

Prolaps Rekti Komplit pada Pasien dengan Kecurigaan *Benign Prostatic Hyperplasia*: Laporan Kasus

Abstrak

Prolaps rekti merupakan kondisi keluarnya seluruh lapisan dinding rektum melalui anus akibat kelemahan struktur penopang dasar panggul yang bersifat kronik dan progresif. Peningkatan tekanan intra abdomen berulang, seperti pada konstipasi kronik dan gangguan saluran kemih bawah, berperan dalam patogenesis kondisi ini. Dilaporkan kasus seorang laki-laki usia 55 tahun dengan keluhan massa dari anus yang tidak dapat direposisi sejak 8 jam sebelum masuk rumah sakit, dengan riwayat prolaps yang telah berlangsung progresif selama ± 10 tahun. Keluhan disertai konstipasi kronik buang air besar keras dan jarang, kebiasaan mengejan kuat saat defekasi dan gejala *lower urinary tract symptoms* yang mengarah pada kecurigaan *benign prostatic hyperplasia* (BPH). Pemeriksaan fisik menunjukkan massa prolaps berbentuk silindris dengan orifisium sentral yang khas untuk prolaps rekti komplit. Tidak ditemukan tanda komplikasi akut maupun kelainan sistemik bermakna pada pemeriksaan penunjang. Pasien menjalani tindakan operatif berupa suture *rectopexy* sebagai terapi definitif yang dikombinasikan dengan *Thiersch procedure*. Kombinasi ini dipilih berdasarkan kondisi prolaps kronik dengan ukuran besar dan kemungkinan kelemahan sfingter, untuk memberikan stabilisasi anatomi sekaligus dukungan mekanik tambahan guna menurunkan risiko rekurensi. Pascaoperasi, pasien menunjukkan perbaikan klinis tanpa komplikasi. Kasus ini menekankan pentingnya identifikasi faktor peningkatan tekanan intra abdomen serta pertimbangan pendekatan operatif kombinasi pada prolaps rekti komplit untuk hasil klinis yang optimal.

Kata Kunci: Benign prostatic hyperplasia, prolaps rekti, prolaps rekti komplit, *rectopexy*

Complete Rectal Prolapse in a Patient with Suspected Benign Prostatic Hyperplasia: a Case Report

Abstract

Rectal prolapse is a condition characterized by the protrusion of the full thickness of the rectal wall through the anus due to weakness of the pelvic floor supporting structures, which is chronic and progressive in nature. Repeated increases in intra-abdominal pressure, such as in chronic constipation and lower urinary tract disorders, play a role in its pathogenesis. We report a case of a 55-year-old male presenting with a protruding anal mass that could not be manually reduced for 8 hours prior to admission, with a history of progressively worsening prolapse over approximately ± 10 years. Complaint accompanied by chronic constipation, with hard, infrequent bowel movements and habitual excessive straining during defecation and lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia (BPH). Physical examination revealed a cylindrical prolapsed mass with a central orifice, characteristic of complete rectal prolapse. No signs of acute complications or significant systemic abnormalities were found on supporting investigations. The patient underwent surgical management with suture *rectopexy* as the definitive treatment combined with the *Thiersch procedure*. This combined approach was selected due to the long-standing, large prolapse and the suspected sphincter weakness, aiming to provide anatomical stabilization along with additional mechanical support to reduce the risk of recurrence. Postoperatively, the patient showed clinical improvement without complications. This case highlights the importance of identifying factors that increase intra-abdominal pressure and considering combined surgical approaches in managing complete rectal prolapse to achieve optimal clinical outcomes.

