

## Artikel Review

**Tata Laksana Disfungsi Dasar Panggul Pascasalin****Mochamad Rizkar Arev Sukarsa, Rena Nurita, Melia Juwita Adha**Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran/  
RSUP Dr. Hasan Sadikin

Korepondensi: Mochamad Rizkar Arev Sukarsa, Email: meliarezano@gmail.com

**Abstrak**

**Tujuan:** melakukan telaah literatur mengenai identifikasi dan tata laksana dini disfungsi dasar panggul pada onset baru atau lama. Gejala dan perubahan anatomis terkait disfungsi otot dasar panggul dapat berhubungan dengan hipertonisitas, hipotonisitas, atau gangguan koordinasi otot dasar panggul. Diagnosis disfungsi dasar panggul pascasalin sering terlewat karena ketiadaan alat skrining disfungsi dasar panggul khusus kehamilan. Evaluasi klinis dan diagnosis paling utama didasari pada gejala yang dilaporkan pasien. Evaluasi klinis mencakup empat domain penilaian yaitu terkait fungsi seksual, fungsi penyokong dasar panggul, fungsi urinasi, dan fungsi defekasi. **Metode:** merangkum berbagai referensi termutakhir yang dapat menjadi pedoman dan tata laksana disfungsi dasar panggul.

**Hasil:** awal disfungsi dasar panggul pascasalin ditegakkan berdasarkan domain evaluasi klinis yang dikeluhkan oleh pasien. Tata laksana meliputi pertimbangan onset gejala, tidak menganggap normal suatu gejala yang mengganggu, tata laksana konservatif, pemantauan berkala, dan lanjutan. Latihan otot dasar panggul (Kegel) terbukti dapat mengidentifikasi dan menguatkan otot yang berkaitan dengan fungsi miksi, defekasi, dan seksual.

**Kesimpulan:** Latihan Kegel dapat berperan sebagai tata laksana rutin mandiri pasien dengan disfungsi dasar panggul dengan gejala semua domain. Latihan ini dapat dikombinasikan dengan terapi biofeedback atau modalitas rehabilitasi yang lain.

Kata kunci: evaluasi klinis, hipertonisitas, hipotonisitas, latihan kegel, otot panggul, rehabilitasi

Kata kunci: evaluasi klinis, hipertonisitas, hipotonisitas, latihan kegel, otot panggul, rehabilitasi

***Management of Pelvic Floor Dysfunction*****Abstract**

**Objective:** to perform a literature review the identification and early management of new-onset or pre-existing pelvic floor dysfunction. Symptoms and anatomical changes related to pelvic floor muscle dysfunction may be related to hypertonicity, hypotonicity, or discoordination of the pelvic floor muscles. Diagnosis of pelvic floor dysfunction after delivery is difficult because there are no pregnancy-specific pelvic floor dysfunction screening tools. Clinical evaluation and diagnosis are primarily based on the patient's reported symptoms, which include four assessment domains related to sexual function, pelvic floor support function, urinary, and defecation.

**Methods:** summarizes the latest references that provide guidance and treatment for pelvic floor dysfunction.

**Results:** Management of pelvic floor dysfunction after the initial diagnosis was based on the evaluation domain from patient's symptoms. Management includes considering the symptoms onset, awareness of disturbing symptoms, conservative management, monitoring, and advanced management. Pelvic floor exercises (Kegel) are clinically proven to identify and strengthen the muscles associated with micturition, defecation, or sexual function.

**Conclusion:** Kegel exercises can act as routine independent management of pelvic floor dysfunction patients with symptoms in all domains. The exercise can be combined with biofeedback therapy or other rehabilitation modalities.

**Key words:** clinical evaluation, hypertonicity, hypotonicity, kegel exercise, pelvic floor, rehabilitation

## Pendahuluan

Disfungsi dasar panggul (DDP) merupakan kumpulan berbagai gejala dan perubahan anatomis yang terkait dengan abnormalitas fungsi otot dasar panggul. Fungsi tersebut dapat berhubungan dengan hipertonisitas, hipotonisitas atau gangguan koordinasi otot dasar panggul. Aspek klinis DDP dapat urologis, ginekologis, atau kolorektal dan saling berhubungan.<sup>1</sup> Disfungsi dasar panggul sering terjadi dengan onset saat kehamilan atau pascasalin. Dalam sebuah studi kohort pada ibu hamil trimester 3 menggunakan *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI), 29,0% melaporkan distres gejala prolaps; 41,8% melaporkan distres gejala berkemih, dan 24,2% melaporkan distres gejala kolorektal.<sup>2</sup> Trauma obstetri terjadi pada 33% primigravida, 13% simtomatik dan 1% akan berujung kepada laserasi perineum derajat 3 dan 4. Selama partus, laserasi perineum merupakan jenis trauma obstetri pada panggul yang paling sering terjadi dan diklasifikasikan dalam berbagai derajat.<sup>3</sup> Laserasi perineum derajat 3 dan 4, *obstetric anal sphincter injuries* (OASIS), terjadi pada 3,3% persalinan pervaginam dan berhubungan secara signifikan dengan kejadian inkontinensia alvi dan disfungsi seksual.<sup>3,4</sup>

## Metode

Pengumpulan sumber data yang digunakan dalam artikel ini melalui penelusuran situs Pubmed secara elektronik. Langkah analisis sumber data dilakukan dengan meringkas topik dengan tujuan menambah pemahaman topik yang dibahas. Kata kunci yang digunakan di antaranya “*pelvic floor dysfunction*” and “*clinical management*”.

Pencarian terbatas pada naskah lengkap yang diterbitkan dalam bahasa Inggris dari tahun 2009 sampai 2021. Referensi yang dicantumkan termasuk seluruh artikel riset dan ulasan terkait juga metaanalisis.

