

# Prolaps Uteri Derajat III yang Ditatalaksana dengan Sacrohysteropexy pada Wanita Usia 29 Tahun: Laporan Kasus

Dorothy Rachel Elisabeth<sup>1</sup>, Rodiani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

<sup>2</sup>Bagian Obstetri dan Ginekologi, RSUD Dr. H. Abdul Moeloek

<sup>3</sup>Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

## Abstrak

Prolaps uteri merupakan salah satu bentuk prolaps organ panggul yang ditandai dengan turunnya uterus ke arah vagina akibat kelemahan struktur penyangga dasar panggul. Kondisi ini lebih sering ditemukan pada wanita usia lanjut, namun dapat pula terjadi pada usia reproduktif terutama pada pasien dengan faktor risiko obstetri. Dilaporkan seorang perempuan berusia 29 tahun, P2A0, datang dengan keluhan benjolan yang keluar dari vagina sejak tiga tahun sebelum masuk rumah sakit dan semakin membesar secara progresif. Pemeriksaan ginekologi menunjukkan serviks keluar melewati hymen dengan *Valsalva* test dan *cough test* positif. Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, pasien didiagnosis mengalami prolaps uteri derajat III dan dilakukan tindakan operatif berupa *sacrohysteropexy* dengan mempertahankan uterus. Pascaoperasi tidak ditemukan komplikasi intraoperatif maupun pascaoperatif dini. Pada evaluasi kontrol 6 minggu, keluhan benjolan vagina telah menghilang, sensasi penuh pada vagina berkurang, keluhan berkemih membaik, dan pasien dapat kembali melakukan aktivitas sehari-hari. Pemeriksaan ginekologi menunjukkan posisi serviks kembali berada di atas hymen tanpa tanda rekurensi prolaps. Pemilihan *sacrohysteropexy* pada pasien usia reproduktif memungkinkan koreksi anatomi yang adekuat sekaligus mempertahankan uterus sehingga mendukung kualitas hidup, fungsi seksual, dan potensi reproduksi pasien.

**Kata Kunci:** Prolaps organ panggul, prolaps uteri, *sacrohysteropexy*, wanita usia reproduktif

## Grade III Uterine Prolapse Managed with Sacrohysteropexy in a 29-Year-Old Woman: A Case Report

### Abstract

Uterine prolapse is a type of pelvic organ prolapse characterized by the descent of the uterus caused by weakening of the pelvic support structures. Although it is more common in older women, it may also occur in women of reproductive age, particularly in those with obstetric risk factors. We report a 29-year-old multiparous woman (P2A0) presenting with a progressively enlarging vaginal bulge for three years. Gynecological examination revealed cervical descent beyond the hymenal ring with positive Valsalva and cough tests. Based on clinical findings, the patient was diagnosed with grade III uterine prolapse and underwent uterine-preserving sacrohysteropexy. No intraoperative or early postoperative complications were observed. At the six-week follow-up, the vaginal bulge had completely resolved, pelvic pressure symptoms improved, urinary complaints decreased, and the patient resumed normal daily activities. Gynecological examination demonstrated adequate apical support with the cervix located above the hymenal ring and no evidence of recurrence. Sacrohysteropexy provided satisfactory anatomical correction while preserving the uterus, making it a suitable option for young women wishing to maintain reproductive and sexual function.

**Key Words:** Pelvic organ prolapse, uterine prolapse, sacrohysteropexy, reproductive-age woman

Korespondensi: Dorothy Rachel Elisabeth, alamat Taman Pulo Indah, Jl. Kecapi 1, Cakung, Jakarta Timur, HP 081316491098, e-mail dorothyreh561@gmail.com

### Pendahuluan

Prolaps uteri merupakan salah satu bentuk prolaps organ panggul (*pelvic organ prolapse/POP*), yaitu kondisi ketika uterus, serviks, dinding vagina anterior maupun posterior, atau apeks vagina mengalami pergeseran ke arah kanalis vagina akibat gangguan pada sistem penunjang dasar panggul. Sistem penyangga tersebut terdiri atas otot levator ani, fascia endopelvis, ligamen uterosakral, ligamen kardinal, serta jaringan ikat yang berperan mempertahankan posisi fisiologis organ-organ panggul. Manifestasi

klinis prolaps dapat berupa tampaknya serviks atau uterus yang menonjol hingga melewati introitus vagina dengan tingkat keparahan yang berbeda-beda. Pasien umumnya mengeluhkan adanya sensasi mengganjal atau rasa berat pada daerah panggul, benjolan yang keluar dari vagina, gangguan miksi, kesulitan saat defekasi, hingga keluhan yang berkaitan dengan fungsi seksual.<sup>1,2</sup>

Patogenesis prolaps organ panggul bersifat kompleks dan melibatkan berbagai faktor yang saling berhubungan, sehingga tidak dapat dijelaskan hanya oleh satu penyebab.

