

SKRIPSI

**PERBEDAAN FUNGSI SEKSUAL PASIEN PROLAPSUS UTERI
ANTARA TERAPI OPERATIF DAN NON OPERATIF
DI RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA**



Oleh

INDRI SAGITA FALUVIANTI

011211233002

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2016**

SKRIPSI

PERBEDAAN FUNGSI SEKSUAL PASIEN PROLAPSUS UTERI ANTARA TERAPI OPERATIF DAN NON OPERATIF DI RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA



Oleh

INDRI SAGITA FALUVIANTI

011211233002

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2016

SKRIPSI

PERBEDAAN FUNGSI SEKSUAL PASIEN PROLAPSUS UTERI ANTARA TERAPI OPERATIF DAN NON OPERATIF DI RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA

**Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kebidanan dalam
Program Studi Pendidikan Bidan pada Fakultas Kedokteran
Universitas Airlangga**



Oleh

INDRI SAGITA FALUVIANTI

011211233002

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2016

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 25 Juli 2016

Yang menyatakan,



Indri Sagita Faluvianti
011211233002

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul:
PERBEDAAN FUNGSI SEKSUAL PASIEN PROLAPSUS UTERI ANTARA
TERAPI OPERATIF DAN NON OPERATIF
DI RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA
Telah disetujui untuk diujikan
TANGGAL : 25 Juli 2016

Pembimbing I



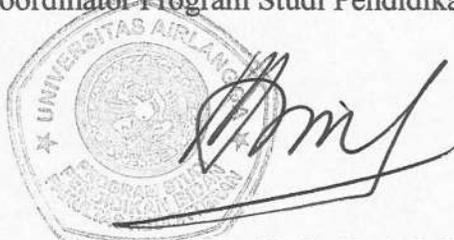
Eighty Mardiyani Kurniawati, dr., Sp. OG (K)
NIP. 19770814 200501 2 001

Pembimbing II



Linda Dewanti, dr., M.Kes., MHSc., PhD
NIP. 19671227 199702 2 001

Mengetahui,
Koordinator Program Studi Pendidikan Bidan



Baksono Winardi, dr., Sp. OG (K)
NIP. 19540903 198111 1001

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi dengan judul Perbedaan Fungsi Seksual Pasien Prolapsus Uteri
Antara Terapi Operatif dan Non Operatif di RSUD
Dr. Soetomo Surabaya

Telah diuji pada tanggal : 25 Juli 2016

Panitia penguji Skripsi :

Ketua : Miatuningsih, S.Pd.,Dipl., Mw
NIP. 19500828 198603 2 001

Anggota Penguji : 1. Linda Dewanti, dr., M.Kes., MHSc., PhD
NIP. 19671227 199702 2 001
2. Eighty Mardiyani Kurniawati, dr., Sp.OG (K)
NIP. 19770814 200501 2 001

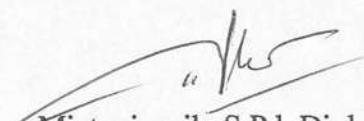
LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi dengan judul :
PERBEDAAN FUNGSI SEKSUAL PASIEN PROLAPSUS UTERI ANTARA
TERAPI OPERATIF DAN NON OPERATIF
DI RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA

Telah diujikan dan disahkan

TANGGAL : Juli 2016

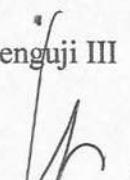
Penguji I


Miatuningsih, S.Pd.,Dipl., Mw
NIP. 19500828 198603 2 001

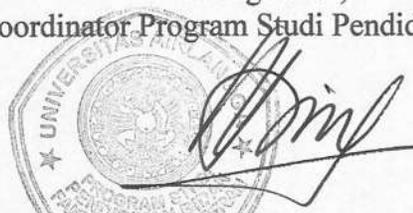
Penguji II


Linda Dewanti, dr., M.Kes., MHSc., PhD
NIP. 19671227 199702 2 001

Penguji III


Eighty Mardiyani Kurniawati, dr., Sp.OG (K)
NIP. 19770814 200501 2 001

Mengetahui,
Koordinator Program Studi Pendidikan Bidan


Baksono Winardi, dr., Sp.OG. (K)
NIP. 19540903 198111 1001

MOTTO

*“Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan.
Maka apabila kamu telah selesai (dari sesuatu urusan),
kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain.
Dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap”,
QS. Al-Insyirah 6 – 8.*

The Best Way to Predict The Future is to Create it.
“Jalan terbaik untuk memprediksi masa depan adalah dengan menciptakannya”

Menunda pekerjaan sama dengan memperkaya kemelaratan
(KH. M. Yusuf Zawawi. Alm)

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji dan Syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Perbedaan Fungsi Seksual Pasien Prolapsus Uteri Antara Terapi Operatif dan Non Operatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana kebidanan (S.Keb) pada Program Studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Prof. Dr. Moh. Nasih, SE., MT., Ak., CMA, selaku Rektor Universitas Airlangga.
2. Prof. Dr. Soetojo, dr., Sp. U., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
3. Baksono Winardi, dr.,Sp.OG (K), selaku koordinator program Studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
4. Eighty Mardiyani Kurniawati, dr., Sp.OG (K), selaku dosen penguji III.
5. Linda Dewanti, dr., M.Kes., MHSc., Ph.D., selaku dosen penguji II.
6. Miatuningsih, S.Pd., Dipl. Mw., selaku dosen penguji I.
7. Atika, S.Si., M.Kes. selaku dosen Metodologi Penelitian.
8. Dosen dan seluruh Staf Program Studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, yang selama ini memberikan bimbingan perkuliahan untuk menunjang peningkatan pengetahuan yang menjadi dasar pengerjaan skripsi ini.
9. Orang tua penulis dan seluruh keluarga terbaik yang penulis miliki, yang selalu memberikan semangat serta dorongan saat pengerjaan skripsi. Terimakasih atas kritik, saran, semangat dan dorongan yang telah diberikan dalam proses pengerjaan skripsi ini.
10. Seluruh responden yang telah bersedia meluangkan waktu dalam pelaksanaan pengambilan sampel penelitian.

11. Seluruh jajaran staf Kementerian Agama RI, Sub Dit PD Pontren atas program beasiswa PBSB yang sudah diberikan dan diamanahkan kepada penulis selama belajar di Universitas Airlangga.
12. Chusna, Mila, Ferninda, Rizqotul, Irma, Anita, Dewi, Niar, Deby, Sari, Kak Resti, Bu Lilis serta teman-teman sejawat seangkatan lainnya (Pendidikan Bidan 2012 A dan Pendidikan Bidan 2014 B) yang juga memberikan semangat sekaligus tempat untuk mendapatkan saran saat diskusi.
13. Indri Karimah, Alfin Laila Najiha, Khoirun Nisak, Faizatu Almas, Mawaddah Karimah, Rosa Amalia Iqony dan teman-teman seperjuangan penerima beasiswa PBSB 2012 lainnya yang telah memberikan dorongan, semangat, dan rela membagi ilmunya serta pembelajaran yang banyak. Semoga persahabatan yang terjalin selalu baik dan dapat limpahan lindungan Allah SWT.
14. Semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini, yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Saya menyadari bahwa skripsi ini jauh dari kata sempurna, tetapi saya berharap dapat bermanfaat bagi pembaca.

Surabaya, 22 Juli 2016

Indri Sagita Faluvianti

RINGKASAN

Perbedaan Fungsi Seksual Pasien Prolapsus Uteri Antara Terapi Operatif dan Non Operatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Indri Sagita Faluvianti

Setiap tahun, kurang lebih 300.000 sampai 400.000 wanita di Amerika menderita disfungsi dasar panggul. Epidemiologi kasus prolapsus uteri di Indonesia menunjukkan bahwa prolaps uteri banyak terjadi pada pasien *grandemulti* dalam masa *menopause*. Prolapsus uteri merupakan kasus ginekologi terbanyak kedua di Indonesia. Pasien prolapsus uteri memerlukan terapi, baik operatif maupun non operatif. Pasien prolapsus uteri merasakan ketakutan mengenai hubungan seksual akibat dari pengobatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui dan membandingkan fungsi seksual pasien prolapsus uteri dengan terapi operatif dan non-operatif di RSUD Dr. Soetomo.

Jenis penelitian adalah analitik observasional dengan rancangan *cross-sectional*. Sampel dalam penelitian adalah pasien prolapsus uteri RSUD Dr. Soetomo yang memenuhi kriteria inklusi. Teknik pengambilan sampel adalah *accidental sampling*. Subyek penelitian yang terlibat 30 pasien, yaitu 25 orang kelompok operatif dan 5 orang kelompok non-operatif. Penelitian menggunakan data primer dan data sekunder, dengan pengisian kuisisioner FSFI (*Female Sexual Function Index*) oleh pasien prolaps uteri dan melihat status terapi pada rekam medis di RSUD Dr. Soetomo bulan Juni-Juli 2016. Peneliti membandingkan skor fungsi seksual dua kelompok pasien yaitu kelompok terapi operatif dan kelompok terapi non-operatif. Analisis data menggunakan uji statistik *Mann-Whitney*.

Dari hasil analisis, median skor total kelompok operatif (24,4) dan kelompok non-operatif (28,8) adalah lebih dari *cut off* skor (20,25). Tidak didapatkan perbedaan bermakna antara median total skor FSFI kelompok operatif dan kelompok non operatif ($p=0,522$). Fungsi seksual pasien prolapsus uteri tidak dipengaruhi oleh efek terapi terhadap fungsi dan anatomi alat reproduksi, citra tubuh, rasa nyeri/ tidak nyaman serta depresi atas diagnosis dan terapi.

Pasien prolapsus uteri kelompok operatif dan kelompok non operatif memiliki fungsi seksual normal. Total skor fungsi seksual pasien prolapsus uteri dengan terapi non operatif lebih baik dari pasien prolapsus uteri dengan terapi operatif.

ABSTRACT*The Comparison of Sexual Function Uterine Prolapse with Surgical Therapy and Non-Surgical Therapy at RSUD Dr. Soetomo Surabaya*

Indri Sagita Faluvianti

Uterine prolapse is the second largest gynecological cases in Indonesia. Uterine prolapse patients require surgical or non-surgical therapy. Uterine prolapse patients feel afraid about sexual activity because of the side effect of therapy. The aim of this study was to know and compare sexual function of uterine prolapse patients with surgical and non-surgical therapy at RSUD Dr. Soetomo.

The method of this research was analytic observational cross-sectional study design and accidental sampling technique. The sample in the research was uterine prolapse patients at RSUD Dr. Soetomo, who met the criteria for inclusion. The number of samples was 30 respondents, they were 25 the surgical group and 5 non surgical group. The study used primary data and secondary data, patient was asked to answer FSFI (Female Sexual Function Index) questionnaire and the status of therapy in medical records at RSUD Dr. Soetomo of June-July 2016 was observed. The study compared sexual function score both group surgical and non surgical. Data was analyzed by Mann-Whitney statistic test.

The results of the analysis, median of total sexual function score in surgical group (24,4) and non-surgical group (28,8) was more than cut off score (20,25). There was no meaningful difference between median of total FSFI score both surgical group and non-surgical group ($p=0,522$).

Sexual function of uterine prolapse patients was not influenced by the effects of therapy on the function and anatomy of reproductive organs, body image, pain/ discomfort and depression on diagnosis and therapy.

Surgical group and non-surgical group of uterine prolapse patients had normal sexual function. Sexual function total score of non surgical patients was better than surgical patients.

Key word: *uterine prolapse, sexual function, surgical and non-surgical therapy*

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---------------------------------------------------------------------|---------|
| SAMPUL DEPAN | |
| SAMPUL DALAM..... | i |
| PRASYARAT GELAR..... | ii |
| SURAT PERNYATAAN..... | iii |
| LEMBAR PERSETUJUAN..... | iv |
| LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI..... | v |
| LEMBAR PENGESAHAN..... | vi |
| MOTTO..... | vii |
| UCAPAN TERIMAKASIH..... | viii |
| RINGKASAN..... | x |
| ABSTRACT..... | xi |
| DAFTAR ISI..... | xii |
| DAFTAR TABEL..... | xv |
| DAFTA GAMBAR..... | xvi |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xvii |
| DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH..... | xviii |
| | |
| BAB 1 PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah..... | 5 |
| 1.3 Tujuan Penelitian..... | 5 |
| 1.3.1 Tujuan Umum..... | 5 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus..... | 5 |
| 1.4 Manfaat Penelitian..... | 5 |
| 1.4.1 Manfaat Bagi Subyek..... | 5 |
| 1.4.2 Manfaat Bagi Masyarakat..... | 6 |
| 1.4.3 Manfaat Bagi Pengembangan Ilmu..... | 6 |
| 1.5 Risiko dan Efek Samping Penelitian..... | 6 |
| | |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1 Prolapsus Uteri..... | 7 |
| 2.1.1 Definisi Prolapsus Uteri..... | 7 |
| 2.1.2 Etiologi Prolapsus Uteri..... | 7 |
| 2.1.3 Patofisiologi Prolapsus Uteri..... | 9 |
| 2.1.4 Klasifikasi Prolapsus Uteri..... | 10 |
| 2.1.5 Faktor Resiko Terjadinya Prolapsus Uteri..... | 13 |
| 2.1.6 Gejala Prolapsus Uteri..... | 17 |
| 2.1.7 Penatalaksanaan Prolapsus Uteri..... | 19 |
| 2.1.8 Pencegahan Prolapsus Uteri dengan <i>Kegel Exercise</i> | 23 |
| 2.2 Fungsi Seksual pada Wanita..... | 26 |
| 2.2.1 Aspek Fungsi Seksual Wanita..... | 26 |
| 2.2.2 Gangguan Fungsi Seksual..... | 28 |
| 2.2.3 Faktor-faktor yang Menyebabkan Gangguan Fungsi Seksual..... | 29 |
| 2.2.4 Skoring Fungsi Seksual..... | 33 |

| | | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.3 | Fungsi Seksual pada Pasien Prolapsus Uteri dengan Terapi Operatif..... | 34 |
| 2.4 | Fungsi Seksual pada Pasien Prolapsus Uteri dengan Terapi Non Operatif..... | 35 |
| 2.5 | Psikologi Pasien prolapsus Uteri..... | 36 |
| | | |
| BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS | | |
| 3.1 | Kerangka Konseptual..... | 39 |
| 3.2 | Hipotesis..... | 40 |
| | | |
| BAB 4 METODE PENELITIAN | | |
| 4.1 | Jenis Penelitian..... | 41 |
| 4.2 | Rancangan Penelitian..... | 41 |
| 4.3 | Populasi dan Sampel..... | 42 |
| 4.3.1 | Populasi..... | 42 |
| 4.3.2 | Sampel..... | 42 |
| 4.3.3 | Besar sampel..... | 43 |
| 4.3.4 | Teknik Pengambilan Sampel..... | 43 |
| 4.4 | Lokasi dan Waktu Penelitian..... | 43 |
| 4.5 | Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Cara Pengukuran Variabel..... | 43 |
| 4.5.1 | Variabel Penelitian..... | 43 |
| 4.5.2 | Definisi Operasional variabel..... | 44 |
| 4.6 | Teknik Pengumpulan Data..... | 44 |
| 4.7 | Pengolahan dan Analisis Data..... | 46 |
| 4.7.1 | Pengolahan Data..... | 46 |
| 4.7.2 | Analisis Data..... | 47 |
| 4.8 | Kerangka Operasional..... | 48 |
| 4.9 | <i>Ethical Clearance</i> | 48 |
| | | |
| BAB 5 HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN | | |
| 5.1 | Gambaran Umum Tempat Penelitian..... | 50 |
| 5.2 | Karakteristik Subyek..... | 52 |
| 5.3 | Analisis Hasil Penelitian..... | 53 |
| 5.3.1 | Uji Normalitas..... | 53 |
| 5.3.2 | Uji Komparasi..... | 54 |
| | | |
| BAB 6 PEMBAHASAN | | |
| 6.1 | Karakteristik Subyek..... | 56 |
| 6.2 | Fungsi Seksual Pasien Prolapsus Uteri..... | 58 |
| 6.2.1 | Fungsi Seksual Pasien Operatif..... | 58 |
| 6.2.2 | Fungsi Seksual Pasien Non Operatif..... | 59 |
| 6.2.3 | Perbandingan Fungsi Seksual Pasien Prolapsus Uteri antara Terapi Operatif dan Non Operatif..... | 60 |
| 6.3 | Kelebihan dan Kekurangan Penelitian..... | 61 |

| | |
|-----------------------|----|
| 6.3.3 Kelebihan..... | 61 |
| 6.3.2 Kekurangan..... | 61 |
| BAB 7 PENUTUP | |
| 7.1 Kesimpulan..... | 63 |
| 7.2 Saran..... | 63 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 64 |
| LAMPIRAN..... | 68 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Gambar 2.1 Poin dan <i>Landmark</i> untuk sistem POP-Q..... | 10 |
| Gambar 2.2 Derajat Prolapsus Uteri..... | 11 |
| Gambar 2.3 Macam-macam Pesarium..... | 21 |
| Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Perbedaan Fungsi Seksual Pasien Prolapsus Uteri antara Terapi Operatif dan Non Operatif..... | 39 |
| Gambar 4.1 Rancangan Penelitian Fungsi Seksual pada Pasien Prolapsus Uteri antara Terapi Operatif dan Non Operatif..... | 42 |
| Gambar 4.2 Kerangka Kerja Operasional..... | 48 |

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Tabel 2.1 Derajat Prolapsus Organ Panggul..... | 11 |
| Tabel 2.2 Mekanisme Kerja dan Indikasi Berbagai macam Pesarium..... | 21 |
| Tabel 4.1 Definisi Operasional..... | 44 |
| Tabel 5.1 Sebaran Data Subyek Penelitian..... | 52 |
| Tabel 5.2 Uji Normalitas Data Menggunakan Uji <i>Shapiro-Wilk</i> | 55 |
| Tabel 5.3 Uji Komparasi Skor Fungsi Seksual Menggunakan Uji <i>Mann-Whitney</i> | 55 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | Halaman |
|-------------|---------------------------------------------------|
| Lampiran 1 | Jadual Kegiatan Penelitian (Usulan Penelitian) 68 |
| Lampiran 2 | Jadual Kegiatan Penelitian (Skripsi) 69 |
| Lampiran 3 | Surat Permohonan Ijin Penelitian 70 |
| Lampiran 4 | Sertifikat Laik Etik 71 |
| Lampiran 5 | Surat Ijin Penelitian 72 |
| Lampiran 6 | <i>Information for Consent</i> 75 |
| Lampiran 7 | Informed Consent 78 |
| Lampiran 8 | Lembar Pengunduran Diri 79 |
| Lampiran 9 | Lembar Kuisisioner FSFI 80 |
| Lampiran 10 | Lembar Sistem Penilaian 85 |
| Lampiran 11 | Data Asli Pasien 87 |
| Lampiran 12 | Hasil Perhitungan Statistik Data Penelitian 89 |
| Lampiran 13 | Lembar Konsultasi 95 |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|------|-----------------------------------------------|
| BMI | : Body Mass Index |
| FSAD | : Female Sexual Arousal Disorder |
| FSFI | : Female Sexual Function Index |
| OR | : Odds Ratio |
| RM | : Rekam Medis |
| RSIS | : Rumah Sakit Ibnu Sina |
| RSUD | : Rumah Sakit Umum Daerah |
| SPSS | : Statistical Package for the Social Sciences |

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fungsi seksual merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam kehidupan perkawinan. Berfungsi secara optimal atau tidaknya hubungan seksual dalam perkawinan dapat mempengaruhi fungsi-fungsi lain yang kemudian dapat mempengaruhi pula kualitas hidup pasangan suami-istri (Elvira, 2006).

Gangguan fungsi seksual wanita adalah gangguan yang terjadi pada salah satu atau lebih dari keseluruhan siklus respon seksual yang normal. Disfungsi seksual wanita biasanya meliputi gangguan hasrat/ libido, gairah, nyeri/ ketidaknyamanan, dan hambatan orgasme (Rosen et al 2000).

Disfungsi seksual merupakan penurunan libido atau hasrat seksual pada seseorang atau lawan jenisnya, baik pria maupun wanita. Gangguan ini dapat terjadi karena berbagai hal, baik secara medis maupun psikologis, serta memberikan efek yang kurang baik terhadap keharmonisan hubungan suami istri (Manan, 2013).

Angka kejadian disfungsi seksual wanita di setiap negara bisa berbeda-beda. Di Indonesia, Imronah (2011) dengan menggunakan instrumen FSFI menemukan bahwa kasus disfungsi seksual pada kaum wanita di Bandar Lampung mencapai 66,2%. Jika angka-angka disfungsi seksual wanita di Turki (48,3%), Ghana (72,8%), Nigeria (63%), dan Indonesia (66,2%) itu dirata-ratakan kita dapatkan angka prevalensi sebesar 58,04%. Itu artinya lebih dari separuh kaum wanita di dalam suatu negara berpotensi mengalami

gangguan fungsi seksual. Dengan prevalensi sebesar itu wajar bila disfungsi seksual wanita tidak bisa dipandang remeh, karena menyangkut kualitas hidup lebih dari separuh populasi wanita (Sutyarso, 2011).

Jumlah perempuan yang memiliki disfungsi seksual secara general sekitar 19 - 50% dan meningkat menjadi 68 - 75% ketika ketidakpuasan seksual atau masalah menyertai. Review lain, penyelidikan dokter terhadap pasien ginekologi tentang masalah seksual melaporkan peningkatan keluhan tentang disfungsi seksual (Phillips 2000). Wanita dapat kesulitan dengan aktivitas seksual, penurunan hasrat, ketidakmampuan mencapai orgasme, atau rasa nyeri dalam bersenggama. Insiden disfungsi seksual wanita *postmenopause* mencapai 80%, dari 833 wanita menopause usia 45-60 tahun, 38% menyatakan bahwa terdapat perubahan fungsi seksual (Ambler, 2012).

Female Sexual Function Index (FSFI) merupakan alat ukur yang valid dan akurat terhadap disfungsi seksual wanita. FSFI telah dirangkai sebagai instrumen penilaian uji klinik terhadap disfungsi seksual wanita yang terdiri dari 19 pertanyaan dan terbagi dalam lima domain fungsi seksual yaitu desire/arausal, orgasme, lubrikasi, kepuasan, dan rasa nyeri/ ketidaknyamanan (Rosen, 2000).

Menurut hasil penelitian Hatta dkk, skor fungsi seksual yang diperoleh dari 230 wanita Malaysia yang telah mengisi kuisisioner FSFI memiliki *low arausal* 95,7%, inadkuat lubrikasi 94%, tanpa orgasme 94,9%, tidak merasa puas saat berhubungan 94,2%, dan merasa nyeri saat berhubungan 89,7% (Hatta et al, 2007). Selain itu, didapatkan juga hasil penelitian Ucke pada 27 wanita yang menjalani total abdominal histerektomi (TAH) di rumah sakit

Immanuel Bandung mengenai perbedaan frekuensi, orgasme, dan nyeri saat berhubungan seksual sebelum dan sesudah 6 bulan dilakukan TAH mengalami peningkatan fungsi seksualitasnya seperti frekuensi hubungan seks, frekuensi orgasme, peningkatan libido dan nyeri saat berhubungan seks berkurang serta kecenderungan penurunan pembatasan emosi baik cemas ataupun depresi (Ucke 2009).

