

*Prolapse*



# PROLAPSUS GENETALIA

- Di R.S. Dr. Soetomo Surabaya
- Penyelidikan Retrospektif Selama 4 Tahun (1973 - 1977)

*R  
618.14.4  
Sub  
P.*



---

- Surabaya Nopember 1977

**dr. BAMBANG SUKAPUTRA**

Bagian Ilmu Kebidanan & Penyakit Kandungan  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/  
R.S. Dr. Soetomo

P E N D A H U L U A N

Prolapsus genetalia atau prolapsus uteri tersendiri sudah dikenal sejak berabad-abad yang lampau.

Prolaps atau procidentia berasal dari kata procidere ( to fall ).

Sebelum abad ke 19 pengobatan hanya dilakukan secara konservatif.

HOWARD KELLY pada akhir abad ke 19 memperkenalkan pemakaian pessarium secara meluas sebagai pengobatan prolapsus genetalia.

J. MARION dan SIMS merupakan penyokong dari penggunaan pessarium ini, mendapatkan adanya komplikasi akibat alat ini antara lain :  
ulserasi, vesico dan recto vaginal fistula pada pemakaian alat ini dalam waktu yang lama.

Sejak saat itu operasi mulai mendapatkan tempat sebagai salah satu pengobatan dan banyak dikembangkan modifikasi dari tehnik operasi.

KELLY pada tahun 1914 mendapatkan 50 jenis operasi suspensi rahim sedangkan CROSSEN (1925) mendapatkan 110 jenis modifikasi operasi.

KELLY mengerjakan 1000 kasus operasi pada prolapsus genetalia.

DONALD (1888) dari Manchester Inggris memperkenalkan operasi pengobatan prolapsus genetalia dengan mengkombinasikan anterior - posterior repair dengan amputasi cervix uteri.

Operasi ini selanjutnya dikembangkan oleh FOTHERGILL yang mengadakan amputasi cervix dengan cara methode Schoder.

SHAW (1933) mengerjakan methode Manchester ini pada 549 kasus procidentia dan mendapatkan kesembuhan total pada 69% dari seluruhnya.

Menurut SHAW operasi Manchester hanya cocok dilakukan pada :

- a. bila derajat prolaps masih ringan.
- b. masa childbearing tidak diperpanjang.
- c. prolapsus uteri yang disertai dengan cystocele.

Di Inggris akhirnya hanya dianut 2 macam operasi per vaginam :

- \* Manchester operasi.
- \* Vaginal hysterectomy disertai kombinasi dengan repair.

MARTIUS dalam bukunya menerangkan secara luas tentang tehnik interposisi sedangkan TE LINDE banyak menerangkan tentang Spalding Richardson operasi.

Mc.LEOD dan HOWKINS (1964) terakhir memperkenalkan tehnik operasi LE FORT.

II. TUJUAN PENELITIAN :

1. Sampai dengan saat ini belum pernah diadakan penelitian mengenai prolapsus genetalia di R.S. Dr. Soetomo khususnya dan di Indonesia pada umumnya. Dikemukakan penelitian ini adalah untuk memberikan sedikit gambaran tentang prolapsus genetalia di R.S. Dr. Soetomo selama periode 4 tahun mulai dari tahun 1973 - tahun 1977.
2. Untuk mengetahui secara retrospektif gambaran klinik penderita prolapsus genetalia yang dirawat dibagian Kandungan R.S. Dr. Soetomo Surabaya.

III. BAHAN DAN CARA KERJA

Pada penelitian ini data-data didapatkan dari catatan (status) penderita yg. dirawat dibagian Kandungan R.S. Dr. Soetomo mulai dari 1 Juni 1973 sampai 1 Juni 1977 ( 4 tahun ).