Beberapa faktor yang diketahui berperan terhadap terjadinya prolaps antara lain kehamilan, persalinan pervaginam, multiparitas, trauma dasar panggul saat proses persalinan, berat badan lahir bayi yang besar, peningkatan tekanan intraabdomen kronis, konstipasi berkepanjangan, obesitas, proses penuaan, serta kelemahan jaringan ikat. Persalinan melalui vagina dapat menyebabkan peregangan maupun kerusakan pada otot levator ani, fascia endopelvis, serta saraf pudendal sehingga kapasitas dasar panggul dalam menopang uterus dan organ panggul lainnya menjadi berkurang. Pada perempuan usia reproduktif, faktor obstetri memegang peranan penting mengingat kerusakan struktur penyangga panggul dapat terjadi sebelum perubahan degeneratif akibat menopause mulai berkembang.<sup>2,3</sup>

Walaupun prolaps uteri lebih banyak ditemukan pada wanita usia lanjut dan pascamenopause, kejadian pada kelompok usia reproduktif tetap memiliki makna klinis yang penting. Kondisi ini dapat memberikan dampak yang cukup besar terhadap aktivitas sehari-hari, fungsi berkemih, fungsi seksual, persepsi terhadap citra tubuh, kualitas hidup, maupun kondisi psikologis pasien. Keluhan umumnya akan semakin nyata ketika pasien berdiri dalam waktu lama, berjalan, batuk, mengejan, atau mengangkat beban berat karena peningkatan tekanan intraabdomen dapat memperberat penurunan organ panggul yang telah terjadi. Oleh sebab itu, evaluasi prolaps tidak hanya ditujukan untuk menilai perubahan anatomi, tetapi juga harus memperhatikan gangguan fungsional dan pengaruhnya terhadap kualitas hidup penderita.<sup>4,5</sup>

Penegakan diagnosis prolaps uteri dilakukan melalui anamnesis yang terarah, pemeriksaan ginekologi, serta evaluasi posisi organ panggul baik pada keadaan istirahat maupun saat pasien melakukan manuver Valsalva atau batuk. Himen digunakan sebagai titik acuan anatomis dalam menentukan derajat prolaps karena memiliki posisi yang relatif tetap dan mudah diidentifikasi saat pemeriksaan. Sistem *Pelvic Organ Prolapse Quantification* (POP-Q) saat ini banyak digunakan untuk mendokumentasikan derajat prolaps secara objektif. Pemeriksaan penunjang, seperti ultrasonografi, dapat

membantu menilai keadaan uterus dan adneksa sekaligus menyingkirkan kemungkinan adanya kelainan ginekologi lainnya.<sup>7</sup>

Pendekatan terapi pada prolaps uteri harus disesuaikan dengan derajat prolaps, tingkat keparahan gejala, usia pasien, status reproduksi, aktivitas seksual, penyakit penyerta, serta preferensi masing-masing pasien. Penatalaksanaan konservatif berupa edukasi, modifikasi aktivitas, pencegahan konstipasi, latihan otot dasar panggul, dan penggunaan pessarium dapat dipilih pada prolaps derajat ringan atau pada pasien yang belum menghendaki tindakan operatif. Sebaliknya, pada prolaps derajat lanjut yang telah melewati himen, bersifat menetap, dan menimbulkan keluhan yang bermakna, tindakan pembedahan dapat menjadi pilihan untuk memperbaiki dukungan anatomi sekaligus mengurangi gejala yang dialami pasien. Pada perempuan usia reproduktif, prosedur yang mempertahankan uterus, seperti *sacrohysteropexy*, merupakan salah satu alternatif yang dapat dipertimbangkan.<sup>7,8,9</sup>

Kasus prolaps uteri derajat III pada wanita berusia 29 tahun merupakan kondisi yang menarik untuk dilaporkan karena menggambarkan terjadinya prolaps derajat lanjut pada usia reproduktif. Pada kelompok usia ini, tujuan penatalaksanaan tidak hanya berfokus pada restorasi anatomi organ panggul, tetapi juga harus mempertimbangkan aspek fertilitas, fungsi seksual, kualitas hidup, serta keinginan pasien untuk mempertahankan uterus. Laporan kasus ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman mengenai pemilihan tata laksana prolaps uteri derajat lanjut pada pasien usia muda dengan riwayat persalinan pervaginam. Dengan demikian, diagnosis yang ditegakkan maupun pilihan terapi yang diberikan dapat disesuaikan secara lebih optimal berdasarkan kondisi klinis masing-masing pasien.<sup>6,7,9</sup>