Faktor fisik yang sering mengganggu seks pada usia tua sebagian karena penyakit-penyakit kronis yang tidak jelas terasa atau tidak diketahui gejalanya dari luar. Semakin tua usia banyak orang yang gagal melakukan koitus atau senggama (Tobing, 2006).

Penelitian terdahulu dari Lowenstein 2009, menyebutkan bahwa fungsi seksual terkait dengan citra tubuh dan derajat yang mengganggu dari prolaps organ panggul (POP) yang dirasakan sendiri wanita. Prolaps organ panggul merupakan suatu morbiditas, yang mempengaruhi kualitas kehidupan perempuan. Prevalensinya tinggi di negara-negara maju dan berkembang, meskipun etiologi utamanya berbeda (McLennan 2000). Prolaps organ panggul tidak menyebabkan kematian tetapi dapat memperburuk kualitas hidup termasuk menimbulkan kelainan pada kandung kemih, sistem saluran cerna serta gangguan fungsi seksual. Prolaps organ panggul didefinisikan sebagai turunnya organ pelvis (kandung kemih, uterus dan rektum) dari posisi anatomis yang normal berupa penonjolan ke vagina bahkan sampai keluar vagina (Giarenis 2014). Prolaps organ panggul terjadi disebabkan karena disfungsi dari otot dasar panggul, ligamentum dan fascia endopelvis. Organ - organ panggul yang dapat terlibat meliputi uterus (*uterine prolapse*) atau

ujung vagina (*apical vaginal prolapse*), vagina anterior (*cystocele*), atau vagina posterior (*rectocele*) (Lazarou 2010).

Prolaps organ panggul terjadi sekitar 30 – 50% pada wanita usia diatas 50 tahun dan multipara (Tehrani 2011). Sebenarnya semua wanita multipara, dan terutama multipara yang aktif, bila diperiksa secara seksama menunjukkan pertahanan pelvis yang kurang sempurna, meskipun tidak terdapat keluhan dan hanya 10 - 15% yang membutuhkan tindakan atau pengobatan (Prawirohardjo 2011). Pada penelitian epidemiologi yang lebih besar didapatkan 6 – 8% wanita yang melaporkan adanya rasa penonjolan dari vagina (Giarenis 2014).

Prolaps uteri merupakan salah satu dari prolaps organ pelvis dan menjadi kasus nomor dua tersering setelah *sistourethrokele* (Barsoom RS 2009). DeLancey (2005) menyebutkan bahwa setiap tahunnya, kurang lebih 300.000 sampai 400.000 wanita di Amerika menderita disfungsi dasar panggul. Epidemiologi kasus prolaps uteri di Indonesia menunjukkan bahwa prolaps uteri banyak terjadi pada pasien *grande multipara* dalam masa *menopause*, jarang sekali terjadi pada wanita *nullipara*. Hal ini ditunjukkan dengan data dari kasus ginekologik di Rumah Sakit Dr. Pringadi Medan sebanyak 63 kasus dari 5372 kasus. Kurang lebih 69% dari 63 kasus tersebut adalah wanita berumur di atas 40 tahun (Winkjosastro, 2005).

Berdasarkan fenomena tersebut, terlihat bahwa prevalensi kejadian disfungsi seksual pada wanita meningkat dengan berbagai sebab. Berbagai studi pada wanita yang menjalani histerektomi dan penggunaan peasrium telah dilakukan untuk mengidentifikasi kejadian disfungsi seksual wanita,

namun belum ada penelitian yang menghubungkan akibat dari terapi pada pasien prolapsus uteri, padahal fungsi seksual merupakan hal penting dalam kehidupan seksual wanita. Dengan demikian, perlu dilakukan penelitian perbedaan fungsi seksual pada pasien prolapsus uteri antara terapi operatif dan non operatif.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat perbedaan fungsi seksual pasien prolapsus uteri antara terapi operatif dan non operatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis perbedaan fungsi seksual pasien prolapsus uteri antara terapi operatif dan non operatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui fungsi seksual pasien prolapsus uteri dengan terapi operatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- 2) Mengetahui fungsi seksual pasien prolapsus uteri dengan terapi non operatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- 3) Membedakan fungsi seksual pasien prolapsus uteri antara terapi operatif dan non operatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Subyek

Menambah pengetahuan dalam upaya memberikan informasi tentang fungsi seksual pasien prolapsus uteri antara terapi operatif dan non operatif.

1.4.2 Manfaat Bagi Masyarakat

Memberikan informasi mengenai perbedaan fungsi seksual pasien prolapsus uteri antara terapi operatif dan non operatif di RSUD Dr. Soetomo.

1.4.3 Manfaat Bagi Pengembangan Ilmu

- 1) Memberikan acuan sebagai pengembangan IPTEK dan penelitian selanjutnya.
- 2) Memberikan acuan ilmiah untuk mengetahui perbedaan fungsi seksual pasien prolapsus uteri antara terapi operatif dan non operatif di RSUD Dr. Soetomo.

1.5 Risiko dan Efek Samping Penelitian

Penelitian ini tidak memiliki efek samping serta risiko yang berarti bagi responden. Namun peneliti tidak mencantumkan identitas responden dalam penelitian serta dalam penyajian hasil guna menjaga kerahasiaan responden.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Prolapsus Uteri

2.1.1 Definisi Prolapsus Uteri

Prolapsus uteri adalah pergeseran letak uterus ke bawah sehingga serviks berada dalam orifisium vagina (prolaps derajat 1), serviks berada di luar orifisium (prolaps derajat 2), atau seluruh uterus berada di luar orifisium (Wiknjosastro 2005).

Prolapsus uteri adalah turunnya uterus dari tempat biasa, oleh karena kelemahan otot atau fascia yang dalam keadaan normal menyokongnya atau turunnya uterus melalui dasar panggul atau hiatus genitalis akan jadi longgar dan organ pelvis akan turun ke dalamnya (Winkjosastro 2008).

Prinsip terjadinya prolapsus uteri adalah terjadinya defek pada dasar pelvis yang disebabkan oleh proses melahirkan, akibat regangan dan robekan fasia endopelvik, muskulus levator serta *perineal body*. Neuropati perineal dan parsial pudenda juga terlibat dalam proses persalinan. Sehingga wanita multipara sangat rentan terhadap faktor resiko terjadinya prolapsus uteri (Lazarou 2010).

2.1.2 Etiologi Prolapsus Uteri

Prolapsus uteri terjadi karena kelemahan otot ligamen endopelvik, terutama ligamentum transversal dapat dilihat pada nulipara dimana terjadi *elongatio colli* disertai prolapsus uteri. Faktor penyebab lain yang sering adalah melahirkan dan menopause. Persalinan lama yang sulit, meneran sebelum pembukaan lengkap, laserasi dinding vagina bawah pada kala dua,

penatalaksanaan pengeluaran plasenta, reparasi otot-otot panggul yang tidak baik. Pada menopause, hormon estrogen telah berkurang (Hipoestrogen) sehingga otot dasar panggul menjadi atrofi dan melemah (Prawirohardjo 2009).

Walaupun insiden prolaps uteri tinggi, hanya sedikit yang diketahui dasar patofisiologi yang mendasarinya. Umur, pekerjaan, berat badan, paritas, jenis persalinan, persalinan pervaginam menggunakan alat vakum atau forceps, berat badan anak yang terbesar yang dilahirkan, riwayat penyakit medis, status menopause dan pemakaian terapi sulih hormon merupakan faktor resiko yang sering dikaitkan dengan kejadian prolaps uteri (Barsoom 2009).

Prolaps uteri sering terjadi pada wanita multipara tetapi seringkali tidak dilaporkan. Penyebab salah satunya yaitu partus pervaginam. Kehamilan, persalinan dan kelahiran pervaginam dapat menyebabkan berbagai derajat kerusakan pada struktur penunjang panggul termasuk ligamentum, fascia, otot dan suplai sarafnya. Lebih banyak kerusakan disebabkan oleh persalinan lama, kepala bayi atau bahu yang besar dan ketika tindakan dengan forseps yang sulit diperlukan untuk melahirkan bayi (Norwitz 2006).

Penyebab prolaps uteri adalah multifaktoral, secara umum antara lain: frekuensi partus yang tinggi, partus dengan penyulit, asites atau tumor-tumor daerah pelvis, usia tua, defisiensi hormonal (hipoestrogen) akibat menopause, batuk kronis, obesitas, aktivitas angkat berat, konstipasi kronis

dan disfungsi neuromuskuler. Serta ibu yang banyak anak sehingga jaringan ikat di bawah panggul kendur.

Hal lain yang menyebabkan prolaps pada sejumlah kecil wanita nulipara adalah gagalnya jaringan penunjang berkembang dengan baik (Liwelly 2002).

2.1.3 Patofisiologi Prolapsus Uteri

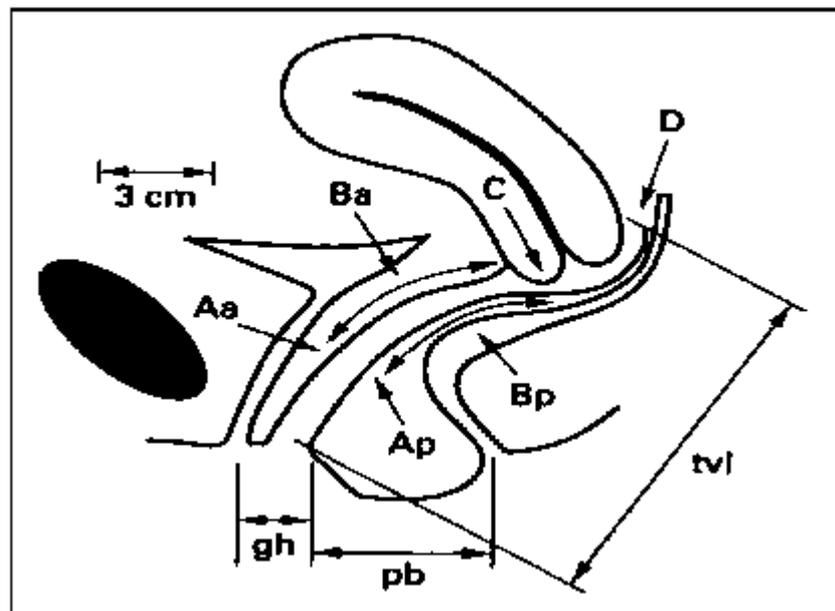
Prolaps uteri terbagi dalam berbagai tingkat dari yang paling ringan sampai prolaps uteri totalis. Terutama akibat persalinan, khususnya persalinan pervaginam yang susah dan terdapatnya kelemahan-kelemahan ligamen yang tergolong dalam fascia endopelvik dan otot-otot serta fascia-fasia dasar panggul. Juga dalam keadaan tekanan intra abdominal yang meningkat dan kronik akan memudahkan penurunan uterus, terutama apabila tonus-tonus otot melemah seperti pada penderita dalam menopause.

Serviks uteri terletak di luar vagina akan tergesek oleh pakaian wanita tersebut dan lambat laun menimbulkan ulkus yang dinamakan ulkus dekubitus. Jika fascia di bagian depan dinding vagina kendur biasanya terjadi trauma obstetrik, ia akan terdorong oleh kandung kencing sehingga menyebabkan penonjolan dinding depan vagina ke belakang yang dinamakan sistokel. Sistokel yang pada mulanya hanya ringan saja, dapat menjadi besar karena persalinan berikutnya yang kurang lancar atau yang diselesaikan dalam penurunan dan menyebabkan urethrokel. Kekendoran fascia dibagian belakang dinding vagina oleh trauma obstetrik atau sebab-sebab lain dapat menyebabkan turunnya rectum ke depan dan menyebabkan dinding belakang vagina menonjol ke lumen vagina yang dinamakan

rektokel. Enterokel adalah hernia dari kavum douglas. Dinding vagina bagian belakang turun dan menonjol ke depan. Kantong hernia ini dapat berisi usus atau omentum. Semua akan terlihat nyata ketika menopause (Prawirohardjo 2009).

2.1.4 Klasifikasi Prolapsus Uteri

Mengenai istilah dan klasifikasi prolaps uteri terdapat perbedaan pendapat antara ahli ginekologi. Tahun 1996, International Continence Society, the American Urogynecologic Society, and the Society of Gynecologic Surgeons memperkenalkan sistem *POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification)*. Metode penilaian prolapsus organ pelvis ini memberikan penilaian yang objektif, deskriptif sehingga dapat memberikan nilai kuantifikasi atau derajat ringan beratnya prolapsus yang terjadi. Pengklasifikasian derajat prolaps organ pelvis berdasarkan sistem POP-Q adalah sebagai berikut :



Gambar 2.1 Poin dan landmark untuk sistem POP-Q

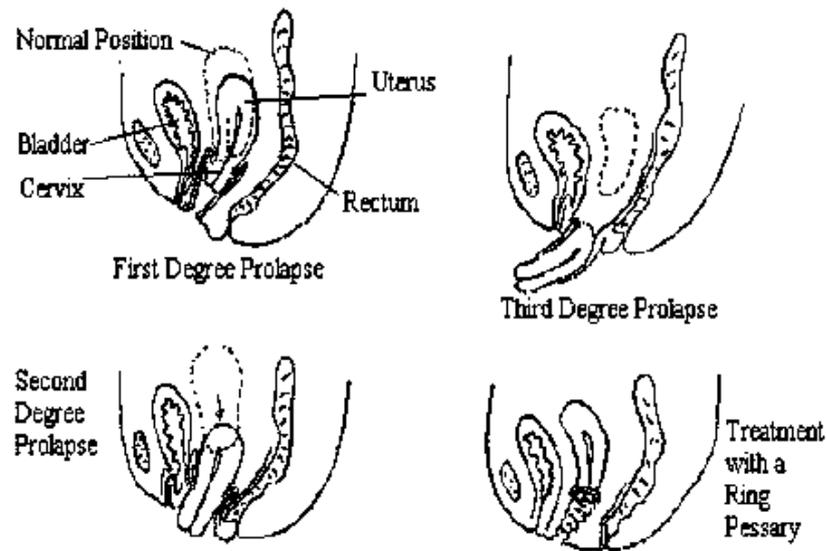
Tabel 2.1 Derajat prolapsus organ panggul

| | |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Derajat 0 | Tidak terlihat adanya prolapsus. |
| Derajat I | Bagian distal dari prolapsus > 1cm di atas himen. |
| Derajat II | Bagian yang paling distal dari prolapsus < 1cm di bawah lingkaran himen. |
| Derajat III | Bagian yang paling distal dari prolapsus > 1cm di bawah himen, namun kurang dari TVL (total vaginal length) – 2 cm. |
| Derajat IV | Eversi komplit total panjang traktus genitalia bawah. Bagian distal prolapsus uteri menurun sampai (TVL-2) cm |

Friedman dan Little (1961) dalam Prawirohardjo mengemukakan

beberapa macam klasifikasi yang dikenal yaitu :

- 1) Prolaps uteri tingkat I, dimana serviks uteri turun sampai introitus vagina,
Prolaps uteri tingkat II, serviks menonjol keluar dari introitus vagina,
Prolaps uteri tingkat III, seluruh uterus keluar dari vagina, prolapsus ini juga dinamakan prosidensia uteri.
- 2) Prolaps uteri tingkat I, serviks masih berada di dalam vagina,
Prolaps uteri tingkat II, serviks keluar dari introitus,
Pada prosidensia uteri, uterus seluruhnya keluar dari vagina.
- 3) Prolaps uteri tingkat I, serviks mencapai introitus vagina,
Prolaps uteri tingkat II, uterus keluar dari introitus kurang dari ½ bagian
Prolaps uteri tingkat III, uterus keluar dari introitus lebih besar dari ½ bagian.
- 4) Klasifikasi ini sama dengan klasifikasi 3, ditambah dengan prolaps uteri tingkat IV (prosidensia uteri).



Gambar 2.2 Derajat Prolapsus Uteri

Klasifikasi prolaps uteri menurut Sjamsuhidajat dan Jong (2004) :

- 1) Prolaps uteri tingkat I, yaitu serviks tetap di dalam vagina. Pada sebagian pasien keadaan ini biasanya tanpa disertai keluhan, pasien akan memeriksakan keadaannya jika terdapat keluhan dan derajat prolaps bertambah.
- 2) Prolaps uteri tingkat II, yaitu porsio kelihatan di introitus (pintu masuk) vagina. Keadaan ini disebabkan karena otot-otot yang menopang rahim menjadi lemah dan biasanya terjadi pada wanita yang menginjak usia tua dan mempunyai banyak anak. Gejala-gejala sering timbul setelah menopause ketika otot menjadi lemah, gejala yang dirasakan pasien adalah punggung bagian bawah terasa nyeri dan ada perasaan yang mengganjal pada vagina, bahkan pada sebagian wanita keadaan ini tidak ada keluhan.
- 3) Prolaps uteri tingkat III, disebut juga prosidensia uteri (seluruh rahim keluar dari vulva), dikarenakan otot dasar panggul sangat lemah dan kendor sehingga tidak mampu menopang uterus. Keadaan ini juga terjadi pada

wanita dalam masa menopause dikarenakan menurunnya hormon estrogen. Pada kasus ini prolapsus uteri dapat disertai sistokel, enterokel atau rektokel. Keadaan ini juga mengganggu kegiatan sehari-hari penderita karena keluhan yang dirasakan dan komplikasi yang terjadi.

2.1.5 Faktor Risiko Terjadinya Prolapsus Uteri

1) Pekerjaan

Pekerjaan mengangkat barang-barang berat yang dilakukan seperti orang mengejan sehingga terdapat tekanan pada uterus. Pada saat itu otot-otot panggul ikut teregang yang mengakibatkan otot-otot akan lemah pada ligamen endopelvik. Pekerjaan dan aktifitas berat sering dikaitkan dengan pembentukan prolaps uteri.

2) Berat badan

Banyak wanita yang menjadi gemuk selama menopause. Rasa letih yang biasanya dialami pada masa menopause, diperburuk dengan perilaku makan yang sembarangan. Banyak wanita yang bertambah berat badannya pada menopause, hal ini disebabkan oleh faktor makanan ditambah lagi karena kurang berolahraga. Pada orang gemuk otot-otot panggul yang dimiliki kurang bagus, mudah terjadi prolaps uteri, sehingga memerlukan untuk olahraga atau senam keagle.

Hendrik dkk (2002) menyatakan kelebihan berat badan berkaitan dengan kejadian prolaps uteri. BMI 25-30 kg/m² (overweight) berkaitan dengan peningkatan bermakna prolaps uteri sebanyak 31%, sedangkan obesitas (BMI > 30 kg/m²) berhubungan dengan peningkatan prolaps uteri

sebesar 40%, lingkar perut ≥ 88 cm meningkatkan resiko rektokol dan sistokol sebanyak 17%.

3) Jenis proses persalinan normal

Saat persalinan, otot-otot dasar panggul mengalami tekanan langsung oleh bagian terbawah janin, bersamaan dengan tekanan ke bawah yang berasal dari tenaga meneran ibu. Pada penunjang uterus bagian atas adalah ligamentum latum uteri yang relatif lemah, yang paling besar berfungsi untuk mempertahankan uterus pada posisi anteversi sehingga meningkatkan tekanan intra-abdomen pada waktu regangan lebih mendorong uterus ke kandung kemih daripada langsung mengarah ke vulva.

Struktur penunjang ini bekerja mencegah prolaps uteri, akan tetapi keadaan ini dapat berubah jika penunjang teregang pada waktu melahirkan. Hal ini dapat terjadi apabila ibu berusaha mengeluarkan janin sebelum serviks membuka lengkap, meneran lama pada persalinan kala dua. Dalam hal ini ligamentum kardinale dapat mengendor, sehingga prolaps uteri dapat terjadi. Hal ini akan menjadi nyata setelah menopause, karena estrogen menurun, jaringan kolagen ligamentum berkurang dan otot-otot vagina menjadi lebih lemah sehingga prolaps dapat terjadi.

Schaffer (2005) menyebutkan dasar panggul terpapar pada resiko trauma penekanan akibat turunnya bagian terbawah dan juga akibat tekanan meneran ibu. Pada suatu studi terhadap 42 wanita saat melahirkan, ditemukan tekanan puncak rata-rata terhadap kepala janin dan dasar panggul saat meneran kuat adalah 238.2 ± 82.4 mmHg dan tekanan maksimum bisa mencapai 403 mmHg. Pada ibu yang meneran tanpa pimpinan penolong,

proses meneran umumnya tidak tercetus hingga kontraksi uterus benar-benar terjadi dan keinginan meneran timbul. Meneran tanpa pimpinan penolong juga umumnya berlangsung lebih singkat dengan penahanan nafas tidak melebihi 6 detik. Namun, pada proses meneran yang dipimpin oleh penolong, ibu biasanya diharuskan meneran panjang yaitu lebih dari 10 detik, menarik nafas dan meneran kembali. Schaffer (2005) menyebutkan bahwa meneran dipimpin dalam persalinan, ditinjau dari segi preservasi dasar panggul dapat memberikan efek yang tidak baik.

Kehamilan dan persalinan pervaginam merupakan teori etiologi paling populer dalam menjelaskan terjadinya prolaps uteri. Kerusakan saraf, fasia dan otot dasar panggul sebagai akibat dari proses persalinan dipostulasikan sebagai faktor penyebab dari pembentukan prolaps uteri.

4) Riwayat persalinan multiparitas

Partus yang berulang kali dan terlampau sering dapat menyebabkan kerusakan otot-otot maupun saraf-saraf panggul sehingga otot besar panggul mengalami kelemahan, bila ini terjadi maka organ dalam panggul bisa mengalami penurunan.

Paritas berkaitan erat dengan peningkatan resiko untuk prolaps uteri. Hendrik dkk (2002) dalam penelitian WHI (*Women's Health Initiatives*) mendapatkan bahwa persalinan pertama memberikan OR 2.13 untuk kejadian prolaps uteri dan penambahan OR 1.10 untuk setiap persalinan berikutnya. Namun demikian resiko ini tidak bertambah lagi setelah persalinan ≥ 5 .

Data penelitian epidemiologi *Oxford Family Planning Association* mendapatkan paritas sebagai faktor resiko terbesar untuk prolaps uteri dengan *adjusted risk ratio* 10,85.

Tegerstedt (2006) mendapatkan dalam penelitiannya terhadap 453 wanita dengan prolaps uteri menemukan bahwa wanita yang melahirkan 4 anak mempunyai OR 3.3 dibanding wanita beranak satu.

Wanita dengan paritas lebih dari tiga cenderung memiliki defek dasar panggul sedang maupun berat, yang secara kontras berlawanan dengan kecenderungan wanita nulipara yang keseluruhannya mempunyai support dasar panggul yang baik dan tidak adanya wanita nulipara yang prolaps uteri dengan jumlah paritas ($p= 0,0001$).