Seluruh artikel dilakukan pencatatan tahun publikasi, desain riset, populasi riset, epidemiologi, faktor risiko, kuesioner evaluasi klinis, keparahan, penatalaksanaan konservatif, dan latihan otot untuk DDP.

## Epidemiologi

Proporsi berbagai gejala DDP berdasarkan metode melahirkan dan *Obstetric Anal Sphincter Injuries* (OASI) dilaporkan di Tabel 1.

## Etiologi dan Faktor Risiko

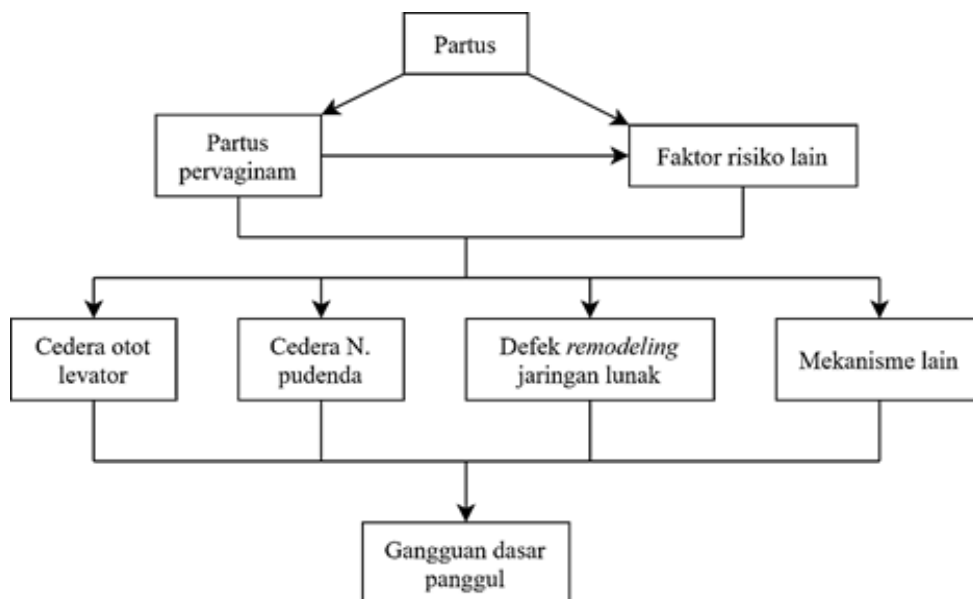
Faktor risiko DDP pascasalin yang berhubungan dengan saat hamil atau setelah

**Tabel 1 Proporsi Wanita dengan DDP Berdasarkan Metode Melahirkan dan OASIS.<sup>4,5</sup>**

Disfungsi Dasar Panggul	Pascasalin Pervaginam		Pascasalin Pervaginam + OASIS		Pascasalin Seksio Sesarea	
	Setelah 6 minggu	Setelah ≥6 bulan	Setelah 6 minggu	Setelah ≥6 bulan	Setelah 6 minggu	Setelah ≥6 bulan
Inkontinensia urin <sup>5</sup>	35%	31%	34%	33%	25%	22%
Inkontinensia alvi <sup>5</sup>	11%	8%	26%	17%	10%	7%
Dispareunia <sup>4</sup>	38% (12 bulan)		62,5% (12 bulan)			
Prolaps organ panggul (derajat 2) <sup>5</sup>	29% (6–12 bulan)		38% (6–12 bulan)		21% (6–12 bulan)	
	7% (5–10 tahun)				6% (20 tahun)	
	14% (20 tahun)					

**Tabel 2 Faktor yang Berhubungan dengan OASIS.<sup>5</sup>**

Faktor	Rasio odds (interval kepercayaan 95%)
Faktor Risiko	
Persalinan berbantu forceps	5,50 (3,17–9,55)
Persalinan berbantu forceps + episiotomi medial	
Laserasi derajat 4	10,55 (10,29–10,81)
Laserasi derajat 3	5,65 (5,55–5,75)
Persalinan berbantu vakum	3,98 (2,60–6,09)
Primipara	3,24 (2,20–4,76)
Posisi oksiput posterior	3,09 (1,81–5,29)
Etnis Asia	2,74 (1,31–5,72)
Induksi persalinan	1,08 (1,02–1,14)
Anestesi epidural	1,95 (1,66–2,32)
Berat bayi lahir >4.000g	2,10 (1,60–2,60)
Kala II >30 menit	1,80 (1,40–2,30)
Faktor Protektif	
Masase perineum dimulai saat usia kehamilan 34 minggu	0,91 (0,86–0,96)
Episiotomi mediolateral terbatas (dibandingkan dilakukan rutin)	0,67 (0,49–0,91)
Masase perineum pada kala II (dibandingkan tidak masase)	0,52 (0,29–0,94)
Kompres hangat perineum pada kala II	0,48 (0,28–0,84)
Proteksi perineum saat partus	Data inkonsisten
Posisi melahirkan	Data inkonsisten



**Gambar 1 Mekanisme DDP.<sup>6</sup>**

melahirkan berupa usia, obesitas, primipara, metode melahirkan, pemanjangan kala II, dan episiotomi. Faktor risiko utama DDP adalah persalinan pervaginam dengan adanya OASI (Tabel 2).<sup>5</sup> Disfungsi dasar panggul dapat terjadi melalui berbagai mekanisme hingga tanpa adanya jejas perineum yang jelas terlihat (Gambar 1). Mekanisme jejas neuromuskular samar terutama pada M. levator ani dan hubungannya dengan DDP sering diteliti saat ini.<sup>6,7</sup>

### Manifestasi Klinis

Gejala yang dikeluhkan pasien akibat DDP berhubungan dengan pengeluaran urin, pengeluaran alvi, penyokong organ panggul, dan fungsi seksual (Tabel 3). Keluhan pasien dapat berhubungan dengan keempat fungsi tersebut atau hanya keluhan nyeri/tekanan pada panggul.<sup>1</sup>

