

Wanita 58 Tahun dengan Prolaps Organ Panggul dan Gangguan Berkemih Perbaikan Pasca Operasi : Laporan Kasus

Ganesha Rahman Hakim¹, Rodiani²

¹Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

²Bagian Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Prolaps organ panggul (POP) merupakan kondisi penurunan struktur pelvis akibat kelemahan jaringan penunjang dasar panggul, yang sering ditemukan pada wanita lanjut usia dan dapat menyebabkan gangguan berkemih, defekasi, disfungsi seksual, serta penurunan kualitas hidup. Laporan kasus ini menerangkan kasus wanita berusia 58 tahun dengan prolaps uteri grade IV dan sistokel grade II disertai gangguan. Tindakan histerektomi total per vaginal (TVH) sebagai tatalaksana pada pasien karena pasien telah menopause dan tidak menginginkan fertilitas, sehingga pengangkatan uterus memungkinkan koreksi kompartemen apikal sekaligus menghilangkan sumber prolaps. Kolporafi anterior dipilih untuk memperbaiki defek dinding vagina anterior akibat kelemahan fascia puboservikalis dan mengatasi obstruksi mekanis saluran kemih. Pendekatan transvaginal dipilih karena morbiditas lebih rendah, nyeri pascabedah lebih ringan, serta pemulihan lebih cepat dibandingkan pendekatan abdominal. Pascaoperasi, pasien menunjukkan perbaikan klinis yang baik, di mana pasien memiliki kemampuan berkemih spontan tanpa mengedan pada hari kedua, tanpa komplikasi mayor, dan kondisi umum stabil. Kasus ini menekankan resolusi gejala gangguan berkemih sebagai luaran fungsional utama, yang menegaskan bahwa TVH dan kolporafi anterior tidak hanya memberikan koreksi anatomis, tetapi juga pemulihan fungsi saluran kemih. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa pemilihan prosedur bedah tepat berdasarkan usia, status hormonal, derajat prolaps, dan kompartemen yang terlibat sangat penting untuk mencapai luaran fungsional optimal pada pasien dengan prolaps organ panggul.

Kata Kunci: prolaps organ panggul, prolaps uteri, sistokel, gangguan berkemih, *total vaginal hysterectomy*, kolporafi anterior.

A 58-Year-Old Woman with Pelvic Organ Prolapse and Urinary Disorder Postoperative Improvement: A Case Report

Abstract

Pelvic organ prolapse (POP) is a condition characterized by the descent of pelvic structures due to weakness of the supporting pelvic floor tissues, which is commonly found in elderly women and can cause voiding dysfunction, defecation disorders, sexual dysfunction, and decreased quality of life. This case report describes a 58-year-old woman with grade IV uterine prolapse and grade II cystocele accompanied by voiding dysfunction. Total vaginal hysterectomy (TVH) was chosen as the management because the patient was menopausal and no longer desired fertility, allowing uterine removal to correct the apical compartment while eliminating the source of prolapse. Anterior colporrhaphy was selected to repair the anterior vaginal wall defect due to pubocervical fascia weakness and to relieve mechanical obstruction of the urinary tract. The transvaginal approach was chosen due to lower morbidity, less postoperative pain, and faster recovery compared to the abdominal approach. Postoperatively, the patient showed good clinical improvement, with spontaneous voiding without straining on the second day, no major complications, and stable general condition. This case emphasizes the resolution of voiding dysfunction symptoms as the primary functional outcome, confirming that TVH and anterior colporrhaphy provide not only anatomical correction but also restoration of urinary function. Therefore, it can be concluded that appropriate surgical procedure selection based on age, hormonal status, prolapse severity, and involved compartments is essential to achieve optimal functional outcomes in patients with pelvic organ prolapse.