5) Penatalaksanaan pengeluaran plasenta

Pada saat pengeluaran plasenta adanya tekanan intra-abdomen pada waktu regangan lebih mendorong uterus ke kandung kemih, ligamen latum akan teregang dan kemudian saat itu juga dikerahkan tenaga yang sangat besar untuk mengeluarkan plasenta. Dalam hal ini ligamentum kardinale dapat mengendor, sehingga prolaps uteri dapat terjadi.

6) Menopause

Menopause juga dapat menyebabkan turunnya rahim karena produksi hormon estrogen berkurang sehingga elastisitas dari jaringan ikat berkurang dan otot-otot panggul mengecil yang menyebabkan melemahnya sokongan pada rahim.

Keadaan menopause atau kekurangan hormon berlaku secara natural yaitu ketika berumur 50 tahun ke atas ataupun akibat pembedahan oleh

karena penyakit seperti pengangkatan ovarium dapat menyebabkan hormon estrogen turun dan dapat menyebabkan kelemahan otot dan ligamen peranakan. Proses atrofi ligamen dan otot dalam jangka panjang dapat menyebabkan prolaps. Nyata sekali prolaps yang parah, sering terjadi pada wanita yang berumur 50 tahun ke atas akibat kekurangan hormon karena menopause.

Ketika menopause hormon estrogen mengalami penurunan yang menyebabkan atrofi organ pada traktus genitalis, otot-otot ligamentum akan melemah, ligamentum kardinale akan mengendor, kerusakan otot-otot saraf panggul, kelemahan otot ligamen endopelvik. Pada keadaan ini fasia pelvis kurang baik pertumbuhannya dan kurang keregangannya sehingga mudah terjadinya prolaps uteri.

Pada ibu menopause mengalami perubahan fisik yang terjadi pada alat genitalia seperti lemahnya alat kelamin bagian dalam menyebabkan terasa tidak nyaman di sekitar liang senggama, liang senggama terasa turun (menonjol) dalam bentuk tonjolan kandung kencing (sistokel), tonjolan dinding bagian belakang (rektokel), dan mulut rahim terbuka (Manuaba 2009).

2.1.6 Gejala Prolapsus Uteri

Gejala dan tanda-tanda sangat berbeda dan bersifat individual. Kadangkala penderita yang satu dengan prolaps uteri yang cukup berat tidak mempunyai keluhan apapun, sebaliknya penderita lain dengan prolaps uteri ringan mempunyai banyak keluhan. Keluhan-keluhan yang hampir selalu dijumpai :

- 1) Perasaan adanya suatu benda yang mengganjal atau menonjol di genitalia eksterna.
- 2) Rasa sakit di pinggul dan pinggang (*Backache*). Biasanya jika penderita berbaring, keluhan menghilang atau berkurang.
- 3) Sistokel dapat menyebabkan gejala-gejala :
 - (1) Miksi sering dan sedikit-sedikit. Mula-mula pada siang hari, kemudian lebih berat juga pada malam hari.
 - (2) Perasaan seperti kandung kemih tidak dapat dikosongkan seluruhnya.
 - (3) *Stress incontinence* yaitu tidak dapat menahan kencing jika batuk dan mengejan. Akdang-kadang dapat terjadi retensio urine pada sistokel yang besar sekali.
- 4) Rektokel dapat menjadi gangguan pada defekasi :
 - (1) Obstipasi karena feses berkumpul dalam rongga rektokel.
 - (2) Baru dapat defekasi setelah diadakan tekanan pada rektokel dan vagina.
- 5) Prolapsus uteri dapat menyebabkan gejala sebagai berikut :
 - (1) pengeluaran serviks uteri dari vulva mengganggu penderita waktu berjalan dan bekerja. Gesekan portio uteri oleh celana menimbulkan lecet sampai luka dan dekubitus pada portio uteri.
 - (2) Lekores karena kongesti pembuluh darah di daerah serviks dan karena infeksi serta luka pada portio uteri.
- 6) Enterokel dapat menyebabkan perasaan berat di rongga panggul dan rasa penuh di vagina (Megadhana 2013).

2.1.7 Penatalaksanaan Prolapsus Uteri

Tujuan penatalaksanaan dari prolaps organ panggul adalah untuk menghilangkan gejala, mengembalikan fungsi, memperbaiki anatomi, atau bahkan untuk kosmetik. Prolaps organ panggul yang tidak ada gejala atau dengan gejala ringan, kadang tidak diperlukan terapi. Wanita dengan prolaps organ panggul berat atau dengan gejala berat, terapi baik konservatif (non bedah) atau terapi pembedahan dapat dipilih. Pemilihan terapi bergantung pada jenis, beratnya gejala, umur, keadaan umum penderita, kebutuhan fungsi seksual, fertilitas, maupun faktor resiko kekambuhan (Doster 2012).

Pasien prolaps uteri dengan terapi operasi cenderung lebih tinggi kualitas hidupnya. Operasi dipilih ketika pasien tidak nyaman dengan pesarium. Ada beberapa teknik bedah yang berbeda dan efektif. Selain pengalaman dan pelatihan ahli bedah, pilihan terapi operasi didasarkan pada beberapa aspek individual pasien, yakni anatomi, kondisi kesehatan saat ini, dan keinginan untuk mempertahankan hasrat seksual (*American Urogynecologic Society*, 2014). Junizaf (2011) menyebutkan bahwa berdasarkan sebuah telaah sistematis mengenai penatalaksanaan prolaps uteri yang terbaru, terapi operasi/pembedahan pada wanita yang memiliki prolaps dapat meningkatkan kualitas hidup wanita. Operasi prolaps organ panggul biasanya efektif dalam mengendalikan gejala-gejala prolaps, seperti adanya tonjolan pada vagina (Maher C *et al.*, 2013).

1) Terapi Non Operatif

Pengobatan cara ini tidak seberapa memuaskan tetapi cukup membantu. Cara ini dilakukan pada prolapsus ringan tanpa keluhan, atau penderita masih ingin mendapat anak lagi, atau penderita menolak untuk dioperasi, atau kondisinya tidak mengizinkan untuk dioperasi. Terapi ini dapat dilakukan dengan cara latihan-latihan otot dasar panggul, stimulasi otot-otot dengan alat listrik dan pengobatan dengan *pesarium* (Winkjosastro 2005).

Tujuan dari terapi konservatif (non operatif) adalah untuk mencegah prolaps bertambah parah, mengurangi gejala, meningkatkan kekuatan otot dasar panggul. Pelatihan otot dasar panggul pertama kali diperkenalkan oleh Arnold Kegell, caranya adalah dengan mengencangkan otot panggul selama beberapa detik kemudian merelaksasikannya, dikerjakan secara berulang-ulang, keuntungan dari cara ini adalah mudah untuk dikerjakan, tidak beresiko, tidak mengeluarkan biaya, dapat dikerjakan dimana saja dan terbukti efektif jika dikerjakan secara rutin, selain itu cara tersebut juga berguna untuk mencegah dan menangani inkontinensia urin dan meningkatkan sensasi seksual.

Selain cara di atas, terapi non bedah lainnya adalah dengan penggunaan *pesarium*. *Pesarium* adalah suatu alat yang terbuat dari silikon, dipasang di bawah atau di sekeliling serviks. Alat ini membantu menahan uterus untuk turun dari tempatnya. Bagi sebagian ahli uroginekologi, *pesarium* digunakan sebagai terapi lini pertama sebelum mereka menawarkan untuk terapi pembedahan (Doster 2012).

Pesarium dapat dipasang pada hampir seluruh wanita dengan prolapsus tanpa melihat stadium ataupun lokasi dari prolapsus. Pesarium digunakan oleh 75-77% ahli ginekologi sebagai penatalaksanaan lini pertama prolapsus. Alat ini tersedia dalam berbagai bentuk dan ukuran, serta mempunyai indikasi tertentu (Cipta 2015).

Tabel 2.2 Mekanisme kerja dan indikasi berbagai macam pesarium

| Tipe | Mekanisme kerja | Indikasi | Keterangan |
|-------------------|------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Ring | Supportif | Sistokel, prolapsus uteri ringan | Ketebalan, ukuran, dan rigiditas bervariasi |
| Donut | Supportif | Semua prolapsus kecuali defek posterior berat | |
| Lever | Supportif | Sistokel, penurunan uterus ringan | Mengikuti kurvatura vagina |
| Dish | Supportif | Prosidensia berat | |
| Stern | Supportif | Sistokel, prosidensia ringan | |
| Cube | Mengisi ruang | Semua prolapsus | Perlu dilepaskan setiap hari |
| Inflatable | Mengisi ruang | Semua prolapsus | Perlu dilepaskan setiap hari |

Pesarium dapat dipakai bertahun-tahun, tetapi harus diawasi secara teratur. Penempatan pesarium bila tidak tepat atau bila ukurannya terlalu besar dapat menyebabkan iritasi atau perlukaan pada mukosa vagina sehingga dapat menyebabkan ulserasi dan perdarahan (Baiq 2015).



Gambar 2.3 Macam-macam pesarium

2) Terapi Operatif

Prolaps organ panggul merupakan masalah yang sering dialami dengan prevalensi 41 -50% dari keseluruhan perempuan di atas usia 40 tahun dan akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia harapan hidup perempuan. Insidensi bedah untuk POP yaitu 15-49 kasus per 10.000 perempuan per tahun (Baiq 2015).

Pada studi *Women's Health Initiative* (Amerika), 41 % wanita usia 50-79 tahun mengalami prolapsus organ panggul. Prolapsus terjadi di Amerika sebanyak 52% setelah wanita melahirkan anak pertama, sedangkan di Indonesia prolapsus terjadi sebanyak 3,4-56,4% pada wanita yang telah melahirkan. Data Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo menunjukkan setiap tahun ada 47-67 kasus prolapsus, dan sebanyak 260 kasus pada tahun 2005-2010 yang mendapat tindakan operasi.

Tujuan utama dari terapi pembedahan adalah untuk menghilangkan gejala. Secara umum pembedahan ditawarkan kepada pasien yang telah menjalani terapi konservatif tetapi gagal maupun tidak merasa puas dengan hasilnya, atau pada pasien yang tidak ingin menjalankan terapi konservatif.

Pada saat ini teknik pembedahan untuk menangani prolaps organ panggul telah banyak dikembangkan oleh para ahli, baik pervaginam, perabdominal maupun melalui pendekatan laparoskop. Beberapa teknik di antaranya adalah sakrokolpopeksi, kuldoplasti, fiksasi ligamentum sakropinosum, suspensi uterusakral, kolpopleksis dan berbagai cara lainnya (Doster 2012).

Histerektomi vagina dilakukan pada prolapsus uteri tingkat lanjut (derajat III dan IV) dengan gejala pada saluran pencernaan dan pada wanita yang telah menopause. Setelah uterus diangkat, puncak vagina digantungkan pada ligamentum rotundum kanan dan kiri atas pada ligamentum infundibulo pelvikum, kemudian operasi akan dilanjutkan dengan kolporafi anterior dan kolpoperineorafi untuk mengurangi atau menghilangkan gejala saluran pencernaan seperti, sembelit, inkontinensia flatus, urgensi tinja, kesulitan dalam mengosongkan rektum atau gejala yang berhubungan dengan gangguan buang air besar dan untuk mencegah prolaps vagina di kemudian hari. Histerektomi vagina lebih disukai oleh wanita menopause yang aktif secara seksual. Histerektomi vaginal saat ini merupakan metode pengobatan terkemuka untuk pasien prolapsus uteri simptomatik di Netherlands (Detollenaere et, al 2011).

2.1.8 Pencegahan Prolapsus Uteri dengan *Kegel Exercise*

Kegel exercise dikembangkan oleh dokter Arnold kegel (ginekolog) sebagai perawatan tanpa operasi untuk relaksasi genital. Latihan ini dirancang untuk menguatkan dan memberi kendali volunter otot pubkoksigeus. Otot tersebut merupakan bagian dari rentangan otot yang

meregang dari tulang pubis di bagian depan sampai tulang ekor di bagian belakang. Otot ini tidak hanya mengelilingi orifisium uretra, tetapi juga bagian luar vagina. Latihan ini mampu meningkatkan kesensitifan seksual (Geri dan Carole 2009).

Kegel exercise adalah suatu rangkaian latihan yang didesain untuk memperkuat otot-otot dasar panggul. Wanita dengan inkontinensia urin dapat mengurangi keluarnya air seni saat batuk, tertawa, bersin atau aktivitas lainnya melalui latihan pada otot-otot dasar panggul.

Kegel exercise ditujukan untuk memperkuat otot-otot dasar panggul dan meningkatkan fungsi spingter uretra dan rectum. Keberhasilan latihan ini bergantung pada teknik yang benar dan program latihan yang teratur. *Kegel exercise* juga dapat membantu penderita prolapsus uteri atau inkontinensia urin karena stress. Saat hamil dan melahirkan, otot dasar panggul dapat teregang dan melemah, sehingga kelemahan dasar panggul dapat saja menimbulkan satu atau beberapa organ panggul longgar (prolaps).

Kegel exercise berfungsi mempersiapkan otot-otot dasar panggul untuk memiliki kekuatan mengejan tinggi saat proses melahirkan. Selain itu, *kegel exercise* membantu otot-otot dasar panggul relaksasi kembali ke bentuk dan kekuatan alamiahnya setelah proses persalinan.

Kelemahan otot dasar panggul dikaitkan dengan adanya kerusakan otot dasar panggul selama persalinan dengan gejala seperti inkontinensia urin, inkontinensia fekal, inkontinensia alvi, prolapsus uteri dan disfungsi seksual. *Kegel exercise* merupakan teknik latihan yang tujuannya

menguatkan otot dasar panggul yang menyokong uretra, kandung kemih, uterus dan rektum.

Kehamilan, persalinan normal, kegemukan dan batuk kronis dapat menjadi beban bagi otot panggul. Bila dasar otot panggul melemah, organ-organ panggul wanita akan turun dan menonjol keluar melalui vagina. Kondisi tersenut dinamakan prolapsus uteri yang seringkali membuat wanita kencing dan buang air tanpa sengaja misalnya saat batuk dan bersin (Anonim 2008).

Latihan kegel dapat menguatkan otot-otot yang mengontrol air seni. Pada umumnya disarankan bagi wanita yang memiliki masalah kelemahan otot sehingga tidak bisa menahan kencing. Jika latihan kegel dilakukan secara teratur dapat mengencangkan otot-otot vagina saat bersenggama bertambah kuat.

Selain itu juga, jika latihan kegel yang dilakukan secara rutin setiap hari akan meningkatkan elastisitas otot-otot panggul. Pada saat melahirkan, otot-otot di panggul bawah akan meregang. Proses peregangan ini pada kebanyakan wanita tidak cukup untuk mengakomodasi pengeluaran kepala dan bisa membutuhkan waktu yang lama. Dokter atau bidan yang membantu proses persalinan akan memotong otot (episiotomi) di antara vagina dan rektum untuk memperluas jalan lahir, sehingga bayi dapat keluar dengan mudah dan juga untuk mencegah robekan yang tidak diinginkan. Setelah proses kelahiran, luka tersebut harus dijahit kembali. Pada otot yang elastisitasnya bagus otot dapat meregang dengan maksimal sehingga tidak perlu dilakukan episiotomi (Anonim 2009).

Menurut Purnomo (2003), senam kegel adalah terapi non operatif paling populer untuk mengatasi inkontinensia urin. Latihan ini dapat memperkuat otot-otot di sekitar organ reproduksi dan memperbaiki tonus tersebut (Bobak 2004). Senam kegel membantu meningkatkan tonus dan kekuatan otot lurik uretra dan periuretra. Senam kegel sebaiknya dilakukan saat hamil dan setelah melahirkan untuk membantu otot-otot panggul kembali ke fungsi normal. Apabila dilakukan secara teratur, latihan ini dapat membantu mencegah prolapsus uteri dan stres inkontinensia di kemudian hari (Bobak 2004).

2.2 Fungsi Seksual pada Wanita

Fungsi seksual adalah tingkat atau derajat dari keseluruhan siklus respon seksual yang normal (Pangkahila 2005). Fungsi seksual dapat dipengaruhi oleh usia, pengetahuan, penyakit kronik, kehamilan, dan persalinan. Masalah fungsi seksual dapat mempengaruhi kualitas hidup wanita, dimana akan memberi dampak negatif pada rasa percaya diri (Tunardy et al 2012).

2.2.1 Aspek Fungsi Seksual Wanita

Berdasarkan faktor metode analitik, lima faktor atau domain fungsi seksual diidentifikasi: 1) Keinginan/ desire dan gairah subyektif/ arausal, 2) Lubrikasi, 3) Orgasme, 4) Kepuasan, dan 5) Nyeri/ ketidaknyamanan (Rosen et al, 2000).

1) Keinginan/ desire dan gairah subyektif/ arausal,

Meskipun beberapa penulis berpendapat gairah seksual seolah-olah identik dengan stimulasi genital, konsep ini jauh lebih luas daripada ini.

Telah didefinisikan sebagai motivasi terhadap pengalaman kesenangan seksual dan orgasme, dan melibatkan (i) pemrosesan informasi rangsangan yang relevan, (ii) gairah dalam pengertian umum, (iii) motivasi insentif, dan (iv) respon genital (Graham 2009).

Pikiran seksual atau aktivitas seksual sebagai tindakan stimulus, yang kemudian memicu proses keinginan-gairah (*desire-arousal*). Individu memiliki variabel kecenderungan untuk menanggapi rangsangan seksual sering disebut sebagai "*arousability*" (Graham 2009)

3) Lubrikasi

Pada saat rangsangan seksual, sinyal para simpatis berjalan bilateral, ke kelenjar bartholini yang terletak di bawah labia minora dan menyebabkan kelenjar tersebut menyekresikan mukus tepat di dalam introitus. Pelumasan ini dibutuhkan selama hubungan seksual untuk lebih mendapatkan sensasi pijatan yang memuaskan sehingga tidak ada sensasi iritasi, yang dapat timbul pada vagina kering. Sensasi pijatan membentuk rangsangan yang optimal untuk membangkitkan reflek yang sesuai, yang akan terakumulasi pada klimaks yang dialami pria maupun wanita (Guyton&Hall 2006).

4) Orgasme

Selain dari efek orgasme terhadap pembuahan, sensasi seksual yang kuat yang terbentuk selama orgasme juga dilewatkan ke serebrum, dan menyebabkan ketegangan otot yang kuat di seluruh tubuh (Guyton&Hall 2006).

5) Kepuasan

Setelah kulminasi dari aksi seksual, ketegangan saat orgasme tersebut diatas berakhir dalam beberapa menit berikutnya dan berganti menjadi kepuasan yang ditandai dengan keadaan relaks, suatu efek yang disebut *resolusi* (Guyton&Hall 2006).

6) Nyeri / ketidaknyamanan

Nyeri yang kronik dapat mengganggu respon seksual wanita dan membatasi ketertarikan dalam aktivitas seksual. Ketika nyeri dan kelelahan minimal, ekspresi seksual dapat terdorong (Kychman et al 2005).

2.2.2 Gangguan fungsi Seksual

Disfungsi seksual wanita biasanya meliputi gangguan hasrat/libido, gairah/arousal, nyeri/ketidaknyamanan, dan hambatan orgasme (Rosen et al 2000). Menurut Alexander, beberapa penelitian yang dikembangkan menunjukkan bahwa masalah fungsi seksual merupakan masalah yang sering terjadi pada 25% - 92% wanita (Tunardy et al 2012).

Jumlah perempuan yang memiliki disfungsi seksual secara general sekitar 19 - 50% dan meningkat menjadi 68 - 75% ketika ketidakpuasan seksual atau masalah menyertai. Review lain, penyelidikan dokter terhadap pasien ginekologi tentang masalah seksual melaporkan peningkatan keluhan tentang disfungsi seksual (Phillips 2000). Wanita dapat kesulitan dengan aktivitas seksual, penurunan hasrat, ketidakmampuan mencapai orgasme, atau rasa nyeri dalam bersenggama. Insiden disfungsi seksual wanita *post-*

menopause mencapai 80%, dari 833 wanita menopause usia 45-60 tahun ditemukan 38% wanita mengalami disfungsi seksual (Ambler, 2012).

Beberapa penelitian telah menyelidiki dasar-dasar fisiologis dan psikologis disfungsi seksual perempuan, dan perawatannya lebih sedikit tersedia dibanding kondisi pada pria (Rosen et al 2000). Status itu tercermin antara lain, dalam kurangnya mengasah dan mendefinisikan kriteria diagnostik, dan kurangnya kriteria operasional untuk mendiagnosis disfungsi/gangguan seksual manusia mirip dengan kriteria operasional untuk mendiagnosis gangguan mental lainnya (American Psychiatric Association 2007). Sistem klasifikasi dimaksudkan sebagai nomenklatur untuk gangguan mental saja (Rosen et al 2000). Sebuah pengembangan konferensi konsensus multidisiplin internasional diadakan di Amerika Serikat untuk mengembangkan klasifikasi sistem baru yang berlaku untuk semua bentuk disfungsi seksual perempuan terlepas dari etiologi (*International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions: Definitions and Classifications, in press*). Panel ini merekomendasikan membuat empat kategori utama dari disfungsi seksual (gangguan hasrat, gangguan gairah, gangguan orgasme, dan gangguan sakit seksual), seperti yang dijelaskan dalam DSM-IV dan ICD-10 (*International Classification of Diseases*) (Rosen et al 2000).

2.2.3 Faktor-faktor yang Menyebabkan Gangguan Fungsi Seksual

1) Usia tua

Berdasarkan penelitian tentang perilaku seksual dan disfungsi seksual serta upaya pencarian pertolongan pada orang yang berusia 40-80 tahun

yang dilaksanakan di beberapa negara Asia termasuk Indonesia, dilaporkan dari 6700 orang, 82% laki-laki dan 64% wanita usia lanjut menyatakan pernah melakukan hubungan seksual selama satu tahun terakhir. Saat dilakukan wawancara, 20-30% mengeluh mengalami disfungsi seksual seperti ejakulasi dini, gangguan ereksi pada pria, dan khususnya pada wanita dilaporkan seperti tidak tertarik terhadap seksual, kesulitan dalam lubrikasi, dan kesulitan untuk mencapai orgasme (Lidia dkk 2008).

2) Menopause

Ratna (2014) menemukan bahwa usia wanita menopause terbanyak adalah umur 45-54 tahun (73,1%) dengan usia rata-rata yaitu 50 tahun. Menurut Prawirohardjo (2011), menopause mulai pada umur 50-51 tahun dengan usia menopause yang relatif sama antara di Indonesia maupun negara-negara Barat dan Asia yaitu sekitar 50 tahun. Sehingga dapat disimpulkan bahwa usia rata-rata menopause adalah 50 tahun.

Pada usia 40-50 tahun, siklus seksual berubah menjadi tidak teratur, dan ovulasi sering tidak terjadi. Sesudah beberapa bulan sampai beberapa tahun, siklus terhenti sama sekali. Periode ketika siklus terhenti dan hormon-hormon kelamin wanita menghilang dengan cepat sampai hampir tidak ada disebut sebagai menopause.

