

PROLAPS UTERI TOTAL DENGAN SISTOKEL DAN REKTOKEL PADA WANITA MULTIPARA USIA LANJUT: LAPORAN KASUS

Ainil Aisyah^{1*}, Sarah Ika Nainggolan², Kevin Nicholas Rumahorbo³

¹Departemen Emergensi Rumah Sakit Pertamedika Ummi Rosnati

²Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala

³Departemen Emergensi Rumah Sakit Umum Daerah Tualang

[*Email korespondensi: ainilaisyah24@gmail.com]

Abstract: Total Uterine Prolapse Associated with Cystocele and Rectocele in an Elderly Multiparous Woman: A Case Report. Uterine prolapse is a component of pelvic organ prolapse that commonly occurs in elderly women, particularly those with a history of multiparity. This condition may significantly impair quality of life and is frequently associated with other types of pelvic organ prolapse. We report a case of a 64-year-old woman, gravida 7 para 7 abortus 0 (G7P7A0), who presented with a complaint of a vaginal mass protruding for one year, progressively enlarging and becoming permanently externalized. Physical examination revealed a grade IV uterine prolapse accompanied by grade III cystocele and grade III rectocele. The patient had a history of seven vaginal deliveries and had been postmenopausal since the age of 50 years. Laboratory investigations demonstrated anemia and cardiovascular comorbidity in the form of atrial fibrillation was identified. Considering the patient's age, reproductive status, and severity of the prolapse, surgical management was performed, consisting of total vaginal hysterectomy combined with anterior colporrhaphy, posterior colpoperineorrhaphy, and sacrospinous fixation. The postoperative course was uneventful, and the patient showed favorable clinical outcomes. Multiparity and advanced age are major risk factors for advanced-stage uterine prolapse. Surgical management in post-reproductive women provides favorable outcomes and improves quality of life.

Keywords: Uterine Prolapse, Pelvic Organ Prolapse, Multiparity, Aged, Hysterectomy, Vaginal

Abstrak: Prolaps Uteri Total Dengan Sistokel Dan Rektokel Pada Wanita Multipara Usia Lanjut: Laporan Kasus. Prolaps uteri merupakan bagian dari prolaps organ panggul yang banyak terjadi pada wanita usia lanjut, terutama pada mereka dengan riwayat multiparitas. Kondisi ini dapat menyebabkan gangguan signifikan terhadap kualitas hidup dan sering kali disertai prolaps organ panggul lainnya. Dilaporkan satu kasus seorang wanita berusia 64 tahun dengan status obstetri G7P7A0 yang datang dengan keluhan benjolan keluar dari vagina sejak satu tahun terakhir. Keluhan dirasakan semakin membesar dan menetap di luar vagina. Pemeriksaan fisik menunjukkan prolaps uteri derajat IV yang disertai sistokel derajat III dan rektokel derajat III. Pasien memiliki riwayat tujuh kali persalinan pervaginam dan telah mengalami menopause sejak usia 50 tahun. Pemeriksaan penunjang laboratorium menunjukkan anemia, serta ditemukan komorbid kardiovaskular berupa atrial fibrilasi. Berdasarkan kondisi klinis dan status reproduksi pasien, dilakukan tindakan bedah berupa total vaginal histerektomi yang dikombinasikan dengan kolporafi anterior, kolpoperineorafi posterior, dan fiksasi sakrospinosus. Pascaoperasi, kondisi klinis pasien menunjukkan perbaikan yang baik tanpa komplikasi bermakna. Multiparitas dan usia lanjut merupakan faktor risiko utama terjadinya prolaps uteri derajat lanjut.

Penatalaksanaan bedah pada pasien yang telah menyelesaikan fungsi reproduksi terbukti memberikan hasil klinis yang baik serta meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kata Kunci: Prolaps Uteri, Prolaps Organ Panggul, Multiparitas, Usia Lanjut, Histerektomi Vaginal

PENDAHULUAN

Prolaps uteri merupakan kondisi ginekologis yang ditandai dengan penurunan uterus ke dalam atau keluar melalui vagina akibat kelemahan atau kegagalan struktur penunjang panggul, termasuk otot dasar panggul, fascia endopelvik, serta ligamen uterosakral dan kardinal. Kondisi ini merupakan bagian dari prolaps organ panggul (*pelvic organ prolapse/POP*), yaitu herniasi organ panggul melalui dinding vagina yang disebabkan oleh kerusakan atau kelemahan sistem penunjang pelvis. Uterus yang normalnya dipertahankan dalam rongga panggul dapat mengalami perubahan posisi ketika struktur pendukung tersebut mengalami peregangan, degenerasi, atau trauma, sehingga terdorong ke arah kanalis vaginalis (Aboseif & Liu, 2022; Chen & Thompson, 2023; Barber, 2016).

