

# Angka Kejadian Komplikasi Lambat Pascaoperasi Prostatektomi Transvesikal dan Reseksi Transuretral pada Pasien Pembesaran Prostat Jinak

**Bakri Hasbullah**

Email: bakri\_spb@yahoo.co.id

## Abstract

Transurethral Resection Prostatectomy (TURP) and Transvesical Prostatectomy (TVP) are the two methods of operation for BPH. The aims of this study are to find out the late complication after prostatectomy between TVP dan TURP. Data were collected from January 1<sup>st</sup> 2004 to December 31<sup>st</sup> 2004 with prospective cohort study. There were 67 of 90 post prostatectomy BPH patients who met the inclusion criteria. Data were listed into age and comorbid factors are hypertension (HT), ischaemic heart disease (IHD), chronic obstructive pulmonary disease (COPD), Diabetes Mellitus (DM). Post prostatectomy late complications are erectile dysfunction (ED), retrograde ejaculation (RE), urethral stricture (US), urinary incontinence (UI). Data were analyzed statistically with the t-test. There were 67 patients (median age 65,81 years range 51-86 years) inclusion in this study 12 patients has performed TVP (17,9%), 55 patient was performed TURP (82,1%). Comorbid factors were HT (19,4%), IHD (16,4%), COPD (11,9%), DM (4,5%). The most frequent age of TVP were 7<sup>th</sup> decade (50%), TURP were 6<sup>th</sup> decade (41,82%). The late complication after TVP and TURP for BPH were not significant different ( $p>0,05$ ). The most frequent late complications after prostatectomy of the TVP and TURP is ED. Study about the late complications after operation of the BPH between TVP and TURP, statistically were not significantly different.

**Keywords:** BPH, open prostatectomy, TURP, late complication.

## Pendahuluan

Penyakit pembesaran prostat jinak (PPJ) sampai saat ini masih menjadi problem kesehatan di bidang urologi yang selalu dibahas oleh pakar nasional maupun internasional karena jumlahnya yang semakin meningkat sesuai dengan semakin meningkatnya angka harapan hidup di dunia termasuk di Indonesia.

Prevalensi PPJ pada usia dekade keenam sebesar 43% sedangkan secara mikroskopis prevalensi PPJ dimulai pada usia 25-30 tahun walaupun prevalensinya sangat rendah. Setelah usia 40 tahun prevalensinya meningkat secara cepat yaitu pada usia 41-50 tahun sebesar 20%, usia 51-60 tahun lebih dari 50%, usia lebih dari 85 tahun prevalensinya lebih dari 90% sedangkan yang mengalami keluhan *Low Urinary Tract Syndrome* sekitar 50%nya memerlukan pertolongan dokter termasuk tindakan pembedahan (Kirby et al., 1995; Singodimedjo, 2000; Boyle et al., 2001; Presti, 2004). Angka kejadian PPJ di Indonesia belum ada data pasti sedangkan problem PPJ merupakan problem di bidang urologi kedua terbanyak setelah penyakit batu saluran kencing dan di prediksi sekitar 30% pasien PPJ akan datang untuk meminta

bantuan baik secara medikamentosa maupun operasi (Rahardjo, 1999; Hanno et al., 2001)

Tindakan pembedahan merupakan cara yang paling efisien mengatasi masalah LUTS yang telah gagal dengan pengobatan medikomentosa, apalagi tidak semua pasien yang mendapatkan pengobatan medikamentosa berhasil, hanya sekitar 40-70%. Pengobatan medikamentosa hanya mampu memperbaiki skor gejala sampai 30-45% (Hardjowijoto et al., 2003; Presti, 2004). Penanganan PPJ dengan terapi pembedahan di Indonesia, termasuk di DIY masih merupakan standar pengobatan, baik secara prostatektomi transvesikal (PTV) maupun prostatektomi reseksi transuretral (PRTU) apabila dengan pengobatan medikamentosa tidak ada perbaikan klinis. Hasil evaluasi dari terapi pembedahan ini beberapa peneliti melaporkan tentang besarnya angka kejadian komplikasi lambat pascaoperasi prostatektomi dan masih menjadi problem di bidang urologi sampai saat ini.