Keywords: pelvic organ prolapse, uterine prolapse, cystocele, urinary disorder, total vaginal hysterectomy, anterior colporrhaphy

Korespondensi: Ganesha Rahman Hakim., alamat Jl. Jend Sudirman, Kec. Rangkasbitung, Lebak-Banten, hp 08787925243, e-mail: ganeshaarh@gmail.com

Pendahuluan

Prolaps organ panggul (POP) merupakan kondisi yang ditandai dengan terjadinya penurunan struktur dari dinding vagina anterior, dinding vagina posterior, uterus, apeks vagina,

atau perineum.¹ Secara umum, beberapa penamaan yang sering digunakan untuk mendeskripsikan klasifikasi dari struktur yang mengalami penurunan adalah sistokel, sistourethrokkel, prolaps uteri, proidentia uteri,

rektokel, dan enterokel.¹ Kondisi ini dapat menyebabkan gangguan pada saluran genital dan menurunkan kualitas hidup pasien.¹ Prevalensi prolaps organ panggul secara global pada tahun 2021 adalah 2.769 per 100.000 wanita atau sekitar 2.77 dengan proyeksi kasus pada tahun 2036 diperkirakan sebanyak 156 juta wanita di dunia akan terkena prolaps organ panggul.² Data lain menunjukkan tingkat insidensi terstandarisasi usia pada prolaps organ panggul adalah 317 per 100.000 penduduk di dunia.³ Sedangkan, data di Indonesia yang ditunjukkan dari penelitian potong lintang di RSCM Jakarta pada Januari-April 2016 terhadap 197 subjek menunjukkan prevalensi prolaps organ panggul secara keseluruhan adalah 33%.⁴ Kemudian, terkait dengan faktor risiko, hasil analisis bivariat menunjukkan faktor risiko utama yang paling berperan dengan angka kejadian tersebut adalah usia, paritas, riwayat persalinan, dan status menopause.⁴

Prolaps organ panggul umum ditemui dengan berbagai komorbiditas, salah satunya adalah inkontinensia urin dengan presentase sebanyak 40-55% pasien dengan inkontinensia stress mengalami prolaps dinding vagina anterior.⁵ Kemudian, kondisi seperti inkontinensia fekal, disfungsi seksual, dan nyeri panggul juga menjadi komorbiditas lain yang sering menyertai pasien dengan prolaps panggul.⁵ Studi di Ethiopia pada tahun 2022 menunjukkan bahwa separuh wanita dengan prolaps organ panggul memiliki kualitas hidup yang buruk dengan domain yang terganggu adalah persepsi kesehatan umum dan keterbatasan umum yang disebabkan oleh kondisi konstipasi dan inkontinensia urin yang berlangsung dalam jangka waktu yang lama.⁶

Pendekatan terapi pada prolaps organ panggul dilakukan dengan menilai gejala yang ada pada pasien, di mana penatalaksanaan non bedah berupa observasi merupakan pilihan utama bagi pasien yang tidak bergejala atau bergejala ringan dan pada pasien dengan kondisi prolaps yang signifikan disertai gejala yang mengganggu, maka terapi bedah atau non bedah merupakan pilihan utama.¹ Studi potong lintang di RSCM Jakarta menilai luaran klinis pada pasien dengan prolaps organ panggul yang menjalani pembedahan, hasil menunjukkan bahwa dari 34 pasien, 76% pasien melaporkan gejala yang

minimal menurut kuesioner *Pelvic Floor Disability Index* (PDFI-20) setelah dilakukan pembedahan yang dinilai pada 1, 3, 6, dan 12 bulan pasca pembedahan dan 91% pasien menunjukkan peningkatan kualitas hidup yang dinilai menggunakan kuesioner *Pelvic Floor Impact Questionnaire* (PFIQ-7).⁷

Laporan kasus ini bertujuan untuk menganalisis perbaikan gejala gangguan berkemih sebagai luaran klinis pada pasien dengan prolaps uteri grade IV sistokel grade II setelah menjalani histerektomi total per vaginal dan kolporafi anterior. Selain itu, laporan ini juga menganalisis pendekatan diagnostik, tatalaksana, dan prognosis pasca bedah pada pasien.

Kasus

Ny. K, seorang wanita berusia 58 tahun, datang ke Poliklinik RSAM dengan keluhan benjolan dari jalan lahir sejak 4 tahun sebelum masuk rumah sakit (SMRS). Pasien mengaku benjolan tersebut semakin lama semakin membesar dan akan terasa memberat ketika jongkok, berdiri terlalu lama, atau ketika batuk. Pasien juga mengeluhkan buang air kecil tidak lancar dan perlu mengedan, frekuensi BAK meningkat, serta terkadang sulit menahan BAK. Tidak ada keluhan pada buang air besar. Pasien mengeluhkan keputihan dan gatal. Pasien tidak memiliki riwayat hipertensi, diabetes melitus, atau alergi. Pasien memiliki riwayat persalinan sebanyak dua kali, keduanya secara pervaginam tanpa penyulit. Pasien sudah menopause sejak usia 50 tahun. Keluhan perdarahan disangkal.

