

MODALITAS TERAPI PEMBEDAHAN PADA INKONTINENSIA URIN TIPE STRESS BERULANG

Aditya Prabawa¹, I Gede Mega Putra², Jeffy Winarta Wahjudi³

¹Program Studi Profesi Dokter Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesha

²Departemen/KSM Obstetri dan Ginekologi, Sub Divisi Uroginekologi Rekonstruksi, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, RSUP Sanglah Denpasar

³Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi RS Paru Jember

email : adityaprabawa@undiksha.ac.id

Abstrak

Inkontinensia urin adalah masalah kesehatan yang sering terjadi, terutama terjadi pada wanita. Bukan hanya mengakibatkan masalah fisik, inkontinensia urin juga menyebabkan masalah psikologis, sosial dan ekonomi yang dapat mengganggu kualitas hidup pasien. Sampai saat ini belum ada terapi konservatif ataupun medikamentosa yang menimbulkan hasil yang memuaskan oleh karena terapi tersebut tidak memiliki pengaruh signifikan pada leher kandung kemih dan sfingter uretra. Pembedahan direkomendasikan kepada pasien yang telah gagal menjalani terapi konservatif dan bermasalah dengan kualitas hidup. Beberapa tindakan pembedahan adalah kolporafi anterior, *retropubic urethropexy* dengan metode Marshall-Marchetti-Krantz (MMK) dan metode Burch, *periurethral bulking agent injection*, *tension free vaginal tape* (TVT) dan *transobturator tape* (TOT). Hingga saat ini TVT merupakan metode terbaik dengan efektivitas jangka panjang yang paling tinggi dibandingkan dengan metode lainnya dan telah digunakan secara luas dalam pembedahan inkontinensia urin. Pada inkontinensia urin tipe stres berulang pilihan tatalaksananya berupa operasi TVT ulangan dengan menggunakan *sling* dari bahan sintetik atau *bladder neck sling*, disertai dengan latihan otot dasar panggul. Untuk pasien yang tidak menginginkan tindakan operasi dapat dilakukan tindakan *periurethral bulking agent injection*. Metode TVT direkomendasikan pada keadaan fasilitas kesehatan yang memiliki peralatan dan sumber daya manusia yang memadai.

Kata kunci: inkontinensia urin, pembedahan, *tension free vaginal tape*.

Abstract

Urinary incontinence is common health problem, especially in women, not only does it cause physical issues, but also causes psychological, social and economic problems that could interfere with the quality of life. Stress urinary incontinence is a type of urinary incontinence with the highest incidence rate. There is no conservative or medical therapy that give satisfactory results because the treatment does not affect the bladder neck and urethral sphincter as the main problem in urinary incontinence. Surgery is recommended for patients who have failed conservative therapy and had problems with the quality of life. Some surgical procedure are anterior colporrhaphy, retropubic urethropexy by Marshall-Marchetti-Krantz method and Burch method, periurethral bulking agent injection, tension-free vaginal tape and transobturator tape. TVT is the best method with the highest long-term effectiveness compared to other methods and has been used extensively in urinary incontinence surgery. For women with recurrent stress urinary incontinence who desire surgical treatment, choice of treatment is repeated TVT surgery using a sling of synthetic material or bladder neck sling, accompanied by pelvic floor muscle exercises. Surgical TVT procedure is recommended in the state of health facilities that have adequate equipment and human resources.

Keywords: Urinary incontinence, surgery, *tension free vaginal tape*.