Kekeringan vagina terjadi karena leher rahim sedikit sekali mensekresikan lendir. Penyebabnya adalah kekurangan estrogen yang menyebabkan liang vagina menjadi lebih tipis, lebih kering dan kurang elastis. Alat kelamin mulai mengerut, liang senggama kering sehingga

menimbulkan nyeri pada saat senggama, menahan kencing terutama pada saat batuk, bersin, tertawa dan orgasme.

Akibat kekurangan hormon estrogen, aliran darah ke vagina berkurang dan sel-sel epitel vagina menjadi tipis dan mudah menjadi cedera. Penelitian membuktikan bahwa kadar estrogen yang cukup merupakan faktor terpenting untuk mempertahankan kesehatan dan mencegah vagina dari kekeringan sehingga tidak menimbulkan nyeri saat senggama (Baziad 2003).

Gejala pada vagina dikarenakan vagina yang menjadi atropi sehingga lebih tipis, lebih kering, dan kurang elastis berkaitan dengan turunnya kadar hormon estrogen. Gejalanya adalah kering dan gatal pada vagina atau iritasi dan atau nyeri saat bersenggama. Nyeri senggama akan semakin buruk jika hubungan seks jarang dilakukan. Wanita yang mengeluh aktivitas seksualnya menurun, penyebabnya dapat disebabkan oleh pasangan itu sendiri, karena libido dipengaruhi banyak faktor seperti perasaan, lingkungan dan hormonal. Selain itu, penurunan kadar estrogen menyebabkan kekeringan pada vagina sehingga berhubungan seksual menjadi tidak nyaman dan sakit. Beberapa wanita mengalami perubahan gairah seksual akibat rasa rendah diri karena perubahan pada tubuhnya (Baziad 2003).

3) Penyakit pada Wanita (Diabetes Mellitus)

Diabetes Mellitus merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi fungsi seksual pada wanita. Gangguan fungsi seksual pada wanita dengan diabetes mellitus kurang mendapat perhatian dari tenaga medis dan belum

dipelajari secara mendalam. Sesuai hasil penelitian Asmalinda dkk (2012), wanita dengan komplikasi Diabetes Mellitus tipe 2 memiliki fungsi seksual buruk sebesar 43% dengan sebagian besar berupa gangguan hasrat 46% dan gangguan rangsangan 20%.

4) Wanita dengan Pasangan yang mengalami Disfungsi Seksual

Salah satu dari tujuan hidup manusia adalah mendapatkan pasangan dan meresmikannya dalam sebuah ikatan perkawinan. Namun demikian dalam perkawinan akan didapatkan konflik yang berasal dari berbagai aspek kehidupan, salah satunya adalah masalah disfungsi seksual dari salah satu pasangan (Yuliadi 2010).

Dari sudut pandang psikologis, disfungsi seksual menyebabkan stres tersendiri bagi yang mengalaminya, walaupun stres itu sendiri juga salah satu pemicu disfungsi seksual, hal ini saling berkaitan (Shah et al 2004). Disfungsi seksual dapat menimbulkan akibat tidak saja bagi yang mengalami sendiri, tetapi berakibat stres juga bagi pasangannya. Selanjutnya akibat buruk yang terjadi pada pasangan semakin memperburuk disfungsi seksual yang ada (Pangkahila 2005).

5) Keharmonisan dengan pasangan

Faktor yang paling penting untuk tercapainya hubungan yang harmonis antara suami istri adalah adanya rasa saling pengertian satu sama lain (Larasati 2012)

6) Sosial-Ekonomi

Penelitian yang dilakukan oleh Afni dan Indrijati pada tahun 2011 menjelaskan bahwa ketidakpuasan perkawinan karena tidak terpenuhinya aspek material, seksual dan psikologis dalam rumah tangga.

2.2.4 Skoring Fungsi Seksual

Untuk menilai derajat fungsi seksual salah satunya dengan scoring fungsi seksual dengan FSFI (*Female Sexual Function Index*). FSFI, kuesioner 19-item, yang telah dikembangkan secara ringkas, instrumen laporan diri multidimensi untuk menilai dimensi kunci fungsi seksual pada wanita. Hal ini terdengar *psychometrically*, mudah dijalankan, dan telah menunjukkan kemampuan untuk membedakan antara populasi klinis dan non-klinis. Kuesioner dijelaskan dirancang dan divalidasi untuk penilaian fungsi seksual perempuan dan kualitas hidup dalam uji klinis atau studi epidemiologi. FSFI dirancang untuk menjadi uji instrumen penilaian klinis yang membahas sifat multidimensi fungsi seksual wanita (Rosen et al 2000).

FSFI dikembangkan dalam serangkaian tahapan, termasuk pemilihan panel dari item awal, pra-pengujian dengan sukarelawan sehat diikuti oleh linguistik dan validasi konseptual dengan panel konsultan ahli. Berdasarkan faktor metode analitik, lima faktor atau domain fungsi seksual diidentifikasi:

- 1) Keinginan/desire dan gairah subyektif/ arausal,
- 2) Lubrikasi,
- 3) Orgasme,
- 4) Kepuasan, dan
- 5) Nyeri / ketidaknyamanan

Faktor beban dari setiap item cocok dengan pola yang diharapkan, mendukung validitas faktorial instrumen ini (Rosen et al 2000). Secara khusus, nilai individu domain FSFI, serta nilai skala penuh, menunjukkan kemampuan yang baik untuk membedakan antara subjek FSAD (*Female Sexual Arousal Disorder*) dan non-FSAD (validitas diskriminan), sambil menunjukkan korelasi sederhana dengan ukuran dari kepuasan perkawinan (validitas divergen). Untuk subyek dengan disfungsi seksual, skor FSFI tampaknya cukup independen dari pengaruh penyesuaian perkawinan. Individu domain dari FSFI dan skor skala penuh FSFI menunjukkan konsistensi internal yang tinggi dan dapat diterima dengan reliabilitas tes-tes ulang (Rosen et al 2000).

Ada sedikit data dasar yang mendukung epidemiologi tentang status disfungsi seksual wanita di Korea. Walaupun dibawah skor 26,55 digolongkan dalam disfungsi seksual di Amerika, tapi itu tidak aplikatif untuk wanita Korea karena berbeda budaya dan sosial ekonomi. Saat dibuat data standar *receiver operating characteristic* (ROC) berdasarkan data wanita Korea, skor total 20,25 adalah *cut off* optimal untuk menjelaskan disfungsi seksual dengan sensitifitas 70,1% dan spesufisitas (Oh et. Al 2013).

2.3 Fungsi Seksual Pasien Prolapsus Uteri dengan Terapi Operatif

Resolusi gejala POP setelah perawatan dapat meningkatkan citra tubuh dan fungsi seksual. Tidak mengherankan, jika pesarium kurang efektif dalam meningkatkan fungsi seksual dibandingkan dengan terapi pembedahan (Lowenstein 2009).

Pembedahan dapat mempertahankan fungsi ovarium, keuntungan bagi wanita premenopause, bahwa keberkelanjutan steroid seks memproduksi terus dinding vagina yang sehat. Seharusnya fungsi seksual tetap tidak berubah, meskipun beberapa wanita melaporkan ketidaknyamanan coital dari pemendekan vagina (Andersen et al 1983).

Kadang-kadang pengobatan bahkan memerlukan penghapusan bagian dari dinding vagina, di samping ovarium dan uterus, dengan konsekuensi yang merugikan bagi fisik dan emosional *well-being*. Fisik dan trauma emosional yang diderita dari pengalaman tersebut dapat cukup besar (Sacerdoti et al 2010).

Setelah operasi radikal, pengalaman wanita berubah dalam *body image*, penghargaan diri dan identitas feminim. Kehilangan seksual yang signifikan setelah exenterasi pelvis telah dilaporkan di beberapa studi.

Histerektomi merupakan operasi ginekologi terbanyak pada wanita usia reproduksi. Setiap tahun di Amerika Serikat (AS) sekitar 600.000 wanita dilakukan histerektomi (Katz 2005). Dari tahun 2000 hingga 2004 diperkirakan 3.100.000 wanita AS menjalani histerektomi. Angka histerektomi tertinggi pada wanita berusia 40-44 tahun. Indikasi yang sering dikaitkan dengan histerektomi adalah mioma uteri, endometriosis, dan prolaps uteri (Whiteman dkk 2008). Penelitian di *The Newyork-Presbyterian Hospital Weill Medical College of Cornell University*, fungsi seksual dilaporkan menurun pasca dilakukan histerektomi berhubungan dengan frekuensi dan kepuasan seksual, secara statistik bermakna terdapat penurunan kemampuan mencapai orgasme sekitar 43% (Saini dkk 2002).

Banyak wanita dilaporkan tidak ada ketertarikan seksual atau kesanggupan mencapai kepuasan seksual akibat kehilangan jaringan seksual. Selain itu, operasi juga memberikan efek gejala menopausal (Krychman 2005).

Seperti halnya hasil dari penelitian sebelumnya oleh Jeng 2005, bahwa dari 153 wanita Taipei yang menderita Prolaps Uteri, 78 diantaranya dilakukan terapi pembedahan (Histerektomi) mengalami penurunan minat seksual, dan 21% memiliki kurang sering orgasme pasca operasi.

2.4 Fungsi Seksual Pasien Prolapsus Uteri dengan Terapi Non Operatif

Penelitian yang dilakukan oleh Kate dkk 2005, menemukan bahwa fungsi seksual tidak terkena dampak negatif dengan menggunakan pesarium dengan pengecualian kekhawatiran terkait dengan mitra, dan bahwa wanita sering melepas pesarium untuk hubungan seksual berdasarkan pertimbangan kenyamanan pasangan.

Pada pasien prolaps dengan terapi non operatif (konservatif), komplikasi tersering dari pemasangan pesarium adalah iritasi dari mukosa vagina yang bersifat hipoestrogen sehingga menimbulkan duh tubuh, bau busuk, ulserasi atau perdarahan (Junizaf, 2011). Sementara itu penelitian di Australia oleh Sarma (2009) melaporkan bahwa 56% dari pengguna pesarium yang ada di Australia memiliki beberapa jenis komplikasi yaitu perdarahan pada organ genital, keputihan yang berbau, serta sembelit. Sementara itu, gejala-gejala yang ringan tergolong umum dalam penggunaan pesarium. Meski jarang, namun dapat terjadi efek samping yang serius terutama jika perawatan pesarium ini diabaikan oleh pasien. Dalam review studi kasus yang

diterbitkan antara tahun 1950-2007, efek samping yang serius berkenaan dengan pemakaian pesarium ini adalah vesikovaginal dan rektovaginal fistula, perforasi usus, uremia, urosepsis, serta kerusakan ginjal akibat infeksi (Arias *et al.*, 2008).

2.5 Psikologi Pasien Prolapsus Uteri

Faktor psikologis seperti kecemasan juga dapat mempengaruhi fungsi seksual seseorang, 70% disfungsi seksual disebabkan karena faktor psikologis. Seorang wanita lebih sering mengalami gejala kecemasan dibanding dengan laki-laki (Lidia dkk 2008).

Hasrat seksual wanita secara spontan dihasilkan oleh fantasi seksual. Pada dasarnya, wanita memerlukan lebih dari sekadar rangsangan diawal hubungan seksual. Aspek psikologis memainkan peran penting dalam proses stimulasi pada pikiran wanita (Windhu 2009).

Seorang wanita yang tertarik untuk menjadi terangsang akan menikmati pengalaman seksualnya. Wanita perlu memusatkan diri pada stimulasi seksual yang timbul dari dalam diri akibat inisiatif wanita itu sendiri atau akibat rangsangan dari pasangan seksualnya. Jenis stimulasi, waktu yang dibutuhkan bersifat sangat subjektif dan berbeda pada setiap wanita. Aspek psikologis yang baik akan memberikan peningkatan motivasi (Windhu 2009). Kepuasan seksual dipengaruhi oleh aspek psikologis, yang meliputi antara lain; psikopatologi yang memang menyertainya sebelum operasi atau reaksi emosi yang timbul bahwa tindakan pembedahan akan menimbulkan gangguan pada hubungan seksual selanjutnya.

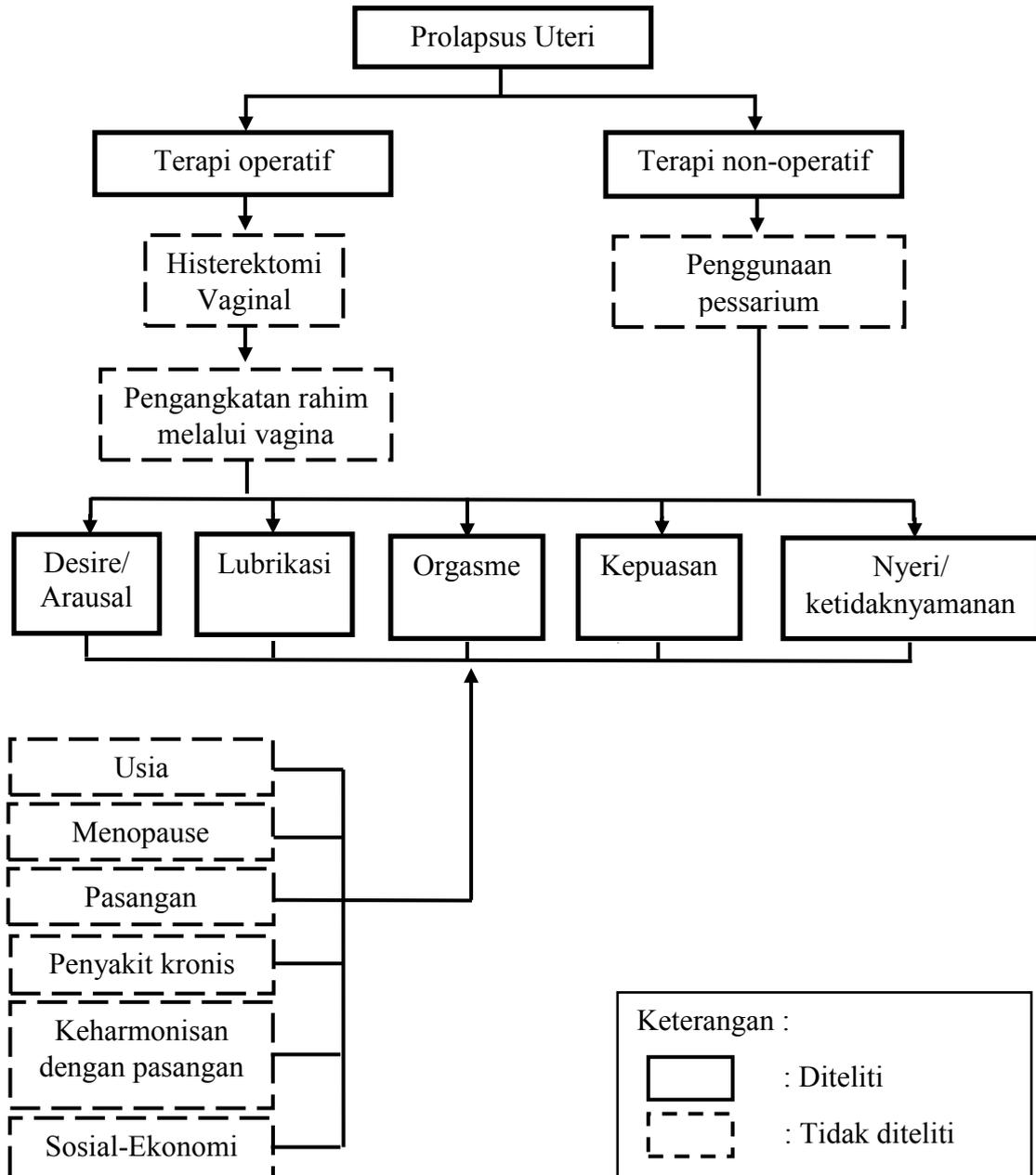
Tindakan pembedahan seperti histerektomi menjadi kekhawatiran sendiri bagi kaum wanita oleh karena apabila uterus harus diangkat, maka seorang wanita tidak lagi dapat memiliki anak. Walaupun seorang wanita tidak menghendaki anak lagi, namun masih ada kekhawatiran lainnya, yaitu kehilangan gairah dan kenikmatan seksual. Sehingga seorang wanita sangat sulit untuk menerima saran untuk dilakukannya tindakan pembedahan.

Tindakan pengambilan rahim seorang wanita (histerektomi) tentunya akan memberikan dampak psikologis maupun seksual terhadapnya. Biasanya penderita histerektomi sering memperhatikan pengaruh histerektomi terhadap fungsi seksualnya. Wanita merasa cemas mengalami gangguan fungsi seksual setelah histerektomi prevalensinya berkisar 13-37%. Bagi seorang ahli obstetri dan ginekologi yang sudah terlatih dan cakap dalam mendiagnosis ginekologik dan keterampilan teknis dalam pembedahan, itu tidak cukup. Dia juga harus mengenal, dan akhirnya mengobati termasuk aspek psikologi (termasuk emosi, seksual, psikosomatik dan tingkah laku lainnya) akibat dari penyakit ginekologi dan pengobatannya. Ini termasuk evaluasi pra dan pasca operasi serta terapi penunjang pasien. Dari beberapa penelitian masih menunjukkan hasil yang kontradiksi dengan argumentasi masing-masing. Barker dan Steiner mendapatkan gangguan psikologis sedangkan Kjeruff, Lambden dan Gath mendapatkan perbaikan di dalam psikologis dan kualitas hidup. Nathorst dan Adersen BL mendapatkan penurunan fungsi seksual setelah menjalani histerektomi sedangkan Julia C Rhodes, Lambden dan Gath mendapatkan hasil peningkatan fungsi seksual setelah histerektomi (Ucke 2009).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual

Keterangan:

Dalam terapi pasien prolapsus uteri, peneliti berfokus pada terapi secara operatif dan non-operatif. Terapi operatif dapat memberikan akibat hilangnya struktur anatomi diantaranya pemendekan vagina dan pangangkatan uterus yang memiliki efek terhadap fungsi seksual pasien prolapsus uteri. Begitu pula terapi non-operatif yaitu pemasangan pessarium memiliki efek samping yang mempengaruhi fungsi seksual pasien prolapsus uteri.

3.2 Hipotesis Penelitian

Terdapat perbedaan fungsi seksual antara pasien prolapsus uteri dengan terapi operatif dan non-operatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

BAB 4

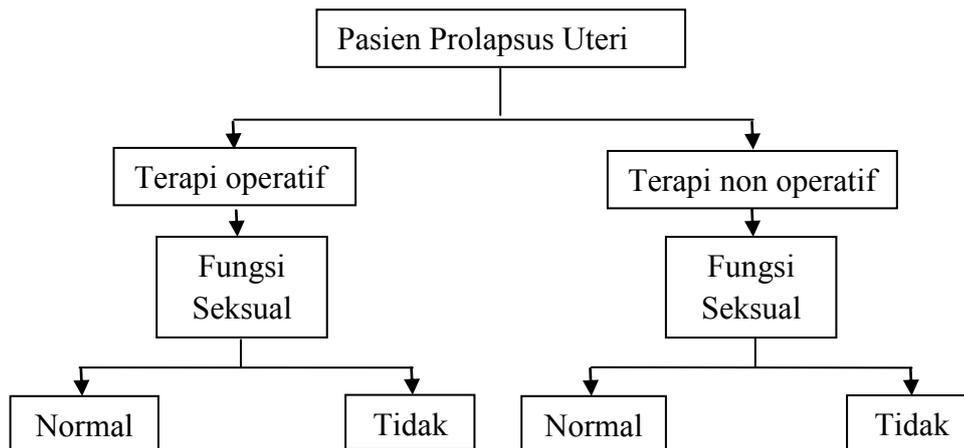
METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian analitik observasional dengan tujuan melakukan pengamatan ataupun pengukuran terhadap berbagai variabel tanpa melakukan intervensi serta manipulasi sedikitpun. Menurut Kunjojo (2009) penelitian yang bersifat analitik bukan hanya bertujuan mendeskripsikan suatu variabel tetapi juga dapat menggali hubungan antara variabel-variabel tersebut. Penelitian analitik merupakan suatu sifat penelitian yang bukan hanya mendeskripsikan suatu variabel namun juga menggali sebab dan akibat atau melakukan analisis dalam hubungan antar variabel-variabel tersebut.

4.2 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional*. Menurut Notoatmojo (2012) rancangan penelitian *cross sectional* yaitu suatu penelitian yang bertujuan untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan dampaknya. Observasi atau pengumpulan data dilakukan pada satu waktu yang bersamaan (*point time approach*). Sehingga setiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran yang dilakukan terhadap variabel juga dilaksanakan pada saat observasi.



Gambar 4.1 Rancangan Penelitian Perbedaan Fungsi Seksual Pasien Prolapsus Uteri antara Terapi Operatif dan Non Operatif.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah pasien prolapsus uteri yang pernah menjalani rawat jalan dan rawat inap pada bulan Januari 2015 - Juni 2016 di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

4.3.2 Sampel

Sampel Penelitian adalah bagian populasi yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

1) Inklusi

Pasien prolapsus uteri yang pernah menjalani rawat jalan dan atau rawat inap di RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang bersedia menjadi subyek penelitian dan masih memiliki pasangan.

2) Eksklusi

(1) Pasien tidak mampu mengisi kuisisioner (keadaan umum lemah dan/ tidak komunikatif dan/ tidak ada wali).

- (2) Pasien yang tidak bersedia mengisi kuisisioner sendiri/ diwakilkan.
- (3) Pasien yang tidak memiliki pasangan

4.3.3 Besar Sampel

Besar sampel yang diambil adalah semua populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusif.

4.3.4 Teknik Pengambilan Sampel

Dalam penelitian ini teknik sampling yang digunakan adalah dengan cara *accidental sampling*. *Accidental sampling* yaitu pengambilan sampel secara aksidental (*accidental*) dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia di suatu tempat sesuai dengan konteks penelitian (Notoatmodjo, 2010). Teknik sampling menggunakan metode *accidental sampling* ini juga memengaruhi pada besar sampel penelitian karena tidak diketahui persebaran populasi daripada kasus yang diteliti.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Adapun penelitian ini dilaksanakan pada Juni-Juli 2016 di Poli Kandungan RSUD Dr. Soetomo. Data penelitian diambil dari rekam medik pasien mulai Januari 2015 sampai dengan Juni 2016.

4.5 Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Cara Pengukuran Variabel

4.5.1 Variabel Penelitian

1) Variabel Terikat/ Dependen

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah fungsi seksual pasien prolapsus uteri yang telah menjalani terapi di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Variabel terikat yang dikaji pada penelitian meliputi: Gairah, Arousal,

Lubrikasi, Orgasme, Kepuasan, dan Nyeri/ ketidaknyamanan dari pasien saat berhubungan.

2) Variabel Bebas/ Independen

Terapi operatif dan non operatif pasien prolapsus uteri.