Prolaps uteri merupakan masalah ginekologi yang cukup sering ditemukan dan kerap disertai dengan prolaps organ panggul lainnya, seperti sistokel (penurunan kandung kemih melalui dinding vagina anterior) dan rektokel (penonjolan rektum melalui dinding vagina posterior). Insidensi prolaps uteri meningkat seiring bertambahnya usia, terutama pada wanita pascamenopause akibat penurunan kadar estrogen yang berperan penting dalam menjaga elastisitas dan kekuatan jaringan penunjang panggul. Selain berdampak pada fungsi organ reproduksi, prolaps uteri juga berpengaruh signifikan terhadap kualitas hidup pasien, baik secara fisik, psikologis, sosial, maupun seksual (Doshani et al., 2007; Iglesia et al., 2017; Lowder et al., 2011).

Secara epidemiologis, *Women's Health Initiative (WHI)* melaporkan prevalensi prolaps uteri sebesar 14% pada 27.342 wanita yang diteliti. Studi *Oxford Family Planning Association*

menunjukkan angka rawat inap akibat prolaps uteri sebesar 20,4 per 10.000 wanita per tahun, dengan angka pembedahan mencapai 16,2 per 10.000 wanita per tahun. Di Indonesia, data epidemiologi nasional terkait prolaps uteri masih terbatas. Namun, beberapa penelitian berbasis rumah sakit menunjukkan angka kejadian yang cukup tinggi. Di RSUP Sanglah Denpasar pada periode 2015–2016 ditemukan 247 kasus prolaps uteri dari 18.355 kasus ginekologi, dengan derajat III sebagai derajat yang paling banyak dijumpai. Sementara itu, di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM) dilaporkan prevalensi prolaps organ panggul sebesar 15,96% dengan 252 kasus pada periode 2016–2018 (Doshani et al., 2007; Kusuma et al., 2017; Pravitasari et al., 2021; Wu et al., 2014; Handa et al., 2011).

Faktor risiko utama prolaps uteri adalah kehamilan dan persalinan pervaginam. Multiparitas terbukti meningkatkan risiko prolaps akibat peregangan berulang pada otot dasar panggul serta kerusakan fascia endopelvik yang berhubungan dengan trauma obstetri. Faktor lain yang turut berperan meliputi usia lanjut, menopause, obesitas, peningkatan tekanan intraabdomen kronik seperti konstipasi atau batuk kronik, adanya massa atau tumor pelvis, serta kelainan jaringan ikat bawaan, misalnya pada sindrom Ehlers-Danlos dan Marfan (Iglesia et al., 2017; Razzak & Rizvi, 2018; Chen & Thompson, 2023; Vergeldt et al., 2015).

Meskipun prolaps uteri bukan merupakan kondisi yang mengancam jiwa, kondisi ini dapat menyebabkan morbiditas jangka panjang, antara lain inkontinensia urin, gangguan defekasi, ulkus akibat gesekan, infeksi saluran kemih berulang, serta gangguan psikologis berupa kecemasan dan depresi. Tidak jarang

pasien datang berobat dalam kondisi prolaps derajat lanjut akibat rendahnya kesadaran kesehatan reproduksi, faktor budaya, serta keterlambatan dalam mencari pertolongan medis (Doshani et al., 2007; Iglesia et al., 2017).

Prolaps uteri merupakan kondisi yang cukup sering dijumpai, laporan kasus mengenai prolaps uteri derajat lanjut (derajat IV) dengan kombinasi prolaps organ panggul lain seperti sistokel dan rektokel, terutama pada pasien usia lanjut dengan komorbid sistemik seperti penyakit kardiovaskular, masih relatif terbatas dalam literatur. Selain itu, belum banyak laporan yang secara komprehensif membahas tantangan dalam penatalaksanaan kasus kompleks tersebut, khususnya terkait pemilihan pendekatan terapi yang optimal, baik konservatif maupun operatif, dengan mempertimbangkan kondisi umum pasien dan risiko perioperatif (Doshani et al., 2007; Iglesia and Smithling, 2017; Maher et al., 2013).