PENDAHULUAN

Stres inkontinensia urin didefinisikan oleh *International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS)* sebagai keluarnya urin secara involunter saat beraktivitas, bersin, tertawa atau batuk.^{1,2} Inkontinensia urin adalah masalah kesehatan yang sering terjadi, terutama terjadi pada wanita dan orang tua. Bukan hanya mengakibatkan masalah fisik, inkontinensia urin juga menyebabkan masalah psikologis, sosial dan ekonomi yang dapat mengganggu kualitas hidup pasien. Prevalensi inkontinensia urin pada wanita menurut *The Asia Pacific Continence Board (APCB)* adalah sebesar 15,1%, dengan 24,9% perempuan mengalami inkontinensia urin tipe stres, 10,5% inkontinensia tipe urgensi dan 5% inkontinensia tipe campuran (*mixed*)³. Berdasarkan survei

KAJIAN PUSTAKA

Setelah stress inkontinensia urin terdiagnosis, maka dapat dilakukan penanganan baik dengan terapi konservatif, maupun terapi operatif. Konservatif dengan edukasi, diet dan meningkatkan aktivitas fisik. Mengurangi asupan kafein. Selain itu dapat dengan menunda buang air kecil setelah anda mendapatkan dorongan untuk berkemih serta latihan otot dasar panggul dengan melakukan kontraksi berulang-ulang dan relaksasi pada otot dasar panggul^{5,6}

Pembedahan direkomendasikan kepada pasien yang telah gagal menjalani terapi konservatif dan bermasalah dengan kualitas hidup. Beberapa tindakan pembedahan adalah kolporafi anterior, *retropubic urethropexy* dengan metode Marshall-Marchetti-Krantz (MMK) dan metode Burch, *periurethral bulking agent* dan *tension free vaginal tape* (TVT) atau *transobturator tape* (TOT).^{5,6}

Indonesia *Nationwide* oleh Sumardi, didapatkan prevalensi inkontinensia urin pada wanita sebesar 13,5%.¹

Setelah stress inkontinensia urin terdiagnosis, maka dapat dilakukan penanganan, baik dengan terapi konservatif maupun terapi operatif. Terapi konservatif seperti edukasi dan diet. Menjaga indeks massa tubuh dan meningkatkan aktivitas fisik, menekan asupan kafein, modifikasi asupan cairan yang tinggi serta latihan otot dasar panggul. Terapi medikamentosa untuk stress inkontinensia urin saat ini belum ada yang tepat karena tidak ada pengaruhnya pada leher kandung kemih dan sfingter uretra. Pembedahan direkomendasikan untuk menjadi penatalaksanaan utama pada pasien yang gagal dengan terapi konservatif atau medikamentosa atau pasien yang mengalami keluhan yang memberat dan mengganggu kualitas hidup.⁴

