

**PROLAPSUS UTERI PADA RUMAH SAKIT UMUM DR.ZAINOEL ABIDIN BANDA ACEH, INDONESIA SELAMA 2007 SAMPAI 2010**

Said Alfin Khalilullah, Masnawati, Ramadhan willy Saputra, Marissa hayati

Kepanitraan Klinik Senior Rumah sakit Umum Daerah Zainoel Abidin  
Departemen Obstetri dan Ginekologi  
Fakultas Kedokteran Universitas Syiahkuala, Indonesia 2011

**Abstrak**

**Tujuan:** Untuk mengetahui distribusi kasus prolapsus uteri di RSUDZA Banda Aceh, Indonesia sejak tahun 2007-2010.

**Metode:** Penelitian Deskriptif retrospektif dengan mengeksplorasi data sekunder dari buku register dan akan dilaporkan melalui distribusi berdasarkan usia, status menopause dan terapi.

**Hasil:** terdapat 71 kasus prolapsus uteri selama 4 tahun (2007 sampai 2011), 19 kasus pada 2007, 9 kasus 2008, 22 kasus 2009 dan 21 kasus 2010. Terbanyak dari kasus adalah pada usia 60-80 tahun (57,74%), seluruh kasus disertai dengan rektosistokel.terdapat 4 kasus dengan penyakit lain seperti hemorrhoid, prolaps recti, hernia umbilical dan mioma uteri. 38 (53.53%) kasus berasal dari luar banda aceh. Pada penatalaksanaan 88,79% dilakukan total vaginal histerektomi (TVH), 5,63%, total histerektomu dan 4 (5.63%) kasus menolak untuk di operasi.

**Kesimpulan:** Jumlah kasus prolapsus uteri masih tinggi pada Rumah Sakit umum Daerah Zainoel Abidin Banda Aceh selama periode tersebut, hampir seluruh kasus disertai dengan menopause. seluruh dari kasus datang terlambat ke rumah sakit sehingga terdiagnosis total prolaps uteri dengan rektosistokel. Mayoritas kasus diterapi dengan TVH.

**Kata Kunci :** prolaps uteri, menopause, rektosistokel, total vaginal histerektomi

**PENDAHULUAN**

Prolapsus uteri adalah turunnya uterus dari tempat yang biasa oleh karena kelemahan otot atau fascia yang dalam keadaan normal menyokongnya. Atau turunnya uterus melalui dasar panggul atau hiatus genitalis<sup>1</sup>.

Uterus merupakan organ berongga yang berbentuk buah pir dan berdinding tebal, berfungsi untuk menerima, mempertahankan dan memberi makan ovum yang telah dibuahi. Pada orang dewasa muda nullipara, panjang uterus 3 inci (8 cm), lebar 2 inci (2,5 cm). uterus terbagi menjadi fundus, corpus dan cervix uteri (gambar 1). Uterus diliputi oleh peritoneum kecuali dibagian anterior dan dibawah ostium histologikum uteri internum<sup>6</sup>.

Dinding uterus terdiri atas myometrium, dibentuk oleh otot polos yang disokong oleh jaringan ikat. Myometrium dalam keseluruhannya dapat berkontraksi dan berelaksasi. Cavum uterus dilapisi oleh selaput lender yang kaya dengan kelenjar, disebut endometrium yang terdiri atas epitel kubuik, kelenjar kelenjar dan stroma dengan banyak pembuluh darah yang berlekuk lekuk. Uterus terutama disokong oleh tonus muskulus levator ani dan kondensasi fascia pelvis yang membentuk tiga ligamentum penting<sup>1,6</sup>.

Pripsip terjadinya prolaps uteri adalah terjadinya Defek pada dasar pelvik yang disebabkan oleh proses melahirkan akibat regangan dan robekan fascia endopelvik, muskulus levator serta perineal body. Neuropati perineal dan parsial pudenda juga terlibat dalam proses persalinan<sup>7</sup>. Sehingga, wanita multipara sangat rentan terhadap faktor resiko terjadinya prolaps uteri<sup>4</sup>. Atropi otot genitalia dan hipoestrogenisme juga memiliki peran utama dalam pathogenesis prolaps<sup>8</sup>.

Kondisi medis lain yang dapat mengakibatkan prolaps uterus adalah mereka yang dikaitkan dengan peningkatan tekanan intra abdomen (misalnya; obesitas dan tumor intra abdomen), kelainan pada jaringan ikat (kolagen), seperti marfan syndrome, juga dikaitkan sebagai penyebab prolaps<sup>8</sup>.