4.5.2 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi operasional

| Variabel | Definisi | Instrumen | Kriteria hasil | Skala pengukuran |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------|
| Fungsi Seksual | tingkat atau derajat dari keseluruhan siklus respon seksual yang normal meliputi 1) Keinginan dan gairah subyektif/ arausal : stimulasi/ rangsangan genital sebagai motivasi terhadap kesenangan seksual dan kecenderungan untuk menanggapi rangsangan seksual sebagai respon gairah 2) Lubrikasi : rasa basah pada saat <i>coitus</i> (hubungan seksual) karena mukus dalam introitus | Kuisisioner FSFI (<i>Female Sexual Function Index</i>) | 1) Normal : skor 20,25– 36,00 2) Tidak normal : skor <20,25 | Rasio/ Interval |

- 3) Orgasme :
 klimaks/ puncak
 ketegangan saat
coitus
 (hubungan
 seksual),
 ditandai dengan
 oleh lepasnya
 ketegangan
 seksual dan
 terjadi kontraksi
 ritmik pada otot
 perineum dan
 organ
 reproduktif pada
 pelvik
- 4) Kepuasan : rasa
 puas setelah
 melakukan
coitus,
 kesesuaian
 antara harapan/
 motivasi
 hubungan
 seksual dengan
 yang didapatkan
 setelah
 berhubungan
- 5) Nyeri /
 ketidaknyamana
 n : nyeri/ rasa
 tidak nyaman
 yang mungkin
 ada saat *coitus*
 (hubungan
 seksual

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Terapi operatif dan non operatif pasien prolapsu s uteri | 1) Terapi operatif : pasien prolapsus uteri dengan riwayat terapi operasi/ pembedahan | Rekam Medis | 1) Dikatakan sebagai pasien prolapsus uteri dengan terapi operatif apabila status rekam medis pasien menyebutkan | Nominal |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | bahwa pasien telah di operasi |
| 2) Terapi non operatif : pasien prolapsus uteri tanpa riwayat terapi operasi/ pembedahan, seperti pemasangan pessarium | 2) Dikatakan sebagai pasien prolapsus uteri dengan terapi non operatif apabila status rekam medis pasien menyebutkan bahwa pasien menggunakan pessarium |

4.6 Teknik Pengumpulan Data

- 1) Sekunder : berupa status terapi dan derajat prolaps pasien dari rekam medis
- 2) Primer : berupa skor fungsi seksual responden yang mengalami prolapsus uteri, data ini diperoleh dari pengisian kuesioner FSFI yang diberikan kepada pasien prolapsus uteri.

4.7 Pengolahan dan Analisis Data

4.7.1 Pengolahan Data

Pengolahan data menurut Notoadmojo (2012) dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- 1) *Editing* (pengeditan data)

Editing merupakan langkah untuk meneliti kelengkapan pengisian, kesalahan, konsistensi, dan relevansi dari setiap jawaban yang diberikan oleh responden dalam wawancara. *Editing* dilakukan pada setiap daftar pertanyaan yang sudah diisi. Peneliti mengumpulkan dan memeriksa kembali kelengkapan jawaban dari kuesioner yang diberikan. Hasil *editing* didapatkan semua data terisi lengkap dan benar, tetapi apabila tidak

memungkinkan, maka pertanyaan yang jawabannya tidak lengkap tersebut tidak diolah atau dimasukkan dalam pengolahan “data missing” (Notoadmodjo, 2012).

2) *Scoring*

Scoring adalah pemberian skor untuk menilai kriteria hasil (Sugiyono, 2010). Untuk menilai derajat fungsi seksual salah satunya dengan *scoring* fungsi seksual dengan FSFI (*Female Sexual Function Index*).

3) *Coding*

Setelah semua kuesioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan peng”kodean” atau “coding”, yakni mengubah data dalam bentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan (Notoadmodjo, 2012).

4) Memasukkan data (*Data Entry*) atau *Processing*

Kegiatan *entering* yaitu memasukkan data hasil penelitian ke dalam tabel distribusi frekuensi (Notoadmodjo, 2012). Dalam penelitian ini menggunakan program atau “software” komputer SPSS for Windows.

5) *Cleaning data* (pembersihan data)

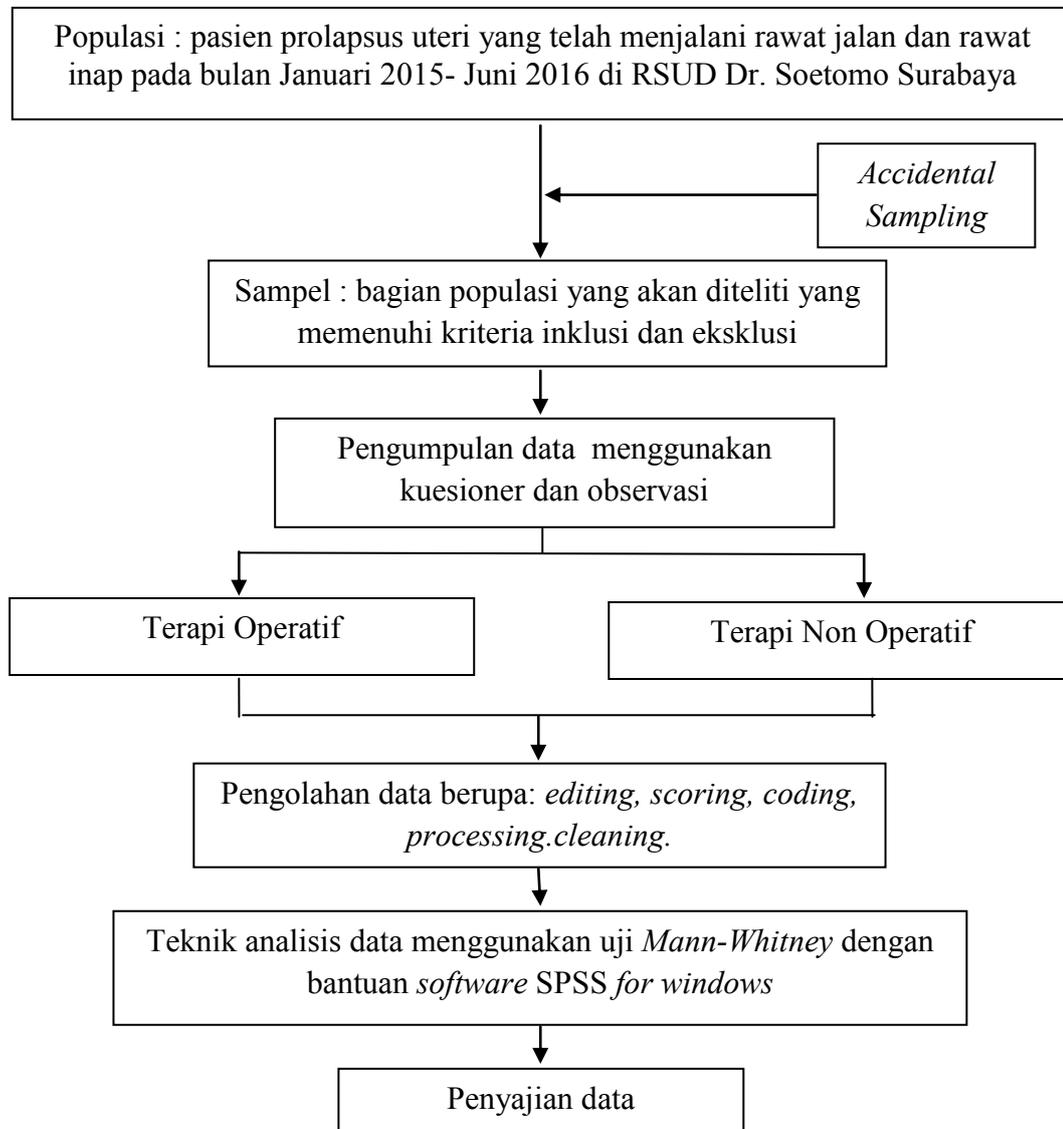
Pada tahap ini data yang ada ditandai dan diperiksa kembali untuk mengoreksi kemungkinan suatu kesalahan yang ada (Hidayat, 2009).

4.7.2 Analisis Data

Variabel terikat yang dikaji pada penelitian ini adalah fungsi seksual meliputi: tingkat desire, arousal, lubrikasi, orgasme, kepuasan, dan nyeri/ketidaknyamanan dari pasien prolapsus uteri yang menjalani terapi saat berhubungan seksual. Analisis data berdasarkan masalah penelitian

komparatif numerik tidak berpasangan 2 kelompok menggunakan *uji T tidak berpasangan* atau *Mann-Whitney* (Dahlan, 2010).

4.8 Kerangka Operasional



Gambar 4.2 Kerangka Kerja Operasional

4.9 Ethical Clearance

Penelitian dilakukan setelah mendapat persetujuan dengan menekankan masalah etika yang meliputi :

1) Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Informed consent merupakan bentuk persetujuan responden untuk dilakukan penelitian dengan memberikan lembar persetujuan (Hidayat, 2009). *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan menjadi responden. Responden harus menandatangani lembar persetujuan jika mereka bersedia dan jika responden tidak bersedia maka hak responden harus dihormati.

2) *Anonimity* (Tanpa Nama)

Nama responden tidak dicantumkan pada lembar pengolahan data untuk menjaga kerahasiaan klien. Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner dan hanya menuliskan kode pada lembar kuesioner (Hidayat, 2009).

3) *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Merupakan masalah etika penelitian untuk menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi atau masalah lainnya, semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan dalam hasil riset.

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan sampel berjumlah 30 orang yang terbagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok operatif dan non-operatif. Pengambilan sampel didasarkan pada teknik *accidental sampling* akibat dari keterbatasan jumlah pasien prolaps uteri itu sendiri. Pengambilan data penelitian didapatkan melalui pengisian kuisioner FSFI dan rekam medis

Penelitian dilakukan pada bulan Juni-Juli 2016 di Poli Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya dan melakukan wawancara langsung di rumah subyek penelitian. Penelitian dilakukan selama 4 minggu hari kerja.

5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya merupakan rumah sakit kelas A yang berdiri di atas tanah dengan luas 163.875 m² dan luas bangunan 98.121 m². RSUD Dr. Soetomo tidak hanya untuk melayani pengobatan, melainkan juga sebagai rumah sakit pendidikan, penelitian dan pusat rujukan tertinggi untuk wilayah Indonesia Timur. Hal ini sesuai dengan SK. Menkes 51/Menkes/SK/1179 RSUD Dr. Soetomo.

Sejarah RSUD Dr. Soetomo Surabaya diawali dengan berdirinya Rumah Sakit Simpang dan Rumah Sakit AL Central Burgerijike Ziekenhuis (CBZ). Rumah Sakit Simpang yang terletak di Jalan Pemuda 33 merupakan rumah sakit pendidikan bagi Fakultas Kedokteran UNAIR yang didirikan tahun 1923. Sedangkan Rumah Sakit AL Central Burgerijike Ziekenhuis (CBZ) yang terletak di Desa Karang Menjangan merupakan rumah sakit yang

dibangun oleh Kerajaan Belanda pada tahun 1937. Pada tahun 1943 pada masa penjajahan Jepang, pembangunan rumah sakit dilanjutkan oleh Jepang. Setelah selesai kemudian didirikan Rumah Sakit AL.

Pada 1 September 1948 oleh Pemerintah Belanda Rumah Sakit Simpang diubah menjadi Roemah Sakit Oemoem Soerabaja. Namun, pada tahun 1950 Roemah Sakit Oemoem Soerabaja di bawah Departemen Kesehatan RI, ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum Pusat.

Tahun 1951 sebagian dari Rumah Sakit Simpang di Jalan Pemuda 33 yaitu ruangan penyakit dalam, mata, THT, anak, sebagian ruangan bersalin, kulit dan paru-paru dipindah ke Rumah Sakit Karang Menjangan. Sebagian masih ditempati oleh Rumah Sakit AL (bagian dapur). Pada tahun 1953 sampai dengan 1954 sebagian pelayanan bagian bedah pindah ke Rumah Sakit Karang Menjangan, sedangkan untuk bedah akut (Emergency) masih di Rumah Sakit Simpang. Pada tahun 1980 Rumah Sakit Simpang di Jalan Pemuda 33 dijual menjadi Delta Plasa dengan sistem tukar tambah, di Rumah Sakit Karang Menjangan dibangun UGD dan ruangan bedah berlantai 3. Dengan demikian semua kegiatan pelayanan dijadikan satu di Rumah Sakit Karang Menjangan/RSUD Dr. Soetomo. Pada tahun 1964 Rumah Umum Pusat Surabaya diubah namanya menjadi RSUD Dr. Soetomo sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI, tanggal 20 Mei 1964 No. 26769/KAB/76. Dan tahun 1965 berdasarkan PP No. 4 Th 1965 pengelolaan atau penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soetomo diserahkan pada Pemerintah Daerah Tingkat I Jawa Timur. Tahun 1979 sesuai dengan SK. Menkes 51/Menkes/SK/1179 RSUD Dr. Soetomo ditetapkan menjadi

Rumah Sakit kelas A, sebagai rumah sakit pelayanan, pendidikan, penelitian dan pusat rujukan tertinggi untuk Wilayah Indonesia Timur. Dengan berbagai perubahan nama yang didasarkan pada SK Menkes, Rumah Sakit Simpang mengalami pengalihan ke Rumah Sakit Karang Menjangan karena rumah sakit dijual dan diubah menjadi Delta Plasa pada tahun 1980. Pada tahun 1999 pengelolaan keuangan RSUD Dr. Soetomo sebagai Unit Swadana Daerah dan diberlakukan mulai 1 April 1999, sesuai dengan SP Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Jawa Timur No. 2 Th 1999.

5.2 Karakteristik Subyek

Tabel 5.1 Sebaran data subyek penelitian

| Karakteristik | Operatif | | Non-operatif | | Total | |
|-----------------------|----------|-----|--------------|-----|-------|------|
| | N | % | n | % | N | % |
| Kelompok Umur (Tahun) | | | | | | |
| 31-40 | 2 | 8 | 1 | 20 | 3 | 10 |
| 41-50 | 14 | 56 | 1 | 20 | 15 | 50 |
| 51-60 | 9 | 36 | 3 | 60 | 12 | 40 |
| Total | 25 | 100 | 5 | 100 | 30 | 100 |
| Pendidikan | | | | | | |
| SD | 8 | 32 | 3 | 60 | 11 | 36,7 |
| SMP | 4 | 16 | 0 | 0 | 4 | 13,3 |
| SMA | 11 | 44 | 2 | 40 | 13 | 43,3 |
| S1 | 2 | 8 | 0 | 0 | 2 | 6,7 |
| Total | 25 | 100 | 5 | 100 | 30 | 100 |
| Tingkat Prolaps | | | | | | |
| I | 4 | 16 | 2 | 40 | 6 | 20 |
| II | 7 | 28 | 2 | 40 | 9 | 30 |
| III | 8 | 32 | 1 | 20 | 9 | 20 |
| IV | 6 | 24 | 0 | 0 | 6 | 30 |
| Total | 25 | 100 | 5 | 100 | 30 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.1 di atas, dapat dipresentasikan sebagai berikut:

- 1) Usia responden pada penelitian ini dari kelompok terapi operatif, kelompok umur terbanyak adalah 41-50 tahun yaitu 14 orang (56%) dan kelompok umur terbanyak kedua adalah 51-60 tahun. Sedangkan dari kelompok non-operatif kelompok umur terbanyak adalah 51-60 tahun yaitu 3 orang (60%).
- 2) Karakteristik pendidikan responden pada penelitian berdasarkan tingkat pendidikan kelompok operatif terbanyak adalah pendidikan tingkat SMA (Sekolah Menengah Atas) 11 orang (44%) dan tingkat pendidikan terbanyak pada kelompok non-operatif adalah pendidikan tingkat SD (Sekolah Dasar) sebanyak 3 orang (60%). Dari karakteristik pendidikan, didapatkan fenomena bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi jenis terapi yang dipilih, yaitu dari data peneliti didapatkan 2 pasien yang berpendidikan S1 (Strata 1) mendapat diagnosis grade I dan grade II dan keduanya mendapat terapi secara operatif.
- 3) Sebaran diagnosis derajat prolapsus uteri pada subyek penelitian kelompok operatif terbanyak derajat III sebanyak 8 orang (32%). Berbeda dengan kelompok non-operatif, pada kelompok non-operatif ini cenderung mendapat diagnosis derajat I dan derajat II sejumlah 4 orang (80%). Dari karakteristik derajat prolaps, didapatkan fenomena bahwa derajat prolaps mempengaruhi jenis terapi yang dipilih.

5.3 Analisis Hasil Penelitian

5.3.1 Uji Normalitas

Sebelum pengolahan statistik, telah dilakukan uji normalitas data dengan uji *Shapiro-Wilk*.

Tabel 5.2 Uji Normalitas Data Menggunakan Uji *Shapiro-Wilk*

| Variabel | Operatif | Non-Operatif | Total |
|------------------------|----------|--------------|-------|
| Desire | 0,015 | 0,057 | 0,002 |
| Arousal | 0,001 | 0,052 | 0,000 |
| Lubrikasi | 0,000 | 0,006 | 0,000 |
| Orgasme | 0,005 | 0,016 | 0,001 |
| Kepuasan Seksual | 0,009 | 0,051 | 0,001 |
| Nyeri/ Ketidaknyamanan | 0,000 | 0,006 | 0,000 |
| Total Skor | 0,001 | 0,014 | 0,000 |

Dari uji normalitas pada semua data didapatkan nilai uji *Shapiro-Wilk* $<0,05$ yang berarti distribusi data tidak normal.

5.3.2 Uji Komparasi

Setelah dilakukan uji normalitas didapatkan distribusi data tidak normal, maka uji komparasi yang digunakan yaitu uji statistik non parametrik (*uji Mann-Whitney*).

Tabel 5.3 Uji Komparasi Skor Fungsi Seksual Menggunakan Uji *Mann-Whitney*

| Variabel | Median (Min-Max) | | Harga P |
|---------------------------|------------------|-----------------|---------|
| | Operatif | Non-Operatif | |
| Desire | 2,4 (1,2-4,2) | 3,0 (1,2-3,6) | 0,887 |
| Arousal | 3,6 (0,0-5,4) | 4,2 (0,0-4,8) | 0,670 |
| Lubrikasi | 4,8 (0,0-6,0) | 6,0 (0,0-6,0) | 0,646 |
| Orgasme | 3,6 (0,0-6,0) | 4,4 (0,0-4,8) | 0,977 |
| Kepuasan Seksual | 3,6 (0,8-6,0) | 4,8 (1,2-5,2) | 0,570 |
| Nyeri/ Ketidaknyamanan | 4,8 (0,0-6,0) | 6,0 (0,0-6,0) | 0,837 |
| Total Skor | 24,4 (2,0-33,6) | 28,8 (2,4-30,0) | 0,522 |

*Uji *Mann-Whitney* bermakna $p < 0,05$

Hasil median total skor fungsi seksual kelompok terapi operatif 24,4 dan skor fungsi seksual kelompok terapi non-operatif 28,8 menunjukkan lebih dari *cut off* (20,25) sehingga dapat dikatakan kelompok operatif dan non-operatif tidak mengalami disfungsi seksual.

Pada tabel 5.3 menunjukkan skor fungsi seksual domain gairah antara kelompok operatif dan non-operatif $P=0,887$ ($p>0,05$). Artinya tidak ada perbedaan bermakna fungsi seksual domain gairah antara kelompok operatif dan non-operatif. Begitu juga dengan domain arousal, lubrikasi, orgasme, kepuasan seksual dan nyeri/ ketidaknyamanan menunjukkan nilai $P>0,05$. Artinya tidak ada perbedaan bermakna fungsi seksual domain arousal, lubrikasi, orgasme, kepuasan dan nyeri/ ketidaknyamanan antara kelompok operatif dan non-operatif.

Total skor fungsi seksual antara kelompok operatif dan non-operatif menunjukkan nilai $P=0,522$ ($p>0,05$). Artinya tidak ada perbedaan bermakna fungsi seksual secara keseluruhan antara kelompok terapi operatif dan non operatif.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Karakteristik Subyek

Karakteristik subyek penelitian berdasarkan kelompok umur, kelompok umur terbanyak dari kelompok operatif adalah 41-50 tahun (56%) dan kelompok umur terbanyak kedua adalah 51-60 tahun (36%). Hal ini sesuai dengan teori yang disebutkan oleh Whiteman et al (2008) bahwa angka histerektomi tertinggi pada wanita berusia 40-44 tahun. Indikasi yang sering dikaitkan dengan histerektomi adalah mioma uteri, endometriosis, dan prolaps uteri. Sedangkan, pada kelompok non-operatif usia terbanyak adalah 51-60 tahun. Dari kelompok operatif maupun non-operatif mayoritas yang mengalami prolapsus uteri adalah kelompok usia 41-50 tahun dan 51-60 tahun (90%), penyebab paling umum adalah lemahnya otot dasar panggul akibat hormon estrogen yang menurun di usia tua (Winkjosastro, 2011). Menurut Lywelly (2002) penyebab prolaps uteri adalah multifaktoral, secara umum antara lain: frekuensi partus yang tinggi, partus dengan penyulit, asites atau tumor-tumor daerah pelvis, usia tua, defisiensi hormonal (hipoestrogen) akibat menopause, batuk kronis, obesitas, aktivitas angkat berat, konstipasi kronis dan disfungsi neuromuskuler.

Distribusi karakteristik prolaps uteri berdasarkan riwayat pendidikan, didapatkan 13 pasien (43,3%) mempunyai riwayat pendidikan terakhir SMA dan terbanyak kedua riwayat pendidikan pasien prolaps uteri sebanyak 11 orang (36,7%) hanya memiliki riwayat pendidikan SD. Penelitian Seeman-Lewis dan penelitian Seeman-Budros menyimpulkan bahwa orang-orang

yang tahu lebih banyak tentang kesehatan, lebih dapat memulai perilaku pencegahan. Pengetahuan ini bisa didapatkan melalui pendidikan formal maupun informal. Kebijakan untuk meningkatkan pendidikan formal dan mencegah angka putus sekolah mempunyai dampak besar terhadap kesehatan penduduk (Freudenberg 2007). Pendidikan merupakan perlindungan untuk kesehatan, di negara maju penambahan lama pendidikan selama satu tahun mampu mengurangi angka kematian sebesar 8%. Satu tahun pendidikan juga dapat meningkatkan pendapatan rata-rata sebesar 8 persen dan dapat mengurangi kematian dua kali lebih besar, baik secara langsung maupun tidak langsung (Pellet Kathleen, et al 2007).

Dari total subyek penelitian yang terlibat, pasien yang mendapat diagnosis prolaps uteri derajat III sebanyak 8 orang (32%) dari kelompok operatif dan terbanyak kedua derajat II sebanyak 7 orang (28%) . Berbeda dengan kelompok non-operatif, pada kelompok non-operatif ini cenderung mendapat diagnosis derajat I dan derajat II sejumlah 4 orang (80%). Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Doster (2012), bahwa prolaps organ panggul yang tidak ada gejala atau dengan gejala ringan, kadang tidak diperlukan terapi. Wanita dengan prolaps organ panggul berat atau dengan gejala berat, terapi baik konservatif (non bedah) atau terapi pembedahan dapat dipilih. Pemilihan terapi bergantung pada jenis, beratnya gejala, umur, keadaan umum penderita, kebutuhan fungsi seksual, fertilitas, maupun faktor resiko kekambuhan.