Oleh karena itu, laporan kasus ini disusun untuk memberikan gambaran mengenai aspek klinis, diagnosis, faktor risiko, serta prinsip penatalaksanaan prolaps uteri derajat lanjut, khususnya pada pasien usia lanjut, dengan harapan dapat meningkatkan pemahaman klinis dan menjadi referensi dalam tata laksana

kasus serupa berdasarkan tinjauan pustaka yang relevan (Chen & Thompson, 2023).

KASUS

Seorang perempuan berusia 64 tahun datang ke Instalasi Gawat Darurat RSPUR pada 4 Agustus 2025 dengan keluhan utama adanya benjolan yang keluar dari jalan lahir. Keluhan dirasakan sejak ±1 tahun sebelum masuk rumah sakit dan semakin lama semakin membesar hingga menetap di luar vagina serta tidak dapat direposisi. Pasien mengeluhkan rasa tidak nyaman, tanpa disertai nyeri, perdarahan pervaginam, atau keputihan. Fungsi berkemih dan defekasi dilaporkan dalam batas normal.

Pasien memiliki riwayat penyakit jantung dan pernah menjalani operasi hemoroid satu tahun sebelumnya. Riwayat hipertensi dan diabetes melitus disangkal. Riwayat obstetrik menunjukkan multiparitas, dengan tujuh kali persalinan pervaginam tanpa komplikasi. Pasien mengalami menopause pada usia 50 tahun dan tidak memiliki riwayat penggunaan kontrasepsi hormonal. Riwayat keluarga dengan keluhan serupa tidak ditemukan. Pasien merupakan ibu rumah tangga, tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol, serta tidak memiliki riwayat aktivitas fisik berat yang signifikan.



Gambar 1. Prolaps Uteri derajat IV disertai sistokel derajat III, rektokel derajat III

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sakit sedang dengan kesadaran compos mentis. Tanda vital relatif stabil, dengan tekanan darah 126/50 mmHg, nadi 101 kali/menit, frekuensi napas 20 kali/menit, dan suhu tubuh 36,5°C. Indeks massa tubuh pasien 21,33 kg/m² (status gizi normal). Pemeriksaan sistemik dalam batas normal. Pada pemeriksaan status lokalisata tampak uterus seluruhnya keluar dari vagina dengan warna kemerahan, konsistensi lunak, dan tanpa nyeri tekan. Pemeriksaan inspekulo tidak dilakukan karena pada prolaps uteri derajat IV, uterus dan serviks telah keluar sepenuhnya dari kanalis vaginalis, sehingga evaluasi anatomi dapat dilakukan secara langsung melalui inspeksi.

Pemeriksaan laboratorium menunjukkan anemia dengan kadar hemoglobin 9,2 g/dL, disertai parameter eritrosit dan hematokrit yang menurun. Pemeriksaan kimia klinik dan elektrolit dalam batas normal. Foto toraks menunjukkan kardiomegali dengan congesti pulmonum, sedangkan pemeriksaan elektrokardiografi menunjukkan irama atrial fibrilasi. Pemeriksaan ultrasonografi dilakukan sebagai bagian dari evaluasi praoperatif.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, pasien ditegakkan diagnosis G7P7A0 usia 64 tahun dengan prolaps uteri derajat IV disertai sistokel derajat III, rektokel derajat III, dan anemia.

Pasien mendapatkan terapi medikamentosa berupa cairan intravena Ringer Laktat, digoksin sesuai rekomendasi bagian kardiologi, serta transfusi *packed red cells* (PRC) dengan target hemoglobin >10 g/dL. Setelah kondisi umum dan status hematologi membaik, pasien direncanakan menjalani tindakan operatif berupa total vaginal hysterectomy disertai kolporafi anterior, kolpoperineorafi posterior, dan fiksasi sacrospinus.

Pada hari perawatan kedua, pasien masih mengeluhkan lemas, dengan hasil

pemeriksaan laboratorium menunjukkan peningkatan kadar hemoglobin. Terapi dilanjutkan dengan transfusi PRC kedua, antibiotik profilaksis preoperatif, dan persiapan operasi. Pada hari ketiga pascaoperasi, pasien mengeluhkan nyeri pascaoperasi yang berangsur membaik dengan skala nyeri 4 (NRS). Luka operasi tampak terawat tanpa tanda infeksi atau perdarahan. Pasien mendapatkan terapi cairan, antibiotik, analgesik, antiemetik, serta diet bertahap.