Keadaan umum pasien tampak sakit sedang dengan kesadaran compos mentis. Tanda-tanda vital: tekanan darah 126/84 mmHg, frekuensi nadi 88 kali/menit, frekuensi napas 18 kali/menit, suhu 36,7°C, saturasi oksigen 98%. Status gizi pasien dalam batas normal dengan IMT 25,2 kg/m². Pemeriksaan fisik lainnya dalam batas normal. Pada pemeriksaan fisik genitalia pasien di posisi litotomi, tampak masa berwarna kemerahan hingga kebiruan yang menonjol keluar dari arah introitus vagina dan di anterior masa tampak orifisium uretri eksterna (OUE), saat pasien diminta melakukan manuver valsava terjadi penurunan masa prolaps lebih lanjut ke arah distal, hasil pemeriksaan sondase uterus adalah

8 cm. Dinding anterior vagina tampak menonjol di bawah uretra dengan penonjolan tidak melewati batas himen. Dinding posterior vagina tampak utuh dan tidak terdapat penonjolan ke arah rektum.



Gambar 2. Pemeriksaan Fisik Genitalia Pasien

Pemeriksaan penunjang laboratorium menunjukkan Hb 13,9 g/dL, leukosit 11.170/ μ L, trombosit 259.000/ μ L, fungsi ginjal dan hati dalam batas normal. Rontgen toraks menunjukkan kardiomegali dengan pulmo dalam batas normal. Pasien didiagnosis dengan prolaps uteri grade IV dan sistokel grade II. Pasien dirawat di bangsal dan direncanakan operasi. Pada tanggal 9 Januari 2026, pasien menjalani tindakan TVH (*total vaginal hysterectomy*) dan kolporafi anterior.

Intraoperatif ditemukan sistokel grade II dan prolaps uteri grade IV.



Gambar 1. Dokumentasi Intraoperatif

Pasca operasi, pasien diberikan injeksi ceftriaxone 2x1 gram, asam traneksamat 3x500 mg, ketorolac 3x30 mg, serta misoprostol 3x200 mg oral. Pasien kemudian dapat BAK dengan spontan pada hari kedua pasca operasi tanpa adanya gangguan atau rasa untuk perlu mengedan. Pasien dipulangkan pada hari ketiga perawatan dengan obat oral cefixime 2x200 mg dan laktulosa 3x1 dalam keadaan baik, tidak ada gangguan berkemih, tidak ada perdarahan.

Pembahasan

Kasus ini membahas wanita berusia 58 tahun datang dengan keluhan muncul benjolan pada jalan lahir disertai dengan gangguan berkemih. Pasien kemudian didiagnosis prolaps organ panggul (prolaps uteri grade IV dan sistokel grade II) disertai gangguan berkemih. Kemudian pada pasien dilakukan total vaginal hysterectomy (TVH) dan kolporafi anterior. Evaluasi pasca operasi menunjukkan pasien memiliki fungsi berkemih baik dan tidak ada komplikasi pasca operasi, pasien dipulangkan di hari ketiga perawatan.

Pasien datang ke klinik dengan adanya benjolan pada jalan lahir dan gangguan saat berkemih. Benjolan membesar dan memberat ketika pasien duduk, berdiri, atau saat ada peningkatan tekanan intraabdomen, seperti saat batuk.¹Beberapa kondisi gangguan berkemih yang berkaitan dengan prolaps organ panggul, di antaranya adalah inkontinensia urin stress, inkontinensia urin urgensi, peningkatan frekuensi urinasi, retensio urin, dan infeksi saluran kemih berulang.¹Kondisi tersebut dapat disebabkan oleh kondisi prolaps yang

memberat atau dapat disebabkan oleh komorbid lain seperti overaktivitas otot detrusor, gangguan neurologis, atau kondisi penuaan yang fisiologis.¹