### Tata Laksana

#### Skrining Berkala dan Diagnosis

Identifikasi dan tata laksana dini sangat membantu dalam kondisi DDP baik onset baru atau sebelumnya. Diagnosis DDP

saat hamil atau setelah melahirkan sering terlewat karena tidak ada alat skrining khusus kehamilan, namun kuesioner B3 (*bulge, bladder, bowel*) dapat digunakan sebagai alat skrining sederhana dan mudah diterapkan. Gejala *bulge* berhubungan dengan adanya rasa penonjolan pada vagina atau ada yang keluar dari vagina. Catatan rembesan urin yang mengganggu dapat ditanyakan untuk merujuk gejala *bladder*, atau rembesan feses tiba-tiba baik cair maupun padat (gejala *bowel*).<sup>8</sup>

Evaluasi klinis dan diagnosis paling utama didasari oleh gejala yang dilaporkan oleh pasien, yang meliputi domain fungsi seksual, fungsi penyokong dasar panggul, fungsi urinasi, dan fungsi defekasi.<sup>9</sup> Kuesioner tersedia untuk diagnosis DDP di antaranya *Pelvic Floor Distress Inventory-20* (PFDI-20); *Pelvic Floor Impact Questionnaire-7* (PFIQ-7) merupakan kuesioner dengan domain *urinary*, *POP*, dan *colorectal anal* digunakan terutama pada pasien pascasalin.<sup>10</sup> *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Vaginal Symptoms* (ICIQ-VS) juga salah satu kuesioner yang sering digunakan dengan domain *vaginal* dan *sexual*. Kuesioner yang menilai secara lengkap

**Tabel 3 Gejala normal sementara pascasalin dan gejala DDP. <sup>5</sup>**

Aspek Fungsi	Gejala Normal	Gejala Disfungsi Dasar Panggul
Pengeluaran urin	Frekuensi, urgensi, nokturia, hesitansi	Inkontinensia atau gejala berkemih lain yang mengganggu
Pengeluaran alvi	Transit lebih lambat	Konstipasi, kembung, <i>straining</i> , pengosongan tidak sempurna, inkontinensia, hemoroid
Penyokong organ panggul	Perubahan pada kaliber dan penyokong vagina	Prolaps organ panggul
Seksual		Penurunan rangsangan seksual berhubungan dengan psikologis dan nyeri, penurunan orgasme, dispareunia

keempat domain dan/atau ditambah domain khusus pascasalin ialah *Female Pelvic Floor Questionnaire* (FPFQ) Australia, *Pelvic Floor Bother Questionnaire* (PFBQ), *electronic Personal Assessment Questionnaire–Pelvic Floor* (ePAQ–PF), dan *PFQ in pregnancy and postpartum* Jerman.<sup>11</sup>

## Pendekatan Klinis Disfungsi Dasar Panggul

Tabel 4 merangkum pendekatan klinis yang digunakan pada wanita yang baru bergejala saat hamil dan pascasalin. *American College of Obstetrician and Gynecologists* merekomendasikan pasien untuk datang ke

**Tabel 4 Pendekatan Klinis DDP Onset Baru dalam Kehamilan dan Pascasalin.<sup>5</sup>**

Pertimbangkan kapan gejala muncul	<ul style="list-style-type: none"> <li>Edukasi perubahan fisiologis yang terjadi pada kehamilan dan pascasalin.</li> <li>Menjelaskan gejala yang muncul dapat membaik seiring waktu dan perawatan.</li> </ul>
Jangan menganggap normal gejala yang mengganggu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Walaupun gejala dapat membaik, sebagian wanita dengan DDP dapat mengalami gejala menetap atau berulang.</li> <li>Pendekatan proaktif, suportif, dan meyakinkan dianjurkan.</li> </ul>
Anjurkan tata laksana dini, rendah risiko (konservatif)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Latihan dasar panggul mandiri dapat memperbaiki gejala pada wanita yang melakukannya dengan benar.</li> <li>Terapi fisik merupakan tata laksana risiko rendah (walaupun pengeluaran pasien lebih besar) yang dapat memberikan manfaat terutama pada wanita yang membutuhkan dukungan tambahan atau tidak dapat melakukan latihan dasar panggul saat pemeriksaan.</li> <li>Pertimbangkan penggunaan pesarium untuk memperbaiki prolaps atau gejala berkemih, walaupun gejala pasien hanya sementara.</li> <li>Terapi estrogen vagina dapat memperbaiki gejala vagina dan berkemih pada ibu menyusui.</li> </ul>
Buat rencana <i>follow-up</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan <i>follow-up</i> dini (2 minggu) pada wanita dengan laserasi perineum kompleks atau gejala DDP.</li> <li>Pertimbangkan rujukan ke subspesialis uroginekologi apabila terdapat:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Laserasi perineum parah</li> <li>Dehisensi</li> <li>Gejala kompleks yang membutuhkan pemantauan ketat atau intervensi bedah</li> <li>Wanita yang sangat membutuhkan dukungan tambahan</li> </ul> </li> <li>Lanjutkan <i>follow-up</i> terhadap perbaikan gejala:</li> <li><i>Follow-up</i> per 3 bulan pada wanita yang melakukan latihan sendiri di rumah atau mengikuti terapi fisik.</li> <li>Wanita dengan gejala berat, laserasi kompleks, atau penyembuhan luka yang lambat membutuhkan <i>follow-up</i>, dapat per minggu, sampai gejala membaik.</li> </ul>
Yakinkan pasien bahwa gejala dapat membaik dengan tata laksana.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menginformasikan pasien opsi terapi lain.</li> <li>Pertimbangkan target pasien dengan memikirkan keuntungan dan kerugian dari setiap opsi terapi di semua usia.</li> <li>Menyampaikan tindakan pembedahan tidak harus histerektomi, dapat meningkatkan kualitas hidup, dan bukan merupakan kontraindikasi absolut untuk memiliki anak di masa depan.</li> </ul>