Kasus prolaps uteri derajat III pada wanita usia 29 tahun merupakan kondisi yang relatif jarang dilaporkan karena prolaps organ panggul derajat lanjut umumnya ditemukan pada wanita pascamenopause. Kebaruan kasus ini terletak pada terjadinya prolaps uteri derajat III pada usia reproduktif muda dengan riwayat dua persalinan pervaginam, serta pemilihan pendekatan *uterine-sparing* melalui

*sacrohysteropexy* sebagai upaya mempertahankan fungsi reproduksi dan kualitas hidup pasien. Selain itu, laporan ini memberikan gambaran mengenai perbaikan klinis pascaoperasi dan mendukung bukti terkini bahwa prosedur preservasi uterus dapat menjadi alternatif yang efektif pada wanita usia reproduktif dengan prolaps uteri derajat lanjut. Dengan demikian, kasus ini berkontribusi terhadap literatur mengenai penatalaksanaan prolaps organ panggul pada kelompok usia muda yang masih relatif terbatas.<sup>9,20</sup>

### Kasus

Ny. R, perempuan berusia 29 tahun, P2A0, bekerja sebagai ibu rumah tangga, dirawat di rumah sakit pada 4 Januari 2026 dengan keluhan utama berupa benjolan yang keluar dari vagina sejak kurang lebih tiga tahun sebelum masuk rumah sakit. Pada awalnya, benjolan berukuran kecil dan lebih sering muncul ketika pasien berdiri terlalu lama, berjalan, batuk, mengejan, atau melakukan pekerjaan rumah tangga. Saat keluhan baru muncul, benjolan masih dapat masuk kembali dengan sendirinya, terutama ketika pasien berbaring atau beristirahat. Seiring waktu, keluhan dirasakan semakin memberat. Benjolan bertambah besar, lebih sering keluar, dan akhirnya tidak dapat masuk kembali secara spontan.

Selain keluhan benjolan, pasien merasakan sensasi mengganjal, penuh, dan berat pada daerah vagina, terutama setelah beraktivitas atau berdiri dalam waktu lama. Keluhan tersebut mengganggu kenyamanan pasien dalam menjalani aktivitas sehari-hari. Pasien juga mengeluhkan rasa berkemih yang tidak tuntas dan kadang perlu mengejan untuk memulai buang air kecil. Urin sesekali menetes ketika pasien batuk, mengejan, atau mengangkat beban. Keluhan nyeri saat buang air kecil, kencing berdarah, demam, maupun nyeri pinggang tidak ditemukan.

Keluhan buang air besar pada umumnya masih dalam batas normal. Namun, pasien kadang perlu mengejan lebih kuat saat defekasi, terutama bila konsistensi feses keras. Pasien menyangkal adanya darah saat buang air besar. Saat melakukan aktivitas seksual, pasien merasa tidak nyaman karena adanya sensasi mengganjal pada vagina. Saat

melakukan aktivitas seksual, pasien merasa tidak nyaman karena adanya sensasi mengganjal pada vagina. Pasien masih aktif secara seksual dan mengeluhkan penurunan kenyamanan saat berhubungan akibat adanya sensasi benjolan dan rasa penuh pada vagina. Keluhan tersebut menyebabkan pasien menjadi lebih jarang melakukan hubungan seksual dibandingkan sebelumnya. Tidak ditemukan dispareunia berat maupun perdarahan pascakoitus. Berdasarkan wawancara klinis, pasien menyatakan bahwa gangguan tersebut cukup memengaruhi kualitas hubungan dengan pasangan sehingga perbaikan fungsi seksual menjadi salah satu tujuan terapi. Nyeri hebat saat berhubungan seksual dan perdarahan setelah berhubungan tidak dikeluarkan. Pada area benjolan, pasien merasakan ketidaknyamanan akibat gesekan dengan pakaian dalam, tetapi tidak terdapat perdarahan aktif, luka bernanah, maupun bau tidak sedap. Nyeri hebat saat berhubungan seksual dan perdarahan setelah berhubungan tidak dikeluarkan. Pada area benjolan, pasien merasakan ketidaknyamanan akibat gesekan dengan pakaian dalam, tetapi tidak terdapat perdarahan aktif, luka bernanah, maupun bau tidak sedap.

Riwayat menstruasi pasien dilaporkan dalam batas normal. Pasien tidak memiliki riwayat penggunaan kontrasepsi. Riwayat obstetri pasien adalah P2A0. Persalinan pertama berlangsung secara spontan pervaginam dengan pertolongan bidan, dan bayi lahir dengan berat badan 3400 gram. Persalinan kedua juga dilakukan secara spontan pervaginam, ditolong oleh bidan, dengan berat bayi lahir 3600 gram. Pasien tidak pernah menjalani operasi sebelumnya. Pasien telah memiliki dua orang anak, namun masih menginginkan kemungkinan kehamilan di masa mendatang dan berharap fungsi reproduksinya tetap dapat dipertahankan. Pasien juga menyatakan keinginan yang kuat untuk mempertahankan uterus apabila tersedia pilihan terapi yang aman dan efektif. Setelah mendapatkan penjelasan mengenai berbagai pilihan tatalaksana beserta manfaat dan risikonya, pasien memilih prosedur yang mempertahankan uterus. Riwayat penyakit kronik, seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit paru kronik, maupun penyakit sistemik lain, disangkal.