Keywords: Benign prostatic hyperplasia, complete rectal prolapse, rectal prolapse, *rectopexy*

Korespondensi: Jannah Fatimah Zhohiroh, Jalan Soemantri Bojonegoro No.1, email : jannahfz69@gmail.com

Pendahuluan

Prolaps rekti merupakan suatu kondisi patologis pada sistem anorektal yang ditandai dengan keluarnya seluruh lapisan dinding rektum melalui kanalis ani akibat gangguan pada struktur penopang dasar panggul. Kondisi ini memiliki dampak klinis yang signifikan karena

berkaitan erat dengan gangguan fungsi defekasi, ketidaknyamanan kronik, serta penurunan kualitas hidup pasien.¹

Rektum merupakan bagian distal kolon sepanjang ± 12 – 15 cm yang berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feces sebelum

defekasi, serta dipertahankan posisinya oleh otot dasar panggul dan struktur penunjang lainnya. Gangguan pada sistem ini berkontribusi terhadap terjadinya prolaps rekti.²

Prolaps rekti memiliki insidensi sekitar 2,5 per 100.000 populasi per tahun dengan prevalensi 0,5%, dan lebih sering terjadi pada usia >50 tahun serta pada wanita. Namun, pada laki-laki, kondisi ini sering dikaitkan dengan faktor peningkatan tekanan intra abdomen seperti konstipasi kronik dan gangguan saluran kemih bawah, termasuk *benign prostatic hyperplasia* (BPH).^{3,4} Di Indonesia, kasus prolaps rekti cukup sering ditemukan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat sekunder dan tersier, terutama pada individu dengan kebiasaan mengejan kronik, pola makan rendah serat, serta aktivitas fisik berat yang berkontribusi terhadap peningkatan tekanan intra abdomen.⁵

Faktor risiko prolaps rekti bersifat multifaktorial, meliputi kelemahan otot dasar panggul, gangguan fiksasi rektum, serta kondisi yang meningkatkan tekanan intra abdomen seperti konstipasi kronik, batuk kronik, obesitas, dan aktivitas berat. Pada laki-laki, BPH diduga berperan dalam meningkatkan tekanan intra abdomen akibat kebiasaan mengejan saat miksi. Selain itu, faktor gaya hidup seperti asupan serat rendah dan kebiasaan defekasi yang buruk turut memperburuk kondisi.^{1,6,7}

Prolaps rekti ditandai dengan keluarnya massa dari anus yang awalnya reduksibel dan dapat menjadi irreducible pada stadium lanjut. Gejala lain meliputi konstipasi, sensasi defekasi tidak tuntas, keluarnya lendir, dan perdarahan ringan. Pada kasus lanjut dapat terjadi inkontinensia fekal serta komplikasi seperti edema, ulserasi, dan inkarserasi. Gejala dapat disertai gangguan saluran kemih bawah, terutama pada pasien dengan BPH.^{1,3}

Penatalaksanaan prolaps rekti bertujuan untuk mengembalikan anatomi normal. Penatalaksanaan prolaps rekti bertujuan untuk mengembalikan anatomi normal rektum, memperbaiki fungsi anorektal, serta mencegah kekambuhan. Terapi konservatif meliputi modifikasi diet, peningkatan asupan cairan,

penggunaan laksatif, serta menghindari mengejan. Namun, terapi definitif pada prolaps rekti komplit umumnya adalah tindakan operatif, yang terbagi menjadi pendekatan abdominal dan perineal. Pendekatan abdominal seperti rectopexy lebih sering dipilih pada pasien dengan kondisi umum baik karena memiliki angka rekurensi lebih rendah, sedangkan pendekatan perineal seperti prosedur Altemeier atau Delorme dipertimbangkan pada pasien usia lanjut atau dengan risiko operasi tinggi. Penanganan komorbid seperti BPH juga penting untuk hasil optimal.^{1,8}

Hubungan antara gangguan saluran kemih bawah seperti BPH dengan prolaps rekti telah dilaporkan sebagai salah satu faktor risiko. Pemilihan kombinasi tindakan operatif pada prolaps rekti komplit masih bergantung pada kondisi klinis masing-masing pasien. Laporan kasus ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman terkait prolaps rekti pada pasien dengan BPH serta pertimbangan pemilihan tatalaksana operatif pada pasien.

Kasus

Seorang laki-laki, Tn. B, usia 55 tahun, datang ke Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. H. Abdul Moeloek dengan keluhan utama berupa benjolan dari anus yang tidak dapat direposisi sejak 8 jam sebelum masuk rumah sakit (SMRS). Keluhan muncul saat pasien buang air besar, berupa benjolan berukuran kurang lebih dua kepalan tangan, berwarna merah, permukaan licin, berbentuk melingkar penuh, tanpa disertai darah maupun feses, terdapat sedikit lendir, dan tidak nyeri. Pasien telah mencoba melakukan reposisi secara mandiri namun tidak berhasil.

