

KARAKTERISTIK PASIEN PROLAPS UTERI DI RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA TAHUN 2013

Jefi Hamamah¹, Nuring Pangastuti²

ABSTRACT

Background: Uterine prolaps suffer by nearly half population of women. Many factors related to the causes of prolaps. The pattern varies in different country and ages.

Objective: To evaluate the characteristic of uterine prolaps patient in Sardjito Hospital in the period January – December 2013.

Method: This is an analytic descriptive study that reviewed medical record of Sardjito Hospital within January - December 2013. Data was reported, tabulated dan presented in the form of risk factors, chief complains, grade of uterine prolaps and treatment, finally analysed.

Result and Discussion: There were 30 cases of uterine prolaps from Obstetrics and Gynecology Sardjito Hospital within January-December 2013. Most of the patient age were 45-64 year (48.4%), parity more than 2 (73.3%), menopause (73%), vaginal delivery more than 2 (73%). Symptoms that mostly revealed was lump on the delivery passage (73.3%). Patient were mostly suffered from grade 4 uterine prolaps (43%). There were two types of treatment i.e. conservative and operative. Conservative treatment used Kegel exercises and pessarium. Operative treatment used total vaginal hysterectomy, colpocleisis, anterior and posterior colporaphy.

Conclusion: The risk factors for uterine prolaps were older age, menopause, multiparity, vaginal delivery. The treatment mostly used total vaginal hysterectomy.

Keywords: *uterine prolaps, risk factors, vaginal hysterectomy*

ABSTRAK

Latar Belakang: Prolaps organ panggul dialami hamper separuh populasi wanita. Banyak factor yang dapat menyebabkan timbulnya prolapse. Pola tersebut bervariasi pada berbagai negara dan usia.

Tujuan: Untuk mengetahui karakteristik pasien prolaps uteri pada pasien obstetri dan ginekologi di RSUP Dr Sardjito pada kurun waktu Januari - Desember 2013.

Metode: : Penelitian ini bersifat deskriptif analitik. Telaah kasus prolaps uteri dari rekam medis pasien di RSUP Dr Sardjito periode Januari - Desember 2013. Data dilaporkan, ditabulasi dan disajikan dalam bentuk distribusi berdasarkan faktor risiko, keluhan utama, derajat prolaps organ panggul dan terapi, selanjutnya dilakukan analisis.

Hasil dan Pembahasan: Terdapat 30 kasus prolaps uteri yang dirawat di bangsal Obstetri Ginekologi di RSUP Dr Sardjito sepanjang kurun waktu Januari-Desember 2013. Frekuensi terbanyak pada pasien usia 45-64 tahun (48,4%), paritas lebih dari 2 (73,3%), menopause (73%), jumlah persalinan vaginal lebih dari 2 (73%). Gangguan yang paling sering dialami oleh pasien prolaps uteri adalah keluhan terasa benjolan di jalan lahir (73,3%). Derajat prolaps yang paling banyak adalah derajat 4 (43%). Tata laksana prolaps uteri ada 2 macam yaitu konservatif dan operatif. Terapi konservatif dengan latihan Kegel dan pemasangan pesarium. Sedangkan terapi operatif adalah histerektomi vaginal total, kolpokleisis, kolporafi anterior dan posterior.

^{1,2} Departemen Obstetri & Ginekologi, FK-UGM/RSUP DR. Sardjito, Yogyakarta

Kesimpulan: Faktor risiko pasien prolaps uteri adalah usia lebih tua, menopause, multiparitas, persalinan vaginal. Terapi yang sering dilakukan adalah dengan histerektomi vaginal total.