6.2 Fungsi Seksual Pasien Prolapsus Uteri

6.2.1 Fungsi Seksual Pasien Operatif

Median total skor fungsi seksual pasien operatif tersebut menunjukkan bahwa kelompok operatif memiliki nilai di atas *cut off* (>20,25) yaitu 24,4 sehingga kelompok operatif dapat dikatakan memiliki fungsi seksual yang normal. Pada domain desire skor tertinggi yaitu 4,2 dan terendah 1,2. Pada domain arousal skor tertinggi mencapai 5,4 dan terendah 0. Pada domain lubrikasi, orgasme, kepuasan seksual dan nyeri/ ketidaknyamanan skor tertinggi mencapai nilai maksimal yaitu 6 dan terendah 0. Hal ini sesuai dengan teori yang dikatakan Andersen (1983) bahwa pembedahan dapat memberikan keuntungan bagi wanita premenopause, bahwa keberkelanjutan steroid seks memproduksi terus dinding vagina yang sehat. Seharusnya fungsi seksual tetap tidak berubah, meskipun beberapa wanita melaporkan ketidaknyamanan coital dari pemendekan vagina. Begitu juga halnya dengan teori yang dikemukakan oleh Lowenstein (2009), bahwa resolusi gejala POP setelah perawatan dapat meningkatkan citra tubuh dan fungsi seksual. Tidak mengherankan, jika pesarium kurang efektif dalam meningkatkan fungsi seksual dibandingkan dengan terapi pembedahan.

Dalam hal ini terjadi kesenjangan skor yang jauh berbeda, yang dapat disebabkan oleh faktor usia pasien, keharmonisan hubungan dengan pasangan, usia pernikahan, pendidikan pasien, dan jarak terapi dengan hubungan seksual terakhir yang dilakukan.

Hal ini berbeda dengan teori yang dikemukakan oleh Krychman (2005), bahwa banyak wanita dilaporkan tidak ada ketertarikan seksual atau

kesanggupan mencapai kepuasan seksual akibat kehilangan jaringan seksual. Selain itu, operasi juga memberikan efek gejala menopausal. Adanya kontradiksi ini perlu penelitian lebih lanjut.

6.2.2 Fungsi Seksual Pasien Non Operatif

Berdasarkan median total skor kelompok non operatif didapat nilai lebih dari *cut off* (>20,25) yaitu 28,8 sehingga dapat dikatakan kelompok non-operatif memiliki fungsi seksual normal. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kate dkk 2005, yang menemukan bahwa fungsi seksual tidak terkena dampak negatif dengan menggunakan pesarium dengan pengecualian kekhawatiran terkait dengan mitra, dan bahwa wanita sering melepas pesarium untuk hubungan seksual berdasarkan pertimbangan kenyamanan pasangan.

Hal ini berbeda dengan hasil penelitian Junizaf (2011), yang menyatakan bahwa berdasarkan hasil skoring kualitas hidup, pasien prolaps uteri dengan terapi non operatif (konservatif) memiliki kecenderungan kualitas hidup yang rendah.

Perbedaan hasil dari penelitian terdahulu tersebut dapat disebabkan oleh jumlah sampel yang sedikit, sehingga menimbulkan hasil yang bisa saja kebetulan. Dari domain desire nilai tertinggi yaitu 3,6 dan terendah 1,2. Pada domain arousal dan orgasme nilai tertinggi yaitu 4,8 dan terendah yaitu 0. Pada domain lubrikasi dan nyeri/ ketidaknyamanan nilai tertinggi yaitu 6,0 dan terendah yaitu 0. Pada domain kepuasan seksual nilai tertinggi yaitu 5,2 dan terendah 1,2. Kesenjangan skor yang jauh berbeda pada setiap domain,

bisa disebabkan oleh faktor usia pasien, keharmonisan hubungan dengan pasangan, usia pernikahan, dan pendidikan pasien.

Terapi non operatif, khususnya pesarium dapat dipakai bertahun-tahun, tetapi harus diawasi secara teratur. Penempatan pesarium bila tidak tepat atau bila ukurannya terlalu besar dapat menyebabkan iritasi atau perlukaan pada mukosa vagina sehingga dapat menyebabkan ulserasi dan perdarahan (Baiq 2015). Hal ini tentu akan memberikan dampak pada fungsi seksual pasien.

6.2.3 Perbandingan Fungsi Seksual Pasien Prolapsus Uteri antara Terapi Operatif dan Non Operatif

Total skor kelompok operatif dibandingkan kelompok non operatif dengan uji *Mann-Whitney* didapatkan tidak ada perbedaan bermakna antara kedua kelompok pasien tersebut. Median skor total pada kelompok non operatif lebih besar nilainya dari kelompok operatif, sehingga dapat dikatakan fungsi seksual pasien prolaps uteri dengan terapi non operatif lebih baik dari pasien dengan terapi operatif. Dari uraian di atas, secara keseluruhan fungsi seksual pasien prolaps uteri dengan terapi non operatif lebih baik dari pasien prolaps uteri dengan terapi operatif. Hasil dari penelitian ini bisa jadi disebabkan unsur kebetulan, karena perbandingan jumlah sampel yang jauh berbeda (1:5).

Keunggulan terapi non operatif seharusnya fungsi seksual tetap tidak berubah, karena tidak ada pemendekan vagina (Andersen 1983). Hal tersebut juga harus tetap diperhatikan perawatan dari terapi non operatif tersebut, karena dapat terjadi efek samping yang serius terutama jika perawatan pesarium diabaikan oleh pasien.

6.3 Kelebihan dan Kekurangan Penelitian

6.3.1 Kelebihan

Penelitian ini memiliki validitas skor fungsi seksual yang cukup tinggi karena menggunakan kuisioner FSFI yang telah diuji validitas. Sebelumnya telah ada dua *cut off* dari versi Amerika dan versi Korea. Peneliti menggunakan *cut off* skor pada wanita Korea dengan dasar memiliki ras lebih dekat sehingga secara fisiologi, anatomi dan budaya lebih sesuai dengan wanita Indonesia. Selain itu, peneliti membahas aspek-aspek yang mungkin mempengaruhi fungsi seksual pasien baik dari kelompok operatif maupun non-operatif.

6.3.2 Kekurangan

Pengambilan data, peneliti tidak menggunakan metode *random sampling*, sehingga objektivitas pemilihan sampel kurang baik. Peneliti melakukan eksklusi pada pasien yang tidak memiliki pasangan tanpa pencatatan data pasien tersebut. Jumlah sampel yang hanya bisa didapatkan sejumlah 30 pasien, alamat pasien yang kurang jelas sehingga harus memakan waktu yang lama untuk mencari alamat pasien, maupun tempat tinggal pasien yang tidak dapat dijangkau oleh peneliti.

Dilihat dari karakteristik umum, subyek penelitian merupakan umur dimana kemungkinan terjadi pre-menopause, menopause atau post menopause. Maka hasil penelitian mungkin dapat terjadi bias karena pengaruh faktor menopause yang perlu dikonfirmasi dengan kadar data pemeriksaan penunjang. Selain itu pada penelitian ini melibatkan subyek penelitian dari berbagai derajat prolaps, sehingga besar kemungkinan hasil

penelitian tentang fungsi seksual pasien dipengaruhi bias oleh heterogenitas derajat prolaps.

BAB 7

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

- 1) Pasien prolapsus uteri dengan terapi operatif memiliki fungsi seksual normal
- 2) Pasien prolapsus uteri dengan terapi non-operatif memiliki fungsi seksual normal
- 3) Total skor fungsi seksual secara keseluruhan, pasien prolapsus uteri terapi non operatif lebih baik dari pasien prolapsus uteri terapi operatif.
- 4) Tidak ada perbedaan bermakna fungsi seksual secara keseluruhan antara kelompok terapi operatif dan non-operatif.

7.2 Saran

- 1) Penelitian berikutnya diharapkan dapat mengontrol bias variabel lain yang dapat mempengaruhi, seperti derajat prolaps subyek penelitian, dukungan keluarga pasien, kondisi psikologi pasien, dan usia menopause.
- 2) Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi pertimbangan klinisi dalam penatalaksanaan pasien prolapsus uteri.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambler DR, Bieber EJ, & Diamond MP 2012, "Sexual Function in Elderly Women: A Review of Current Literature", *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, Vol 5, No. 1, Hal 16-27.
- Anderson, John R 1983, „a Spreading Activation Theory of Memory“, *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, Vol. 22, hal. 261-295.
- Arthur, C Guyton & John, E Hall 2006, *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Edisi 11*, EGC, Jakarta.
- Asmalinda, D, Nursiswati, & Ayu, PP 2012, „Gambaran Fungsi Seksual pada Wanita Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2“, *Jurnal Kesehatan*, Universitas Padjajaran Bandung.
- Baiq, CH 2015, „Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Prolapsus Uteri di RSUP Dr. Kariadi Semarang“, *Skripsi*, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Barsoom, RS 2009, *Uterine Prolapse*, Available at : <http://www.emedicine.com> diakses tanggal 28 Desember 2015
- Baziad A. 2003. *Menopause dan Andropause*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Bobak 2004, „The Muscle of The Pelvic Floor“, *Clin Obstet Gynecol* ; 36 : 910-24
- Dahlan, Sopiudin 2008, *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- DeLancey, John O. L. 2005, „The Hidden Epidemic of Pelvic Floor Dysfunction: Achievable Goals for Improved Prevention and Treatment“, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192, 1488–95.
- Detollenaere RJ, Boon J, Stekelenburg J, Alhafidh AH, Hakvoort RA, Vierhout ME, et al. 2011, „Treatment of Uterine Prolapse Stage 2 or Higher: A Randomized Multicenter Trial Comparing Sacrospinous Fixation with Vaginal Hysterectomy (SAVE U trial)“, *BMC Womens Health Journal*.
- Doster M, Putu 2012, „Sakrokolpopeksi dengan Laparoscopi untuk Penanganan Prolaps Organ Panggul“, *Tesis*, FK Universitas Udayana Bali.
- Elvira, Sylvia D 2006, *Disfungsi Seksual pada Perempuan*, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- Errol, R, Norwitz, John, O, Schorge 2006, *At a Glance Obstetri, Edisi kedua*, Gelora Aksara Prutam, Jakarta.

- Fernando, Ruwan J MD, Ranee, Thakar MD, Abdul, H Sultan, Sheetle, M Shah & Peter, W Jones 2006, „Effect of Vaginal Pessaries on Symptoms Associated with Pelvic Organ Prolapse“, *American College of Obstetricians and Gynecologists*, Vol. 108, 93-99.
- Freudenberg, N & Jessica R 2007, „Reframing School Dropout as a Public Health Issue. Preventing Chronic Disease“, *Centers for Disease Control and Prevention*, Vol. 4, No. 4.
- Geri Morgan, Carole Hamilton 2009, *Obstetri dan Ginekologi Panduan Praktis*, YBPSP, Jakarta.
- Giarenis, I & Robinson, D 2014 „Prevention and management of pelvic organ prolapse“, *F1000Prime Reports*, 6:77.
- Hatta, S, Sharifah, E, Marhani, M & Norni, A 2007, „Female Sexual Dysfunction Among Malaysian Women in a Primary Care Setting : Does the Frequency of Sexual Activity Matter?“, *Med & Health*, Vol.2, hh. 48-57.
- <http://www.bvk.co.id/artikel/berita/186-sejarah-rsud-dr-soetomo>
- Jeng, CJ, Yang, YC, Tzeng CR, Shen J, and Wang, LR 2005, „Sexual Functioning after Vaginal Hysterectomy or Transvaginal Sacrospinous Uterine Suspension for Uterine Prolapse : a Comparison“, *Journal of Reproductive Medicine for The Obstetrician and Gynecologists*, Vol. 50, 669-674.
- Junizaf 2011, *Ilmu Kandungan*, YBPSP, Jakarta.
- Kate, MD, Yuko, MD, Ellen, Craig, Clifford, Qualls, et al 2015, „Sexual Function and Pessary Management Among Women Using a Pessary For Pelvic Floor Disorders“, *J Sex Med*, 12 : 2339-2349.
- Katz, A 2005, „Sexuality and Hysterectomy : Finding the Right Words“, *AJN*, Vol. 12, hh. 105.
- Krychman, Michael L & Alison, Amsterdam 2005, „Sexual Dysfunction in Patients with Gynecologic Neoplasms : a Retrospective Pilot Study“, *J Sex Med*, Vol. 3, hal. 646–649.
- Larasati, Alpenia 2012, „Kepuasan Perkawinan pada Istri Ditinjau dari Keterlibatan Suami dalam Menghadapi Tuntutan Ekonomi dan Pembagian Peran dalam Rumah Tangga“, *Skripsi*, Universitas Airlangga.
- Lazarou G. Pelvic Organ Prolapse, Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/276259-overview> diakses tanggal 28 Desember 2015

- Lidia H, Muhammad H, & Djaswadi D 2008, „Hubungan Antara Kecemasan dengan Aktivitas dan Fungsi Seksual pada Wanita Usia Lanjut di Kabupaten Purworejo“, *Berita Kedokteran Masyarakat*, Vol 24, hal. 174-190.
- Lior, Lowenstein MD, Tondalaya, Gamble MD, Tatiana, Deniseiko MD, et al 2009, “Changes in Sexual Function after Treatment for Prolapse are Related to the Improvement in Body Image Perception“, *J Sex Med*, 7 : 1023-1028.
- Lywelly, Jones, Derek 2002. *Dasar-dasar Obstetri dan Ginekologi, Edisi 6*, Hipokrates, Jakarta.
- Maher, C, Feiner, B, Baessler K, & Schmid C 2013, „Surgical management of pelvic organ prolapse in women“, The Cochrane Collaboration
- Manan, E 2013, *Bebas dari Ancaman Disfungsi Seksual Khusus Wanita*, Buku Biru, Jakarta.
- Manuaba, Ida Ayu 2009, *Kesehatan Reproduksi Wanita*, EGC, Jakarta.
- McLennan, A 2003, „The Descent of Woman“, *Climacteric*, 3:225-6
- Megadhana, I Wayan 2013, „Upaya Pencegahan Prolaps Organ Panggul“, FK Universitas Udayana Bali.
- Meston, CM 2004, „The Effect of in Women with a Hystoty of Benigna Uterus Fibroids“, *Archive of Sexual Behavior Texas*, Vol. 12, hh. 153-157.
- Pellet, Kathleen, Dianne L, Speake, & Marie E, Cowart 2007, „Health Perceptions and Lifestyles of the Elderly“, *Research in Nursing & Health*, Vol.12, Hal 93-100.
- Phillips, Nancy 2000, „*Female Sexual Dysfunction: Evaluatin and Treatment*‘, Vol. 62, no.1, hh. 127-136.
- Pranabakti, RA 2015, „Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Prolaps Uteri yang dilakukan Operasi dengan yang dilakukan Konservatif di RSUD Dr. Moewardi Surakarta“, *Skripsi*, Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Rabe, Thomas 2003, *Buku Saku Ilmu Kebidanan*, Hipokrates, Jakarta.
- Ratna A, Tendean HMM, & Suparman E 2013, „Hubungan Menarche terhadap Menopause di Kecamatan Lalabata Kabupaten Soppeng Sulawesi Selatan“, *Skripsi*, Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado.

- Rosen, R, et al 2000, „The Female Sexual Function Index (FSFI) : a Multidimensional Self-Report Instrument for The Assesment of Female Sexual Function“, *Journal of Sex & Marital Therapy*, Vol. 26, hh. 191-208.
- Saini, J, Kuczybski, E, Gretz, HF, & Sills, ES 2002, „Supracervical Hysterectomy Versus Total Abdominal Hysterectomy : Preceived Effect on Sexual Function“, *BMC women's Health*.
- Sastrawina, S 1999, *Obstetri Fisiologi*, Bandung, Bagian Obstetri dan Ginekologi UNPAD.
- Sjamsuhidayat, R & Wim, DJ 2005, *Buku Ajar Ilmu Bedah*, EGC, Jakarta.
- Tehrani F.R, HashemiS, Simbar MdanShiva N 2011, *Screening of the pelvic organ prolapse without a physical examination; (a community based study)*, *BMC Women's Health*, 11:48.
- Ucke S. Sastrawinata 2009, Perubahan Kualitas Hidup ditinjau dari Aspek Psikoseksual Pasca Histerektomi Total Abdominal“, *Jurnal Kristen Maranatha Bagian/KSM Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Maranatha RS Immanuel Bandung*, Vol.8 No.2, hal : 127-131.
- Whiteman, MK, Hillis, SD, Jamieson, DJ, Morrow, B, Podgomik, MN, Brett, KM, & Marchbanks, PA 2008, „Inpatient Hysterectomy Surveillance in the United States 200-2004“, *Am J Obstet Gynecol*, Vol.7, hh. 198.
- Winkjosastro, H 2005, *Ilmu Kebidanan*, YBPSP, Jakarta.
- Winkjosastro, H 2011, *Ilmu Kandungan*, YBPSP, Jakarta.
- Yuliadi Istar 2010, „Strategi Coping untuk Mempertahankan Perkawinan pada Wanita yang Suaminya Mengalami Disfungsi Seksual“, *Tesis*, Universitas Muhammdiyah Surakarta.

LAMPIRAN 2

**JADUAL KEGIATAN PENELITIAN MAHASISWA PROGRAM STUDI
PENDIDIKAN BIDAN FK UNAIR TAHUN AJARAN 2015/2016**

| Kegiatan | Apr 16 | | | | | Mei 16 | | | | | Juni 16 | | | | | Juli 2016 | | | | |
|------------------------------------|--------|---|---|---|---|--------|---|---|---|---|---------|---|---|---|---|-----------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PERSIAPAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a. Revisi Usulan Penelitian | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b. Penyerahan BAP | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c. Pembuatan kelaikan Etik | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | |
| d. Pembuatan Surat Ijin Penelitian | | | ■ | ■ | ■ | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | |
| e. Penelitian | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | |
| f. Pengolahan Data | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | |
| g. Konsultasi Skripsi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ |
| h. Pengerjaan Skripsi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ |
| i. Sidang Skripsi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ |

LAMPIRAN 3

**UNIVERSITAS AIRLANGGA**
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN
Jl. Mayjen prof.Dr. Moestopo 47 Surabaya 60131 Telp. 031-5020251, 5030252-3 psw 161 Fax : 031-5022472

15 April 2016

No : 699 /UN3.1.1/PPd-PSPB/2016
Lamp :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada : Yth.
Direktur
RSUD Dr. Soetomo
Kota Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya kegiatan penelitian mahasiswa Program Studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon untuk mahasiswa kami :

Nama : Indri Sagita Faluvianti
NIM : 011211233002
Judul : Perbedaan fungsi seksual pasien prolapsus uteri antara terapi operatif dan non operatif di RSUD Dr. Soetomo.

dapat diberikan ijin untuk melakukan penelitian di RSUD Dr. Soetomo pada bulan April-Juli 2016.

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Koordinator Program Studi


Baksono Winardi, dr., Sp. OG(K)
Nip : 19540930 198111 1 001

Tembusan Yth.:

- Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan RSUD Dr. Soetomo
- Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Soetomo

LAMPIRAN 4




**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA**

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(" ETHICAL CLEARANCE ")**

443/ Panke.KKE/ VI/ 2016

**KOMITE ETIK RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA
RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA
PENELITIAN DENGAN JUDUL :**

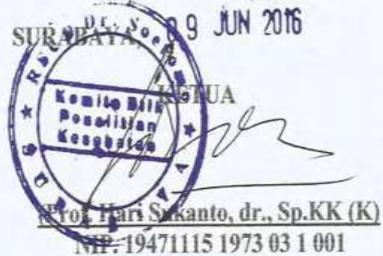
**"Perbedaan Fungsi Seksual Pada Pasien Prolapsus Uteri antara Terapi Operatif dan
Non Operatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya"**

PENELITI UTAMA: Indri Sagita Faluvianti

PENELITI LAIN : Eighty Mardiyani Kurniawati, dr., Sp. OG (K)

UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN : RSUD Dr. Soetomo Surabaya

DINYATAKAN LAIK ETIK



Prof. Hari Sukanto, dr., Sp.KK (K)
NP-19471115 1973 03 1 001

LAMPIRAN 5

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
" Dr. SOETOMO "
INSTALASI RAWAT JALAN
JL. MAYJEN. PROF Dr.MOESTOPO 6-8 SURABAYA
TLP. 5501119 - 5501450 FAX : 031 - 5501450

NOTA DINAS

Kepada YTH : Kepala Bidang Litbang
Dari : Kepala Instalasi Rawat Jalan
Nomer : 940 /301.24/IRJ/VI/2016
Tanggal : 28 Juni 2016
Lampiran : -
Perihal : Ijin penelitian

Sehubungan surat dari Kepala Bidang Litbang RSUD Dr . Soetomo nomer : 070/
1265/301.4.2/Litb/VI/2016 tanggal 15 Juni 2016 perihal permohonan ijin penelitian
atas nama :

Indri Sagita Faluvianti
NIM. 011311233002

Dengan Judul :

" Perbedaan fungsi seksual pada pasien prolapsus uteri antara terapi
operatif dan non operatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya "

Bahwa yang bersangkutan di ijinakan melaksanakan penelitian di Instalasi Rawat
Jalan RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Demikian atas kerjasamanya di ucapkan terima kasih.

Kepala Instalasi Rawat Jalan



Dr. Trisiswati Indranarum, SpKK

Nip : 19611008 199603 2 001

**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
" Dr. SOETOMO "**
INSTALASI RAWAT JALAN
JL. MAYJEN. PROF Dr.MOESTOPO 6-8 SURABAYA
TLP. 5501119 - 5501450 FAX : 031 - 5501450

NOTA DINAS

Kepada YTH : Kepala URJ Obsgyn
 Dari : Kepala Instalasi Rawat Jalan
 Nomer : 147/301.24/IRJ/VI/2016
 Tanggal : 28 Juni 2016
 Lampiran : -
 Perihal : Permohonan ijin penelitian

Sehubungan dengan adanya surat dari Kepala Bidang Litbang tertanggal 15 Juni 2016 nomer : 070/1265/301.4.2/Litb/VI/2016 perihal tersebut diatas , maka bersama ini kami menghadapkan Mahasiswa atas nama :

| NO | Nama / NIM | JUDUL |
|----|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Indri Sagita Faluvianti 011311233002 | " Perbedaan fungsi seksual pada pasien prolapsus Uteri antara terapi operatif dan non operatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya " |

Untuk dapat melaksanakan penelitian di bagian saudara, apabila dapat di setuju kami mengharap jawaban saudara dalam waktu tidak terlalu lama guna proses administrasi lebih lanjut.