Pada pemeriksaan fisik, keadaan umum pasien tampak baik dengan kesadaran compos mentis. Tanda vital menunjukkan tekanan darah 120/80 mmHg, *heart rate* 80 kali per menit, *respiratory rate* 20 kali per menit, suhu tubuh 36,6°C, dan SpO<sub>2</sub> 97% pada *room air*. Berat badan pasien 58 kg dengan tinggi badan 153 cm, sehingga indeks massa tubuh diperoleh sebesar 24,8 kg/m<sup>2</sup>.

Pemeriksaan abdomen menunjukkan abdomen datar dan supel. Tidak ditemukan nyeri tekan, massa tidak teraba, tanda cairan bebas negatif, dan bising usus berada dalam batas normal. Pada pemeriksaan ginekologi, tampak serviks keluar dari vagina melewati batas hymen. Valsalva test dan *cough test* memberikan hasil positif. Temuan ini menunjukkan bahwa penurunan serviks menjadi lebih jelas ketika terjadi peningkatan tekanan intraabdomen.

Hasil pemeriksaan laboratorium darah rutin, fungsi ginjal, dan gula darah sewaktu berada dalam batas normal sehingga pasien dinilai layak untuk menjalani tindakan operatif. Pemeriksaan USG ginekologi yang dilakukan di poli RSAM memberikan kesan uterus dalam batas normal, demikian pula adnexa kanan dan kiri. Berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan ginekologi, pasien didiagnosis mengalami prolaps uteri derajat III. Pasien kemudian direncanakan menjalani tatalaksana operatif berupa *sacrohysteropexy*. Pemilihan tindakan ini didasarkan pada beberapa pertimbangan, yaitu usia pasien yang masih 29 tahun, status sebagai wanita usia reproduktif, keluhan prolaps yang telah berlangsung selama tiga tahun dengan pembesaran progresif, dan temuan serviks yang telah keluar melewati batas hymen.

Selain itu, hasil USG ginekologi yang menunjukkan uterus dan adnexa dalam batas normal mendukung pertimbangan untuk memilih tindakan yang tetap mempertahankan uterus. Pasien dan keluarga telah diberikan edukasi mengenai diagnosis, pilihan terapi, manfaat tindakan, risiko operasi, kemungkinan kekambuhan, serta pentingnya kontrol dan penyesuaian aktivitas setelah operasi. Setelah *informed consent* diperoleh, pasien menjalani tindakan *sacrohysteropexy* dengan mempertahankan uterus. Selama operasi tidak ditemukan komplikasi intraoperative berupa perdarahan bermakna maupun cedera organ di

sekitarnya. Kondisi pascaoperasi stabil dan pasien diperbolehkan pulang pada hari ketiga perawatan.

Evaluasi dua minggu pascaoperasi menunjukkan luka operasi baik dan tidak ditemukan tanda infeksi maupun keluhan berkemih yang memberat. Pada kontrol enam minggu, pasien melaporkan bahwa benjolan yang sebelumnya keluar dari vagina sudah tidak dirasakan lagi. Keluhan rasa penuh pada vagina, sensasi mengganjal, serta rasa tidak lampias saat berkemih berkurang secara bermakna. Pasien telah kembali melakukan aktivitas sehari-hari dan aktivitas seksual tanpa keluhan dyspareunia maupun perdarahan pascacoitus. Untuk mengevaluasi fungsi saluran kemih bawah dilakukan pemeriksaan urinalisis yang menunjukkan hasil dalam batas normal tanpa tanda infeksi saluran kemih. Pengukuran postvoid residual urine dengan ultrasonografi menunjukkan volume residu sekitar 40 mL, sehingga tidak ditemukan retensi urin bermakna. Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis tidak ditemukan gangguan fungsi dasar panggul lainnya yang memerlukan penanganan tambahan.

Pada pemeriksaan ginekologi ulang menunjukkan serviks berada di atas hymen dengan dukungan apikal yang baik. Tidak ditemukan tanda rekurensi prolaps maupun komplikasi yang berkaitan dengan tindakan. Pasien diedukasi untuk menghindari mengangkat beban berat, mencegah konstipasi, serta melakukan kontrol berkala untuk memantau kemungkinan rekurensi.