Pasien dijadwalkan *untuk follow-up* pada 2 minggu dan 1 bulan pascaoperasi untuk evaluasi klinis dan penyembuhan luka. Namun demikian, keterbatasan laporan ini adalah tidak tersedianya data *follow-up* lanjutan, sehingga evaluasi luaran jangka pendek tidak dapat dilaporkan. Prognosis pasien dinilai dubia ad bonam untuk quo ad vitam, quo ad functionam, dan quo ad sanationam.

PEMBAHASAN

Pasien dalam laporan kasus ini datang dengan keluhan utama berupa benjolan yang keluar dari jalan lahir sejak satu tahun terakhir, yang merupakan gejala khas prolaps uteri. Keluhan berlangsung progresif, awalnya dapat keluar-masuk namun kemudian menetap di luar vagina dan tidak dapat direposisi, menunjukkan perjalanan penyakit yang kronik dan progresif. Hal ini sesuai dengan literatur yang menyebutkan bahwa prolaps uteri derajat lanjut ditandai dengan protrusi uterus yang menetap di luar introitus vagina, sering kali disertai gangguan kenyamanan saat beraktivitas (Chen & Thompson, 2023; Doshani et al., 2007).

Keluhan penyerta pada pasien terbatas pada rasa tidak nyaman tanpa disertai nyeri, perdarahan pervaginam, keputihan patologis, maupun gangguan berkemih dan defekasi. Prolaps uteri memang tidak selalu menimbulkan nyeri, tetapi lebih sering menyebabkan sensasi penuh di panggul atau rasa adanya benda asing di vagina. Tidak ditemukannya gangguan miksi pada pasien ini, meskipun terdapat sistokel, kemungkinan

disebabkan oleh adaptasi fisiologis bertahap atau masih adekuatnya mekanisme kompensasi kandung kemih (Iglesia et al., 2017).

Riwayat obstetri pasien menunjukkan multiparitas dengan tujuh kali persalinan pervaginam tanpa komplikasi. Multiparitas merupakan faktor risiko terkuat prolaps uteri karena persalinan pervaginam berulang menyebabkan peregangan, kerusakan fascia endopelvik, serta cedera otot dasar panggul dan saraf pudendal. Berbagai studi menunjukkan bahwa risiko prolaps meningkat signifikan pada wanita dengan tiga atau lebih persalinan pervaginam dan meningkat tajam pada wanita dengan jumlah anak yang lebih banyak. Dengan demikian, multiparitas berperan besar dalam patogenesis prolaps uteri pada kasus ini (Razzak & Rizvi, 2018; Iglesia et al., 2017).

Selain multiparitas, usia lanjut dan status pascamenopause pasien turut berkontribusi terhadap terjadinya prolaps uteri. Proses penuaan menyebabkan degenerasi jaringan ikat dan penurunan elastisitas ligamen pelvis, sedangkan defisiensi estrogen pada masa menopause mempercepat degradasi kolagen dan elastin pada jaringan penunjang panggul. Kombinasi faktor-faktor tersebut menjelaskan tingginya insidensi prolaps organ panggul pada wanita usia lanjut, sebagaimana ditemukan pada pasien ini (Chen & Thompson, 2023; Razzak & Rizvi, 2018).

Pemeriksaan fisik ginekologis menunjukkan uterus keluar seluruhnya dari vagina dengan konsistensi lunak dan tanpa nyeri tekan, yang sesuai dengan prolaps uteri derajat IV atau procidentia. Diagnosis ditegakkan secara klinis melalui inspeksi genital, sesuai dengan pedoman yang menyatakan bahwa pemeriksaan fisik merupakan modalitas utama dalam menegakkan diagnosis prolaps organ panggul (Chen & Thompson, 2023; International Urogynecological Association, 2019). Tidak ditemukannya tanda ulserasi, perdarahan, maupun infeksi sekunder menunjukkan bahwa

meskipun prolaps telah mencapai derajat lanjut, komplikasi lokal masih dapat dihindari pada pasien ini (Chen & Thompson, 2023).

Selain prolaps uteri, pasien juga mengalami sistokel dan rektokel derajat lanjut. Kondisi ini sering menyertai prolaps uteri akibat kelemahan jaringan penunjang panggul secara menyeluruh, khususnya fascia pubovesikalis dan rektovaginalis. Kombinasi prolaps multipel ini umum dijumpai pada wanita multipara dan memperkuat indikasi penatalaksanaan operatif definitif (Aboseif & Liu, 2022; Iglesia et al., 2017).