**Tabel 5 Tata laksana konservatif DDP.<sup>5</sup>**

<b>Kondisi dasar panggul</b>	<b>Intervensi awal</b>
Inkontinensia urin tipe stres: perembesan urin involunter akibat batuk, tertawa, bersin, atau aktivitas	Latihan otot dasar panggul Terapi fisik dasar panggul ± <i>biofeedback</i> pada wanita yang tidak mampu melakukan atau tidak membaik setelah latihan otot dasar panggul Pesarium
Overactive bladder Urgensi, frekuensi, dan/atau nokturia tanpa adanya infeksi Inkontinensia urin urgensi: perembesan urin berhubungan dengan urgensi	Modifikasi perilaku dan diet: Restriksi cairan berlebihan Menghindari iritan (seperti kafein) <i>Timed voiding</i> Teknik <i>bladder calming</i> Terapi fisik dasar panggul ± <i>biofeedback</i> Terapi estrogen vagina pada ibu menyusui Peresepan obat-obatan antikolinergik setelah pertimbangan matang (kategori kehamilan B; dapat mengurangi laktasi)
Inkontinensia alvi: defekasi involunter	Modifikasi perilaku dan diet Menghindari iritan (seperti laktosa, kafein) Diet tinggi serat Terapi fisik dasar panggul ± <i>biofeedback</i> Pemberian loperamid pada feses sangat lembek atau cair (kategori kehamilan B; mengurangi sekresi ASI)
Konstipasi Transit feses di kolon lambat dan/atau obstruksi <i>outlet</i>	Diet tinggi serat Hidrasi adekuat Laksatif osmotik (polietilen glikol) atau pelembut feses (natrium dokusat) Terapi fisik dasar panggul ± <i>biofeedback</i>
Prolaps organ panggul	Terapi fisik dasar panggul ± <i>biofeedback</i> Pesarium vagina Kebutuhan terhadap pesarium dapat berkurang seiring dengan penambahan gestasi dan dapat dibutuhkan kembali pascasalin.
Nyeri vagina dan disfungsi seksual	Terapi estrogen vagina pada ibu menyusui Terapi fisik dasar panggul dan <i>biofeedback</i>

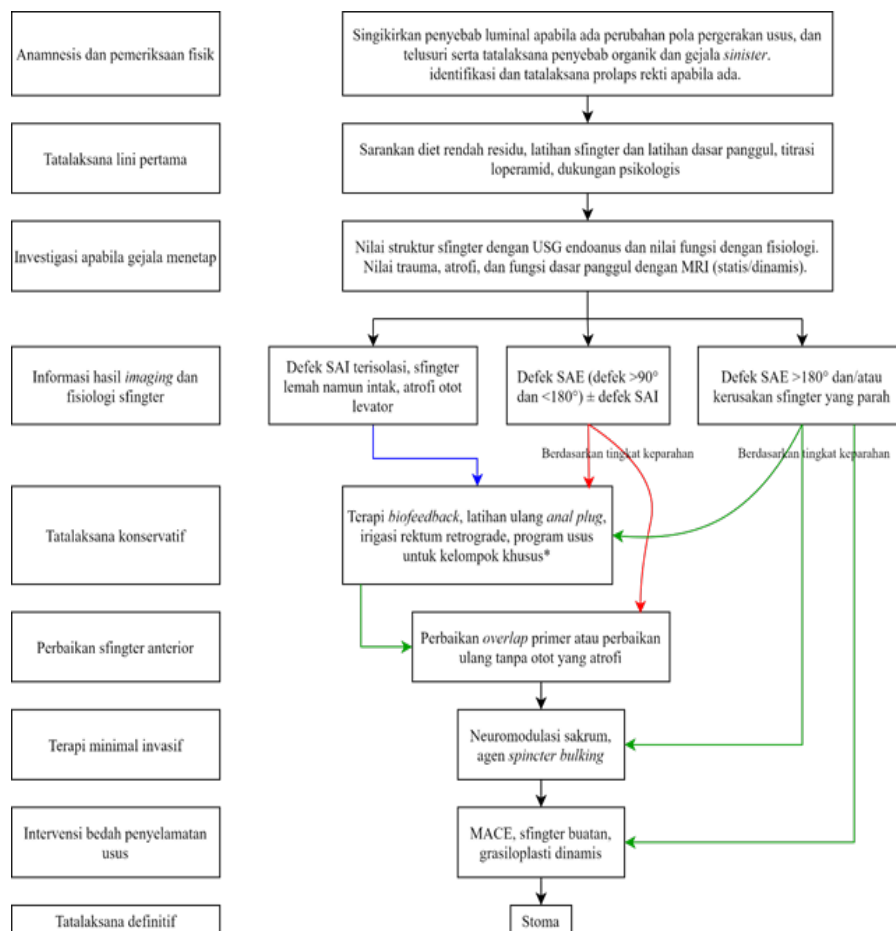
dokter dalam 3 minggu pascasalin.<sup>12</sup> Namun, pada pasien dengan OASI, jejas obstetri hebat yang tidak melibatkan kompleks sfingter ani, wanita dengan DDP segera setelah melahirkan dianjurkan untuk *follow-up* setelah 2 minggu pascasalin. Selain anamnesis riwayat secara komprehensif dan pemeriksaan fisik, pasien juga dapat diskruining untuk gangguan berkemih atau defekasi, menyusui, nyeri, dan gangguan *mood* pascasalin. *Follow-up* lanjutan dapat dilakukan sesuai kebutuhan.<sup>13</sup>

Tata laksana konservatif dan suportif saat hamil hingga 6 bulan pascasalin dapat dipertimbangkan setelah diagnosis DDP ditegakkan (Tabel 5). Wanita dengan DDP

pascasalin persisten harus ditawarkan berbagai opsi tata laksana. Walaupun pembedahan biasanya dianjurkan untuk ditunda hingga fase merawat anak selesai, terdapat studi yang mendukung aman hamil setelah pembedahan DDP sehingga keputusan tindakan bedah harus didiskusikan bersama antara pasien dan dokter.<sup>5</sup>

**Pendekatan Khusus Inkontinensia Alvi**

Pada kondisi pascasalin, penyebab inkontinensia alvi adalah kondisi hamil dan pascasalin itu sendiri. Namun, dokter harus menyingkirkan penyebab inkontinensia alvi



**Gambar 2** Algoritma tata laksana inkontinensia alvi.<sup>14</sup>

\*Untuk pasien lanjut usia dan neurogenik, pertimbangkan manajemen impaksi dan inkontinensia bersamaan.