Gejala saluran kemih bagian bawah seperti frekuensi, nokturia, urgensi, inkontinensia, hesitansi, dan post miksi sering ditemukan pada pasien dengan prolaps organ panggul. Prolaps organ panggul dapat menyebabkan bladder outlet obstruction yang dapat memicu perubahan struktural dan fungsional pada kandung kemih dan pada akhirnya menyebabkan overaktivitas bladder. Overaktivitas dari *bladder* dapat disebabkan oleh kerusakan saraf otonom, perubahan struktur otot detrusor, dan aktivasi berlebihan *stretch receptor* di uroepithelium.⁸

Pemeriksaan fisik pada pasien menunjukkan tampak OUE di depan perineum. Dengan ekstensi melewati hymen. Pada pemeriksaan fisik, pasien diposisikan dalam posisi litotomi dan pasien diminta untuk melakukan manuver valsava atau batuk, manuver ini akan menunjukkan penurunan dari prolaps.¹ Selanjutnya, pemeriksa perlu menilai apakah penurunan sudah melewati hymen dan bagian apa yang terdapat dari prolaps.¹ Pasien kemudian didiagnosis dengan prolaps uteri grade IV dan sistokel grade II, kemudian pada pasien direncanakan untuk menjalani operasi total vaginal hysterectomy (TVH) dan kolporafi anterior.

Pendekatan terapi pada pasien dengan prolaps organ panggul akan didasarkan pada ada tidaknya gejala, pada pasien yang tidak bergejala tidak diperlukan terapi, sedangkan pada pasien dengan gejala dapat dipertimbangkan terapi konservatif atau tindakan bedah. Salah satu terapi konservatif yang umum digunakan adalah pesarium, pesarium merupakan terapi non operatif dengan efek jangka panjang yang efektif dengan angka keberhasilan terapi sebesar 90%. Pesarium merupakan terapi yang diindikasikan pada kasus pasien yang belum mencapai usia reproduktif akhir atau dalam artian masih menginginkan kehamilan dan diindikasikan juga pada pasien yang memiliki banyak komorbiditas, sehingga tidak memungkinkan untuk dilakukan operasi.²

Pemakaian pesarium bersifat terpersonalisasi sesuai dengan kebutuhan individu dan memerlukan beberapa kali kunjungan untuk menyesuaikan jenis alat dan kompartemen yang terlibat. Pesarium cincin adalah pilihan yang paling sering digunakan. Evaluasi penggunaan pesarium dilakukan setiap 4-6 minggu dan harus dilepas setiap 6 bulan. Komplikasi yang umum ditemukan adalah keputihan, perdarahan, lepasnya pesarium, dan gejala pada saat berkemih. Oleh karena itu, pesarium tidak disarankan pada pasien yang tidak mampu memenuhi jadwal control rutin, memiliki tanda infeksi dan peradangan aktif, pasien yang tidak menginginkan perawatan jangka panjang, dan pada prolaps derajat berat karena adanya keterbatasan dari segi anatomi prolaps.⁸

Tindakan operatif diindikasikan pada beberapa kondisi yang ditentukan berdasarkan kondisi medis pasien, preferensi pasien, serta kelainan anatomi yang terlibat. Indikasi absolut tindakan operasi pada pasien dengan prolaps organ panggul adalah adanya kondisi gagal ginjal akibat hidronefrosis yang disebabkan oleh prolaps yang mengobstruksi saluran kemih. Selain itu, tindakan operasi diindikasikan pada pasien yang gagal dengan terapi konservatif atau pada pasien yang sudah tidak berada di usia reproduktif dan menginginkan terapi definitive terkait dengan kondisinya.² Oleh karena itu, pada kasus ini pasien sudah melewati usia reproduktif nya dan sudah mengalami menopause, sehingga pasien memiliki preferensi untuk menjalani terapi definitif berupa tindakan operasi.