Keluhan tersebut merupakan perburukan dari kondisi yang telah dialami pasien selama ±10 tahun. Awalnya benjolan berukuran kecil seperti kelereng, dapat masuk kembali secara spontan, dan tidak mengganggu aktivitas. Seiring waktu, benjolan semakin membesar dan semakin sering keluar hingga akhirnya tidak dapat direposisi. Keluhan disertai konstipasi kronik berupa buang air besar keras dan jarang, dengan frekuensi kurang dari satu kali per minggu, serta kebiasaan mengejan kuat saat defekasi.

Pasien juga mengeluhkan nyeri pada seluruh lapang perut yang disertai mual dan muntah berisi makanan. Selain itu, pasien mengeluhkan gejala saluran kemih bawah berupa frekuensi berkemih meningkat dan rasa tidak lampias saat berkemih sejak ± 2 tahun terakhir.

Pasien menyangkal adanya keluhan demam, penurunan berat badan, keluar darah dari anus, keluarnya feses bersama benjolan serta nyeri hebat pada benjolan. Pasien juga menyangkal adanya keluhan batuk lama, sesak napas maupun riwayat trauma pada daerah anus sebelumnya.

Keluarga pasien tidak ada yang mengalami keluhan yang sama. Riwayat hipertensi, diabetes melitus, asma, penyakit jantung, penyakit ginjal disangkal oleh pasien dan keluarga. Pasien memiliki kebiasaan merokok sejak remaja, jarang mengkonsumsi sayur dan buah, serta bekerja sebagai pekerja perkebunan yang sering mengangkat beban berat setiap hari.

Telah dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran *compos mentis* (E4V5M6). Berat badan 65 kg dan tinggi badan 170 cm dengan indeks massa tubuh (IMT) 22,5 kg/m² dengan status gizi normal. Tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan status generalis didapatkan dalam batas normal.

Pada pemeriksaan abdomen tampak datar, tidak ditemukan *darm contour* maupun *darm steifung*, bising usus 10x/menit. Pada palpasi didapatkan nyeri tekan pada seluruh lapang abdomen, tanpa pembesaran hepar maupun lien. Pada pemeriksaan ekstremitas superior dan inferior didapatkan akral hangat, *capillary refill time* <2 detik, serta tidak ditemukan edema.

Pada pemeriksaan status lokalis regio anal didapatkan adanya massa yang keluar dari anus, berbentuk silindris atau melingkar penuh, simetris, dengan diameter sekitar 6–7 cm dan panjang sekitar 7–8 cm, permukaan licin mengkilap menyerupai mukosa, tampak orifisium di bagian sentral, tanpa perdarahan maupun feses, disertai lendir, serta tidak didapatkan nyeri tekan. Pemeriksaan colok dubur (*digital rectal examination*) tidak dilakukan

secara optimal karena adanya massa prolaps yang menutupi kanalis ani, sehingga evaluasi sfingter ani dan kelenjar prostat tidak dapat dinilai secara adekuat.



Gambar 1. Status Lokalis Pasien

Pasien dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium dan radiologi. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin 16,1 g/dL, hematokrit 47,8%, eritrosit 5,12 juta/uL, MCV 93,3 fL, MCH 31,4 pg, dan MCHC 33,7 g/dL yang berada dalam batas normal. Jumlah leukosit 10.080/uL dengan peningkatan neutrofil segmen (85,5%) dan penurunan limfosit (8,9%), trombosit didapatkan dalam batas normal yaitu 237.000/uL. Pada pemeriksaan kimia klinik didapatkan kadar ureum 32 mg/dL dan kreatinin 1,20 mg/dL dalam batas normal, kadar glukosa darah sewaktu yaitu 156 mg/dL. Pemeriksaan elektrolit menunjukkan natrium 145 mmol/L, kalium 4,5 mmol/L, klorida 108 mmol/L yang sedikit meningkat, serta kalsium 8,6 mg/dL yang sedikit menurun. Hasil ini menunjukkan adanya ketidakseimbangan elektrolit ringan. Pemeriksaan radiologi berupa foto thoraks menunjukkan tidak terdapat kelainan pada paru maupun jantung, dengan kesan pulmo dalam batas normal dan ukuran jantung normal.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, ditegakkan diagnosis kerja berupa prolaps rekti komplit dengan kecurigaan *benign prostatic*

hyperplasia (BPH). Kecurigaan BPH didasarkan pada gejala *lower urinary tract symptoms*, namun belum dilakukan pemeriksaan penunjang seperti IPSS, PSA, atau ultrasonografi prostat sehingga belum dapat ditegakkan diagnosis definitif. Diagnosis banding meliputi prolaps mukosa rektum dan hemoroid.