**Gambar 1.** Prolaps Uteri derajat III pada Ny. R  
**Pembahasan**

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan ginekologi, kasus ini mendukung diagnosis prolaps uteri derajat III. Keluhan utama berupa benjolan yang keluar dari vagina dan bertambah besar secara bertahap selama tiga tahun merupakan gambaran klinis yang sering ditemukan pada prolaps organ panggul. Pada fase awal, benjolan masih dapat masuk kembali ketika pasien berbaring, tetapi dalam perkembangannya menjadi menetap dan tidak dapat kembali spontan. Pola perjalanan tersebut menunjukkan adanya kelemahan progresif pada struktur penyangga uterus, disertai pemanjangan serviks yang menyebabkan penonjolan serviks tampak lebih nyata melewati hymen.<sup>10,11</sup>

Pada pemeriksaan genitalia, serviks yang tampak keluar melewati hymen menjadi temuan penting dalam menentukan derajat prolaps. Hymen digunakan sebagai patokan anatomi karena posisinya relatif stabil dan mudah diidentifikasi saat pemeriksaan klinis. Prolaps derajat III menunjukkan bahwa bagian organ yang mengalami prolaps telah menonjol lebih dari 1 cm melewati hymen, tetapi belum sampai menyebabkan eversi vagina secara total. Pada pasien ini tidak ditemukan keterangan mengenai prolaps total seluruh vagina, sehingga klasifikasi prolaps uteri derajat III lebih sesuai dibandingkan derajat IV.<sup>10,12</sup>

Hasil Valsalva test dan *cough test* yang positif menunjukkan bahwa penurunan serviks semakin jelas ketika tekanan intraabdomen meningkat. Temuan ini sejalan dengan keluhan pasien yang memberat saat berdiri lama, berjalan, batuk, mengejan, atau melakukan pekerjaan rumah tangga. Peningkatan tekanan intraabdomen memberikan tekanan tambahan pada dasar panggul yang sudah melemah, sehingga organ panggul dan serviks lebih mudah terdorong ke arah bawah. Mekanisme ini juga menjelaskan mengapa pada tahap awal keluhan pasien terasa lebih ringan saat berbaring.<sup>10,15</sup>

Hal yang menarik dari kasus ini adalah usia pasien yang masih 29 tahun dan berada dalam kelompok usia reproduktif. Prolaps uteri derajat lanjut memang lebih sering ditemukan pada wanita usia lanjut dan pascamenopause, namun kondisi tersebut tetap dapat terjadi pada wanita muda. Pada usia reproduktif,

faktor obstetri memegang peranan penting karena kerusakan struktur penunjang dasar panggul dapat terjadi jauh sebelum perubahan degeneratif akibat menopause mulai berkembang.<sup>15,16</sup>

Riwayat dua kali persalinan spontan pervaginam pada pasien ini diduga berkontribusi terhadap terjadinya kelemahan dasar panggul pada usia yang relatif muda. Persalinan pervaginam diketahui dapat menyebabkan peregangan pada otot levator ani, fascia endopelvis, ligamentum penyangga uterus, serta saraf pudendal. Bila cedera atau peregangan tersebut terjadi secara berulang, kemampuan dasar panggul dalam mempertahankan posisi fisiologis uterus akan berkurang.<sup>15,16</sup>

Selain jumlah persalinan, berat badan lahir bayi yang relatif besar juga dapat meningkatkan beban mekanik selama proses persalinan. Pada pasien ini, kedua persalinan berlangsung secara spontan pervaginam dengan berat bayi lahir masing-masing 3400 gram dan 3600 gram. Kombinasi multiparitas dan berat bayi lahir yang relatif besar kemungkinan berperan dalam perjalanan terjadinya prolaps uteri pada usia yang lebih muda dibandingkan populasi pada umumnya.<sup>15,16</sup>

Selain faktor risiko obstetri, kasus ini memiliki nilai klinis yang penting karena pasien masih berada pada usia reproduktif dan masih menginginkan kemungkinan kehamilan pada masa mendatang. Pada kelompok usia ini, tujuan terapi tidak hanya ditujukan untuk memperbaiki kelainan anatomi, tetapi juga mempertimbangkan fungsi seksual, kualitas hidup, citra tubuh, serta upaya mempertahankan fungsi reproduksi.<sup>20,21</sup>

Keluhan berkemih yang dialami pasien berupa rasa tidak lampias, perlu mengejan untuk memulai berkemih, dan keluarnya urin saat batuk atau mengangkat beban dapat dijelaskan oleh perubahan dukungan anatomis kandung kemih dan uretra. Pada prolaps organ panggul, gangguan miksi dapat muncul dalam bentuk gejala obstruktif maupun inkontinensia urin stres, bergantung pada kompartemen yang terlibat dan derajat prolaps yang terjadi.<sup>10,17</sup> Penilaian gejala berkemih menjadi penting karena dapat memengaruhi perencanaan terapi dan evaluasi keberhasilan pascaoperasi.