Penatalaksanaan pada kasus pasien ini adalah tindakan total vaginal hysterectomy (TVH) disertai kolporafi anterior, karena pasien mengalami prolaps uteri grade IV yang telah menyebabkan manifestasi klinis berupa benjolan yang keluar dari jalan lahir, gangguan berkemih, peningkatan frekuensi berkemih, serta kebutuhan untuk mengedan saat miksi. Berdasarkan American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), tatalaksana pembedahan direkomendasikan pada pasien dengan prolaps organ panggul stadium lanjut yang simptomatik, terutama apabila prolaps telah melewati hymen dan mengganggu aktivitas sehari-hari.¹⁰

Pada wanita pascamenopause yang tidak lagi menginginkan fertilitas, histerektomi vaginal menjadi salah satu pilihan utama karena memungkinkan koreksi kompartemen apikal sekaligus menghilangkan uterus yang mengalami prolaps.¹⁰ Pendekatan secara per-vaginal juga dikaitkan dengan morbiditas yang lebih rendah, nyeri pascaoperasi yang lebih ringan, kehilangan darah yang lebih sedikit, lama rawat yang lebih pendek, serta pemulihan yang lebih cepat dibandingkan histerektomi abdominal.¹¹ Selain itu, pada kasus pasien ini ditemukan sistokel grade II yang menunjukkan adanya kelemahan dari fascia puboservikalis sehingga diperlukan kolporafi anterior untuk mengembalikan dukungan anatomis dinding anterior vagina dan kandung kemih.

Kombinasi TVH dan kolporafi anterior merupakan prosedur yang dilakukan pada prolaps uteri lanjut yang disertai prolaps kompartemen anterior karena dapat memperbaiki defek anatomi sekaligus mengurangi gejala saluran kemih bawah yang berhubungan dengan sistokel.¹² Temuan intraoperatif berupa prolaps uteri grade IV dan sistokel grade II semakin memperkuat indikasi dilakukannya prosedur rekonstruksi dasar panggul melalui pendekatan vaginal pada pasien ini. Studi kohort di Swedia mengevaluasi hasil jangka panjang setelah operasi prolaps organ panggul (POP) primer dengan menganalisis 32.086 wanita, hasil menunjukkan angka operasi ulang tergolong rendah, yaitu sebanyak 11,2% pada lima tahun pertama dan 15% pada seluruh tahun dengan angka operasi ulang tertinggi pada perbaikan prolaps di kompartemen anterior.¹³

Tatalaksana pada prolaps kompartemen anterior dapat dilakukan melalui pendekatan utama. Kolporafi anterior merupakan prosedur transvaginal tradisional yang memplikasi fascia puboservikalis yang melemah. Teknik ini lebih sederhana dengan waktu operasi yang lebih singkat dan tingkat komplikasi yang lebih rendah. Teknik paravaginal dilakukan untuk merekatkan Kembali dinding vagina lateral ke arcus tendinous fascia pelvis, secara teknis pendekatan ini lebih kompleks, tetapi memberikan koreksi anatomis yang lebih baik dan angka rekurensi yang lebih rendah. Kedua Teknik memberikan perbaikan gejala yang

bermakna dengan luaran satu tahun yang sebanding.¹⁵

Evaluasi klinis pada pasien menunjukkan hasil yang baik setelah tindakan operasi. Sebelum operasi pasien mengeluhkan benjolan pada jalan lahir, frekuensi berkemih meningkat, kesulitan mengosongkan kandung kemih, dan harus mengedan saat miksi. Setelah dilakukan TVH dan kolporafi anterior, pasien dilaporkan mampu berkemih spontan pada hari kedua pascaoperasi tanpa perlu mengedan dan tidak ditemukan gangguan berkemih maupun perdarahan saat pasien dipulangkan. Perbaikan gejala ini sejalan dengan mekanisme operasi yang mengoreksi prolaps kompartemen apikal dan anterior sehingga hambatan mekanis terhadap uretra dan vesika urinaria dapat dihilangkan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa sekitar 70-90% pasien mengalami perbaikan gejala saluran kemih bawah setelah tindakan rekonstruksi prolaps organ panggul.⁹

Koreksi prolaps dapat memperbaiki gejala overactive bladder, urgensi, frekuensi, dan gangguan pengosongan kandung kemih karena berkurangnya bladder outlet obstruction yang sebelumnya disebabkan oleh prolaps. Selain itu, studi luaran pascaoperasi prolaps di Indonesia menunjukkan bahwa sebagian besar pasien mengalami perbaikan bermakna pada kualitas hidup dan penurunan gejala disfungsi dasar panggul setelah tindakan pembedahan. Meskipun demikian, pasien tetap memerlukan pemantauan jangka panjang karena prolaps organ panggul memiliki kemungkinan rekurensi. Faktor-faktor seperti usia lanjut, menopause, kelemahan jaringan ikat, obesitas, aktivitas fisik berat, serta adanya prolaps multipel kompartemen dapat meningkatkan risiko kekambuhan setelah operasi.¹⁵ Angka reoperasi akibat rekurensi prolaps dilaporkan berkisar sampai 30% tergantung jenis prolaps, teknik operasi yang digunakan, dan lama tindak lanjut pasien.¹⁷