Tatalaksana yang diberikan pada pasien antara lain terapi cairan berupa IVFD Ringer Laktat 20 tpm; injeksi ceftriaxone 1 gram/12 jam; injeksi metronidazole 500 mg/8 jam; serta injeksi ketorolac 30 mg/8 jam. Pemberian antibiotik berupa ceftriaxone dan metronidazole bertujuan sebagai profilaksis perioperatif untuk mencegah infeksi pada tindakan bedah di area anorektal yang berisiko tinggi terhadap kontaminasi bakteri, terutama flora usus.

Pasien direncanakan menjalani tindakan operatif dengan pendekatan abdominal berupa *rectopexy* sebagai terapi definitif, yang dikombinasikan dengan *Thiersch procedure* sebagai tindakan tambahan untuk meningkatkan dukungan mekanik pada kanalis analis dan mencegah kekambuhan. Tindakan *rectopexy* dilakukan dengan teknik *suture rectopexy*, yaitu fiksasi rektum ke promontorium sakrum menggunakan jahitan untuk mengembalikan posisi anatomis rektum dan mengurangi mobilitas berlebih. Tindakan ini dikombinasikan dengan *Thiersch procedure* sebagai pendekatan perianal tambahan untuk meningkatkan dukungan mekanik pada kanalis analis, terutama pada kondisi dengan kemungkinan kelemahan sfingter, sehingga diharapkan dapat menurunkan risiko kekambuhan. Prognosis pasien dinilai *dubia ad bonam* untuk *quo ad vitam*, *quo ad functionam*, dan *quo ad sanationam*.



Gambar 2. Status Lokalis Post Operasi

Pada kondisi pasca operasi, pasien mengeluhkan nyeri pada luka operasi tanpa adanya rembesan atau perdarahan aktif. Tidak ditemukan mual maupun muntah. Pemeriksaan abdomen menunjukkan nyeri pada area luka operasi dengan bising usus 11 kali/menit. Luka operasi tampak baik tanpa tanda infeksi. Terapi pascaoperasi meliputi IVFD tutosol 20 tpm, injeksi ceftriaxone 1 gram/12 jam, dan injeksi ibuprofen 400 mg/8 jam. Pasien dirawat selama 3 hari dan dipulangkan dalam kondisi membaik.

Pembahasan

Studi kasus ini dilakukan pada Tn. B, berjenis kelamin laki-laki usia 55 tahun, diagnosis prolaps rekti komplit dengan kecurigaan BPH yang ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Prolaps rekti komplit merupakan kondisi di mana seluruh lapisan dinding rektum mengalami penonjolan keluar melalui anus akibat kelemahan struktur penopang dasar panggul, dan bersifat kronik serta progresif dari kondisi reducible menjadi irreducible.⁹

Berdasarkan anamnesis, pasien mengeluhkan benjolan dari anus saat defekasi yang tidak dapat masuk kembali secara spontan. Riwayat perjalanan penyakit selama ±10 tahun menunjukkan proses progresif, dimulai dari benjolan kecil yang masih dapat direposisi secara

mandiri hingga menjadi lebih besar dan menetap di luar anus. Hal ini mencerminkan adanya kelemahan bertahap pada otot dasar panggul dan struktur penunjang rektum sebagai mekanisme utama patofisiologi prolaps rekti.^{4,9}