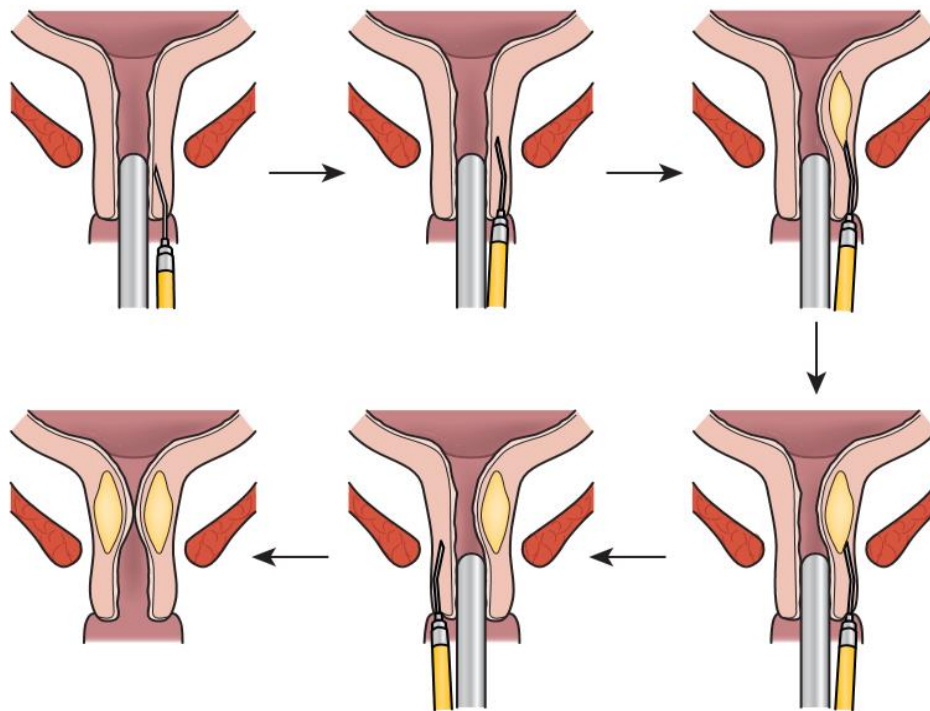
Periurethral bulking agent

Tindakan ini adalah memasukan bahan sintetik secara injeksi ke dalam jaringan di sekeliling uretra. Bahan sintetik tersebut menjaga uretra tertutup dan menurunkan kebocoran urin. Tindakan Tindakan ini umumnya kurang efektif dibandingkan pengobatan invasif lainnya dan biasanya dilakukan berulang kali. Berbagai macam zat telah dilaporkan aman dan efektif dalam konteks ini termasuk *bovine glutaraldehyde cross linked* (GAX) kolagen *bovine*, politetrafluoroetilen, elastomer polidimetil-siloksan, implan dermal babi, butiran zirkonium bersalut karbon, asam hialuronat/dekstranomer nabati NASHA/Dx, kalsium hidroksilapatit, etilen vinil alcohol dan jaringan autolog seperti lemak, kondrosit, dan mioblas. Masing-masing agen berbeda ini memiliki sifat biofisik yang bervariasi yang mempengaruhi

kompatibilitas jaringan, kecenderungan migrasi, kepadatan radiografi, daya tahan dan keamanan. Agen *bulking* uretra ideal sampai saat ini belum diidentifikasi.⁷

Sebagian besar agen *bulking* uretra disuntikkan secara trans-urethra atau periurethra, dengan cara retrograde

di bawah panduan sistoskopik langsung. Agen *bulking* uretra akan paling efektif pada pasien dengan defisiensi sfingter intrinsik (ISD) saja. Dua studi yang membandingkan *bulking* uretra dengan operasi konvensional menemukan hasil obyektif yang jauh lebih baik pada kelompok bedah.⁷



Gambar. 1. Metode *Periurethral Bulking Agent*⁷

Tension Free Vaginal Tape (TVT)

Dasar teknik ini adalah koreksi inadekuat penyangga uretra dari ligamentum pubouretral vesika dan dinding vagina suburetra. Keberhasilan yang tinggi dari prosedur ini membuat teori ini banyak digunakan oleh ahli ginekologi dan urologi seluruh dunia. Ini merupakan terapi pilihan utama yang baru. Prosedur ini pertama kali diperkenalkan oleh Ulmsten pada tahun 1996 dan melibatkan penyangga suburetral tanpa reposisi leher kandung kemih. Dasar teknik ini adalah koreksi inadekuat penyangga urethra dari ligamentum pubouretral vesika dan dinding vagina suburetra. TVT

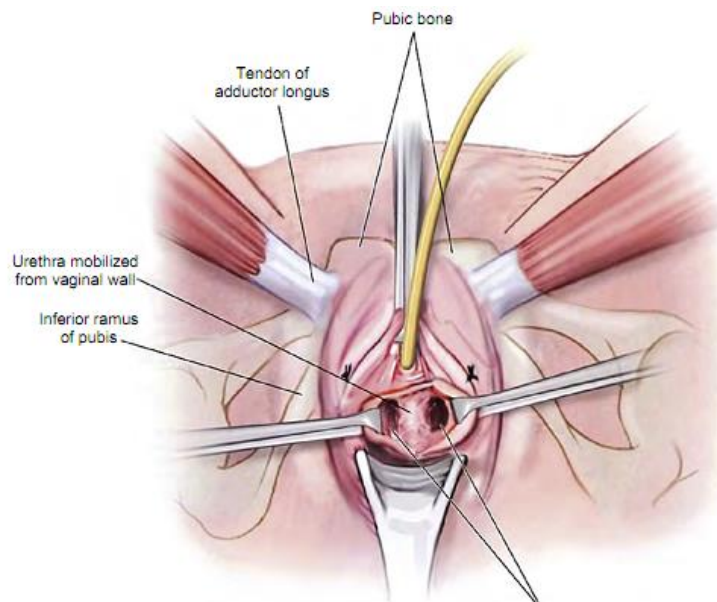
mempunyai 4 gambaran penting. Sling ditempatkan dibawah mid uretra, dimana dasar dari tekanan uretra profilometri, ligamentum pubouretra diambil sebagai pelengkap fungsional. Penderita diberikan antibiotika preoperatif, dibaringkan dalam posisi litotomi. Abdomen, perineum dan vagina dipersiapkan. Kandung kemih dikosongkan dengan kateter trans uretra. Diberikan 100 mL lidokain 0.25 % sebagai anestesi lokal. 60-70 ml disuntikkan di kulit dinding perut tepat diatas simfisis pubis dan dilengkungkan ke bawah sepanjang belakang tulang pubik sampai ruang Retzius dan 30 ml disuntuk kedalam dinding vagina