Prolapsus genitalia secara klinis lebih mudah diklasifikasikan berdasarkan lokasi anatomi serta mudah dipahami dimulai dari prolapsusnya berdasarkan atas posisi letaknya dari introitus vagina tersebut, yaitu:

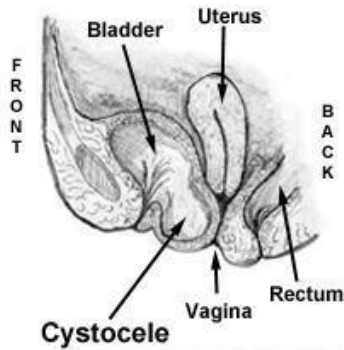
1. Derajat satu kalau masih di atas introitus vagina (dalam vagina).
2. Derajat dua bila organ yang turun tersebut telah mencapai introitus vagina.



3. Derajat tiga kalau bagian yang turun tersebut telah keluar dari introitus vagina.
4. Derajat empat bila seluruh uterus telah keluar dari vagina<sup>9</sup>.

Prolapsus alat genitalia dapat berupa uretrokel, uretrovesikel, sistokel, prolapsus uteri, enterokel dan rektokel<sup>10</sup>.

**Gambar 1. Sistokel**



Insidensi dari prolapsus organ pelvis yang tepat sulit ditentukan. Diperkirakan wanita yang telah melahirkan 50% akan menderita prolapsus genitalia dan 20% dari kasus ginekologi yang menjalani operasi akan mengalami prolapsus genitalia. Kasus prolapsus uteri akan meningkat jumlahnya seiring dengan meningkatnya usia harapan hidup wanita.

Diperkirakan bahwa the *lifetime risk* menjalani operasi untuk prolapsus atau inkontinensia adalah 11,1%. Djafar Sidik pada penelitiannya selama dua tahun (1968-1970) mendapatkan 65 kasus prolapsus genitalia dari 5.371 kasus ginekologi di RS dr. Pingardi Medan. Junizaf melaporkan ada 186 kasus prolapsus uteri baru di RSCM pada tahun 1986. Sedangkan Erman melaporkan kasus prolapsus genitalia di RS. M. Jamil Padang selama lima tahun (1993-1998) sebanyak 94 kasus<sup>11,12,13,14</sup>.

Prolapsus genitalia yang paling sering dijumpai adalah uretrosistokel, sistokel, prolapsus uteri dan rektokel. Pada derajat ringan (derajat I) atau sedang (derajat II) mungkin tidak ada keluhan. Biasanya keluhan baru ada atau dirasakan penderita setelah derajat III (lanjut). Keluhan penderita pada saat datang ke rumah sakit yang tersering antara lain perdarahan, infeksi dan nyeri. Sedangkan keluhan akibat penyakit yang sering dijumpai antara lain; perasaan adanya benda yang mengganjal didalam vagina, perasaan ada sesuatu yang keluar, nyeri pinggang, sistokel rektokel, kesulitan koitus, enterokel sampai kesulitan berjalan. Pada kasus

prolapsus uteri derajat III dimana uterus sudah keluar dari introitus vagina biasanya akan disertai dengan sekret purulen, ulkus dekubitus dan perdarahan<sup>11,12</sup>.

Diagnosis prolaps uteri umumnya dengan mudah dapat ditegakkan. Friedman dan Little (1961) mengajukan pemeriksaan sebagai berikut; Penderita dalam posisi jongkok disuruh mengejan dan ditentukan dengan pemeriksaan dengan jari, apakah portio uteri pada posisi normal, apakah portio dibawah posisi normal, apakah portio sampai introitus vagina, apakah serviks uteri sudah keluar dari vagina<sup>1</sup>.

Penanganan prolapsus uteri bersifat individual terutama pada mereka yang mempunyai keluhan. Penanganan kasus prolapsus uteri pada dasarnya ada dua yaitu konservatif dan operatif. Tindakan konservatif diambil biasanya bila pasien tidak memungkinkan dilakukan tindakan operatif, pasien dalam keadaan hamil atau bila penderita menolak untuk dilakukan operasi. Metode konservatif yang dipilih antara lain; latihan Kegel, pesarium dan terapi sulih hormon. Pada prolapsus uteri derajat II dan III biasanya dipilih vaginal histerektomi karena keuntungannya dapat dilakukan kolporafi anterior dan kolpoperineorafi pada waktu yang sama. Tindakan operasi dipilih terutama bila terapi dengan pesarium gagal, penderita menginginkan penanganan definitif, sudah menopause dan tidak memerlukan organ reproduksi lagi<sup>11,12,13,14</sup>.