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kepala Instalasi Rawat Jalan



Dr. Trisiswati Indranarum, SpKK
NIP. 19611008 199603 2 001

Tembusan :

1. Yang bersangkutan
2. Peninggal

**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
" Dr. SOETOMO "**
INSTALASI RAWAT JALAN
JL. MAYJEN. PROF Dr.MOESTOPO 6-8 SURABAYA
TLP. 5501119 - 5501450 FAX : 031 - 5501450

NOTA DINAS

Kepada YTH : Koordinator Rekam Medik
 Dari : Kepala Instalasi Rawat Jalan
 Nomer : ~~40~~ /301.24/IRJ/VI/2016
 Tanggal : 28 Juni 2016
 Lampiran : -
 Perihal : Permohonan ijin penelitian

Sehubungan dengan adanya surat dari Kepala Bidang Litbang tertanggal 15 Juni 2016 nomer : 070/1265/301.4.2/Litb/VI/2016 perihal tersebut diatas , maka bersama ini kami menghadapkan Mahasiswa atas nama :

| NO | Nama / NIM | JUDUL |
|----|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Indri Sagita Faluvianti 011211233002 | " Perbedaan fungsi seksual pada pasien prolapsus Uteri antara terapi operatif dan non operatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya " |

Untuk dapat melaksanakan penelitian di bagian saudara, apabila dapat di setujui kami mengharap jawaban saudara dalam waktu tidak terlalu lama guna proses administrasi lebih lanjut.

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

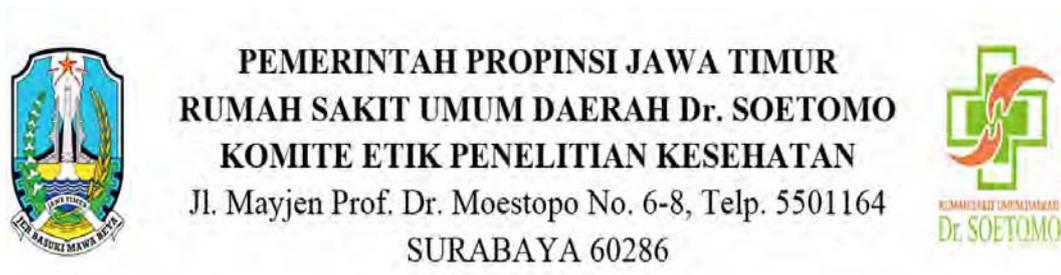
Kepala Instalasi Rawat Jalan



Dr. Trisiswati Indranarum, SpKK
NIP. 19611008 199603 2 001

Tembusan :

1. Yang bersangkutan
2. Pertinggal

LAMPIRAN 6**Penjelasan Penelitian untuk Disetujui (*Information for Consent*)**

Nama Peneliti : Indri Sagita Faluvianti
Alamat : Jl. Kertajaya VIII A no.8, Gubeng, Surabaya
Judul Penelitian : Perbedaan Fungsi Seksual Pasien Prolapsus Uteri Antara Terapi Operatif dan Non Operatif di RSUD Dr. Soetomo

A. Tujuan penelitian

1) Tujuan umum

Menganalisis perbedaan fungsi seksual pasien prolapsus uteri antara terapi operatif dan non operatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

2) Tujuan khusus

- (1) Mengetahui fungsi seksual pasien prolapsus uteri dengan terapi operatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- (2) Mengetahui fungsi seksual pasien prolapsus uteri dengan terapi non operatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- (3) Membedakan fungsi seksual pasien prolapsus uteri antara terapi operatif dan non operatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

B. Manfaat

1) Manfaat bagi subyek

Menambah pengetahuan dalam upaya memberikan informasi tentang fungsi seksual pasien prolapsus uteri antara terapi operatif dan non operatif.

2) Manfaat bagi masyarakat

Memberikan informasi mengenai perbedaan fungsi seksual pasien prolapsus uteri antara terapi operatif dan non operatif di RSUD Dr. Soetomo.

3) Manfaat bagi pengembangan ilmu

- (1) Memberikan acuan sebagai pengembangan IPTEK dan penelitian selanjutnya.
- (2) Memberikan acuan ilmiah untuk mengetahui perbedaan fungsi seksual pasien prolapsus uteri antara terapi operatif dan non operatif di RSUD Dr. Soetomo.

C. Metode dan prosedur kerja penelitian

Mengambil data pasien prolapsus uteri yang menjalani rawat jalan dan rawat inap dari rekam medis untuk mengetahui status terapi pasien. Pasien yang memenuhi kriteria inklusi diminta untuk mengisi kuisisioner, yang bertujuan untuk memperoleh data primer dari responden mengenai perbedaan fungsi seksual pasien prolapsus uteri antara terapi operatif dan non operatif.

D. Resiko yang mungkin timbul

Penelitian ini tidak memiliki resiko yang berarti bagi responden.

E. Efek samping penelitian

Penelitian ini tidak memiliki efek samping yang berarti bagi responden.

F. Tidak lanjut jika terjadi insiden saat dilaksanakan penelitian

Tidak ada tindak lanjut yang akan dilaksanakan, karena penelitian ini tidak menimbulkan resiko dan efek samping.

G. Jaminan kerahasiaan

Semua informasi yang berkaitan dengan responden akan dirahasiakan baik dalam penulisan penelitian maupun publikasi penelitian.

H. Hak untuk menolak menjadi subyek penelitian

Pasien berhak menolak untuk dijadikan subjek penelitian dengan mengisi lembar penolakan

I. Partisipasi berdasarkan kesukarelaan dan hak untuk mengundurkan diri

Pasien yang akan dijadikan subjek penelitian diharapkan sukarela dalam mengisi kuisisioner dengan mengisi lembar persetujuan mengikuti penelitian dan berhak mengundurkan diri sebagai responden dengan mengisi lembar pengunduran diri.

J. Subjek dapat dikeluarkan dari penelitian

Bila anda tidak mentaati instruksi yang diberikan oleh peneliti, anda dapat dikeluarkan setiap saat dari penelitian ini.

Surabaya,

Yang memberi penjelasan

Yang menerima penjelasan

(Indri Sagita Faluvianti)

()

Saksi I

Saksi II

()

()

LAMPIRAN 7

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
 Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8, Telp. 5501164
 SURABAYA 60286

**LEMBAR PERSETUJUAN MENGIKUTI PENELITIAN (*Informed consent*)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Telp/ e-mail :

Fakultas/ Instansi :

Sesudah mendengarkan penjelasan yang diberikan dan diberikan kesempatan untuk menanyakan yang belum dimengerti, dengan ini memberikan :

PERSETUJUAN

Mengikuti penelitian sebagai subyek penelitian dengan judul

“Perbedaan Fungsi Seksual Pasien Prolapsus Uteri Antara Terapi Operatif Dan Non Operatif” dan sewaktu-waktu saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Surabaya,

Yang Membuat Pertanyaan

(.....)

Saksi 1

Saksi 2

(.....)

(.....)

LAMPIRAN 8

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
 Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8, Telp. 5501164
 SURABAYA 60286

**LEMBAR PENGUNDURAN DIRI**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Telp/ e-mail :

Fakultas/ Instansi :

Dengan ini menanyakan MENGUNDURKAN DIRI sebagai subjek penelitian

Dengan judul penelitian :

“Perbedaan Fungsi Seksual Pasien Prolapsus Uteri Antara Terapi Operatif Dan Non Operatif”.

Demikian lembar pengunduran diri ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Surabaya,

Yang Membuat Pertanyaan

(.....)

Saksi 1

Saksi 2

(.....)

(.....)

LAMPIRAN 9**Kuisisioner Responden Berdasarkan FSFI (*Female Sexual Function Index*)**

Nama :

Register :

Usia :

Alamat :

Pendidikan terakhir : tidak ada/ SD/ SMP/ SMA/ S1/ S2 /S3 *

Tingkat Prolaps : I/ II/ III/ IV

Terapi : - Operatif / - Non-operatif *

Mohon dijawab pertanyaan dibawah ini dengan sebenar-benarnya.

1. Selama 4 minggu terakhir, seberapa sering Anda merasakan gairah seksual atau ketertarikan seksual?

5 = Hampir selalu atau selalu

4 = Sering kali (lebih dari separuh dalam kurun waktu tersebut)

3 = Kadang-kadang (separuh dalam kurun waktu tersebut)

2 = Jarang (kurang dari separuh dalam kurun waktu tersebut)

1 = Hampir tidak pernah atau tidak pernah*

2. Selama 4 minggu terakhir, bagaimana Anda menggambarkan tingkat gairah atau ketertarikan seksual Anda?

5 = Sangat tinggi

4 = Tinggi

3 = Sedang

2 = Rendah

1 = Sangat rendah atau tidak pernah*

3. Selama 4 minggu terakhir, seberapa sering Anda merasa terangsang (merasakan minat) saat aktivitas seksual atau hubungan senggama?

0 = Tidak pernah melakukan hubungan seksual

5 = Hampir selalu atau selalu

4 = Sering (lebih dari separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)

3 = Kadang-kadang (sekitar separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)

2 = Beberapa kali (kurang dari separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)

1 = Sangat rendah atau tidak pernah*

4. Selama 4 minggu terakhir, bagaimana Anda menggambarkan tingkat minat seksual Anda atau tingkat terangsang saat aktivitas seksual atau hubungan senggama?
0 = Tidak pernah melakukan hubungan seksual
5 = Sangat tinggi
4 = Tinggi
3 = Sedang
2 = Rendah
1 = sangat rendah atau tidak pernah*

5. Selama 4 minggu terakhir, seberapa yakin Anda bisa merasa terangsang dalam saat aktivitas seksual atau hubungan senggama?
0 = Tidak pernah melakukan hubungan seksual
5 = Sangat yakin
4 = Yakin
3 = Cukup yakin
2 = Kurang yakin
1 = Sangat kurang yakin atau tidak*

6. Selama 4 minggu terakhir, seberapa sering Anda telah puas dengan penerimaan diri Anda terhadap rangsangan saat aktivitas seksual atau hubungan senggama?
0 = Tidak pernah melakukan hubungan seksual
5 = Hampir selalu atau selalu
4 = Sering kali (lebih dari separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)
3 = Kadang-kadang (sekitar separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)
2 = Jarang (kurang dari separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)
1 = Hampir tidak pernah atau tidak pernah puas*

7. Selama 4 minggu terakhir, seberapa sering Anda merasakan basah oleh cairan vagina saat aktivitas seksual atau hubungan senggama?
0 = Tidak pernah melakukan hubungan seksual
5 = Hampir selalu atau selalu
4 = Sering kali (lebih dari separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)
3 = Kadang-kadang (sekitar separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)
2 = Jarang (kurang dari separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)
1 = Hampir tidak pernah atau tidak pernah merasa basah*

8. . Selama 4 minggu terakhir, seberapa sulit Anda merasakan basah oleh cairan vagina saat aktivitas seksual atau hubungan senggama?
0 = Tidak pernah melakukan hubungan seksual
1 = Hampir selalu sulit atau tidak mungkin basah
2 = Sangat sulit

- 3 = Sulit
- 4 = Agak sulit
- 5 = Tidak sulit*

9. Selama 4 minggu terakhir, seberapa sering Anda bisa mempertahankan kondisi basah hingga aktivitas seksual atau hubungan senggama selesai?

- 0 = Tidak pernah melakukan hubungan seksual
- 5 = Hampir selalu atau selalu
- 4 = Sering kali (lebih dari separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)
- 3 = Kadang-kadang (sekitar separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)
- 2 = Jarang (kurang dari separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)
- 1 = Hampir tidak pernah atau tidak pernah bisa mempertahankan kondisi basah*

10. Selama 4 minggu terakhir, seberapa sulit Anda mempertahankan kondisi basah hingga aktivitas seksual atau hubungan senggama selesai?

- 0 = Tidak pernah melakukan hubungan seksual
- 1 = Hampir selalu atau tidak mungkin
- 2 = Sangat sulit
- 3 = Sulit
- 4 = Agak sulit
- 5 = Tidak sulit*

11. Selama 4 minggu terakhir, ketika Anda melakukan aktivitas seksual atau hubungan senggama, seberapa sering Anda mencapai orgasme atau klimaks atau puas?

- 0 = Tidak pernah melakukan hubungan seksual
- 5 = Hampir selalu atau selalu
- 4 = Sering kali (lebih dari separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)
- 3 = Kadang-kadang (sekitar separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)
- 2 = Beberapa kali (kurang dari separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)
- 1 = Hampir tidak pernah atau tidak pernah merasa orgasme*

12. Selama 4 minggu terakhir, ketika Anda melakukan aktivitas seksual atau hubungan senggama, seberapa sulit Anda mencapai orgasme atau klimaks?

- 0 = Tidak pernah melakukan hubungan seksual
- 1 = Hampir selalu sulit atau tidak mungkin
- 2 = Sangat sulit
- 3 = Sulit
- 4 = Agak sulit
- 5 = Tidak sulit*

13. Selama 4 minggu terakhir, seberapa puas Anda dengan kemampuan Anda untuk mencapai orgasme atau klimaks saat aktivitas seksual atau hubungan senggama?
- 0 = Tidak pernah melakukan hubungan seksual
 - 5 = Sangat puas
 - 4 = Cukup puas
 - 3 = Kadang puas
 - 2 = Kurang puas
 - 1 = Sangat tidak puas*
14. Selama 4 minggu terakhir, seberapa puaskah Anda dengan kedekatan emosional Anda dengan pasangan Anda saat aktivitas seksual atau hubungan senggama?
- 0 = Tidak pernah melakukan hubungan seksual
 - 5 = Sangat puas
 - 4 = Cukup puas
 - 3 = Kadang puas
 - 2 = Kurang puas
 - 1 = Sangat tidak puas*
15. Selama 4 minggu terakhir, seberapa puas Anda terhadap hubungan seksual Anda dengan pasangan?
- 5 = Sangat puas
 - 4 = Cukup puas
 - 3 = Kadang puas
 - 2 = Kurang puas
 - 1 = Sangat tidak puas*
16. Selama 4 minggu terakhir, seberapa puas Anda dengan kehidupan seksual Anda secara keseluruhan?
- 5 = Sangat puas
 - 4 = Cukup puas
 - 3 = Kadang puas
 - 2 = Kurang puas
 - 1 = Sangat tidak puas*
17. Selama 4 minggu terakhir, seberapa sering Anda mengalami rasa tidak nyaman atau nyeri saat penetrasi vagina (masuknya penis ke vagina)?
- 0 = Tidak pernah melakukan hubungan seksual
 - 1 = Hampir selalu atau selalu
 - 2 = Sering kali (lebih dari separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)
 - 3 = Kadang-kadang (sekitar separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)

- 4 = Jarang (kurang dari separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)
- 5 = Hampir tidak pernah atau tidak pernah nyeri setelah penetrasi*

18. Selama 4 minggu terakhir, seberapa sering Anda mengalami rasa tidak nyaman atau nyeri setelah penetrasi vagina (masuknya penis ke vagina)?

- 0 = Tidak pernah melakukan hubungan seksual
- 1 = Hampir selalu atau selalu
- 2 = Sering kali (lebih dari separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)
- 3 = Kadang-kadang (sekitar separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)
- 4 = Beberapa kali (kurang dari separuh dalam hitungan frekuensi hubungan)
- 5 = Hampir tidak pernah atau tidak pernah nyeri setelah penetrasi*

19. Selama 4 minggu terakhir, bagaimana Anda menggambarkan tingkat (derajat) tidak nyaman atau nyeri selama atau setelah penetrasi vagina?

- 0 = Tidak pernah melakukan hubungan seksual
- 1 = Sangat tinggi
- 2 = Tinggi
- 3 = Sedang
- 4 = Rendah
- 5 = Sangat rendah atau tidak pernah *

(R. Rosen et al, 2000).

- * Lingkari yang dipilih

LAMPIRAN 10

Sistem Penilaian

Nilai domain individu dan nilai skala penuh dari FSFI diperoleh dari rumus komputasi yang diuraikan dalam tabel di bawah. Nilai domain individu yang diperoleh dengan menambahkan nilai dari masing-masing item yang terdiri dari domain dan mengalikan jumlah tersebut dengan faktor domain (lihat di bawah). Nilai skala penuh diperoleh dengan menambahkan enam nilai domain. Hal tersebut harus dicatat bahwa dalam domain individu, nilai domain nol menunjukkan bahwa tidak ada aktivitas seksual yang dilaporkan selama sebulan terakhir.

| Domain | Pertanyaan | Rentang nilai | Faktor | Nilai minimal | Nilai maksimal |
|---------------------------|-------------|---------------|--------|---------------|----------------|
| Desire | 1, 2 | 1-5 | 0,6 | 1,2 | 6,0 |
| Arousal | 3, 4, 5, 6 | 0-5 | 0,3 | 0 | 6,0 |
| Lubrikasi | 7, 8, 9, 10 | 0-5 | 0,3 | 0 | 6,0 |
| Orgasme | 11, 12, 13 | 0-5 | 0,4 | 0 | 6,0 |
| Kepuasan | 14, 15, 16 | 0 (atau 1) -5 | 0,4 | 0 | 6,0 |
| Nyeri/ ketidaknyamanan | 17, 18, 19 | 0-5 | 0,4 | 0 | 6,0 |
| Rentang nilai skala penuh | | | | 2,0 | 36,0 |

(R. Rosen et al, 2000)

| No | Umur | Pendidikan | Tingkat Prolaps | Terapi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|----|------|------------|-----------------|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | 56 | SMA | III | operatif | 1,2 | 1,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,4 | 0,8 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 52 | SMA | IV | operatif | 1,2 | 1,8 | 0,9 | 0,9 | 1,2 | 1,2 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,6 | 2 | 1,2 | 1,2 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 2 |
| 3 | 43 | SD | II | operatif | 1,2 | 1,2 | 0,9 | 0,6 | 0,6 | 0,9 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,2 | 0,8 | 1,6 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 0,4 | 1,2 | 1,6 |
| 4 | 52 | SD | II | non operatif | 1,8 | 1,8 | 1,2 | 0,9 | 0,9 | 1,2 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,6 | 1,6 | 1,2 | 2 | 1,6 | 1,6 | 2 | 2 | 2 |
| 5 | 42 | SD | II | operatif | 1,9 | 1,8 | 0,9 | 0,9 | 1,2 | 1,5 | 0,9 | 0,9 | 1,5 | 1,5 | 2 | 2 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 2 | 2 | 2 |
| 6 | 49 | SMA | III | operatif | 1,8 | 1,8 | 0,9 | 0,9 | 1,2 | 0,9 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,2 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 2 | 2 | 2 |
| 7 | 46 | S1 | I | operatif | 1,2 | 2,4 | 0,9 | 1,2 | 1,2 | 0,9 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,2 | 1,2 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,2 | 1,2 | 1,2 |
| 8 | 45 | SMA | III | operatif | 1,8 | 1,8 | 1,5 | 0,9 | 1,2 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 1,5 | 2 | 1,2 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 2 | 2 | 2 |
| 9 | 49 | SD | II | operatif | 0,6 | 0,6 | 0,3 | 0,3 | 0,9 | 0,3 | 0,6 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,4 | 1,2 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 1,6 |
| 10 | 48 | SD | III | operatif | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 0,9 | 1,2 | 0,9 | 0,6 | 1,2 | 0,9 | 1,5 | 0,8 | 1,2 | 1,2 | 1,6 | 1,2 | 1,6 | 2 | 2 | 2 |
| 11 | 44 | S1 | II | operatif | 2,4 | 1,8 | 1,5 | 1,2 | 1,2 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 12 | 48 | SD | III | non operatif | 1,8 | 1,2 | 1,2 | 0,9 | 1,2 | 0,9 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 2 | 2 | 2 |
| 13 | 55 | SD | I | non operatif | 0,6 | 0,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,4 | 0,8 | 0 | 0 | 0 |
| 14 | 33 | SMA | IV | operatif | 1,8 | 1,8 | 0,9 | 0,9 | 1,2 | 0,6 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 0,8 | 1,6 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,6 |
| 15 | 37 | SMA | II | non operatif | 1,8 | 1,8 | 1,5 | 0,9 | 1,2 | 1,2 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 2 | 2 | 2 |
| 16 | 55 | SD | I | operatif | 0,6 | 0,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,4 | 0,4 | 0 | 0 | 0 |
| 17 | 52 | SMA | III | operatif | 1,2 | 1,2 | 0,6 | 0,6 | 0,9 | 0,6 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 0,8 | 1,2 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 1,2 | 1,6 | 1,6 | 1,6 |
| 18 | 41 | SMA | II | operatif | 1,2 | 1,8 | 0,9 | 0,9 | 1,2 | 0,6 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,2 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 |
| 19 | 54 | SD | IV | operatif | 0,6 | 0,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,4 | 0,8 | 0 | 0 | 0 |
| 20 | 48 | SMA | II | operatif | 1,2 | 1,8 | 1,2 | 0,9 | 1,2 | 0,9 | 1,2 | 1,2 | 1,5 | 1,2 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 2 | 2 | 2 |
| 21 | 48 | SMP | I | operatif | 1,8 | 0,6 | 1,2 | 0,9 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 2 | 2 | 2 |
| 22 | 51 | SMP | IV | operatif | 0,6 | 0,6 | 0,3 | 0,6 | 0,9 | 0,6 | 0,9 | 1,2 | 1,5 | 1,2 | 0,8 | 1,2 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 1,2 | 1,6 | 1,6 | 1,6 |
| 23 | 52 | SD | IV | operatif | 0,6 | 0,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,4 | 0,4 | 0 | 0 | 0 |
| 24 | 35 | SMA | III | operatif | 1,8 | 1,8 | 1,2 | 0,9 | 1,2 | 0,9 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 2 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 2 | 2 | 2 |
| 25 | 46 | SMA | I | operatif | 1,2 | 1,8 | 0,9 | 0,9 | 1,2 | 0,6 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,2 | 1,6 | 1,2 | 1,2 | 1,6 | 1,6 | 2 | 2 | 2 |
| 26 | 50 | SMP | III | operatif | 1,2 | 1,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,8 | 0,8 | 0 | 0 | 0 |
| 27 | 41 | SMA | II | operatif | 1,8 | 1,8 | 1,2 | 0,9 | 1,2 | 0,9 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,5 | 1,2 | 1,6 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 2 | 2 | 2 |
| 28 | 58 | SMA | I | non operatif | 0,6 | 0,6 | 0,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,8 | 0,8 | 0 | 0 | 0 |
| 29 | 55 | SD | IV | operatif | 0,6 | 1,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,8 | 0,8 | 0 | 0 | 0 |
| 30 | 55 | SMP | III | operatif | 1,2 | 1,2 | 0,3 | 0,6 | 0,3 | 0,6 | 0,6 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 1,2 | 0,8 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,8 | 1,6 | 1,6 | 1,6 |