suburetra dan parauretra. Dua insisi 1 cm dibuat 6 cm tepat diatas tepi superior tulang pubik. Insisi vertikal 1,5 cm dibuat pada vagina anterior mulai 0,5-1 cm dibawah meatus uretra eksterna. Diseksi dilebarkan ke lateral 1 cm disamping uretra. Dipandu dengan kateter foley dan kandung kemih didefleksikan ke kiri penderita. Jarum TVT dimasukkan ke dalam insisi parauretra kanan. Diafragma

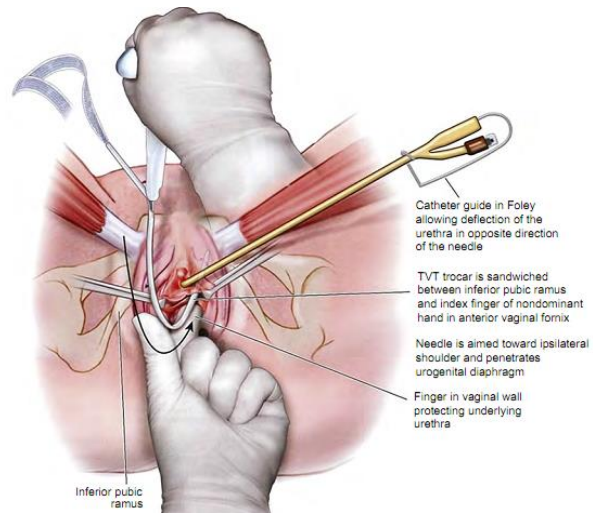
urogenital ditembus dengan ujung jarum diangkat sampai insisi dinding perut melalui belakang tulang pubik. Introducer dilepaskan, sistoskopi dilakukan untuk mengkonfirmasi apakah kandung kemih dan uretra utuh dan jarum yang terpasar diangkat mengikuti insisi dinding perut. Prosedur yang sama dilakukan pada sisi kiri penderita.^{8,9}



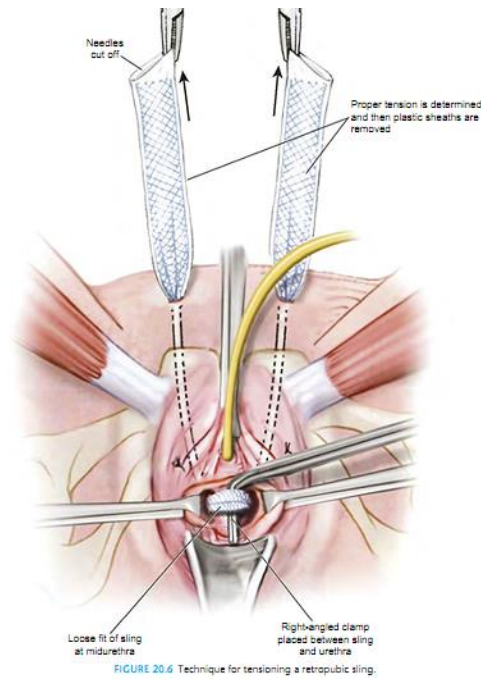
Gambar 2. Instrumen yang digunakan pada TVT yaitu pemandu foley kateter, jarum *introducer/handle* dan jarum khusus untuk sling sintetik suburetra⁸