Keluhan defekasi dan fungsi seksual juga perlu mendapat perhatian pada pasien dengan prolaps organ panggul. Pasien kadang perlu mengejan lebih kuat saat defekasi, terutama bila konsistensi feses keras. Kebiasaan mengejan tersebut dapat memperberat prolaps akibat peningkatan tekanan intraabdomen yang berlangsung berulang.<sup>17</sup>

Sebelum operasi, pasien juga mengeluhkan ketidaknyamanan saat berhubungan seksual akibat adanya sensasi mengganjal dan rasa penuh pada vagina. Perubahan anatomi yang terjadi pada prolaps organ panggul diketahui dapat memengaruhi fungsi seksual, kualitas hidup, serta kondisi psikologis pasien. Oleh karena itu, aspek fungsional tersebut perlu ikut dipertimbangkan dalam menentukan pilihan terapi.<sup>17,18</sup>

Pemeriksaan penunjang pada pasien ini tidak menunjukkan adanya kelainan sistemik bermakna yang dapat mengubah arah diagnosis maupun memengaruhi rencana terapi. Pemeriksaan laboratorium praoperatif berada dalam batas normal, sedangkan ultrasonografi ginekologi menunjukkan uterus dan kedua adneksa dalam batas normal. Tidak ditemukannya kelainan organ reproduksi lain mendukung pemilihan prosedur yang mempertahankan uterus.<sup>10,12</sup>

Penatalaksanaan prolaps uteri harus disesuaikan dengan derajat prolaps, beratnya gejala, usia pasien, status reproduksi, aktivitas seksual, serta preferensi pasien terhadap terapi. Pendekatan konservatif berupa modifikasi aktivitas, latihan otot dasar panggul, maupun penggunaan pessary dapat dipertimbangkan pada prolaps ringan atau pada pasien yang tidak menghendaki tindakan operatif.<sup>8,10,19</sup> Namun, pada kasus ini keluhan telah berlangsung selama tiga tahun, bersifat progresif, dan mulai mengganggu aktivitas sehari-hari sehingga tindakan operatif menjadi pilihan yang lebih rasional.

Beberapa alternatif pembedahan yang dapat dipertimbangkan meliputi *Manchester procedure*, *vaginal hysteropexy*, histerektomi dengan suspensi apeks vagina, maupun *sacrohysteropexy*. *Manchester procedure* merupakan salah satu prosedur preservasi uterus yang dapat digunakan pada prolaps uteri, tetapi tindakan tersebut melibatkan amputasi serviks sehingga berpotensi memengaruhi fungsi reproduksi dan

meningkatkan risiko komplikasi obstetri pada kehamilan berikutnya.<sup>14,19,20</sup>

*Vaginal hysteropexy* maupun histerektomi dengan suspensi apeks vagina juga dapat memberikan hasil anatomis yang baik. Akan tetapi, histerektomi tidak sesuai dengan preferensi pasien yang masih menginginkan uterus dipertahankan. Selain itu, berbagai penelitian menunjukkan bahwa prosedur preservasi uterus memiliki keberhasilan anatomis yang sebanding dengan histerektomi dengan tingkat kepuasan pasien yang tinggi. Pada pasien ini dipilih tindakan *sacrohysteropexy* karena memberikan koreksi dukungan apikal yang baik sekaligus mempertahankan uterus. Pemilihan prosedur tersebut didasarkan pada usia pasien yang masih muda, aktivitas seksual yang masih aktif, adanya keinginan mempertahankan potensi reproduksi, serta tidak ditemukannya kelainan uterus maupun adneksa pada pemeriksaan ultrasonografi.<sup>21,22,25</sup>

Sejumlah penelitian terbaru menunjukkan bahwa *sacrohysteropexy* merupakan salah satu prosedur *uterine-sparing* yang aman dan efektif pada kasus *uterovaginal prolapse*. Prosedur ini memberikan keberhasilan anatomis yang tinggi dengan angka komplikasi yang relatif rendah.<sup>14,19</sup> Selain itu, studi sistematis oleh Meriwether dkk. menunjukkan bahwa prosedur preservasi uterus memiliki keberhasilan anatomis yang sebanding dengan histerektomi dengan keuntungan berupa kehilangan darah intraoperatif yang lebih sedikit dan waktu pemulihan yang lebih cepat.<sup>22</sup>

Keuntungan lain dari *sacrohysteropexy* adalah kemungkinan mempertahankan fungsi reproduksi. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kehamilan setelah tindakan *sacrohysteropexy* tetap dapat terjadi dengan luaran maternal dan neonatal yang umumnya baik, walaupun data yang tersedia masih terbatas.<sup>20,21</sup> Temuan tersebut semakin mendukung penggunaan prosedur preservasi uterus pada wanita usia reproduktif yang masih menginginkan kemungkinan kehamilan di masa mendatang.