Penelitian dititik beratkan pada :

1. Angka kejadian prolapsus genetalia selama 4 tahun.
2. Distribusi menurut umur, pada umur berapakah didapatkan kasus yang terbanyak.
3. Distribusi menurut paritas, pada paritas berapa didapatkan kasus yang terbanyak.
4. Mencari keluhan yang menyebabkan penderita berobat ke Rumah Sakit.
5. Jenis dari prolapsus genetalia dan pada stadium berapakah penderita pertama kali berobat.
6. Faktor-faktor apakah yang mungkin merupakan predisposisi pada penderita prolapsus genetalia.
7. Jenis pengobatan yang dikerjakan.
8. Lamanya penderita dirawat pasca operasi.
9. Komplikasi yang timbul setelah penderita mengalami operasi.
10. Kelainan-kelainan yang menyertai prolapsus genetalia (didapatkan pada gambaran histopatologi).
11. Mencari angka kematian pada penderita prolapsus genetalia, yang mengalami operasi.

HASIL PENELITIAN.I. Angka kejadian.

Antara tanggal 1 Juni 1973 sampai 1 Juni 1977 (pada anual report) didapatkan 50 kasus prolapsus genetalia yang dirawat di bagian Kandungan R.S.Dr.Soetomo. Jumlah penderita seluruhnya selama periode ini adalah 3780 orang. Angka kejadian adalah  $50/3780$  kali  $100\% = 1,323\%$ .

Pada kepustakaan tidak didapatkan angka kejadian yang pasti, hanya diterangkan bahwa kasus prolapsus genetalia di negara Barat adalah sangat jarang.

II. Tabel I. Distribusi menurut umur.

| UMUR (TAHUN)   | JUMLAH KASUS | PERSENTASE |
|----------------|--------------|------------|
| < 30 tahun     | 2            | 4%         |
| 30 - 35 tahun  | 5            | 10%        |
| 36 - 40 tahun  | 5            | 10%        |
| 41 - 45 tahun  | 7            | 14%        |
| 46 - 50 tahun  | 7            | 14%        |
| 51 - 55 tahun  | 5            | 10%        |
| 56 - 60 tahun  | 8            | 16%        |
| Lebih 60 tahun | 11           | 22%        |
| Jumlah         | 50           | 100%       |

Pada tabel ini jelas tampak adanya peningkatan jumlah kasus sesuai dengan bertambahnya umur penderita. Terbanyak didapatkan pada umur lebih dari 60 tahun (22%).

Apabila dilihat pada batas umur 40 tahun (kemungkinan pada saat ini penderita dalam masa klimakterium atau menopause) didapatkan hasil sebagai berikut :

- Kurang dari 40 tahun, sebanyak 12 kasus (24%).
- Lebih dari 40 tahun, sebanyak 38 kasus (76%).

JEFFCOATE (1975) mendapatkan 80% penderita prolapsus genetalia adalah pada wanita usia pertengahan. (middle aged woman).

## III. Tabel II. Distribusi menurut paritas.

| PARITAS (JUMLAH ANAK) | JUMLAH | PERSENTASE |
|-----------------------|--------|------------|
| 0                     | 9      | 18%        |
| 1                     | 6      | 12%        |
| 2                     | 4      | 8%         |
| 3                     | 5      | 10%        |
| 4                     | 8      | 16%        |
| 5                     | 8      | 16%        |
| 6                     | 2      | 4%         |
| 7                     | 1      | 2%         |
| 8                     | 0      | 0%         |
| 8 lebih               | 7      | 14%        |
| Jumlah :              | 50     | 100%       |

Dari tabel ini dapat dilihat bahwa kasus yang terbanyak adalah pada paritas 0. (nullipara).

Tetapi apabila dilihat secara kelompok didapatkan hasil sebagai berikut:

- Multipara (anak 2-5) sebanyak 25 kasus (50%).
- Grande multipara (anak lebih dari 5) sebanyak 10 kasus (20%)

Setelah diteliti, ternyata pada paritas 0 dan 1, didapatkan 15 kasus (30%) adalah :

- 7 kasus (14%) adalah dalam kelompok umur lebih dari 50 thn.
- 3 kasus (6%) adalah dengan adanya faktor predisposisi antara lain : diabetes mellitus, asthenia, myoma uteri dan tubo ovarial absces.

JOHNSON (1952) menyatakan bahwa prolapsus genetalia biasanya terjadi pada wanita yang telah melahirkan, jarang terjadi pada nullipara dan sangat jarang terjadi pada virgin.