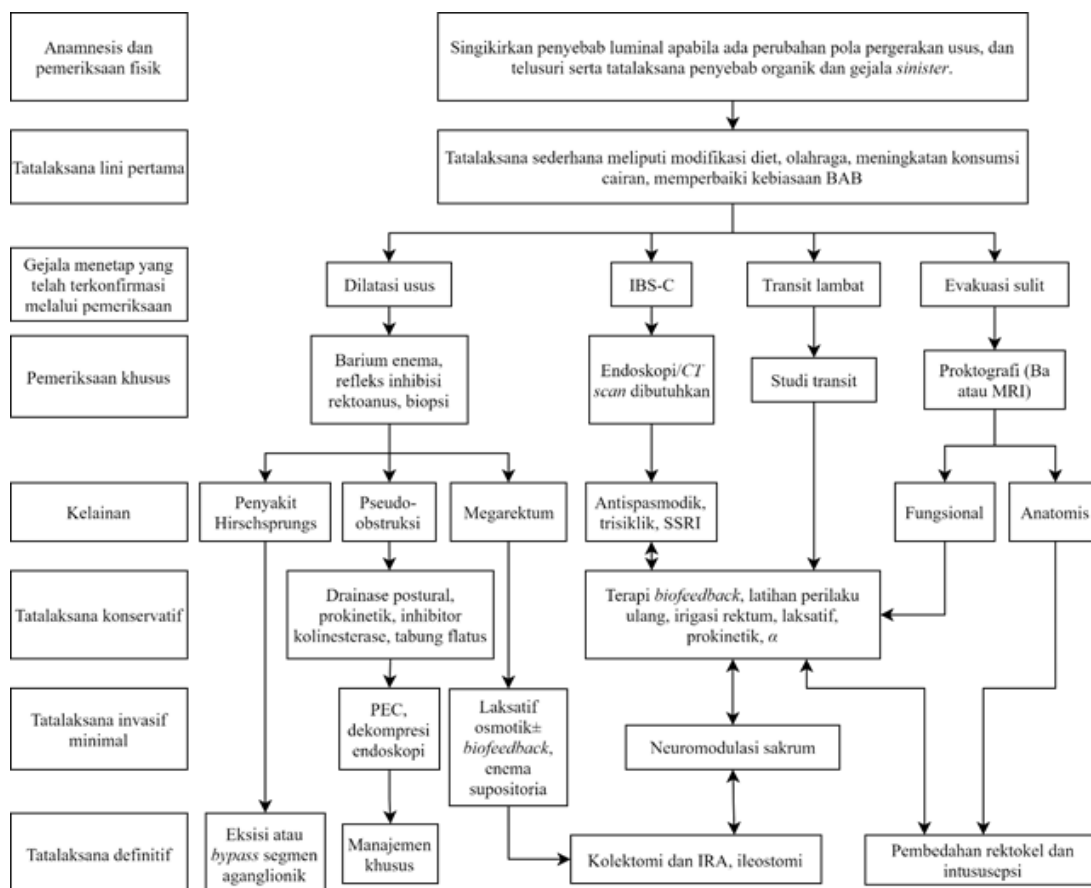
USG, ultrasonografi; MRI, *magnetic resonance imaging*; SAI, sfingter ani interna; SAE, sfingter ani eksterna; MACE, *Malone antegrade colonic enema*.

yang mungkin berhubungan dengan *sinister symptoms* (perubahan pola defekasi, diare, penurunan berat badan, dan tenesmus) serta penyebab reversibel seperti diare infeksius dan kolitis mikroskopis. Manajemen awal meliputi modifikasi perilaku dan diet, terapi fisik panggul, dan titrasi loperamid (kategori kehamilan B). Apabila terdapat kecurigaan abnormalitas struktur, pasien harus dilakukan pemeriksaan USG endoanal untuk menentukan apakah ada robekan sfingter atau atrofi. Pemeriksaan MRI statis atau dinamis juga dianjurkan untuk memeriksa otot skeletal yang sulit dinilai melalui USG; untuk menilai kelemahan dasar panggul dan kompartmen vagina lain. Setelah dilakukan penilaian, tata laksana konservatif dapat dilakukan sesuai dengan hasil pemeriksaan

sebelumnya dilanjutkan dengan terapi invasif minimal seperti neuromodulasi sakrum atau pemberian agen *sphincter bulking*. Bila gagal, maka tata laksana dapat dilanjutkan ke prosedur invasif hingga terapi definitif stoma.<sup>14</sup>

### Pendekatan Khusus Konstipasi

Gejala konstipasi harus dibedakan dengan *sinister symptoms*, dan harus diinvestigasi pula *red flag symptoms* (penurunan berat badan, massa abdominal, anemia, perdarahan per rektal) (Gambar 3). Tata laksana dini yang dapat diberikan ialah modifikasi diet (pemberian diet tinggi serat yang dimulai dengan serat alami yang mudah larut), latihan dasar panggul, hidrasi yang cukup,