Kata kunci : *prolaps organ panggul, prolaps uteri, faktor risiko, histerektomi vaginal*

PENDAHULUAN

Prolaps Organ Panggul (POP) adalah turun atau menonjolnya dinding vagina ke dalam liang vagina atau keluar introitus vagina yang diikuti oleh organ-organ panggul (uterus, kandung kemih, usus atau rectum).¹

POP terjadi pada hampir setengah dari seluruh wanita. Walaupun hampir setengah dari wanita yang pernah melahirkan ditemukan memiliki POP melalui pemeriksaan fisik, namun hanya 5-20% yang simtomatik.² Prevalensi

POP meningkat sekitar 40% tiap penambahan 1 dekade usia seorang wanita. Derajat POP yang berat ditemukan pada wanita dengan usia yang lebih tua, yaitu 28%-32,3% derajat 1, 35%-65,5% derajat 2, dan 2-6% derajat 3.³ Saat ini, sebanyak 11-19% wanita di negara maju menjalani operasi POP, dan usia rata-rata wanita yang menjalani operasi POP adalah 60 tahun.⁴

Pasien prolaps uteri yang berobat ke RSUP Dr. Sardjito tiap tahun semakin meningkat karena selain menjadi rujukan pasien di wilayah Yogyakarta juga di Jawa Tengah bagian Selatan. Selain menyebabkan ketidaknyamanan, prolaps uteri juga memberikan dampak negatif pada kualitas hidup perempuan. Operasi prolaps uteri dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup. Tatalaksana prolaps organ panggul meliputi pencegahan, konservatif dan operatif. Keberhasilan terapi konservatif dan operatif sangat bergantung pada pengetahuan dan pemahaman faktor risiko terkait prolaps organ panggul. Dari data yang diambil untuk

penelitian, kita dapat mengetahui faktor risiko terkait prolaps organ panggul di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Tatalaksana ini sangat bermanfaat untuk pengelolaan prolaps organ panggul secara komprehensif.

TUJUAN PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan memberikan gambaran karakteristik pasien prolaps uteri di RSUP Dr. Sardjito dan mengetahui faktor risiko yang melatarbelakanginya serta penatalaksanaan diagnosis tersebut.

TINJAUAN PUSTAKA

Prolaps Organ Panggul (POP) adalah turun atau menonjolnya dinding vagina ke dalam liang vagina atau keluar introitus vagina yang diikuti oleh organ-organ panggul (uterus, kandung kemih, usus atau rectum).¹

Prolaps uteri diakibatkan oleh kelemahan jaringan penyokong panggul, meliputi otot, ligament, dan fasia. Umumnya, kondisi ini biasanya disebabkan oleh trauma obstetrik dan laserasi selama persalinan. Proses persalinan vaginal menyebabkan peregangan pada dasar panggul, dan hal ini merupakan penyebab paling signifikan dari prolaps uteri. Seiring proses penuaan, terdapat penurunan kadar estrogen sehingga jaringan panggul kehilangan elastisitas dan kekuatannya. Rendahnya kadar kolagen berperan penting dalam prolaps uteri, ditunjukkan oleh peningkatan risiko pada pasien dengan sindrom Marfan dan sindrom Ehlers-Danlos.⁵

Selain menyebabkan ketidaknyamanan, POP juga memberikan dampak negatif pada fungsi seksual, penampilan dan kualitas hidup. Gejala seperti rasa tekanan, ketidaknyamanan, benjolan yang terlihat dan gangguan seksual tidak spesifik untuk kompartemen tertentu.⁶ Derajat prolaps tidak berhubungan dengan gejala urgensi, frekuensi atau inkontinensia urin.¹

Klasifikasi prolaps organ panggul dikembangkan beberapa sistem. Untuk keperluan praktik klinis dan penelitian, sistem *Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q)* lebih dipilih dibandingkan dengan system Baden-Walker. Derajat sistem POP-Q didasarkan pada penurunan maksimal dari prolaps relatif terhadap hymen pada 1 atau lebih kompartemen.¹

Tata laksana prolaps organ panggul ada 3 yaitu pencegahan, konservatif dan operatif. Indikasi untuk melakukan operasi prolaps organ panggul tergantung dari beberapa faktor seperti umur penderita, keinginannya untuk masih mendapatkan anak atau untuk mempertahankan uterus, tingkat prolapsus dan jenis keluhan. Jenis operasi yang paling banyak dipilih adalah histerektomi vaginal karena mempunyai beberapa keuntungan dibandingkan histerektomi abdominal yaitu waktu rawat di RS lebih singkat, lebih cepat kembali menjalani aktivitas normal dan lebih sedikit kejadian infeksi atau demam. Keuntungan yang lain adalah pada saat yang sama dapat dilakukan operasi prolaps dinding vagina lainnya seperti kolporafi anterior, posterior, kolpopleksis atau kolpoperineorafi.