JEFFCOATE (1975) menyatakan bahwa 95% dari kasus prolapsus genetalia adalah multipara dan proses persalinan merupakan faktor penyebab yang penting.

IV. Tabel III. Keluhan yang membawa penderita berobat.

| JENIS KELUHAN                  | JUMLAH | PERSENTASE |
|--------------------------------|--------|------------|
| 1. Keluar benjolan dari vagina | 45     | 90%        |
| 2. Fluor albus                 | 32     | 64%        |
| 3. Fluxus pervaginam           | 11     | 22%        |
| 4. Gangguan mictio.            | 8      | 16%        |
| 5. Gangguan defecatio.         | 5      | 10%        |
| 6. Nyeri perut.                | 8      | 16%        |
| 7. Infertility                 | 1      | 2%         |
| 8. Amenorrhoe.                 | 1      | 2%         |
| 9. Lain-lain                   | 10     | 20%        |

Pada tabel ini penulis mendapatkan keluhan yang paling sering didapatkan adalah :

- keluar benjolan dari vagina (kemaluan) sebanyak 90%.
- fluor albus (keputihan) sebanyak 64%.
- fluxus pervaginam sebanyak 22%.

Angka-angka yang pasti pada perpustakaan tidak kami dapatkan, hanya jenis keluhan tampaknya sama dengan kepustakaan.

Keluar benjolan dari vagina disini biasanya adalah karena derajat dari prolapsus uteri yang sudah lanjut (procidencia) pada saat penderita pertama kali berobat.

Pada umumnya keluhan ini sudah dirasakan penderita dalam waktu yang agak lama (berbulan-bulan dan kadang-kadang bertahun-tahun).

Fluor albus mungkin disebabkan karena adanya peradangan pada cervix dan vagina akibat hubungan langsung dengan dunia luar.

Fluxus pervaginam adalah perdarahan karena adanya ulcerasi pada cervix uteri.

Gangguan mictio dan defecatio mungkin disebabkan karena vesico dan rectocele pada beberapa kasus.

Nyeri perut pada beberapa kasus mungkin sekali akibat dari tertariknya peritoneum maupun ligamen-ligamen penyangga rahim keluar, pada kasus-kasus dengan stadium lanjut.

Dari kepustakaan dinyatakan bahwa gejala ini akan berkurang secara nyata, setelah dilakukan operasi.

V. Tabel IV. Jenis prolapsus genetalia.

| JENIS                     | JUMLAH | PERSENTASE |
|---------------------------|--------|------------|
| Vesico - cele             | 18     | 36%        |
| Rectocele                 | 18     | 36%        |
| Prolapsus uteri : grade I | 0      | 0%         |
| grade II                  | 5      | 10%        |
| grade III                 | 45     | 90%        |

Dari tabel ini ternyata didapatkan prolapsus uteri grade III sebanyak 45 kasus atau 90%.

Sebaliknya tidak didapatkan sama sekali prolapsus uteri grade I, maka dapat disimpulkan bahwa hampir semua penderita datang pada stadium lanjut.

Enterocoele dan urethrocele tidak didapatkan, mungkin karena tidak terdiagnosa, atau kurangnya perhatian maupun ketelitian dalam menegakkan diagnosa.

Pada kepustakaan prolapsus genetalia dibagi dalam :

1. Prolapsus uteri.
2. Prolapsus vagina.

1. Prolapsus uteri - descensus uteri.

NOVAK & NOVAK (1970) membagi derajat prolapsus uteri dalam 3 tingkat :

Tingkat I : apabila cervix uteri masih terletak dalam vagina.

Tingkat II : apabila cer-ix dekat atau setinggi introitus vagina.

Tingkat III : apabila cervix keluar dari introitus vagina.

2. Prolapsus vagina dibagi atas :

Kekendoran dinding depan vagina :

2/3 atas diikuti dinding vesica urinaris disebut cystocele.

1/3 bawah biasanya diikuti urethra disebut urethrocele.

Kekendoran dinding belakang vagina.

1/3 atas biasanya diikuti turunnya cavum Douglasi dan usus disebut enterocele.