**METODE**

Penelusuran data dilakukan dengan mengambil data sekunder dari buku register pasien di ruang rawat Obstetri dan Ginekologi RSUDZA banda aceh mulai dari tahun 2007 sampai tahun 2010. Data dikumpulkan dan dikelompokkan berdasarkan beberapa faktor antara lain; usia, status menopause, asal daerah, penyakit penyerta dan cara terapi. Data yang didapat kemudian ditabulasi, disajikan dan dilaporkan dalam bentuk persentase.

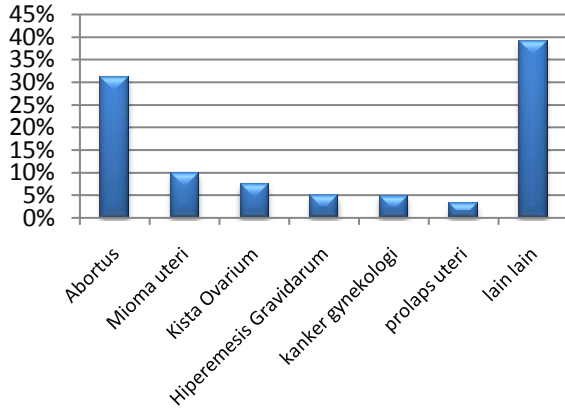
**HASIL**

Total pasien ginekologi yang dirawat di ruangan rawat RSUDZA dari tahun 2007-2010 adalah 2163 orang dimana 71 orang diantaranya merupakan penderita prolaps uteri. Prolaps uteri menduduki angka kasus terbanyak ke enam dibagian ginekologi yaitu 3,28 % jika dibandingkan dengan kasus-kasus paling sering ditemukan lainnya seperti abortus (31%), mioma uteri (9,8%), kista ovarium (7,5%),



hiperemesis gravidarum (4,85 %) dan semua jenis Ca (4,8%). Antara bulan Januari 2007 sampai dengan bulan Desember 2010 telah didapatkan sebanyak 71 kasus prolapsus uteri di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin. Pada tahun 2007 didapatkan 19 kasus, tahun 2008 ada 9 kasus, tahun 2009 ada 22 kasus, dan tahun 2010 ada 21 kasus.

Grafik 1, jumlah kasus ginekologi di RSUDZA

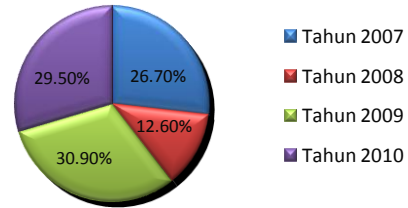


Tabel 1, Distribusi kasus prolaps uteri per tahun

Distribusi kasus	Jumlah	Persentase dari total kasus prolaps uteri
<b>Tahun 2007</b>	19 kasus	26,76 %
<b>Tahun 2008</b>	9 kasus	12,67 %
<b>Tahun 2009</b>	22 kasus	30,9 %
<b>Tahun 2010</b>	21 kasus	29,57 %
<b>Total</b>	71 kasus	100 %

Dari 71 kasus tersebut sebagian besar (57,74%) penderita berusia antara 60-80 tahun. Sedangkan yang paling sedikit berusia antara >40 tahun (2,8%). Usia termuda yang mengalami prolapsus uteri ada satu orang yaitu berusia 7 bulan. Perbandingan dengan rumah sakit lain dimana di RS M.Jamil Padang 21,56% kasus timbul pada usia > 50 tahun sedangkan di RSCM Jakarta antara usia 60-70 tahun.