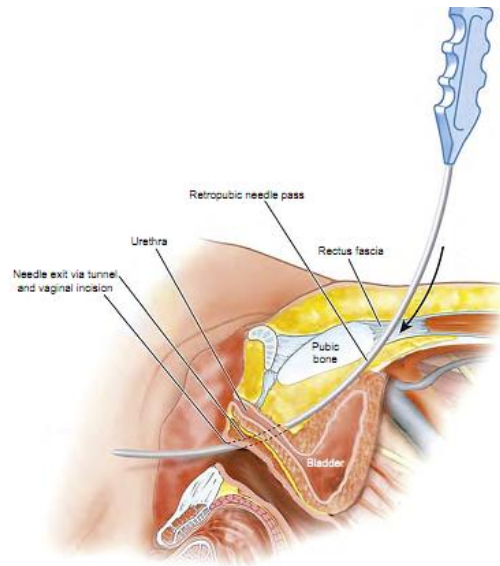
Gambar 3. Insisi vagina untuk membuat *tunnel* bilateral sebagai akses trokar menuju ramus pubis inferior⁸



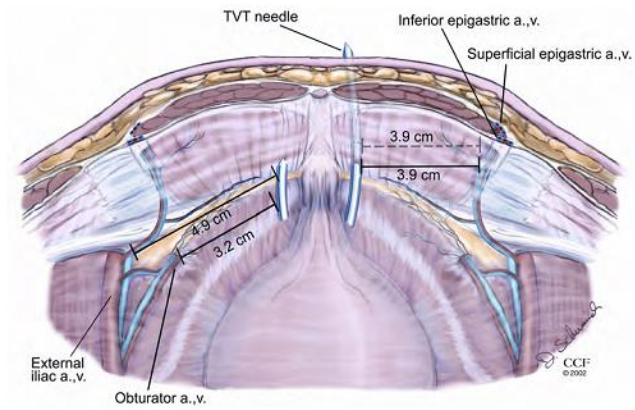
Gambar 4. teknik awal memasukkan trokar melalui vagina ke arah ruang retropubik⁸



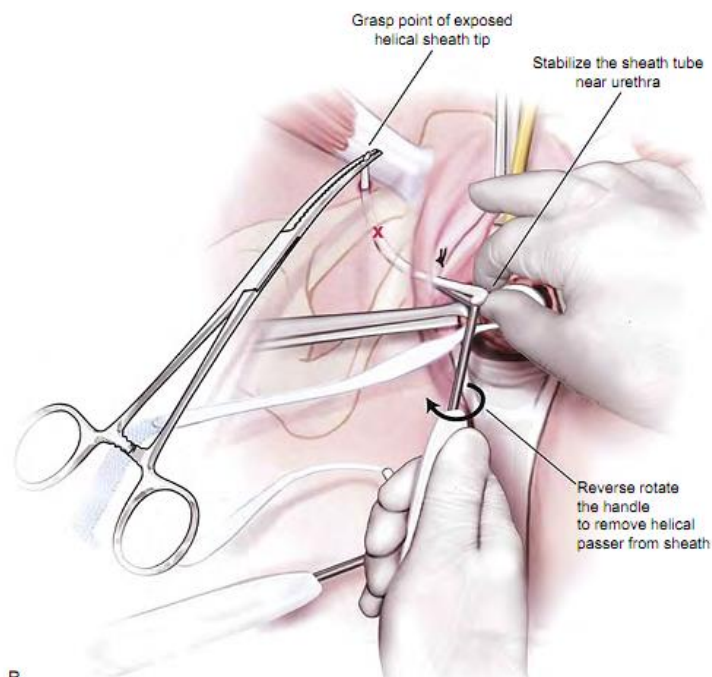
Gambar 5. Teknik menegangkan sling retropubik⁸