2/3 bawah biasanya diikuti penonjolan dinding rectum disebut rectocele.

VI. Tabel V. Faktor predisposisi prolapsus genetalia.

| MACAMNYA PENYAKIT                | JUMLAH |
|----------------------------------|--------|
| - Ovarial carcinoma + ascites.   | 1.     |
| - Vulva carcinoma stadium III    | 1.     |
| - Portio carcinoma stadium II A. | 1.     |
| - Uterus myomati.                | 9.     |
| - Asthenia.                      | 2.     |
| - Penyakit jantung.              | 3.     |
| - Conglomeraat usus.             | 1.     |
| - Tubo - ovarial absces.         | 1.     |
| - Forcipal extrctic              | 1.     |
| - Twin pregnancy.                | 1.     |
| - Multi - para - (tabel II)      | 25.    |
| - Grande multipara.              | 10.    |

Pada penelitian ini ternyata didapatkan faktor predisposisi yang terbanyak adalah multipara (50%).

Dikatakan bahwa persalinan merupakan faktor yang penting sebagai penyebab prolapsus genetalia.

JEFFECOATE (1975) menyatakan bahwa pembesaran uterus atau kenaikan berat dari uterus merupakan "activating factor" bagi terjadinya prolapsus uteri.

sebaliknya tumor uterus yang besar akan tertahan pada tulang panggul dan malahan mencegah terjadinya prolaps.



Dilaporkan bahwa carcinoma cervix pada stadium dini merupakan faktor predisposisi, tetapi pada stadium lanjut dimana parametrium dan organ-organ sekitar uterus telah terkena metastasis dan menjadi kaku, mencegah terjadinya prolapse. Kenaikan tekanan intra abdominal (ascites, heart disease, pulmonary disease dan tubo-ovarian absces) berpengaruh terhadap terjadinya prolapsus genetalia .

VII. Tabel VI. Jenis pengobatan yang diberikan.

|               | JUMLAH KASUS | PERSENTASE |
|---------------|--------------|------------|
| Operasi       | 44           | 88%        |
| Tanpa operasi | 6            | 12%        |
| Jumlah        | 50           | 100%       |

Pada golongan tanpa operasi pengobatan yang diberikan berupa :

- 2 kasus dilakukan pemasangan pessarium.
- 3 kasus pulang paksa.
- 1 kasus meninggal o.k. terminal stage dari vulva carcinoma.

RUSSEL (1961) menyatakan bahwa pessarium dapat menyebabkan chronic iritasi yang merangsang terjadinya carcinoma.

Pessarium modern yang banyak dipakai sekarang adalah polyethylene ring & polyvinyl chloride ( DVC ) yang sedikit sekali mengadakan iritasi pada jaringan sekitarnya.

Biasanya pessarium ini harus dilepas dan dicuci setia 3-6 bulan dan pada fornix posterior harus diselidiki secara seksama adanya ulserasi.

Phisio therapy (secara KEGEL exercises) diberikan pada penderita yang dirawat tanpa operasi dengan maksud memperkuat otot-otot dasar panggul.

Caldwell (1968) menggunakan alat-alat electronic untuk melatih otot-otot dasar panggul dan perineum.



CALDWELL menggunakan alat-alat elektrolisis yang dipasang pada vagina, supra pubic dan perineum.

VIII. Tabel VII. Pengobatan operatif dibagi dalam 2 golongan

|                     | JUMLAH KASUS | PERSENTASE |
|---------------------|--------------|------------|
| - Operasi abdominal | 9            | 18%        |
| - Operasi vaginal   | 35           | 70%        |
| Jumlah              | 44           | 88%        |

Jenis operasi abdominal dibagi atas :

3 kasus dilakukan total abdominal hysterectomi dan salpingo-ovorectomi bilateral.

1 kasus dilakukan total abdominal hysterectomi dan unilateral salpingo-overectomi.

2 kasus dilakukan operasi Purandare.

1 kasus dilakukan Gilliam operasi. + modified suspension.

2 kasus dilakukan proef laparotomy.