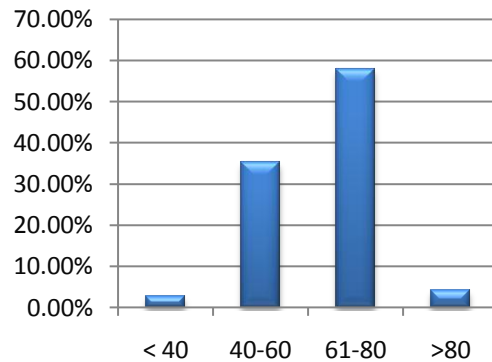
Diagram 1, persentase kasus prolaps uteri per tahun



Tabel 2. Sebaran kasus menurut usia

Usia	Total	Persentase
<40	2	2,8 %
40-60	25	35,2 %
61-80	41	57,74 %
>80	3	4,22 %
<b>Total</b>	71	100 %

Grafik 2, Sebaran kasus menurut usia



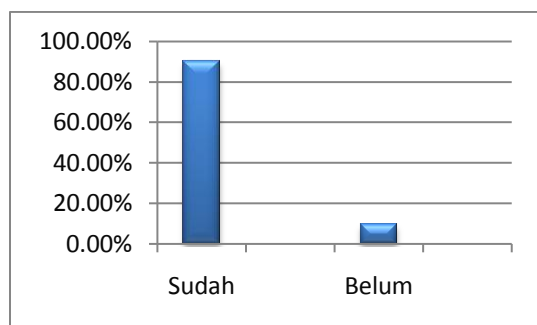
Berdasarkan sudah mengalami menopause atau belum, hasil yang didapatkan adalah bahwa 90,14 % kasus prolapsus uteri dialami oleh penderita yang sudah menopause sedangkan yang belum mengalami menopause hanya 9,86%.



Tabel 3. Sebaran kasus menurut status menopause

Status Menopause	Total	Persentase
Sudah	64	9,86 %
Belum	7	9,8 %

Grafik 3, Sebaran kasus menurut status menopause



Sebagai rumah sakit provinsi yang merupakan tujuan rujukan dari berbagai Rumah Sakit kabupaten, pasien yang dirawat di RSUDZA berasal dari luar dan dalam daerah Banda Aceh. Jumlah kasus prolaps uteri yang berasal dari luar daerah atau merupakan pasien rujukan adalah 38 orang atau sebesar 53,53 %, sementara yang berasal dari Banda Aceh dan Aceh Besar adalah 33 orang atau sebesar 46,47 %. Berikut distribusi asal daerah pasien pertahunnya.

Tabel 4, Distribusi pasien prolaps uteri berdasarkan asal Daerah

Asal Pasien	Distribusi pertahun				Total	Persentase
	2007	2008	2009	2010		
B. Aceh & A. Besar	10	5	8	10	33	46,47%
Luar daerah	9	4	14	11	38	53,53%
<b>Jumlah total</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>71</b>	<b>100 %</b>

Seluruh kasus prolapsus uteri disertai dengan rektosistokel (100%). Sedangkan dengan penyakit penyerta lain berupa hemoroid, prolaps rekti dan

hernia umbilical dan mioma uteri masing-masing satu kasus (1,4%)

Tabel 6. Sebaran kasus menurut terapi

Kelainan penyerta	total	Persentase
Rektosistokel	71	100 %
Mioma uteri	1	1,4 %
Prolaps rekti	1	1,4 %
Hernia umbilikal	1	1,4 %
Hemoroid	1	1,4 %

Dari 71 kasus prolapsus uteri ini 90,14 % diterapi dengan histerektomi pervaginam dan 5,63% dengan histerektomi perabdominam. 4 kasus dilakukan histerektomi perabdominam diduga disebabkan beberapa faktor antara lain; adanya per lengketan, atau bekas operasi ginekologi sebelumnya. Sedangkan di RS M. Jamil Padang dilaporkan bahwa 54,35% kasus prolapsus uteri diterapi dengan histerektomi pervaginam. Tingginya angka histerektomi pervaginam pada kasus prolapsus uteri disebabkan karena teknik ini lebih banyak memberikan keuntungan dibandingkan perabdominam. Keuntungannya antara lain masa penyembuhan lebih cepat, masa rawat lebih pendek dan infeksi lebih sedikit.