Gambar 6. Ilustrasi TVT dari sisi lateral⁸



Gambar 7. Hubungan antara TVT dengan struktur vaskular intraabdomen dan retropubik⁸

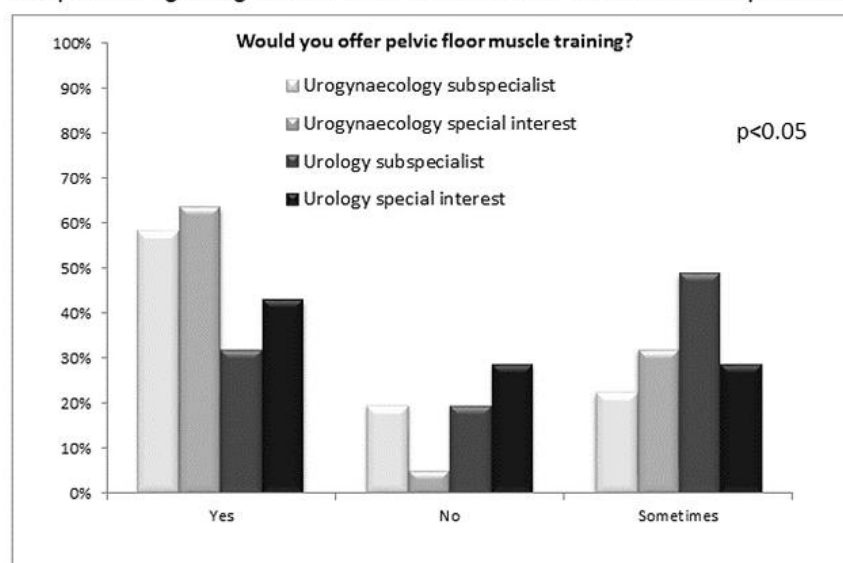


Gambar 8. Teknik pemasangan sling transobturator⁸

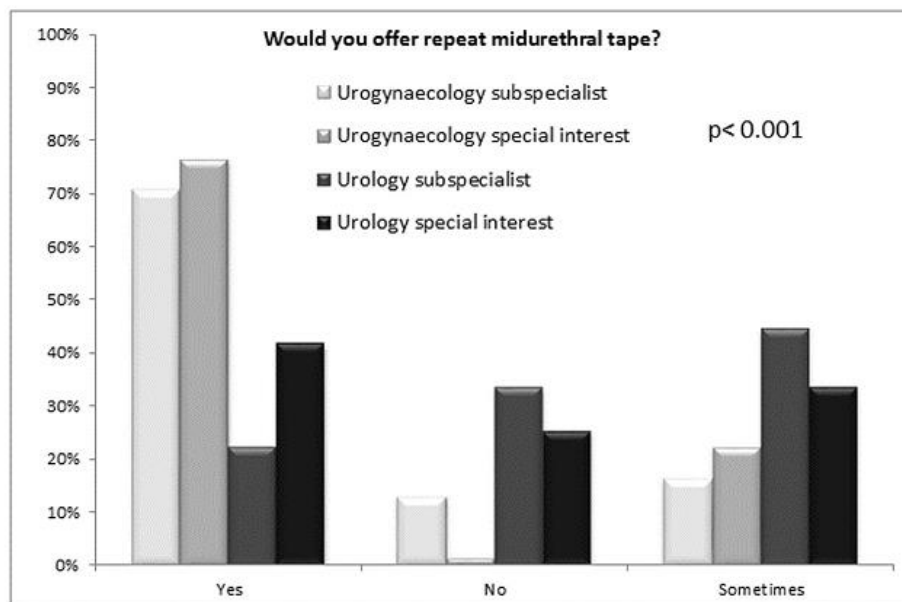
Sampai saat ini belum ada konsensus yang menyatakan penatalaksanaan definitif untuk inkontinensia urin tipe stress berulang. Hal ini disebabkan oleh kompleksitas dan kesulitan dalam pengambilan keputusan pasien dengan

inkontinensia tipe stress berulang. *Mid urethral tape* (MUT) / TVT dikombinasikan dengan latihan otot dasar panggul merupakan pilihan utama para ahli uroginekologi rekonstruksi.¹⁰