Faktor risiko yang menonjol pada pasien ini adalah konstipasi kronik dan kebiasaan mengejan saat buang air besar, yang menyebabkan peningkatan tekanan intra abdomen secara berulang. Adanya keluhan saluran kemih bawah seperti frekuensi berkemih meningkat dan rasa tidak lampias mengarah pada dugaan BPH. Kondisi ini tidak hanya sebagai komorbid, tetapi juga berperan dalam memperberat prolaps karena pasien cenderung mengejan saat miksi akibat obstruksi aliran urin.^{10,11}

Tidak ditemukannya gejala seperti perdarahan, penurunan berat badan, maupun nyeri hebat membantu menyingkirkan kemungkinan diagnosis lain seperti keganasan kolorektal atau komplikasi berat seperti strangulasi. Anamnesis pada pasien ini telah cukup menggambarkan karakteristik klinis prolaps rekti komplit beserta faktor risiko yang mendasarinya.¹²

Secara etiologi, prolaps rekti bersifat multifaktorial, melibatkan kombinasi kelemahan otot dasar panggul terutama levator ani, gangguan sfingter ani, serta kelemahan jaringan penunjang rektum. Patogenesisnya diawali dengan gangguan koordinasi neuromuskular yang menyebabkan invaginasi rektum (*internal intussusception*), kemudian berkembang menjadi prolaps eksternal akibat peningkatan tekanan intra abdomen yang berlangsung kronik. Seiring waktu, kerusakan dan peregangan jaringan menyebabkan kondisi menjadi irreversibel.^{6,10}

Manifestasi klinis pada prolaps rekti meliputi keluarnya massa dari anus yang awalnya reducible dan kemudian menjadi irreducible, disertai konstipasi, sensasi defekasi tidak tuntas, serta keluarnya lendir akibat iritasi mukosa. Pada kondisi lanjut dapat terjadi inkontinensia fekal akibat gangguan fungsi sfingter ani, serta komplikasi seperti edema, ulserasi, hingga strangulasi yang berisiko menyebabkan iskemia jaringan.⁹

Berdasarkan pemeriksaan fisik, kondisi umum pasien tampak sakit sedang dengan kesadaran compos mentis, tanda vital dan status gizi dalam batas normal. Pemeriksaan thoraks dan abdomen tidak menunjukkan kelainan bermakna, khususnya tidak ditemukan tanda iritasi peritoneum seperti defans muskular maupun rebound tenderness, serta bising usus normal. Hal ini menunjukkan tidak adanya komplikasi intraabdomen seperti perforasi atau peritonitis, sehingga kelainan lebih bersifat lokal pada rektum tanpa keterlibatan sistemik yang berat.⁶

Pada pemeriksaan status lokalis, ditemukan massa keluar dari anus berbentuk silindris melingkar dengan permukaan mukosa licin dan orifisium sentral, yang merupakan gambaran khas prolaps rekti komplit. Kondisi ini dibedakan dari hemoroid yang biasanya tidak melingkar penuh. Tidak adanya nyeri tekan, perdarahan aktif, maupun tanda strangulasi menunjukkan bahwa jaringan masih viable dan belum terjadi komplikasi akut, sesuai dengan kondisi pasien yang stabil.^{1,3,9}

Prolaps rekti dapat diklasifikasikan berdasarkan derajat keterlibatan dinding rektum dan tingkat keparahannya. Berdasarkan lapisan yang terlibat, prolaps rekti dibagi menjadi dua jenis, yaitu prolaps mukosa yang hanya melibatkan lapisan mukosa rektum, dan prolaps rekti komplit yang melibatkan seluruh lapisan dinding rektum. Selain itu, secara klinis prolaps rekti juga dapat diklasifikasikan berdasarkan derajatnya, yaitu derajat I (prolaps hanya terjadi saat defekasi dan dapat masuk kembali secara spontan), derajat II (prolaps terjadi saat defekasi dan memerlukan bantuan manual untuk reposisi), serta derajat III (prolaps menetap di luar anus dan tidak dapat direposisi). Klasifikasi ini digunakan untuk menentukan derajat keparahan penyakit serta membantu dalam pemilihan tatalaksana yang sesuai.⁹