IX. Tabel VIII. Jenis operasi vaginal.

|                                      | JUMLAH KASUS | PERSENTASE |
|--------------------------------------|--------------|------------|
| - Vaginal hysterectomy               | 2            | 4%         |
| - Vaginal hyst. + anterior repair    | 2            | 4%         |
| - Vaginal hyst. + post. repair.      | 1            | 2%         |
| - Vaginal hyst. + ant. post. repair. | 20           | 40%        |
| - Total vaginal hyst.+ post. repair  | 2            | 4%         |
| - Total vag.hyst. + ant. repair      | 2            | 4%         |
| - Total vag. hyst. + a.p. repair     | 3            | 6%         |

|                                  | JUMLAH KASUS | PERSENTASE |
|----------------------------------|--------------|------------|
| - Manchester operasi             | 1            | 2%         |
| - Extended vag. hyst. (Schauta)  | 1            | 2%         |
| - Schauta + repair prolaps recti | 1            | 2%         |
| jumlah                           | 35           | 70%        |

Dari tabel ini penulis mendapatkan bahwa operasi yang paling sering dikerjakan adalah vaginal hysterectomi disertai anterior dan posterior repair (colporhaphia).

Extended vaginal hysterectomi dikerjakan pada 1 kasus prolapsus uteri yang disertai dengan portio Ca. IIA.

Schauta operasi disertai dengan repair prolaps recti dikerjakan pada prolapsus genetalia dengan vaginal Ca. III.

DEWHURST (1976) menyatakan bahwa vaginal hyst. sendiri sebenarnya tidak menyembuhkan prolapse, tetapi gunanya yang terpenting adalah untuk memperkuat vaginal vault.

Manchester operasi yang sangat terkenal di Inggris biasanya kurang memberikan hasil yang memuaskan apabila dikerjakan pada complete !recidentia.

Manchester operasi banyak dianut disana karena :

- relatif mudah dikerjakan.
- perdarahan yang terjadi lebih mudah dikontrol.
- vagina tidak menjadi lebih pendek.
- jarang terjadi herniasi dari cav. Douglasi dan enterocele.
- dapat dikerjakan pada child-bearing periode walaupun ada laporan terjadinya abortus habitualis pasca operasi.



K. Tabel IX. Lamanya operasi.

|             | JUMLAH KASUS | JUMLAH WAKTU | RATA-2 |
|-------------|--------------|--------------|--------|
| - Abdominal | 9            | 1015 menit   | 112,17 |
| - Vaginal   | 35           | 5305 menit   | 151,54 |

Penulis mendapatkan bahwa waktu rata-rata dari operasi abdominal adalah 112,17 menit (1 jam 52 menit) relatif lebih singkat bila dibandingkan dengan operasi vaginal (2 jam 32 menit).

XI. Tabel X. Komplikasi pasca operasi:

| JENIS OPERASI              | JUMLAH |
|----------------------------|--------|
| - Perdarahan pasca operasi | 6      |

Data-data ini didapat oleh penulis, ternyata merupakan komplikasi setelah operasi vaginal (seluruhnya).

Komplikasi ini berupa : perdarahan yang berasal dari vaginal stomp. atau dari daerah operasi lainnya.

1 kasus memerlukan vaginal tamponade dan disertai dengan penjahitan ulang pada daerah perdarahan.

1 kasus yang lain menderita anemia gravis ( Hb. 5gr%) dan memerlukan transfusi darah.

Komplikasi lanjut (late complication) sukar didapatkan karena sukarnya dicari status poliklinik dan tidak lengkapnya data-data yang didapatkan.

Macam-macam komplikasi :

HAKWORTH & ROUX (1958) mendapatkan :

- a. Panas badan (lebih dari 37,5° C. dan berlangsung lebih dari 2 hari) pada 32,3% kasus dan sebagian besar dari padanya akibat dari infeksi saluran kencing.

- b. 60 pend. (dari 1933) menderita pelvic cellulitis, 5 kasus dengan pelvic, dan semuanya mengalami drainage spontan dari vagina.
- c. 20 penderita mengalami perdarahan sekundair, dan 16 dari padanya memerlukan transfusi.
- d. Enterocele didapatkan pada 6% penderita.
- e. Stress incontinenasia didapatkan pada 44 kasus dan 90% dari padanya dapat disembuhkan dengan operasi ulangan.