**Gambar 3** Algoritma tata laksana konstipasi<sup>14</sup>

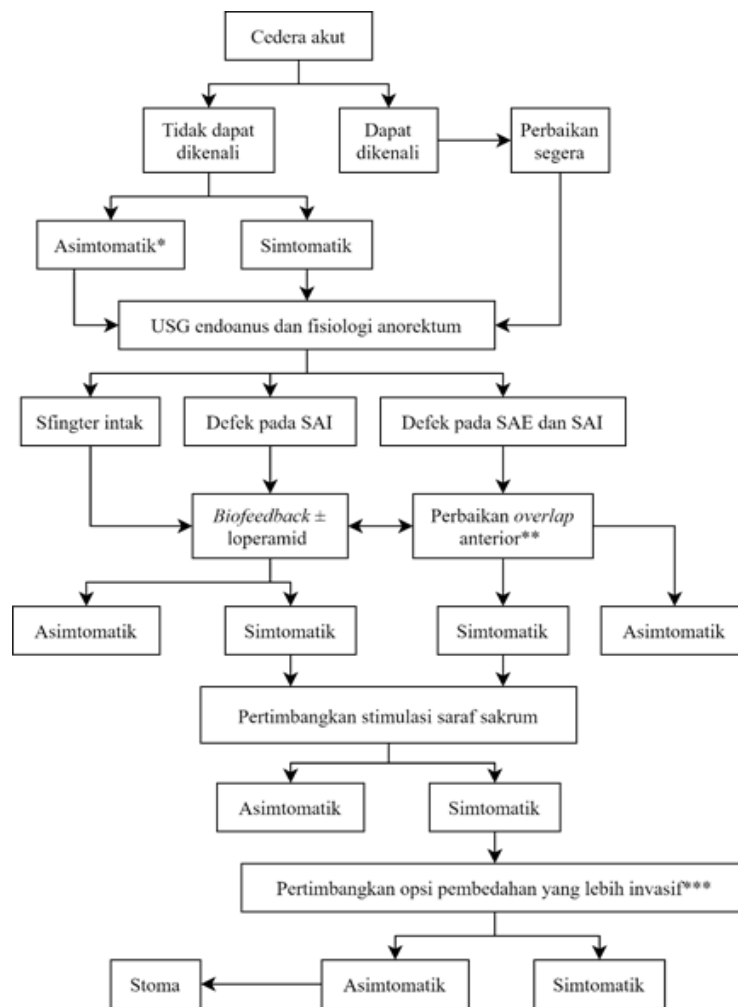
BAB, buang air besar; IBS-C, *irritable bowel syndrome* tipe konstipasi; CT, *computed tomography*, MRI, *magnetic resonance imaging*, SSRI, *selective serotonin receptor inhibitor*; PEC, *percutaneous endoscopic colostomy*; IRA, *ileorectal anastomosis*; α, hipnoterapi, psikoterapi perilaku, *cognitive behavioral therapy* (CBT), psikiatri

serta defekasi yang teratur di pagi hari dengan menggunakan pencahar alami untuk pengosongan usus.<sup>14</sup>

Pasien pascasalin termasuk ke dalam kategori transit lambat. Gejala yang muncul biasanya multifaktorial dan seringkali berhubungan dengan perilaku, stress, serta emosi. Pasien dengan transit lambat biasanya merespon *biofeedback* (60%) dan neuromodulasi sakrum (42%).<sup>14</sup>

### Pendekatan Khusus Trauma Obstetri

Ultrasonografi endoanal dan fisiologi anorektal dapat mengarahkan tata laksana lanjutan pasien dengan trauma obstetri (Gambar 4). Pasien dengan defek primer atau persisten harus dipertimbangkan tata laksana perbaikan sfingter. Apabila masih bergejala, pasien dapat dianjurkan untuk



**Gambar 4** Algoritma tata laksana trauma obstetri<sup>14</sup>

\*Trauma perineum parah, persalinan operatif, dicurigai robek derajat 3, gejala hilang timbul

\*\*Pertimbangkan apabila ada defek yang dapat diperbaiki atau defek besar yang tetap ada pascaperbaikan

\*\*\*Tata laksana invasif meliputi prosedur *antegrade continence enema* (ACE), bioinjeksi, prosedur SECCA, grasiloplasti dinamis, sfingter ani artifisial

SAE, sfingter ani eksterna; SAI, sfingter ani interna.