Pemeriksaan penunjang bertujuan untuk konfirmasi diagnosis, evaluasi fungsi dasar panggul, dan menyingkirkan kelainan lain seperti neoplasma kolorektal. Pemeriksaan yang dapat dilakukan meliputi rectal toucher, defekografi, kolonoskopi, manometri anorektal, dan MRI

pelvis. Pada pasien ini, hasil laboratorium sebagian besar dalam batas normal tanpa tanda perdarahan kronik, infeksi, atau gangguan organ. Ditemukan peningkatan neutrofil relatif dan gangguan elektrolit ringan yang kemungkinan merupakan respons stres. Foto toraks normal, menunjukkan tidak adanya kelainan kardiopulmoner yang dapat meningkatkan risiko tindakan operatif.¹³

Hubungan antara BPH dan prolaps rekti pada kasus ini masih bersifat dugaan klinis, karena tidak didukung oleh pemeriksaan objektif seperti colok dubur, penilaian skor IPSS, pemeriksaan PSA, maupun ultrasonografi prostat. Beberapa studi melaporkan bahwa peningkatan tekanan intra abdomen kronik, baik akibat konstipasi maupun obstruksi saluran kemih bawah, berperan dalam patogenesis gangguan dasar panggul termasuk prolaps rekti. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa peningkatan tekanan intra abdomen kronik berperan dalam patogenesis gangguan dasar panggul. Akan (2026) melaporkan bahwa tekanan intra abdomen yang meningkat secara berulang dapat menyebabkan kelemahan struktur penopang dasar panggul dan gangguan fungsi sfingter. Selain itu, studi oleh Abe et al. (2024) menunjukkan adanya hubungan antara gejala saluran kemih dengan gangguan anorektal, yang mengindikasikan adanya keterlibatan mekanisme dasar panggul yang sama.^{16,17}

Tatalaksana farmakologis pada prolaps rekti bersifat suportif, dengan tujuan utama mengurangi gejala dan memperbaiki faktor predisposisi seperti konstipasi dan nyeri. Pemberian laksatif atau *stool softener* misalnya laktulosa atau polietilen glikol bertujuan melunakkan feses dan mengurangi kebiasaan mengejan. Analgesik seperti NSAIDs digunakan untuk mengontrol nyeri, terutama pada periode perioperatif. Antibiotik seperti ceftriaxone dan metronidazole diberikan sebagai profilaksis atau terapi infeksi, khususnya pada pasien yang akan menjalani operasi. Pada pasien dengan komorbid BPH, pemberian antagonis reseptor alfa-1 seperti tamsulosin penting untuk mengurangi obstruksi berkemih dan menurunkan tekanan intra abdomen akibat mengejan saat miksi.⁹

Tatalaksana operatif merupakan terapi definitif, terutama pada prolaps rekti komplit yang irreducible atau telah menimbulkan gangguan fungsi anorektal. Indikasi operasi meliputi prolaps komplit, irreducible, gejala berat seperti konstipasi kronik, inkontinensia, serta adanya komplikasi seperti ulserasi atau risiko strangulasi. Secara umum terdapat dua pendekatan, yaitu abdominal dan perineal. Pendekatan abdominal seperti *rectopexy* lebih direkomendasikan pada pasien dengan kondisi umum baik karena memiliki angka kekambuhan lebih rendah dan hasil fungsional lebih baik, sedangkan pendekatan perineal dengan metode Altemeier/Delorme lebih cocok pada pasien usia lanjut atau risiko operasi tinggi karena lebih minimal invasif meskipun rekurensinya lebih tinggi.¹⁴

Pada kasus Tn. B, dilakukan tindakan *rectopexy* sebagai terapi definitif dan dilakukan *Thiersch procedure* sebagai tindakan tambahan. *Rectopexy* abdominal merupakan tindakan yang bertujuan mereposisi rektum ke posisi anatomis normal dan memfiksasikannya ke sakrum untuk mengurangi mobilitas berlebih serta mencegah kekambuhan, yang dapat dilakukan secara terbuka, laparoskopik, maupun robotik dengan variasi teknik seperti *ventral mesh rectopexy*, *suture rectopexy*, atau *resection rectopexy*. Pendekatan ini lebih direkomendasikan pada pasien dengan kondisi umum baik karena memberikan hasil fungsional yang lebih optimal dan angka rekurensi yang lebih rendah dibanding pendekatan perineal, meskipun memiliki beban operasi yang lebih besar.¹⁵