KREIGE (1962) mendapatkan komplikasi sebagai berikut :

- a. Mayor & minor sepsis pada 3,3% penderita.
- b. Enterocele pada 1,4% penderita.
- c. Obstruksi intestinal pada 4 kasus dan 2 kasus perlu pembedahan ulang.
- d. Ileus obstruksi didapatkan pada 12 kasus.

XII. Tabel XI. Lama penderita dirawat di R.S. pasca operasi.

| JENIS OPERASI               | JUMLAH   | RATA-RATA  |
|-----------------------------|----------|------------|
| - Operasi abdominal (9 op.) | 109 hari | 12,11 hari |
| - Operasi vaginal (35 op.)  | 381 hari | 10,87 hari |

Berdasarkan tabel ini penulis mendapatkan bahwa operasi vaginal memerlukan waktu perawatan yang lebih singkat dibandingkan operasi abdominal.

Hal ini mungkin disebabkan oleh karena :

- mobilisasi penderita pasca op. vaginal lebih cepat.
- tidak ada rangsangan pada organ-organ abdomen (misalnya usus) yang menyebabkan timbulnya komplikasi.
- Penyembuhan pada daerah vaginal lebih cepat.

(III. Tabel XII. Kelainan-2 yang menyertai prolapsus genetalia.

(didapat dari gambaran histo P.A.)

| LOKALISASI     | MACAM              | JUMLAH | PERSENTASE |
|----------------|--------------------|--------|------------|
| Cervix uteri : | - parakeratosis    | 2      | 4%         |
|                | - hyperkeratosis   | 6      | 12%        |
|                | - erosio portiones | 7      | 14%        |
|                | - radang           | 2      | 4%         |
|                | - epidermpid Ca.   | 1      | 2%         |
| Uterus :       | - myomatic         | 9      | 18%        |
|                | - hyperplasia      | 2      | 4%         |
|                | - radang           | 2      | 4%         |
| Tuba :         | - radang           | 2      | 4%         |
| Ovarium        | - cystoma ovarii   | 2      | 4%         |
|                | - absces           | 3      | 6%         |
|                | - carcinoma        | 1      | 2%         |
| Vagina :       | - carcinoma        | 1      | 2%         |
| Vulva :        | - carcinoma        | 1      | 2%         |

Dari data ini penulis mendapatkan kelainan terbanyak pada cervix ialah : erosio portiones (14%) sayang sekali gambaran ini tidak semuanya dikonfirmasi dengan hasil pemeriksaan sitologi.

Hanya pada sebagian kecil penderita diperiksa sitology hapusan vagina dan cervix.

Pada uterus terbanyak didapatkan: uterus myomatic. (18%).

Pada kepustakaan sering didapatkan gambaran kera tinisasi, congestion dan edema serta perubahan adenomatous/glandular hypertrophi dari cervix yang mungkin disebabkan karena iritasi kronis.

XIV. Angka kematian pada prolapsus genetalia. (pasca operasi).

Tidak didapatkan angka kematian akibat prolapsus genetalia di R.S. Dr. Soetomo selama periode 4 tahun.

Penulis mendapatkan 1 kasus kematian pada prolapsus genetalia yang meninggal dengan kausa terminal stage vulva carcinoma

FELL (1963) mengerjakan 44 kasus operasi vag. hyst. dan manchester operasi mendapatkan angka kematian 0% dan morbiditas yang sangat rendah.

HOKSWORTH & ROUX (1958) mendapatkan angka kematian sebesar 0,0%.

KREICE (1962) mendapatkan angka kematian sebesar 0,12% akibat dari emboli paru dan sepsis.