METODE

Penelusuran data rekam medis pasien prolaps uteri dari bulan Januari sampai dengan

bulan Desember tahun 2013 di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Data ditabulasi dan disajikan dalam bentuk distribusi berdasarkan faktor risiko, keluhan utama, derajat prolaps uteri dan tata laksananya, kemudian dilakukan analisis, Derajat prolaps uteri berdasarkan sistem POP-Q yang dibagi menjadi 5 derajat, yaitu :

- Derajat 0 : tidak tampak prolaps uteri
- Derajat 1 : kriteria untuk derajat 0 tidak ditemukan, tapi bagian distal prolaps > 1 cm diatas level hymen
- Derajat 2 : bagian paling distal prolaps uteri ≤ 1 cm proksimal atau distal hymen
- Derajat 3 : bagian paling distal prolaps uteri > 1 cm dari hymen tetapi tidak menurun lebih dari 2 cm dari TVL (total vaginal length)
- Derajat 4 : eversi kompli total , bagian distal prolaps uteri, menurun sampai TVL-2cm

HASIL DAN PEMBAHASAN

Terdapat 30 pasien prolaps uteri di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta antara bulan Januari sampai dengan bulan Desember 2013, dengan sebaran kasus yang dapat dilihat dalam tabel 1.

Dari 30 kasus tersebut sebagian besar (48,4%) pasien berusia 45-64 tahun. Pasien termuda berusia 35 tahun seorang P1A1 dengan prolaps uteri grade 2, sistokel grade 2 dan rektokel grade 3. Pasien tertua berusia 97 tahun seorang P8A0 dengan prolaps uteri derajat 4, sistokel derajat 4 dan rektokel derajat 3 dan keluhannya baru dirasakan 1 tahun sebelum operasi. Kejadian prolaps uteri meningkat risikonya pada pasien multiparitas (73,3%), menopause 73,3%, jumlah persalinan vaginal

Tabel 1. Sebaran kasus menurut faktor risiko

Faktor Risiko	Jumlah	Persentase (%)
Usia		
• 35-44 tahun	7	22,6
• 45-64 tahun	15	48,4
• ≥ 65 tahun	8	25,8
Paritas		
• 1-2 anak	8	26,7
• > 2 anak	22	73,3
Menopause		
• Ya	22	73,3
• belum	8	26,7
Jumlah persalinan vaginal		
• ≤ 2	8	26,7
• > 2	22	73,3
Jumlah persalinan sesar		
• Tidak pernah	29	96,7
• ≥ 1	1	3,3
Gangguan prolaps uteri		
• Merasa penuh di vagina	16	51,6
• Teraba benjolan dari jalan lahir	17	54,8
• Nyeri pinggang	7	22,6
Grade prolapse uteri		
• Derajat 1	4	13,3
• Derajat 2	8	26,7
• Derajat 3	5	16,7
• Derajat 4	13	43,3

Tabel 2. Sebaran kasus berdasarkan jenis tindakan

Jenis Tindakan	Jumlah	Persentase (%)
Konservatif		
• Latihan Kegel	2	7
• Pasang Pessarium	1	3
Operatif		
• HVT dan kolporafi anterior posterior	16	53,3
• Kolpopleisis	5	16,7
• TVH dan kolpopleisis	3	10
Kolporafi anterior dan posterior	3	10

Gangguan yang paling sering dialami oleh pasien prolaps uteri adalah keluhan merasa penuh di vagina (51,6%) dan teraba benjolan di jalan lahir (54,8%). Derajat prolaps uteri yang paling banyak adalah derajat 4 (43,3 %).

Penatalaksanaan prolaps uteri dari 30 kasus dibagi menjadi 2 macam yaitu konservatif dan operatif. Terapi konservatif dibagi lagi menjadi latihan Kegel (7%) dan pasang pessarium (3%). Terapi operatif diklasifikasikan menjadi 4

macam yaitu histerektomi vaginal total (HVT) dengan kolporafi anterior dan posterior (53,3%), kolpokleisis saja (16,7%), HVT dan kolpokleisis (10%), kolporafi anterior dan posterior saja (10%).