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan penyebab lain seperti massa pelvis. Tidak ditemukannya massa intraabdomen mendukung bahwa prolaps pada pasien ini terutama disebabkan oleh kegagalan mekanisme penunjang anatomis. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan anemia, yang pada prolaps uteri dapat disebabkan oleh defisiensi nutrisi pada usia lanjut atau perdarahan mikro kronik dari mukosa serviks yang teriritasi, meskipun perdarahan tidak selalu disadari pasien (Chen & Thompson, 2023).

Komorbid kardiovaskular berupa kardiomegali dan atrial fibrilasi menjadi pertimbangan penting dalam perencanaan tindakan operatif. Atrial fibrilasimeningkatkan risiko perioperatif, termasuk aritmia, tromboemboli, dan instabilitas hemodinamik selama dan setelah operasi, sehingga stabilisasi kondisi jantung sebelum pembedahan menjadi langkah krusial. Pemberian digoksin dan konsultasi dengan spesialis jantung sesuai dengan prinsip evaluasi kardiovaskular praoperatif pada pasien risiko tinggi (Barsoom, 2022).

Diagnosis akhir pada pasien ini adalah prolaps uteri derajat IV disertai sistokel derajat III, rektokel derajat III, dan anemia. Penatalaksanaan yang dipilih adalah tindakan operatif berupa *total vaginal hysterectomy* disertai kolporafi anterior, kolpoperineorafi posterior, dan sacrospinus fiksasi. Tindakan ini merupakan pilihan standar pada prolaps

uteri derajat lanjut pada wanita usia lanjut yang tidak lagi membutuhkan fungsi reproduksi. Prosedur tersebut bertujuan mengangkat uterus yang prolaps, memperbaiki dinding vagina, serta memberikan dukungan apikal untuk mencegah prolaps berulang (Doshani et al., 2007; Iglesia et al., 2017; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019).

Meskipun penggunaan pessary merupakan pilihan terapi konservatif pada prolaps organ panggul, terutama pada pasien dengan risiko operasi tinggi, terapi ini tidak dipilih pada kasus ini karena derajat prolaps yang sudah mencapai derajat IV (procidentia), di mana keberhasilan pessary menjadi terbatas. Selain itu, penggunaan pessary jangka panjang memerlukan kepatuhan tinggi, kontrol rutin, serta memiliki risiko komplikasi seperti ulserasi, infeksi, dan erosi jaringan, terutama pada pasien usia lanjut (Bugge et al., 2013).

Prognosis pasien dinilai dubia ad bonam. Meskipun tindakan operatif memberikan perbaikan anatomi dan gejala yang signifikan, risiko kekambuhan tetap ada, terutama pada pasien dengan multiparitas dan kelemahan jaringan dasar panggul kronis. Oleh karena itu, tindak lanjut jangka panjang dan edukasi pasien mengenai faktor risiko rekurensi tetap diperlukan (Iglesia et al., 2017).

Kasus ini sejalan dengan temuan Doshani et al. (2007) dan Iglesia and Smithling (2017), yang menyatakan bahwa prolaps uteri derajat lanjut paling sering terjadi pada wanita usia lanjut dengan riwayat multiparitas. Namun, kasus ini memiliki perbedaan dalam hal tidak ditemukannya gejala gangguan miksi maupun defekasi meskipun terdapat sistokel dan rektokel derajat lanjut, yang umumnya sering menimbulkan gejala disfungsi berkemih atau defekasi. Selain itu, adanya komorbid kardiovaskular berupa atrial fibrilasi menambah kompleksitas dalam penatalaksanaan, yang tidak selalu dibahas secara mendalam dalam laporan kasus sebelumnya.

Kasus ini memiliki beberapa aspek keunikan yang memperkuat nilai ilmiah laporan, yaitu terjadi pada pasien usia lanjut dengan kondisi pascamenopause, riwayat multiparitas ekstrem (G7P7A0), yang merupakan faktor risiko utama prolaps berat, kombinasi prolaps organ panggul multipel (prolaps uteri derajat IV disertai sistokel dan rektokel derajat III), adanya komorbid kardiovaskular berupa kardiomegali dan atrial fibrilasi yang meningkatkan kompleksitas manajemen, pendekatan operatif tetap dapat dilakukan dengan hasil klinis yang baik setelah optimalisasi kondisi sistemik.