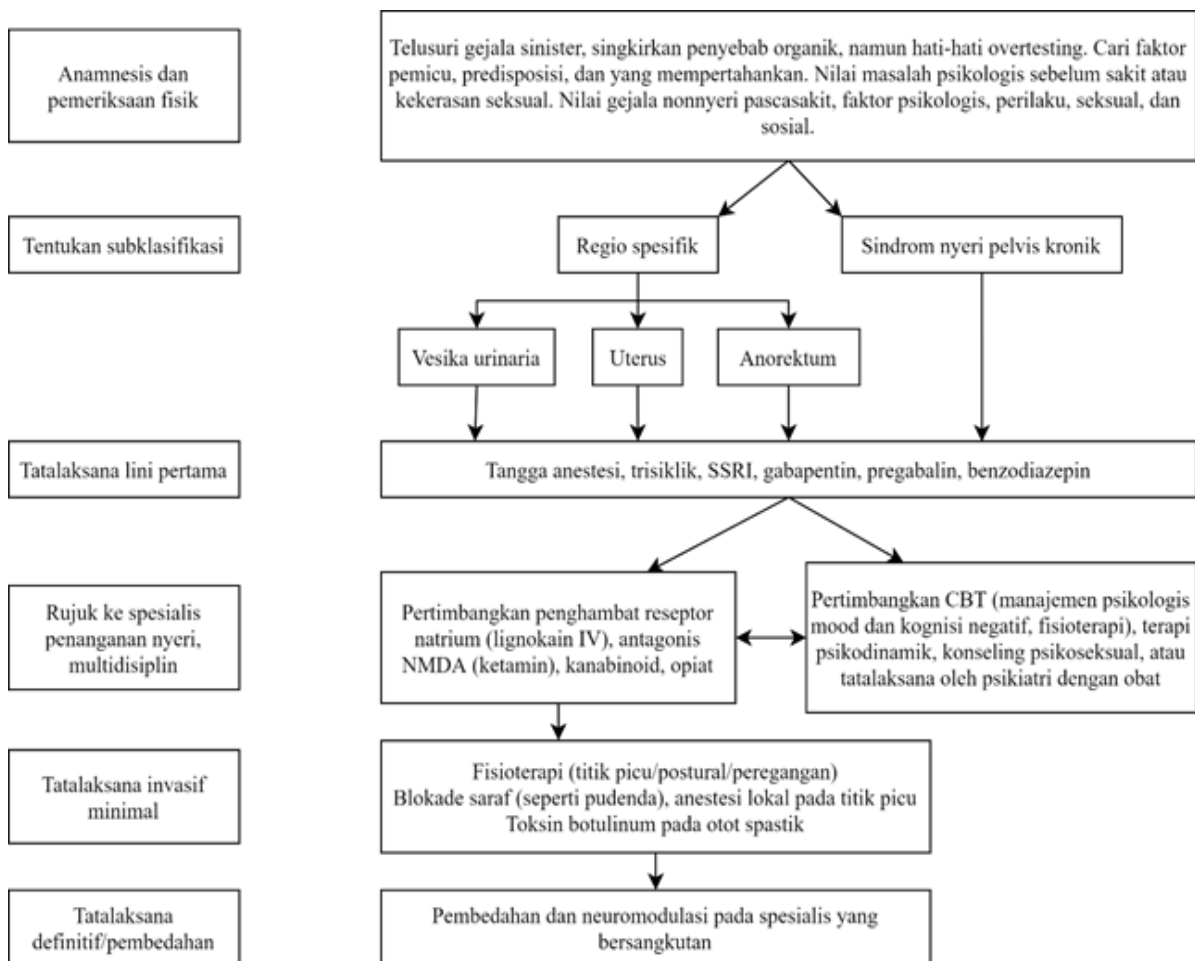
dilakukan stimulasi sakrum. Tindakan invasif dilakukan apabila intervensi ini gagal yaitu prosedur *Antegrade Continence Enema (ACE)*, bioinjeksi, prosedur SECCA, grasiloplasti dinamis, dan pemasangan sfingter ani artifisial. Terapi definitif terakhir ialah pembuatan stoma.<sup>14</sup>

### Pendekatan Khusus Nyeri Panggul dan Gangguan Seksual

Pasien pascasalin dapat mengeluhkan nyeri panggul atau gangguan seksual akibat

dispareunia atau faktor psikologis berupa perubahan pandangan terhadap vagina mereka pascasalin, malu, khawatir akan kepuasan pasangan mereka, serta yang berhubungan dengan prolaps. Pasien dapat diberikan terapi estrogen intravagina (pada ibu menyusui) atau terapi dasar panggul disertai *biofeedback*.<sup>14</sup>

Secara umum, dalam konteks nyeri kronik, sangat penting untuk menentukan faktor predisposisi seperti faktor psikologis dan riwayat kekerasan lalu dilanjutkan dengan mencari penyebab lain seperti



**Gambar 5** Algoritma tata laksana nyeri panggul.<sup>14</sup>

SSRI; *selective serotonin receptor inhibitor*; IV, intravena; NMDA; *N-methyl-D-aspartate*; CBT; *cognitive behavioral therapy*.

pembedahan dan trauma. (Gambar 5). Penting pula untuk mengeksklusi penyebab nyeri yang organik, dengan modalitas seperti endoskopi dan pencitraan potong lintang. Langkah selanjutnya ialah membedakan apakah nyeri ini terbatas pada satu regio atau melibatkan multiregio (seperti pasien dengan nyeri panggul, migrain, nyeri punggung, dan nyeri sendi).<sup>14</sup>

### **Latihan Dasar Panggul, Teknik Biofeedback, dan Elektrostimulasi**

Latihan otot dasar panggul dikembangkan oleh Arnold Kegell (1948), awalnya digunakan untuk mengatasi stres inkontinensia, sistokel, dan rektokel. Latihan ini berupa latihan otot dasar panggul progresif.<sup>15</sup> Latihan otot dasar panggul (Kegell) dapat digunakan untuk mengatasi keluhan DDP dari semua domain.<sup>5</sup> Latihan Kegell merupakan tata laksana yang paling populer untuk mengatasi kelemahan otot dasar panggul karena mudah dilakukan, dapat dikustomisasi dan dapat dilakukan dalam berbagai posisi.<sup>16</sup>

Prinsip utama latihan Kegell meliputi:

1. Untuk mengidentifikasi otot yang berperan menghentikan atau memperlambat urinasi, defekasi, atau menyokong vagina;
2. Untuk mengontraksikan otot dasar panggul (M. levator ani, M. coccygeus) dengan benar; dan,
3. Untuk mengulangi latihan tersebut beberapa siklus. Kontraksi cepat dan lambat bergantian merupakan faktor penting dari latihan Kegell.