Pada kasus ini, pemilihan kombinasi *rectopexy* dan *Thiersch procedure* didasarkan pada kondisi prolaps yang telah berlangsung lama (± 10 tahun), ukuran prolaps yang besar, serta adanya kemungkinan kelemahan sfingter ani akibat proses kronik. *Rectopexy* berperan sebagai terapi utama untuk memperbaiki posisi anatomis rektum, sedangkan *Thiersch procedure* ditambahkan untuk memberikan dukungan mekanik tambahan pada kanalis analis sehingga membantu mencegah rekurensi, terutama pada kondisi dengan risiko gangguan fungsi sfingter. Pendekatan kombinasi ini dipilih untuk

mengoptimalkan hasil anatomi dan fungsional pada pasien dengan karakteristik klinis tersebut.¹⁵

Thiersch procedure merupakan teknik perineal minimal invasif berupa pemasangan bahan melingkar di sekitar anus (*anal encirclement*) untuk menyempitkan kanalis analis dan menahan prolaps secara mekanik. Prosedur ini lebih sering dipilih pada pasien usia lanjut atau dengan risiko operasi tinggi karena lebih sederhana dan aman secara perioperatif, namun tidak memperbaiki kelainan anatomi dasar seperti redundansi rektum sehingga memiliki angka kekambuhan dan komplikasi terkait bahan seperti infeksi atau erosi yang lebih tinggi. Pemilihan pendekatan harus disesuaikan dengan kondisi pasien, karena berisiko tinggi terhadap tindakan operasi besar.¹⁶

Pada kasus ini, pendekatan perineal seperti prosedur Delorme atau Altemeier tidak dipilih karena pasien masih berusia relatif muda yaitu 55 tahun dengan kondisi umum yang baik dan tanpa komorbid berat, sehingga lebih diuntungkan dengan pendekatan abdominal yang memiliki angka kekambuhan lebih rendah dan hasil jangka panjang yang lebih baik. Selain itu, tidak terdapat kontraindikasi terhadap tindakan abdominal pada pasien ini, sehingga pendekatan perineal yang umumnya diperuntukkan bagi pasien usia lanjut atau dengan risiko operasi tinggi tidak menjadi pilihan utama.^{14,15}

Dibandingkan dengan pendekatan perineal seperti prosedur Delorme dan Altemeier, pendekatan abdominal memiliki keunggulan berupa angka kekambuhan yang lebih rendah serta perbaikan fungsi anorektal yang lebih baik, meskipun dengan risiko morbiditas perioperatif yang lebih tinggi. Pendekatan perineal lebih minimal invasif dan memiliki risiko komplikasi yang lebih rendah, namun sering dikaitkan dengan angka rekurensi yang lebih tinggi sehingga umumnya dipilih pada pasien usia lanjut atau dengan kondisi umum yang kurang baik. Dibandingkan dengan teknik ventral mesh *rectopexy*, *suture rectopexy* yang digunakan pada kasus ini tidak memerlukan penggunaan mesh sehingga menghindari risiko

komplikasi terkait mesh seperti erosi atau infeksi, meskipun beberapa studi menunjukkan bahwa ventral mesh *rectopexy* dapat memberikan hasil fungsional yang lebih baik pada kasus tertentu.^{15,16}

Prognosis prolaps rekti umumnya *dubia ad bonam* jika ditinjau dari *quo ad vitam*, *functionam*, dan *sanationam*. Mortalitas sangat rendah yaitu <1% sehingga *quo ad vitam bonam*. Dari aspek fungsi, sebagian pasien masih dapat mengalami konstipasi pascaoperasi sekitar 30–60%, namun inkontinensia fekal menunjukkan perbaikan pada 50–80% kasus setelah *rectopexy*. Angka kekambuhan lebih rendah pada pendekatan abdominal ±2–10% dibandingkan perineal yang mencapai 16–30%. Prognosis fungsi dan kesembuhan tetap dipengaruhi oleh kontrol faktor risiko seperti konstipasi kronik dan peningkatan tekanan intra abdomen.^{9,12,14}