----0----

R I N G K A S A N :

1. Angka kejadian prolapsus genetalia di R.S. Dr. Soetomo selama 4 tahun (1973 - 1977) adalah 1,323%.
2. Prolapsus genetalia didapatkan terbanyak pada umur lebih dari 60 tahun (22%).  
Bila dilihat dari umur lebih dari 40 tahun, maka 70% lebih dari 40 tahun.
3. Ditinjau dari sudut paritas :  
Multipara ( 2-5 anak ) sebanyak 50%.  
Grande multipara ( lebih dari 5 anak ) sebanyak 20%.  
Belum punya anak sebanyak 18%.
4. Keluhan penderita tersering :
  - Benjolan keluar dari vagina 90%
  - fluor albus 64%
  - fluxus per vaginam 22%
5. Jenis predisposisi yang tersering adalah :
  - multipara 50%.
  - Grande multi para 20%
  - Uterus myomatic 18%
7. Pengobatan yang diberikan :
  - Operatif 88%.
  - Konservatif 12%

Dari pengobatan operatif diuraikan sebagai berikut :

- a. abdominal 18%
- b. vaginal 70%
8. Operasi vaginal yang tersering ialah : vaginal hysterectomi dan A.P. repair.
9. Operasi abdominal memerlukan waktu yang lebih singkat dibandingkan operasi vaginal.
10. Komplikasi operasi : perdarahan per-vaginam pada 6 kasus, dan 1 kasus memerlukan transfusi.
11. Lama penderita opname : kesan pada operasi vaginal memerlukan waktu opname yang lebih singkat.
12. Kelainan yang menyertai prolapsus genetalia : erosio portiones (14%)  
uterus myomatio (18%).





13. Tidak kami dapatkan angka kematian pada penderita prolapsus genetalia yang mengalami operasi.

USUL-USUL :

1. Pada setiap diagnosa prolapsus genetalia hendaknya ditulis secara lengkap mengenai : anamnesa, pemeriksaan fisis, pemeriksaan histo Pathologis (sitologi), dan ditentukan pula secara terperinci jenis-jenis dari prolapsus genetalia.
2. Setelah penelitian ini hendaknya dipikirkan pula tehnik-tehnik dan modifikasi operasi yang lain pada penderita prolapsus genetalia karena yang sampai saat ini dikerjakan hanyalah terbatas pada beberapa jenis saja.
3. Pada saat operasi dan hendaknya dicatat pula komplikasi atau kesukaran yang dihadapi dan dicatat pula pemecahan yang dikerjakan.
4. Pada perawatan penderita pasca operasi hendaknya diselidiki dan dicatat secara teliti keluhan dan kelainan yang terjadi, karena hal ini penting bagi penyelidikan selanjutnya.
5. Pada saat penderita kontrole secara poliklinis, hendaknya diadakan pemeriksaan yang teliti, dan dicatat adanya komplikasi, baik komplikasi dini maupun komplikasi yang timbul beberapa saat kemudian.
6. Selanjutnya diadakan evaluasi dari hasil operasi dan diadakan perbandingan hasil pada beberapa jenis operasi.

KEPUSTAKAAN :

1. BIRNBAUM J.S. "Rational therapy for the prolapsed vagina"  
Am.J. Obstet. & Gynecol. vol. 3, 411-9, 115, 1973.
2. DEWHURST C.W. "Rolapse and stress incontinence of urine"  
Integrated obstetric & Gynecologi for post graduate II.nd. edit. 1976.
3. JEFFCOATE, S.N. "Principles of gynecologi"  
4 th. edition. 1975.
4. JESSE. A. RUST. et. al. "Prolapse of vaginal vault"  
Am.J.Obstet & Gynecol. vol. 125,6, 768-76, 1976.
5. JOHNSON, H.W. "Genital prolapse"  
Gynecologi disease & minor surgery text book of gynecologi 426-46, 1952.
6. NOVAK, JONES "Prolapse of the uterus"  
Novak text book of gynecologi 8th. edion. 268, 1970.
7. SARKUN HUTOMO "Prolapsus genetalia"  
Referat bagian (tidak disebar luaskan).
8. SHAWS. "Text book of operative gynecologi" III rd. edit. 213-26,  
baltimore, William-Wilkins & Co. 1968.
9. TE.LINDE & MATTINCLY "Genital prolapse"  
Operative gynecologi 4 th. edition, 1972.
10. EILLIAM C. BRADERY "Subtotal vaginectomy"  
Am. J. Obstet. & Gynec. vol. 80, 663-70, 1963.



-----0-----