Kasus ini menegaskan bahwa prolaps uteri derajat lanjut merupakan kondisi multifaktorial dengan kompleksitas klinis yang tinggi, terutama pada pasien usia lanjut dengan komorbid. Pendekatan individual berbasis kondisi pasien, termasuk evaluasi risiko operatif dan pemilihan terapi yang tepat, sangat penting untuk mencapai hasil yang optimal.

KESIMPULAN

Prolaps uteri derajat IV pada wanita multipara usia lanjut merupakan kondisi dengan faktor risiko multifaktorial. Penatalaksanaan operatif memberikan hasil yang baik bila disertai optimalisasi kondisi komorbid. Deteksi dini dan edukasi menjadi kunci pencegahan progresivitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Aboseif, C., & Liu, P. (2022). *Pelvic organ prolapse*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563229/>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2019) *Pelvic organ prolapse: Practice Bulletin No. 214*. Washington DC: ACOG.
- Barber, M.D. (2016) 'Pelvic organ prolapse', *BMJ*, 354, i3853.
- Barsoom, R. S. (2022). *Uterine prolapse in emergency medicine*. Medscape. <https://emedicine.medscape.com/article/797295-overview>

- Bugge, C., Hagen, S. and Thakar, R. (2013) 'Vaginal pessaries for pelvic organ prolapse', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD004010.
- Chen, C. J., & Thompson, H. (2023). *Uterine prolapse*. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564429/>
- Doshani, A., Teo, R. E. C., Mayne, C. J., & Tincello, D. G. (2007). Uterine prolapse. *BMJ*, 335(7624), 819–823.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2034734/>
- Erwinanto. (2015). Prolaps uteri. *Medica Hospitalia*, 3(2), 138–142.
- Handa, V.L., Garrett, E., Hendrix, S., Gold, E. and Robbins, J. (2011) 'Progression and remission of pelvic organ prolapse', *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(5), pp. 514.e1–514.e7.
- Iglesia, C. B., Smithling, K. R., & Columbia, D. (2017). Pelvic organ prolapse. *American Family Physician*, 96(3), 179–185.
<https://www.aafp.org/afp/2017/0801/afp20170801p179.pdf>
- Kusuma, I. G. Y. S., Putra, I. G. M., Megadhana, I. W., Sanjaya, I. N. H., & Manuaba, I. F. (2017). Characteristics of patients with pelvic organ prolapse in obstetric and gynecologic outpatient clinic in Sanglah Hospital, Bali, Indonesia from January 2014 to December 2015. *Bali Medical Journal*, 6(1), 76.
<https://doi.org/10.15562/bmj.v6i1.453>
- Maher, C., Feiner, B., Baessler, K. and Schmid, C. (2013). Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.cd004014.pub5>.
- Pravitasari, V. L., Kurniawati, E. M., & Umiastuti, P. (2021). Risk factor characteristics of patients with uterine prolapse in gynecology outpatient clinic in Dr. Soetomo Hospital, Surabaya. *Biomolecular and Health Science Journal*, 2, 78–80.
- International Urogynecological Association (2019) 'Joint report on terminology for pelvic organ prolapse', *International Urogynecology Journal*, 30(1), pp. 1–12.
- Lowder, J.L., Ghetti, C. and Nikolajski, C. (2011) 'Body image and quality of life in pelvic organ prolapse', *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 204(6), pp. 545.e1–545.e5.
- Razzak, L., & Rizvi, R. M. (2018). Pathophysiology of pelvic organ prolapse. In *Pelvic floor disorders*. IntechOpen.
<https://doi.org/10.5772/intechopen.76629>
- ScienceDirect Topics. (n.d.). *Uterine prolapse – an overview*. <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/uterine-prolapse>
- Universitas Diponegoro. (n.d.). *Bab II tinjauan pustaka: Prolapsus uteri*. https://eprints.undip.ac.id/46280/3/BAIQ_CIPTA_HARDIANTI_22010111140197_Lap.KTI_Bab2.pdf
- Vergeldt, T.F.M., Weemhoff, M., IntHout, J. and Kluivers, K.B. (2015). Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *International Urogynecology Journal*, [online] 26(11), pp.1559–1573. doi:<https://doi.org/10.1007/s00192-015-2695-8>.
- Wu, J.M., Vaughan, C.P., Goode, P.S., et al. (2014) 'Prevalence and trends of pelvic floor disorders in U.S. women', *Obstetrics & Gynecology*, 123(1), pp. 141–148.