Tabel 6. Sebaran kasus menurut terapi

Terapi	total	Persentase
TVH	63	88,79 %
HT	4	5,63 %
Rawat	4	5,63 %

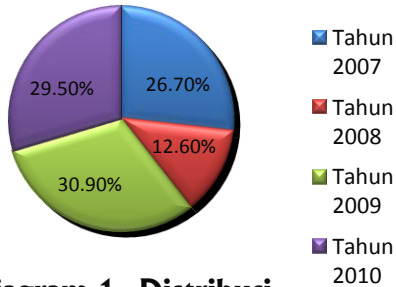
**PEMBAHASAN**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif retrospektif, yang menggambarkan distribusi kasus prolaps uteri di Rumah Sakit Umum Daerah Zainal Abidin yang terdata dalam buku register pada tahun 2007 sampai tahun 2010 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Data ini kemudian akan di olah berdasarkan distribusi kasus pertahun, tempat tinggal, status menopause atau tidak, kelainan



penyerta dan tindakan terapi kemudian akan ditampilkan secara table dan grafik. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui distribusi kasus prolaps uteri pertahun dari tahun 2007 sampai dengan 2010 serta jenis terapi yang digunakan dan adakah terjadi peningkatan kasus prolaps uteri pada wanita yang telah monoupoase.

Distribusi kasus pada penelitian ini tercantum pada Diagram 1.



**Diagram 1 Distribusi kasus prolaps uteri**

Tidak dijumpai perbedaan angka kunjungan pasien dengan prolaps uteri yang berarti dalam 4 tahun terakhir, namun pada tahun 2009 dan 2010 mengalami peningkatan angka kunjungan pasien, penulis berpendapat bahwa hal ini disebabkan oleh mulai membaiknya sarana dan sumber daya manusia yang terdapat pada Rumah Sakit Umum Daerah Zainal Abidin (RSUDZA).

Pada penelitian ini dari 71 kasus, sebagian besar (57,74%) penderita berusia antara 60-80 tahun. Sedangkan yang paling sedikit berusia antara >40 tahun (2,8%). Sementara itu (90,14%) penderita sudah mengalami menopause, hal ini semakin menegaskan bahwa estrogen memiliki pengaruh yang signifikan terhadap terjadinya prolaps uteri. Meskipun pengaruh kekurangan estrogen akibat menopause sering dihubungkan dengan peningkatan angka kejadian prolaps uteri, namun belum secara sepenuhnya dimengerti hubungan antara hal tersebut. Menopause menyebabkan perubahan pada metabolisme hormon diantaranya hormon estrogen yang terjadi karena berhentinya aktifitas folikel ovarium yang menyebabkan timbulnya efek jangka panjang seperti kelainan genitalia berupa prolaps uteri yang diduga dikaitkan dengan atrofi atau melemahnya otot dasar panggul akibat konsentrasi estrogen telah berkurang<sup>1</sup>.

Reaksi yang spesifik jaringan terhadap estrogen disebabkan adanya reseptor protein intraseluler. Reseptor estrogen secara primer

mengakibatkan transkripsi gen, tetapi juga meregulasi kejadian pasca transkripsi dan efek non-genomik. Reseptor estragen meregulasi transkripsi gen melewati mekanisme yang multiple, yang tidak semuanya berinteraksi langsung dengan DNA<sup>2</sup>.

Estrogen meningkatkan respon jaringan target pada estrogen dan hormone steroid lainnya lewat pengaruh konsentrasi reseptor dengan cara meningkatkan konsentrasi reseptor estrogen yang juga sekaligus meningkankan konsentrasi reseptor progesterin, dan androgen. Adanya estrogen merupakan faktor penting untuk respon yang berkelanjutan<sup>2</sup>.

Dibawah pengaruh estrogen otot menjadi lebih aktif dan mudah terangsang dan potensial aksi pada setiap serat menjadi lebih sering karena estrogen meningkatkan protein kontraktile pada otot melalui mekanisme berikatan dengan suatu reseptor protein di inti sel, dan kompleks ini kemudian berikatan dengan DNA, mendorong pembentukan mRNA yang menyebabkan sintesis protein baru yang memodifikasi fungsi sel<sup>3</sup>.

Sementara itu Dari 71 kasus prolapsus uteri ini 90,14% diterapi dengan histerektomi pervaginam dan 5,63% dengan histerektomi perabdominam. 4 kasus dilakukan histerektomi perabdominam diduga disebabkan beberapa faktor antara lain; adanya perlengketan, atau bekas operasi ginekologi sebelumnya.

Manajemen primer untuk prolaps uteri yang berat adalah pembedahan, terutama pada pasien dengan kegagalan terapi konservatif<sup>4</sup>. Pembedahan pada prolaps uteri dilakukan melalui dua pendekatan yaitu pervaginam dan perabdominal.