Hasil klinis pada pasien ini menunjukkan perbaikan gejala yang bermakna setelah operasi. Pada evaluasi enam minggu pascaoperasi, keluhan benjolan yang keluar

dari vagina telah menghilang, sensasi penuh pada panggul berkurang, dan keluhan berkemih mengalami perbaikan. Pasien telah kembali melakukan aktivitas sehari-hari tanpa hambatan berarti. Pemeriksaan ginekologi menunjukkan serviks kembali berada di atas hymen dan tidak ditemukan tanda rekurensi prolaps. Temuan tersebut sejalan dengan laporan Hafedh dkk. yang menunjukkan bahwa sebagian besar pasien yang menjalani *sacrohysteropexy* memperoleh perbaikan anatomis yang memuaskan dengan angka komplikasi yang rendah.<sup>9</sup>

Perbaikan fungsi seksual juga ditemukan pada pasien ini. Setelah operasi, pasien tidak lagi mengeluhkan rasa mengganjal maupun dispareunia saat berhubungan seksual. Temuan ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa koreksi prolaps melalui prosedur preservasi uterus dapat memperbaiki atau setidaknya mempertahankan fungsi seksual pasien. Najib dkk. melaporkan bahwa *sacrocolpopexy* memberikan hasil jangka panjang yang baik terhadap kualitas fungsi seksual dengan risiko dispareunia yang lebih rendah dibandingkan beberapa teknik vaginal.<sup>23,24</sup>

Meskipun memiliki berbagai keuntungan, *sacrohysteropexy* tetap mempunyai beberapa keterbatasan. Penggunaan mesh sintesis dapat menimbulkan komplikasi berupa erosi mesh, nyeri panggul kronik, infeksi, maupun rekurensi prolaps, walaupun angka kejadiannya relatif rendah.<sup>22,26</sup> Oleh karena itu, pasien perlu mendapatkan edukasi yang adekuat sebelum operasi dan tetap menjalani *follow-up* jangka panjang.

Pada kasus ini, selama periode *follow-up* awal tidak ditemukan komplikasi maupun tanda rekurensi prolaps. Pasien juga telah diberikan edukasi mengenai pentingnya menghindari mengangkat beban berat, mencegah konstipasi, serta melakukan kontrol berkala. Dengan demikian, tata laksana prolaps organ panggul tidak hanya berfokus pada koreksi anatomi, tetapi juga pada pemulihan fungsi dan peningkatan kualitas hidup pasien.<sup>10,17,19</sup>

### Simpulan

Prolaps uteri derajat III dapat terjadi pada wanita usia reproduktif dan tidak selalu berkaitan dengan proses penuaan atau

menopause. Riwayat persalinan pervaginam dan faktor obstetri lainnya dapat berkontribusi terhadap terjadinya kelemahan dasar panggul sehingga prolaps derajat lanjut dapat muncul pada usia yang relatif muda.

Pada kasus ini, *sacrohysteropexy* memberikan perbaikan gejala yang memuaskan tanpa komplikasi maupun tanda rekurensi pada masa follow-up awal, sekaligus mempertahankan uterus, fungsi seksual, dan potensi reproduksi pasien. Kasus ini menunjukkan bahwa prosedur *uterine-sparing* dapat menjadi pilihan yang efektif pada wanita usia reproduktif dengan prolaps uteri derajat lanjut yang masih menginginkan preservasi uterus.

Pelajaran klinis yang dapat diambil dari kasus ini adalah bahwa pemilihan tata laksana prolaps organ panggul tidak hanya berorientasi pada koreksi anatomi, tetapi juga harus mempertimbangkan usia pasien, fungsi seksual, kualitas hidup, dan keinginan reproduksi sehingga pendekatan terapi dapat disesuaikan secara individual berdasarkan kebutuhan masing-masing pasien.

### Daftar Pustaka

1. Kuo CH & Horng HC. Pelvic Organ Prolapse. Treasure Island: StatPearls Publishing. 2025.
2. Berek JS, Novak's Gynecology. Edisi ke-16. Philadelphia: Wolters Kluwer. 2019.
3. Obsa MS, Worji TA, Kediri NA, Kute NG. Risk factors of pelvic organ prolapse at Asella Teaching and Referral Hospital: unmatched case control study. Front Glob Womens Health. 2022. 3:833823.
4. Wan D, Qin T, Guo L, Zhang X, Wang H, Zheng Z, et al. Risk factors for pelvic organ prolapse in postpartum women: a retrospective cross-sectional study in Southwest China. Front Med. 2025;12:1663043.
5. Li J, Zhao X, Li J, Liu Y, Li T. Pelvic organ prolapse after delivery: effects on sexual function, quality of life, and psychological health. J Sex Med. 2023. 20(12):1384-1390.
6. Liu YY, Wang CL, Loo ZX, Liang CC. Clinical risk factors for uterine cervical elongation among women with pelvic organ prolapse. Int J Environ Res Public Health. 2021. 18(17):9255.