Prognosis jangka panjang dari luaran operasi prolaps organ panggul (POP) sangat berkaitan dengan kekambuhan setelah tindakan bedah rekonstruksi. Angka kekambuhan POP setelah operasi mencapai 37,7%, hal ini menunjukkan risiko kekambuhan dalam jangka panjang yang memerlukan tindakan operasi ulang. Faktor risiko yang

berperan dalam prognosis kekambuhan pasien adalah avulsi otot levator, di mana salah satu predictor terkuatnya adalah cedera otot levator ani saat persalinan dan selanjutnya adalah stadium preoperative prolaps dengan derajat > III yang berarti pasien dengan derajat prolaps lebih berat memiliki risiko kekambuhan yang lebih tinggi.¹⁸ Studi nasional di Swedia menunjukkan bahwa angka operasi ulang pada prolaps organ panggul tergolong rendah, yaitu 11,2% dalam 5 tahun dan 15,0% dalam 10 tahun setelah operasi awal. Berdasarkan kompartemen yang terlibat, sebagai defek pada dinding anterior memiliki risiko kekambuhan di kompartemen yang sama sebanyak 10,3%, hal ini berbeda dengan prolaps pada dinding posterior, di mana sebanyak 12,6% terjadi pada kompartemen yang berbeda. Dari segi kepuasan pasien, sebanyak 80% pasien melaporkan perbaikan gejala setelah 5 tahun.¹³

Beberapa strategi dapat diterapkan untuk mencegah kekambuhan prolaps organ panggul (POP) setelah operasi. Perawatan pra-operasi untuk meningkatkan kekuatan otot dasar panggul dan rehabilitasi otot dasar panggul pascaoperasi sangat dianjurkan untuk memperkuat otot dan mencegah penurunan fungsi lebih lanjut dari otot dasar panggul. Dari segi intraoperative, pemilihan teknik operasi yang meminimalkan trauma pada otot dasar panggul, saraf, dan fascia dapat mengurangi risiko kekambuhan, selain itu preservasi uterus dikaitkan dengan risiko kekambuhan yang lebih tinggi.¹⁹

Komplikasi yang perlu diwaspadai setelah TVH dan kolporafi anterior meliputi perdarahan, hematoma pelvis, infeksi luka operasi, infeksi saluran kemih, retensi urin, cedera traktus urinarius terutama kandung kemih dan ureter, dispareunia, serta kekambuhan prolaps. Risiko retensi urin relatif sering ditemukan setelah tindakan rekonstruksi kompartemen anterior akibat edema jaringan atau perubahan sudut uretra pascaoperasi.¹⁴ Selain itu, prosedur kolporafi anterior dapat menyebabkan obstruksi outlet kandung kemih sementara yang memerlukan pemasangan kateter urin dalam beberapa hari pertama.¹⁴ Oleh karena itu pemantauan fungsi berkemih, tanda-tanda infeksi, jumlah perdarahan, dan kadar

hemoglobin merupakan komponen penting dalam perawatan pascaoperasi pasien prolaps organ panggul.

Simpulan

Kasus ini menjelaskan bahwa TVH dan kolporafi anterior sebagai terapi definitive pada prolaps uteri grade IV dan sistokel grade II dapat memberikan perbaikan klinis yang bermakna, terutama pada gejala gangguan berkemih. Resolusi gangguan berkemih menunjukkan bahwa prosedur ini tidak hanya memperbaiki defek anatomi, tetapi memulihkan fungsi saluran kemih dan kualitas hidup pasien. Oleh karena itu, gangguan berkemih menjadi salah satu gejala fungsional yang dinilai dalam keberhasilan terapi, selain itu penentuan derajat prolaps dan pendekatan tatalaksana dengan pemilihan prosedur bedah yang tepat pada pasien dapat memberikan luaran klinis yang optimal, baik secara anatomis maupun fungsional dengan risiko komplikasi yang minimal.