Prolaps uteri paling banyak ditemukan pada pasien menopause karena hormon estrogen berkurang sehingga sel-sel atrofi dan otot-otot dasar panggul melemah. Persalinan vaginal diduga sebagai penyebab utama prolaps uteri melalui mekanisme kerusakan otot levator ani, nervus pudenda dan fascia penyokong organ panggul. Risiko prolaps uteri meningkat 1,2 kali pada setiap penambahan jumlah persalinan vaginal.

Prolaps uteri biasanya disertai prolapse dinding vagina anterior dan posterior, sehingga saat dilakukan terapi pembedahan prolaps uteri, perbaikan dinding vagina yang prolaps juga perlu dilakukan. Pada wanita tua yang secara seksual tidak aktif dapat dilakukan operasi kolpokleisis dengan cara menjahitkan dinding vagina depan dengan dinding belakang sehingga lumen vagina tertutup. jadi Pada terapi ini uterus akan terletak pada atau mendekati posisi normalnya. Cairan dari uterus yang masih keluar tetap dapat keluar melalui tepi dinding vagina yang tidak dijahit. Pada tata laksana ini, kondisi uterus yang baik menjadi syarat yang harus dipenuhi.

Terdapat satu kasus prolaps puncak vagina post histerektomi vaginal karena prolaps uteri yang dilakukan tindakan kolpokleisis saja. Pada situasi dimana harus dilakukan histerektomi karena pertimbangan kondisi uterus, kolpokleisis dapat dilakukan segera sesudah tindakan histerektomi vaginal tersebut. Di Amerika Serikat angka rekurensi yang membutuhkan operasi ulang mencapai 30%, Pada wanita yang telah menjalani histerektomi, prolaps puncak vagina lebih sering terjadi secara signifikan terutama pada wanita yang memiliki riwayat persalinan vaginal banyak, persalinan lama, kerja fisik yang berat, penyakit neurologis, histerektomi

sebelumnya karena indikasi POP dan riwayat keluarga yang memiliki POP.

Kasus yang lain adalah prolaps uteri derajat 2, sistokel derajat 2, rektokel derajat 2 dengan stress inkontinensia yang dilakukan tindakan kolporafi anterior dan posterior dengan modifikasi Manchester Fothergill. Pada tindakan ini, ligamentum kardinale kanan dan kiri dipotong kemudian ditanam di anterior serviks uteri tanpa dilakukan amputasi serviks.

KESIMPULAN DAN SARAN

Terdapat 30 kasus prolaps uteri yang dirawat di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta selama kurun waktu Januari sampai dengan Desember 2013. Prevalensi prolaps uteri meningkat pada pasien dengan usia lebih dari 45 tahun, multiparitas, status menopause, jumlah persalinan vaginal lebih dari 2. Gangguan yang paling sering dikeluhkan pasien prolaps uteri adalah merasa penuh di vagina dan teraba benjolan dari jalan lahir. Prevalensi terbanyak adalah prolaps uteri derajat 4 karena pasien sering datang terlambat untuk memeriksakan diri. Upaya promotif dan preventif perlu dilakukan dengan memberikan pengetahuan dan pemahaman gejala awal prolaps uteri sehingga pasien tidak harus dilakukan terapi operatif, karena dengan terapi konservatif bisa berhasil dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. ACOG. 2007. Pelvic Organ Prolapse ACOG Practice Bulletin, 2007,85(110): 717-729
2. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. 2012. Prevalence and risk factor for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarian delivery, BJOG: 120(2): 152-160
3. Tsikouras P. 2013. Uterine prolapse in pregnancy: risk factors, complication and management. Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. 9: 1-6
4. Glazener C, Elders A, Macarthur C, Lancashire RJ, Herbison P, Hagen S, Dean N, Bain C, Toozs-

Hobson P, Richardson K, McDonald A, McPherson G, Wilson D. 2012. Childbirth and prolapse: longterm associations with symptoms and objective measurement of pelvic organ prolapse, BJOG. 120(2): 161-168

5. Malihot T. Uterine prolaps. 2006, Tersedia di URL: <http://www.emedicine.com>
6. Koor E, Hooper P. 2008. Assesment and management of pelvic organ prolapse. Obstetrics, Gynaecology&, Reproductive Medicine. 18(9): 241-246