7. Barbier H, Carberry CL, Karjalainen PK, Mahoney CK, Galán VM, Rosamilia A, et al. International Urogynecology consultation chapter 2 committee 3: The clinical evaluation of pelvic organ prolapse including investigations into associated morbidity/pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2023. 34(11):2657-2688.
8. Pizzoferrato AC, Thuillier C, Vénara A, Bornsztejn N, Bouquet S, Cayrac M, et al. Management of female pelvic organ prolapse: summary of the 2021 HAS guidelines. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2023. 52(3):102535.
9. Hafedh B, Idris SM, Nadreen F, Banasser AM, Iskandarani R, Baradwan S. Laparoscopic sacrohysteropexy for the management of uterovaginal prolapse: a pilot, single-center experience from Saudi Arabia. *Int J Womens Health*. 2024. 16:1483-1491.
10. Kuo CH, Horng HC. *Pelvic Organ Prolapse*. Treasure Island: StatPearls Publishing. 2025.
11. Berek JS, editor. *Berek & Novak's Gynecology*. Edisi ke-16. Philadelphia: Wolters Kluwer. 2019.
12. Barbier H, Carberry CL, Karjalainen PK, Mahoney CK, Galán VM, Rosamilia A, et al. International Urogynecology consultation chapter 2 committee 3: the clinical evaluation of pelvic organ prolapse including investigations into associated morbidity/pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2023. 34(11):2657-2688.
13. Liu YY, Wang CL, Loo ZX, Liang CC. Clinical risk factors for uterine cervical elongation among women with pelvic organ prolapse. *Int J Environ Res Public Health*. 2021. 18(17):9255.
14. Çekiç SG, Aktoz F, Urman B. A systematic review of uterine cervical elongation and meta-analysis of Manchester repair. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2024. 300:315-326.
15. Obsa MS, Worji TA, Kedir NA, Kute NG. Risk factors of pelvic organ prolapse at Asella Teaching and Referral Hospital: unmatched case control study. *Front Glob Womens Health*. 2022. 3:833823.
16. Wan D, Qin T, Guo L, Zhang X, Wang H, Zheng Z, et al. Risk factors for pelvic organ prolapse in postpartum women: a retrospective cross-sectional study in Southwest China. *Front Med*. 2025. 12:1663043.
17. Harvey MA, Chih HJ, Geoffrion R, Amir B, Bhide A, Miotla P, et al. International Urogynecology Consultation Chapter 1 Committee 5: relationship of pelvic organ prolapse to associated pelvic floor dysfunction symptoms. *Int Urogynecol J*. 2021. 32(10):2575-2594.
18. Li J, Zhao X, Li J, Liu Y, Li T. Pelvic organ prolapse after delivery: effects on sexual function, quality of life, and psychological health. *J Sex Med*. 2023. 20(12):1384-1390.
19. Hafedh B, Idris SM, Nadreen F, Banasser AM, Iskandarani R, Baradwan S. Laparoscopic sacrohysteropexy for the management of uterovaginal prolapse: a pilot, single-center experience from Saudi Arabia. *Int J Womens Health*. 2024. 16:1483-1491.
20. Zietarska-Cisak M, Zwierzchowska A, Barcz E, Horosz E. Sexual function in women with pelvic organ prolapse and surgery influence on their complaints. *Ginekol Pol*. 2023.
21. Najib B, Rusavy Z, Abdallah W, Abdel Khalek Y, Giraud N, Deval B. Impact of laparoscopic sacrocolpopexy on sexual function in women with advanced stages of pelvic organ prolapse: a five-year prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2023;284:12-15.
22. Meriwether KV, Antosh DD, Olivera CK, Kim-Fine S, Balk EM, Murphy M, et al. Uterine preservation versus hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: updated systematic review and clinical practice guideline. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2022;28(1):1-15.
23. Bortoletto P, Friedman T, Milad MP. Pregnancy outcomes after uterine-sparing prolapse repair: a systematic review. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2020;26(10):599-603.
24. Ding J, Chen C, Song XC, Zhang L, Deng M. Pregnancy and delivery after laparoscopic sacrohysteropexy: a systematic review. *Int Urogynecol J*. 2023;34(6):1211-1219.
25. Gutman RE, Rardin CR, Sokol AI, Matthews CA, Park AJ, Iglesia CB. The role of uterine preservation at the time of pelvic organ

prolapse surgery: updated clinical  
guidance. Female Pelvic Med Reconstr  
Surg. 2023;29(6):327-335.