Simpulan

Prolaps rekti komplit merupakan kondisi yang dapat ditegakkan secara klinis berdasarkan temuan khas berupa massa silindris dengan orifisium sentral. Pada kasus ini, faktor peningkatan tekanan intra abdomen seperti konstipasi kronik, kebiasaan mengejan, serta gejala saluran kemih bawah berperan penting dalam progresivitas penyakit. Penatalaksanaan operatif dengan pendekatan abdominal berupa *rectopexy* menjadi terapi definitif pada pasien dengan kondisi umum baik, dan dapat dikombinasikan dengan *Thiersch procedure* pada kondisi tertentu untuk menurunkan risiko kekambuhan. Identifikasi dan pengendalian faktor risiko peningkatan tekanan intra abdomen merupakan aspek kunci dalam mencegah progresivitas dan rekurensi prolaps rekti. Prognosis umumnya baik, namun tetap dipengaruhi oleh kontrol faktor predisposisi jangka panjang.

Daftar Pustaka

1. Oruc M, Erol T. Current diagnostic tools and treatment modalities for rectal prolapse. *World J Clin Cases*. 2023;11(16):3680–3693.
2. Wang YHW, Wiseman J. Anatomy, abdomen and pelvis, rectum. In: *StatPearls* [Internet].

- Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
3. Chung JS, Ju JK, Kwak HD. Comparison of abdominal and perineal approach for recurrent rectal prolapse. *Ann Surg Treat Res.* 2023;104(3):150–155.
 4. Hu B, Zou Q, Xian Z, et al. External rectal prolapse: abdominal or perineal repair for men? A retrospective cohort study. *Gastroenterol Rep.* 2022;10(1):1–7.
 5. Larasati NG, Danardono E, Wibowo MD. Profile of rectal prolapse patients at RSUD Dr. Soetomo Surabaya for the period 2020–2024. *Int J Soc Health.* 2025;4(2):37–41.
 6. Savulionyte G, Bordeianou L. How to best measure and characterize symptoms of patients with pelvic floor disorders. *Clin Colon Rectal Surg.* 2025;38(6):369–374.
 7. Hidayatulloh A, Firdausy AF, Mahyuddin MH, et al. Giant bladder stone and rectal prolapse complication in a pediatric patient: a case report and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2023;111:108740.
 8. Wolthuis A. Tacking the mesh on the sacral promontory in laparoscopic ventral mesh rectopexy: it's anatomy that matters! *Dis Colon Rectum.* 2022;65(6):615–621.
 9. Bordeianou L, Paquette I, Johnson E, Holubar SD, Gaertner W, Feingold DL. Clinical practice guidelines for the treatment of rectal prolapse. *Dis Colon Rectum.* 2022;60(11):1121–1131.
 10. Zeng XT, Jin YH. Clinical practice guideline for transurethral plasmakinetic resection of prostate for benign prostatic hyperplasia (2021 edition). *Mil Med Res.* 2022;9(1):71.
 11. Zekraoui O, Bhojani N, Zorn KC, Elterman D, Chughtai B. Management and treatment of benign prostatic hyperplasia symptoms: current insights. *Res Rep Urol.* 2025;17:401–420.
 12. Tou S, Brown S, Nelson R. Surgery for complete (full-thickness) rectal prolapse in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;3:CD001758.
 13. van Gruting IMA, Stankiewicz A, Thakar R, Santoro GA, IntHout J, Sultan AH. Imaging modalities for the detection of posterior pelvic floor disorders in women with obstructed defaecation syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;9:CD011482.
 14. Pellino G, Fuschillo G, Simillis C, et al. Abdominal versus perineal approach for external rectal prolapse: a systematic review with meta-analysis. *BJS Open.* 2022;6(2).
 15. Georgios K, Leandros S, Geropoulos G. Mesh rectopexy or resection rectopexy for rectal prolapse: is there a gold standard method? *J Clin Med.* 2024;13(5):280–299.
 16. Abe T. Efficacy and safety of anal encirclement combining the Leeds-Keio artificial ligament with injection sclerotherapy in the management of rectal prolapse: a single-center observational study. *Ann Coloproctol.* 2021;37(3):210–225.
 17. Akan N. The effect of increased intra-abdominal pressure on pelvic floor disorders. In: *Pelvic Floor Disorders: Current Perspectives.* IntechOpen [Internet]; 2026.