Responses regarding treatments offered with differences between specialities



Tabel 1. Preferensi tenaga medis ahli untuk tindakan Latihan otot dasar panggul pada pasien dengan inkontinesia urin tipe stres¹⁰



Tabel 2. Preferensi tenaga medis ahli untuk tindakan MUT/TVT ulangan pada pasien dengan inkontinesia urin tipe stres¹⁰

KESIMPULAN

Inkontinensia urin adalah masalah kesehatan yang sering terjadi, terutama terjadi pada wanita dan orang tua. Bukan hanya mengakibatkan masalah fisik, inkontinensia urin juga menyebabkan masalah psikologis, sosial dan ekonomi yang dapat mengganggu kualitas hidup pasien. Penanganan pembedahan pada inkontinesia urin tipe stress menjadi pilihan utama pasien jika penanganan konservatif gagal dan keluhan sangat mengganggu kualitas hidup Hingga saat ini TVT merupakan metode terbaik dengan efektivitas jangka panjang yang paling tinggi dibandingkan dengan metode lainnya dan telah digunakan secara luas dalam pembedahan inkontinensia urin.

Pada inkontinensia urin tipe stres berulang pilihan tatalaksananya berupa operasi TVT ulangan dengan menggunakan *sling* dari bahan sintetik atau *bladder neck sling*, disertai dengan latihan otot dasar panggul. Untuk pasien yang tidak menginginkan tindakan operasi dapat dilakukan tindakan *periurethral bulking agent injection*. Metode TVT direkomendasikan pada keadaan fasilitas kesehatan yang memiliki peralatan dan sumber daya manusia yang memadai, sedangkan pada daerah dengan fasilitas yang kurang dapat digunakan alternative metode pembedahan lain seperti kolporafi anterior, *retropubic urethropexy*, dan *periurethral bulking agent*.

DAFTAR PUSTAKA

Sumardi R, Mochtar CA, Junizaf, Santoso BI, Setiati S, Nuhonni SA, Trihono PP, Rahardjo HE, Syahputra FA. Prevalence of

urinary incontinence, risk factors and its impact: Multivariate analysis from Indonesia nationwide survey. 2014 ; 46(3) : 175-182

- Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. Williams gynecology: Urinary incontinence. Mac Graw Hill. 2012 : 606-632.
- Suparman E & Rompas J. Inkontinensia urin pada perempuan menopause. Maj Obstet Ginekol Indones. 2008; 32 (1) : 48-54
- Qaseem A, Dallas P, Forclea MA, Starkey M, Denberg TD, Shekelle P. Nonsurgical management of urinary incontinence in women : A clinical practice guideline from the American College of Physicians. American College of Physicians. 2014 ; 161 (6) : 429-440
- Smith A.R.B, Dmochowski, Hilton, Rovner, Nilsson, Reid, Chang. Surgery for Urinary Incontinence in Women. Committee 14 1191-1272
- Smith A.R.B, Dmochowski, Hilton, Rovner, Nilsson. Surgery for Urinary Incontinence in Women. Committee 14 1297-1370
- Chrsitine M. Vaccaro dan Jeffrey L. Clemons. Urethral Injection of Bulking Agents for Intrinsic Sphincter Deficiency. Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery. 2015 (22), 318-325
- Mark D. Walters, Mickey M. Karram. Synthetic Midurethral Slings for Stress urinary Incontinence. Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery. 2015 (20), 272-294
- Apurva B P and Mickey M. Karram. Single Incision Slings. Textbook of Female Urology and Urogynecology. 2010 (68), 708-712
- Tincello DG, Armstrong N, Hilton P. Surgery For Recurret Stress Urinary Incontinence : The Views of Surgeons and Women. *Int Urogynecol J*. 2018 (29),45-54.