Saat kontraksi cepat, pasien mengontraksikan dan merelaksasikan otot panggul secara cepat. Saat kontraksi lambat, pasien menahan kontraksi otot dalam waktu yang lebih lama lalu diikuti relaksasi. Kontraksi cepat melatih otot dasar panggul untuk beradaptasi dengan peningkatan tekanan intraabdominal saat tertawa atau batuk. Kontraksi lambat membantu

meningkatkan kekuatan otot.<sup>16</sup>

Latihan Kegell dapat dikombinasikan dengan *biofeedback* dan elektroterapi untuk meningkatkan hasil rehabilitasi. Teknik *biofeedback* merupakan teknik untuk mengubah suatu kejadian ke dalam bentuk sinyal visual ataupun auditori yang kemudian sinyal ini dikembalikan kepada pasien. Pasien dapat belajar bagaimana cara memanipulasi dan mengembalikan keadaan fisiologis dalam tubuhnya sendiri. Terapi *biofeedback* diindikasikan sebagai lini pertama atau bila gagal bedah.<sup>16</sup> Latihan Kegell terbukti dapat meningkatkan fungsi seksual dan kualitas hidup pascasalin akibat DDP dari 12 studi. Otot dasar panggul terutama M. pubococcygeus dan M. iliococcygeus berperan penting dalam orgasme wanita yang mana berkontraksi maksimal sebelum akhirnya relaksasi tiba-tiba, lalu diikuti oleh spasme otot dasar panggul. Kegell menemukan terdapat peningkatan orgasme dan sensasi berhubungan setelah latihan dasar panggul.<sup>15</sup> Sejalan dengan laporan Lowenstein dkk, dan Messe dkk peningkatan kekuatan otot dasar panggul berhubungan dengan peningkatan domain orgasme dan rangsangan *Female Sexual Function Index* (FSFI).<sup>17</sup>

Upaya rehabilitasi otot panggul dapat dilakukan dengan mengevaluasi kekuatan otot dan saraf menggunakan elektromiografi dan manometri.<sup>16,18</sup> Modalitas yang digunakan dapat beragam, seperti isolasi otot (eliminasi substitusi otot aksesoris dan modulasi kelompok otot yang berkaitan), latihan diskriminasi (peningkatan kepekaan sensoris berbagai tekanan untuk memaksimalkan kontrol sadar kontraksi otot), latihan kekuatan (peningkatan otot dasar panggul), latihan ketahanan (pemeliharaan keterlibatan otot panggul melalui kontraksi terus-menerus), *down-training* (inhibisi aktivitas otot yang hipertoni untuk menurunkan tonus istirahat yang meningkat), dan elektrostimulasi (untuk meningkatkan keterlibatan otot dan mengontrol kelelahan otot).<sup>18</sup>

Simpulan disfungsi dasar panggul pascasalin ialah kumpulan berbagai gejala dan perubahan anatomis baik urologis (inkontinensia urin, *overactive bladder*), kolorektal (inkontinensia alvi, konstipasi), serta nyeri panggul dan vagina (prolaps organ panggul, disfungsi seksual) yang terkait dengan DDP pascasalin.

Tata laksana setelah penegakan diagnosis dini berdasarkan gejala domain yang dikeluhkan oleh pasien. Tata laksana meliputi pertimbangan onset gejala muncul, tidak menganggap normal gejala yang mengganggu, tata laksana konservatif, *follow-up* berkala, dan tata laksana lanjutan.

Latihan Kegel dapat berperan sebagai tata laksana rutin mandiri pasien dengan gejala semua domain. Latihan Kegel terbukti secara klinis dapat mengidentifikasi otot yang berkaitan dengan fungsi miksi, defekasi, ataupun vagina serta menguatkannya. Kombinasi latihan Kegel dengan terapi *biofeedback* atau modalitas rehabilitasi yang lain seperti isolasi otot, latihan diskriminasi, latihan kekuatan, latihan ketahanan, *down-training*, dan elektrostimulasi meningkatkan hasil rehabilitasi otot dasar panggul.

#### Daftar Pustaka

1. Grimes WR, Stratton M. Pelvic Floor Dysfunction Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; [Diperbarui 1 Juli 2021; disitasi 2021 8 Oktober]. Tersedia dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559246/>.
2. Cooke CM, O'Sullivan OE, O'Reilly BA. Urogynaecology providers' attitudes towards postnatal pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2018;29(5):751–66.
3. ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol*. 2018;132(3):e87–e102.
4. Huber M, Malers E, Tunón K. Pelvic floor dysfunction one year after first childbirth in relation to perineal tear severity. *Sci Rep*. 2021;11:12560.
5. Madsen AM, Hickman LC, Propst K. Recognition and Management of Pelvic Floor Disorders in Pregnancy and the Postpartum Period. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2021;48(3):571–84.
6. Memon HU, Handa VL. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Womens Health (Lond)*. 2013;9(3):265–77.
7. Bodner-Adler B, Kimberger O, Laml T, Halpern K, Beitzl C, Umek W, et al. Prevalence and risk factors for pelvic floor disorders during early and late pregnancy in a cohort of Austrian women. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;300(5):1325–30.
8. Barr SA, Crisp CC, White AB, Malik SA, Kenton K. FACE: Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery Awareness Campaign: Increasing Exposure. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2018;24(2):115–9.
9. Meekins AR, Siddiqui NY. Diagnosis and Management of Postpartum Pelvic Floor Disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2020;47(3):477–86.
10. Barber MD, Walters MD, Bump RC. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(1):103–13.
11. Zuchelo LTS, Bezerra IMP, Da Silva ATM, Gomes JM, Soares Júnior JM, Chada Baracat E, et al. Questionnaires to evaluate pelvic floor dysfunction in the postpartum period: a systematic review. *Int J Womens Health*. 2018;10:409–24.
12. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol*. 2018;131(5):e140–e50.
13. Hickman LC, Propst K, Swenson CW, Lewicky-Gaup C. Subspecialty care for peripartum pelvic floor disorders. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;223(5):709–14.
14. Chatoor D, Soligo M, Emmanuel A. Or-

- ganising a clinical service for patients with pelvic floor disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2009;23(4):611–20.
15. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol*. 1948;56(2):238–48.
  16. Huang Y, Chang K. Kegel Exercises Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; [Diperbarui 9 Mei 2021; disitasi 9 Oktober 2021. Tersedia dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555898/>.
  17. Hadizadeh-Talasaz Z, Sadeghi R, Khadivzadeh T. Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2019;58(6):737–47.
  18. Pedraza R, Nieto J, Ibarra S, Haas EM. Pelvic muscle rehabilitation: a standardized protocol for pelvic floor dysfunction. *Adv Urol*. 2014;2014:487436.