Paling umum, operasi vagina lebih disukai karena pasien biasanya memiliki waktu pemulihan yang lebih pendek. Selain itu, pendekatan vagina direncanakan untuk koreksi inkontinensia atau bersamaan dengan rekonstruksi vagina<sup>4</sup>. dalam kondisi tertentu, seperti penyakit radang panggul atau operasi intra abdomen sebelumnya untuk proses inflamasi seperti endometriosis, histerektomi perabdominal direkomendasikan<sup>5</sup>.

**KESIMPULAN**

Jumlah kasus prolapsus uteri selama empat tahun di RSUDZA adalah 71 kasus. Distribusi kasus pertahun adalah 19 kasus pada tahun 2007, 9 kasus di tahun 2008, 22 kasus ditahun 2009 dan 21 kasus di tahun 2010. Terbanyak dari kasus adalah pada usia 60-80



tahun (57,74%) dan usia termuda adalah 7 bulan. Kasus terbanyak ditemukan pada pasien yang sudah menopause (90,14 %). Seluruh kasus disertai dengan sistokel dan rektokel. Serta terdapat 4 pasien dengan penyakit lain seperti hemoroid, prolaps rekti, hernia umbilical dan mioma uteri. Pasien yang berasal dari luar daerah Banda Aceh dan Aceh Besar adalah sebanyak 38 orang atau sebesar 53,53 % dan sisanya berasal dari Banda Aceh dan Aceh Besar. Sebagian besar penderita diterapi dengan histerektomi pervaginam yaitu sebesar 90,14 %.

**SARAN**

Penulis merasa masih perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai respon atau kondisi penderita prolapsus uteri setelah dilakukan tindakan terapi baik berupa transvaginal histerektomi maupun histerektomi. Selain itu diperlukan pencatatan kasus dengan data yang lebih lengkap lagi di buku registrasi pasien rawat prolapsus uteri terutama data tentang paritas pasien, grading prolaps uteri, pekerjaan dan alamat lengkap pasien sehingga akan memudahkan dalam melakukan penelitian-penelitian selanjutnya.

**DAFTAR PUSTAKA**

1. Wiknjosastro H. Ilmu kandungan edisi keenam: kelainan dalam letak alat alat genital. Junizaf. PT. Bina pustaka sarwono prawirohardjo Jakarta, 2008; 424-442.
2. Speroff, Gordon. Handbook of clinical gynecology endocrinology and infertility seventh edition: hormones biosynthesis, metabolism, and mechanism of action. Williams and Wilkins. Baltimore 2005; 23-24.
3. Ganon WF. Buku ajar fisiologi kedokteran edisi 20: endokrinologi, metabolisme dan fungsi reproduksi. Mc Graw Hill 2002; 417-431
4. Lazarou G. (2010). Uterine prolapse: overview. Available at <http://emedicine.medscape.com/article/264231-overview>. last update 15 februari 2011
5. Barsoom RS. (2011). Uterine Prolapse: Treatment & Medication. Available at <http://emedicine.medscape.com/article/797295-treatment>. last update 15 februari 2011.
6. Snell RS. (2006). Anatomi Klinik edisi keenam: pelvis;bagian II cavitas pelvis. Penerbit buku kedokteran EGC 2006; 356-360.
7. Smith AR, Hosker GL, Warrell DW. The role of partial denervation of the pelvic floor in the aetiology of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine. A neurophysiological study. *Br J Obstet Gynaecol.* Jan 1989;96(1):24-8.
8. Norton P, Baker J, Sharp H, et al. Genito-urinary prolapse: Relationship with joint mobility. *Neuro Urodyn.* 1990;9:321-322.
9. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standarization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 1710-17
10. Rivlin ME. Prolapse. In: Rivlin ME, Martin RW. Eds. Manual of clinical problems in obstetrics and gynecology. 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000: 241-244
11. Junizaf. Prolapsus alat genitalia. Dalam: Junizaf. Ed. Buku ajar uroginekologi. Subbagian Uroginekologi-Rekonstruksi Bagian Obstetri dan Ginekologi FKUI/RSUPN-CM. Jakarta, 2002: 70-75.
12. Muchtar R. Kelainan dalam letak alat-alat genital. Dalam: Wiknjosastro H, Sumapraja S, Saifuddin AB. Ed. Ilmu Kandungan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 1991: 360-374.
13. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 501.
14. Thakar R, Stanton S. Management of genital prolapse. *BMJ* 2002; 324: 1258-1262

