas indikasi distosia kala II . Hal tersebut membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian ini.

## **B. Rumusan Masalah**

Mengetahui seberapa besar kekuatan otot dasar panggul primipara pasca seksio sesarea ai distosia kala II dan pasca seksio sesarea elektif.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Menilai kekuatan otot dasar panggul pada wanita pasca seksio sesarea atas indikasi distosia kala II dan pasca seksio sesarea elektif.



## 2. Tujuan Khusus

Mengukur kekuatan otot dasar panggul wanita 3 bulan pasca seksio sesarea atas indikasi distosia kala II dan elektif sesudah kontraksi.

### D. Manfaat Penelitian

1. Hasil penelitian diharapkan dapat memberi informasi awal mengenai kekuatan otot dasar panggul primipara pasca seksio sesarea ai distosia kala II dan pasca seksio sesarea elektif.
2. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan acuan bagi peneliti selanjutnya dalam bidang uroginekologi.