| No | Umur | Pendidikan | Tingkat Prolaps | Terapi | Desire | Arousal | Lubrikasi | Orgasme | Kepuasan | Nyeri | Total Skor |
|----|------|------------|-----------------|--------------|--------|---------|-----------|---------|----------|-------|------------|
| 1 | 56 | SMA | III | operatif | 2,4 | 0 | 0 | 0 | 1,2 | 0 | 3,6 |
| 2 | 52 | SMA | IV | operatif | 3 | 4,2 | 6 | 4,8 | 4,4 | 5,2 | 27,6 |
| 3 | 43 | SD | II | operatif | 2,4 | 3 | 5,7 | 3,6 | 3,6 | 3,2 | 21,5 |
| 4 | 52 | SD | II | non operatif | 3,6 | 4,2 | 6 | 4,4 | 5,2 | 6 | 29,4 |
| 5 | 42 | SD | II | operatif | 3,7 | 4,5 | 4,8 | 5,6 | 4,8 | 6 | 29,4 |
| 6 | 49 | SMA | III | operatif | 3,6 | 3,9 | 6 | 4,4 | 4,8 | 6 | 28,7 |
| 7 | 46 | S1 | I | operatif | 3,6 | 4,2 | 6 | 4 | 4,8 | 3,6 | 26,2 |
| 8 | 45 | SMA | III | operatif | 3,6 | 4,2 | 3,3 | 4,8 | 4,8 | 6 | 26,7 |
| 9 | 49 | SD | II | operatif | 1,2 | 1,8 | 3,3 | 2,4 | 2,4 | 3,2 | 14,3 |
| 10 | 48 | SD | III | operatif | 2,4 | 4,2 | 4,2 | 3,2 | 4,4 | 6 | 24,4 |
| 11 | 44 | S1 | II | operatif | 4,2 | 5,4 | 6 | 6 | 6 | 6 | 33,6 |
| 12 | 48 | SD | III | non operatif | 3 | 4,2 | 6 | 4,8 | 4,8 | 6 | 28,8 |
| 13 | 55 | SD | I | non operatif | 1,2 | 0 | 0 | 0 | 1,2 | 0 | 2,4 |
| 14 | 33 | SMA | IV | operatif | 3,6 | 3,6 | 4,8 | 3,2 | 2,8 | 4 | 22 |
| 15 | 37 | SMA | II | non operatif | 3,6 | 4,8 | 6 | 4,8 | 4,8 | 6 | 30 |
| 16 | 55 | SD | I | operatif | 1,2 | 0 | 0 | 0 | 0,8 | 0 | 2 |
| 17 | 52 | SMA | III | operatif | 2,4 | 2,7 | 4,8 | 2,8 | 2,8 | 4,8 | 20,3 |
| 18 | 41 | SMA | II | operatif | 3 | 3,6 | 6 | 4,4 | 4,8 | 4,8 | 26,6 |
| 19 | 54 | SD | IV | operatif | 1,2 | 0 | 0 | 0 | 1,2 | 0 | 2,4 |
| 20 | 48 | SMA | II | operatif | 3 | 4,2 | 5,1 | 4,8 | 4,8 | 6 | 27,9 |
| 21 | 48 | SMP | I | operatif | 2,4 | 4,5 | 5,7 | 4,8 | 4,8 | 6 | 28,2 |
| 22 | 51 | SMP | IV | operatif | 1,2 | 2,4 | 4,8 | 2,8 | 2,8 | 4,8 | 18,8 |
| 23 | 52 | SD | IV | operatif | 1,2 | 0 | 0 | 0 | 0,8 | 0 | 2 |
| 24 | 35 | SMA | III | operatif | 3,6 | 4,2 | 6 | 5,2 | 4,8 | 6 | 29,8 |
| 25 | 46 | SMA | I | operatif | 3 | 3,6 | 6 | 4 | 4,4 | 6 | 27 |
| 26 | 50 | SMP | III | operatif | 2,4 | 0 | 0 | 0 | 1,6 | 0 | 4 |
| 27 | 41 | SMA | II | operatif | 3,6 | 4,2 | 5,1 | 4 | 3,6 | 6 | 26,5 |
| 28 | 58 | SMA | I | non operatif | 1,2 | 0,3 | 0 | 0 | 1,6 | 0 | 3,1 |
| 29 | 55 | SD | IV | operatif | 1,8 | 0 | 0 | 0 | 1,6 | 0 | 3,4 |
| 30 | 55 | SMP | III | operatif | 2,4 | 1,8 | 3,3 | 2,4 | 1,6 | 4,8 | 16,3 |

LAMPIRAN 12**HASIL PERHITUNGAN STATISTIK DATA PENELITIAN****1. UJI NORMALITAS DATA**

a) Total

| | Tests of Normality | | | | | |
|------------------------|---------------------------------|----|-------|--------------|----|-------|
| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Desire | 0,177 | 30 | 0,018 | 0,875 | 30 | 0,002 |
| Arousal | 0,235 | 30 | 0,000 | 0,818 | 30 | 0,000 |
| Lubrikasi | 0,252 | 30 | 0,000 | 0,750 | 30 | 0,000 |
| Orgasme | 0,197 | 30 | 0,004 | 0,847 | 30 | 0,001 |
| Kepuasan | 0,232 | 30 | 0,000 | 0,867 | 30 | 0,001 |
| Nyeri/ Ketidaknyamanan | 0,242 | 30 | 0,000 | 0,738 | 30 | 0,000 |
| Total Skor | 0,226 | 30 | 0,000 | 0,813 | 30 | 0,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

b) Kelompok Operatif

| | Tests of Normality | | | | | |
|---------------------|---------------------------------|----|-------|--------------|----|-------|
| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Desire Operatif | 0,166 | 25 | 0,073 | 0,897 | 25 | 0,015 |
| Arousal Operatif | 0,229 | 25 | 0,002 | 0,831 | 25 | 0,001 |
| Lubrikasi Operatif | 0,251 | 25 | 0,000 | 0,768 | 25 | 0,000 |
| Orgasme Operatif | 0,179 | 25 | 0,037 | 0,874 | 25 | 0,005 |
| Kepuasan Operatif | 0,221 | 25 | 0,003 | 0,884 | 25 | 0,009 |
| Nyeri Operatif | 0,239 | 25 | 0,001 | 0,757 | 25 | 0,000 |
| Total Skor Operatif | 0,210 | 25 | 0,006 | 0,833 | 25 | 0,001 |

a. Lilliefors Significance Correction

c) Kelompok Non-Operatif

| | Tests of Normality | | | | | |
|-------------------------|---------------------------------|----|--------|--------------|----|-------|
| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Desire Non Operatif | 0,258 | 5 | 0,200* | 0,782 | 5 | 0,057 |
| Arousal Non Operatif | 0,339 | 5 | 0,062 | 0,777 | 5 | 0,052 |
| Lubrikasi Non Operatif | 0,367 | 5 | 0,026 | 0,684 | 5 | 0,006 |
| Orgasme Non Operatif | 0,334 | 5 | 0,071 | 0,721 | 5 | 0,016 |
| Kepuasan Non Operatif | 0,345 | 5 | 0,053 | 0,776 | 5 | 0,051 |
| Nyeri Non Operatif | 0,367 | 5 | 0,026 | 0,684 | 5 | 0,006 |
| Total Skor Non Operatif | 0,355 | 5 | 0,039 | 0,715 | 5 | 0,014 |

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

2. Statistik Deskriptif

a) Total

| | | Statistics | | | | | | |
|------------------------|---------|------------|---------|-----------|---------|----------|--------|------------------|
| | | Desire | Arousal | Lubrikasi | Orgasme | Kepuasan | Nyeri | Total Skor |
| N | Valid | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | | 2,623 | 2,790 | 3,830 | 3,040 | 3,400 | 3,880 | 19,563 |
| Median | | 2,700 | 3,600 | 4,800 | 3,800 | 4,000 | 4,800 | 25,300 |
| Mode | | 3,6 | 4,2 | 6,0 | 0,0 | 4,8 | 6,0 | 2,0 ^a |
| Std. Deviation | | 0,9684 | 1,8630 | 2,4872 | 2,0520 | 1,6163 | 2,5258 | 11,0448 |
| Variance | | 0,938 | 3,471 | 6,186 | 4,211 | 2,612 | 6,380 | 121,988 |
| Skewness | | -,323 | -,602 | -,785 | -,553 | -,334 | -,776 | -,702 |
| Std. Error of Skewness | | 0,427 | 0,427 | 0,427 | 0,427 | 0,427 | 0,427 | 0,427 |
| Kurtosis | | -1,209 | -1,285 | -1,146 | -1,195 | -1,456 | -1,167 | -1,193 |
| Std. Error of Kurtosis | | 0,833 | 0,833 | 0,833 | 0,833 | 0,833 | 0,833 | 0,833 |
| Minimum | | 1,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,8 | 0,0 | 2,0 |
| Maximum | | 4,2 | 5,4 | 6,0 | 6,0 | 6,0 | 6,0 | 33,6 |

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Pendidikan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | S1 | 2 | 6,7 | 6,7 | 6,7 |
| | SD | 11 | 36,7 | 36,7 | 43,3 |
| | SMA | 13 | 43,3 | 43,3 | 86,7 |
| | SMP | 4 | 13,3 | 13,3 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

Kelompok Umur

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 31-40 | 3 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| | 41-50 | 15 | 50,0 | 50,0 | 60,0 |
| | 51-60 | 12 | 40,0 | 40,0 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

Tingkat Prolaps

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | I | 7 | 23,3 | 23,3 | 23,3 |
| | II | 8 | 26,7 | 26,7 | 50,0 |
| | III | 9 | 30,0 | 30,0 | 80,0 |
| | IV | 6 | 20,0 | 20,0 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

b) Kelompok Operatif

| | | Statistics | | | | | | |
|------------------------|---------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|-------------------|------------------------|
| | | Desire Operatif | Arousal Operatif | Lubrikasi Operatif | Orgasme Operatif | Kepuasan Operatif | Nyeri Operatif | Total Skor Operatif |
| N | Valid | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | | 2,644 | 2,808 | 3,876 | 3,088 | 3,376 | 3,936 | 19,728 |
| Median | | 2,400 | 3,600 | 4,800 | 3,600 | 3,600 | 4,800 | 24,400 |
| Mode | | 2,4 | 4,2 | 6,0 | ,0 | 4,8 | 6,0 | 2,0 |
| Std. Deviation | | 0,9372 | 1,8101 | 2,3795 | 1,9951 | 1,5878 | 2,4267 | 10,5679 |
| Variance | | 0,878 | 3,277 | 5,662 | 3,980 | 2,521 | 5,889 | 111,681 |
| Skewness | | -,297 | -,658 | -,887 | -,573 | -,325 | -,869 | -,778 |
| Std. Error of Skewness | | 0,464 | 0,464 | 0,464 | 0,464 | 0,464 | 0,464 | 0,464 |
| Kurtosis | | -1,025 | -1,094 | -,866 | -,982 | -1,330 | -,904 | -,941 |
| Std. Error of Kurtosis | | 0,902 | 0,902 | 0,902 | 0,902 | 0,902 | 0,902 | 0,902 |
| Minimum | | 1,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,8 | 0,0 | 2,0 |
| Maximum | | 4,2 | 5,4 | 6,0 | 6,0 | 6,0 | 6,0 | 33,6 |

Pendidikan Operatif

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Valid | S1 | 2 | 8,0 | 8,0 | 8,0 |
| | SD | 8 | 32,0 | 32,0 | 40,0 |
| | SMA | 11 | 44,0 | 44,0 | 84,0 |
| | SMP | 4 | 16,0 | 16,0 | 100,0 |
| | Total | 25 | 100,0 | 100,0 | |

Kelompok Umur Operatif

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Valid | 31-40 | 2 | 8,0 | 8,0 | 8,0 |
| | 41-50 | 14 | 56,0 | 56,0 | 64,0 |
| | 51-60 | 9 | 36,0 | 36,0 | 100,0 |
| | Total | 25 | 100,0 | 100,0 | |

Tingkat Prolaps Operatif

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid I | 4 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| II | 7 | 28,0 | 28,0 | 44,0 |
| III | 8 | 32,0 | 32,0 | 76,0 |
| IV | 6 | 24,0 | 24,0 | 100,0 |
| Total | 25 | 100,0 | 100,0 | |

c) Kelompok Non-Operatif

Statistics

| | Desire Non Operatif | Arousal Non Operatif | Lubrikasi Non Operatif | Orgasme Non Operatif | Kepuasan Non Operatif | Nyeri Non Operatif | Total Skor Non Operatif |
|------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| N Valid | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | 2,520 | 2,700 | 3,600 | 2,800 | 3,520 | 3,600 | 18,740 |
| Median | 3,000 | 4,200 | 6,000 | 4,400 | 4,800 | 6,000 | 28,800 |
| Mode | 1,2 ^a | 4,2 | 6,0 | ,0 ^a | 4,8 | 6,0 | 2,4 ^a |
| Std. Deviation | 1,2296 | 2,3431 | 3,2863 | 2,5612 | 1,9473 | 3,2863 | 14,6051 |
| Variance | 1,512 | 5,490 | 10,800 | 6,560 | 3,792 | 10,800 | 213,308 |
| Skewness | -,441 | -,567 | -,609 | -,590 | -,600 | -,609 | -,606 |
| Std. Error of Skewness | 0,913 | 0,913 | 0,913 | 0,913 | 0,913 | 0,913 | 0,913 |
| Kurtosis | -3,163 | -3,193 | -3,333 | -3,309 | -3,141 | -3,333 | -3,320 |
| Std. Error of Kurtosis | 2,000 | 2,000 | 2,000 | 2,000 | 2,000 | 2,000 | 2,000 |
| Minimum | 1,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,2 | 0,0 | 2,4 |
| Maximum | 3,6 | 4,8 | 6,0 | 4,8 | 5,2 | 6,0 | 30,0 |

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Pendidikan Non Operatif

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid SD | 3 | 60,0 | 60,0 | 60,0 |
| SMA | 2 | 40,0 | 40,0 | 100,0 |
| Total | 5 | 100,0 | 100,0 | |

Kelompok Umur Non Operatif

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 31-40 | 1 | 20,0 | 20,0 | 20,0 |
| | 41-50 | 1 | 20,0 | 20,0 | 40,0 |
| | 51-60 | 3 | 60,0 | 60,0 | 100,0 |
| | Total | 5 | 100,0 | 100,0 | |

Tingkat Prolaps Non Operatif

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | I | 2 | 40,0 | 40,0 | 40,0 |
| | II | 2 | 40,0 | 40,0 | 80,0 |
| | III | 1 | 20,0 | 20,0 | 100,0 |
| | Total | 5 | 100,0 | 100,0 | |

3. Uji Komparatif 2 Kelompok Data Penelitian

Mann-Whitney Test

| Ranks | | | | |
|------------------------|--------------|----|-----------|--------------|
| | Terapi | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
| Desire | Operatif | 25 | 15,60 | 390,00 |
| | Non Operatif | 5 | 15,00 | 75,00 |
| | Total | 30 | | |
| Arousal | Operatif | 25 | 15,20 | 380,00 |
| | Non Operatif | 5 | 17,00 | 85,00 |
| | Total | 30 | | |
| Lubrikasi | Operatif | 25 | 15,18 | 379,50 |
| | Non Operatif | 5 | 17,10 | 85,50 |
| | Total | 30 | | |
| Orgasme | Operatif | 25 | 15,48 | 387,00 |
| | Non Operatif | 5 | 15,60 | 78,00 |
| | Total | 30 | | |
| Kepuasan | Operatif | 25 | 15,10 | 377,50 |
| | Non Operatif | 5 | 17,50 | 87,50 |
| | Total | 30 | | |
| Nyeri/ Ketidaknyamanan | Operatif | 25 | 15,36 | 384,00 |
| | Non Operatif | 5 | 16,20 | 81,00 |
| | Total | 30 | | |
| Total Skor | Operatif | 25 | 15,04 | 376,00 |
| | Non Operatif | 5 | 17,80 | 89,00 |
| | Total | 30 | | |

| Test Statistics ^a | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | Desire | Arousal | Lubrikasi | Orgasme | Kepuasan | Nyeri | Total Skor |
| Mann-Whitney U | 60,000 | 55,000 | 54,500 | 62,000 | 52,500 | 59,000 | 51,000 |
| Wilcoxon W | 75,000 | 380,000 | 379,500 | 387,000 | 377,500 | 384,000 | 376,000 |
| Z | -,143 | -,426 | -,459 | -,028 | -,569 | -,206 | -,640 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | 0,887 | 0,670 | 0,646 | 0,977 | 0,570 | 0,837 | 0,522 |
| Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)] | 0,914 ^b | 0,706 ^b | 0,666 ^b | 1,000 ^b | 0,589 ^b | 0,872 ^b | 0,552 ^b |

a. Grouping Variable: Terapi

b. Not corrected for ties.



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN
 Jl. Mayjen prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya 60131 Telp. 031-5020251, 5030252-3 psw 161 Fax : 031-5022472

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Indri Sagita Faluvianti
 NIM : 011211233002
 Judul : Perbedaan Fungsi Seksual Pasien Prolapsus Uteri
 antara Terapi Operatif dan Non Operatif di RSUD
 Dr. Soetomo Surabaya
 Pembimbing : Eighty Mardiyani Kurniawati, dr., Sp. OG (K)

| No. | Hari / Tanggal | Materi Bimbingan | Hasil Bimbingan | TTD Pembimbing |
|-----|------------------|-------------------------------|--------------------------------------|----------------|
| 1. | Jum'at/9-10-15 | Pemilihan judul | Judul terpilih | |
| 2. | Selasa/24-11-15. | BAB 1 | Revisi BAB 1 | |
| 3. | Kamis/10-12-15 | BAB 1 | Revisi BAB 1 | |
| 4. | Senin/8-2-16 | BAB 1, BAB 2 BAB 2, BAB 3, | ACC BAB 1, Revisi BAB 2 | |
| 5. | Kamis/25-2-16 | BAB 4 BAB 3, BAB 4, | ACC BAB 2, Revisi BAB 3, 4 | |
| 6. | Jum'at/11-3-16 | Kuisisioner BAB 3, BAB 4, | Revisi BAB 3 & 4, ACC Kuisisioner | |
| 7. | Kamis/17-3-16 | Daftar Pustaka | ACC Daftar pustaka | |



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN

Jl. Mayjen prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya 60131 Telp. 031-5020251, 5030252-3 psw 161 Fax : 031-5022472

BERITA ACARA PERBAIKAN USULAN PENELITIAN

Pada hari ini Selasa tanggal 29 Maret 2016, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Mahasiswa : Indri Sagita Faluvianti

NIM : 011211233002

Judul : Perbedaan Fungsi Seksual Pasien Prolapsus Uteri antara Terapi Operatif dan Non Operatif di RSUD Dr. Soetomo

Telah melaksanakan sidang usulan penelitian, dengan pengujian sebagai berikut :

Ketua : Linda Dewanti, dr., M.Kes., MHSc., Ph.D

Anggota : Eighty Mardiyani Kurniawati, dr., Sp. OG (K)

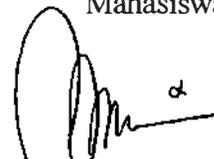
Dengan perbaikan :

| No | BAB Halaman yang direvisi | Perbaikan |
|----|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | BAB 1 hal 2 | Menambahkan kelompok umur, tempat kejadian, dan penyebab disfungsi seksual |
| 2 | BAB 1 hal 3 | Rumusan masalah cukup satu saja, sesuai judul |
| 3 | BAB 1 hal 3 | Tujuan umum tidak sesuai judul, kurang satu kata "perbedaan" |
| 4 | BAB 2 hal 23 | Menambahkan faktor yang dapat membuat disfungsi seksual selain prolapsus uteri |
| 5 | BAB 3 hal 29 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kerangka konseptual harus dipersempit pada terapi prolaps, cukup histerektomi vagina dan pasang pessarium saja ▪ Kerangka konseptual harus ditambah faktor perancu yang mempengaruhi fungsi seksual seperti usia, derajat prolaps, sosial ekonomi, dan keharmonisan rumah tangga |
| 6 | BAB 3 hal 30 | Hipotesis penelitian cukup satu poin saja, menyesuaikan dengan rumusan masalah |
| 7 | BAB 4 hal 32 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Populasi harus disebutkan waktu dan rentang waktunya ▪ Kriteria inklusi ditambah (memiliki pasangan) ▪ Kriteria eksklusi ditambah (tidak memiliki |

| | | |
|---|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | pasangan dan menopause) |
| 8 | BAB 4 hal 34 | Definisi Operasional harus disajikan dalam bentuk tabel, untuk mempermudah dan memperjelas maksud peneliti |

Surabaya, 5 April 2016

Mahasiswa



Indri Sagita Faluvianti

NIM. 011211233002

Mengetahui,

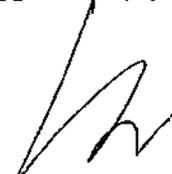
Ketua Penguji



Linda Dewanti, dr., M.Kes., MHSc., Ph.D

NIP. 19671227 199702 2 001

Anggota Penguji



Eighty Mardiyani K, dr., Sp. OG (K)

NIP. 19770814 200501 2 001



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEDOKTERAN

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN

Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya 60151 Telp. 031-5020231, 5030232-3 paw 161 Fax : 031-5022472

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Indri Sagita Faluvianti
 NIM : 011211233002
 Judul : Perbedaan Fungsi Seksual Pasien Prolapsus Uteri
 antara Terapi Operatif dan Non Operatif di RSUD
 Dr. Soetomo Surabaya
 Pembimbing : Eighty Mardiyani Kurniawati, dr., Sp. OG (K)

| No. | Hari / Tanggal | Materi Bimbingan | Hasil Bimbingan | TTD Pembimbing |
|-----|----------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1. | Selasa/ 5-4-16 | BAB 3 & 4 | ACC BAB 3, BAB 4 ACC pindah tempat penelitian | |
| 2. | Kamis/ 9-6-16 | BAB 3 | BAB 3 perubahan teknik sampling, d disesuaikan dengan lapangan ACC Data | |
| 3. | Jumat/ 15-7-16 | Olah Data | ACC BAB 5, | |
| 4. | Senin/ 18-7-16 | BAB 5, 6 & 7 | Revisi BAB 6 & 7 ACC BAB 6, | |
| 5. | Rabu/ 20-7-16 | BAB 6, Abstract | ACC Abstract | |



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEDOKTERAN

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN

Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya 60151 Telp. 031-5020251, 5030252-3 Fax : 031-5022471

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Indri Sagita Faluvianti
 NIM : 011211233002
 Judul : Perbedaan Fungsi Seksual Pasien Prolapsus Uteri
 antara Terapi Operatif dan Non Operatif di RSUD
 Dr. Soetomo Surabaya
 Pembimbing : Linda Dewanti, dr., M.Kes., MHSc., Ph.D.

| No. | Hari / Tanggal | Materi Bimbingan | Hasil Bimbingan | TTD Pembimbing |
|-----|----------------|-------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Senin/ 4-4-16 | BAB 1, 2, 3 & 4 | ACC BAB 1, 2, 3 & 4 |  |
| 2. | Kamis/ 9-6-16 | BAB 3 | ACC BAB 3 perubahan teknik sampling | |
| 3. | Rabu/ 20-7-16 | Data, BAB 5, 6, & 7, Abstract | ACC Data, BAB 5, 6 & 7, Abstract | |