Daftar Pustaka

1. Hoffman BL, Schorge JO, Halvorson LM, Hamid CA, Corton MM, Schaffer JI, editors. Williams gynecology. 4th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2020.
2. Padoa A, Braga A, Fligelman T, Brecher S, Mesiano G, Serati M. Pelvic organ prolapse: current challenges and future perspectives. *J Clin Med*. 2025;14(7313):1-17.
3. Li S, Zhang B, Li P, Hua D, Fu T, Yan G, et al. Global burden and trends of pelvic organ prolapse: an observational trend study from 1990 to 2021. *J Obstet Gynaecol*. 2026;46(1):2617556. doi: 10.1080/01443615.2026.2617556.
4. Santoso BI, Fauziah NR. Prevalence and characteristics of pelvic floor dysfunction in a tertiary care center in Indonesia. *Indones J Obstet Gynecol*. 2017;5(3):168-72.
5. Zumrutbas AE. Understanding pelvic organ prolapse: a comprehensive review of etiology, epidemiology, comorbidities, and evaluation. *SIUJ*. 2025;6(1). doi: 10.3390/suij6010006.
6. Tega A, Yenealem F, Belay G, Asmare E, Getaneh T, Desalegn M, et al. Quality of life and its associated factors among women

- with pelvic organ prolapse who attend gynecology clinics southern Ethiopia 2022. *BMC Womens Health*. 2024;24(1):398. doi: 10.1186/s12905-024-03238-1.
7. Hakim S, Hadinata V, Wiguna II, Tanoto K, Amelia S, Kadarusman AKP. Patient-reported outcomes and quality of life after pelvic organ prolapse surgery in Indonesia. *Med J Indones*. 2026;35(1):36-41. doi: 10.13181/mji.oa.258009.
 8. UK Clinical Guideline Group. UK clinical guideline for best practice in the use of vaginal pessaries for pelvic organ prolapse. London: Pelvic Obstetric and Gynaecological Physiotherapy (POGP); 2025.
 9. Munno GM, La Verde M, Lettieri D, Nicoletti R, Nunziata M, Fasulo DD, et al. Pelvic organ prolapse syndrome and lower urinary tract symptom update: what's new? *Healthcare (Basel)*. 2023;11(10):1513. doi: 10.3390/healthcare11101513.
 10. American College of Obstetricians and Gynecologists. Pelvic organ prolapse. *ACOG Pract Bull*. 2019;134(5):126-42.
 11. Chung SH, Kim WB. Various approaches and treatments for pelvic organ prolapse in women. *J Menopausal Med*. 2018;24(3):155-62.
 12. Tsui WL, Ding DC. Anterior colporrhaphy and paravaginal repair for anterior compartment prolapse: a review. *Medicina (B Aires)*. 2024;60(11):1865.
 13. Nüssler E, Granåsen G, Bixo M, Löfgren M. Long-term outcome after routine surgery for pelvic organ prolapse: a national register-based cohort study. *Int Urogynecol J*. 2022;33(7):1863-73. doi: 10.1007/s00192-022-05156-y.
 14. World Health Organization. Global guidelines for the prevention of surgical site infection. Geneva: World Health Organization; 2018.
 15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Perioperative pathways: enhanced recovery after surgery. *ACOG Committee Opinion No. 750*. *Obstet Gynecol*. 2018;132(3):120-30.
 16. [No authors listed]. Recurrent pelvic organ prolapse after surgery. *J Kedokt Syiah Kuala*. 2022;:1-7.
 17. Wibisono JJ, Hermawan GN. Prolaps organ panggul. *Medicinus*. 2019;7(1):27-32.
 18. Shi W, Guo L. Risk factors for the recurrence of pelvic organ prolapse: a meta-analysis. *J Obstet Gynaecol*. 2023;43(1):2160929. doi: 10.1080/01443615.2022.2160929
 19. Zhang P, Du W, Guo G, Yuan M, Wei J. Influencing factors of recurrence after pelvic organ prolapse surgery and construction of a nomogram risk prediction model. *Rev Assoc Med Bras*. 2024;70(12):e20240849. doi: 10.1590/1806-9282.20240849.