Hal yang harus mendapat perhatian khusus pada pasien PPJ yaitu adanya penyakit penyerta yang sering ada pada usia dekade lima keatas sekitar 50% karena proses penuaan. Faktor

komorbid yang sering menyertai pada pasien PPJ yaitu penyakit jantung iskemik, hipertensi, diabetes mellitus, penyakit paru obstruktif menahun dan penurunan fungsi ginjal sedangkan yang tidak mempunyai kelainan komorbid hanya sekitar 23% sehingga persiapan praoperasi sangat penting untuk menurunkan morbiditas maupun mortalitas yang bisa terjadi pada pasien yang akan dilakukan operasi prostatektomi baik secara PTV ataupun PRTU (Kirby et al., 1995; Fitzpatrick and Mebust, 2002; Tierney et al., 2004; Presti, 2004). Penyulit pascaoperasi prostatektomi lambat yaitu: (1). Impoten / Disfungsi ereksi (3,3-34,8%). (2). Ejakulasi retrograd (25-99%). (3). Striktur uretra (5-6%). (4). Stenosis leher buli-buli. (5). Pembesaran prostat jinak berulang 4,2% pada PTV; 17,6% pada PRTU. (6). Inkontinensia urin temporer (2%), permanen (0,5%). (7). Mortalitas pascaoperasi prostatektomi (<1%) (Kirby et al., 1995; Tierney et al., 2004). Ada empat penyulit yang sering terjadi pada pasien PPJ pascaoperasi prostatektomi baik secara PTV ataupun PRTU sehingga inilah yang menjadi obyek penelitian yang akan dilakukan, adapun keempat penyulit tersebut adalah impotensi/ disfungsi ereksi, ejakulasi retrograd, striktur uretra, dan inkontinensia urin.

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui besar angka kejadian komplikasi lambat pascaoperasi prostatektomi secara PTV dan PRTU pada pasien PPJ, diharapkan pada masa yang akan datang dapat meningkatkan pelayanan kesehatan di RS Dr. Sardjito Yogyakarta sehingga dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas.

### **Material dan Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian *cohort prospective*, evaluasi pasien dimulai pascaoperasi satu bulan untuk mengetahui angka kejadian komplikasi lambat pascaoperasi prostatektomi secara PTV dan PRTU. Semua pasien PPJ yang telah dioperasi di RS Dr. Sardjito Yogyakarta secara PTV atau PRTU, lebih dari satu bulan yang lalu, dikirim

kuesioner yang telah divalidasi dan dilakukan pembuktian balik dari catatan medik pra dan pascaoperasi tentang ada tidaknya penyakit penyerta, jenis operasi dan usia saat operasi.

Untuk disfungsi ereksi (DE) dan retrograde ejakulasi (RE) dinilai berdasarkan adanya aktivitas seksual pascaoperasi prostatektomi dengan istrinya yang dibuktikan dengan konfirmasi langsung dengan istrinya apabila istrinya masih hidup sedangkan apabila istrinya sakit atau sudah meninggal dunia maka pasien tersebut tidak di masukkan kedalam penelitian DE dan RE. Alat ukur DE dan RE menggunakan kuesioner IIEF-5 yang telah divalidasi. Pasien PPJ pascaoperasi prostatektomi dikirim kuesioner IIEF-5 yang sudah divalidasi oleh IDI (1999) untuk menilai DE dan RE.

### **Hasil Penelitian**

Selama periode Januari sampai dengan Desember 2004 didapatkan data dari catatan medik RS Dr. Sardjito Yogyakarta pasien PPJ yang telah dilakukan operasi prostatektomi sebanyak 90 pasien, dengan rincian 16 pasien dilakukan operasi secara PTV dan 74 pasien dilakukan operasi secara PRTU. Didapatkan 67 pasien dengan rincian 12 pasien pascaoperasi secara PTV (17,9%) dan 55 pasien pascaoperasi secara PRTU (82,1%). Distribusi usia pada jenis prostatektomi ditampilkan pada tabel 5.

### **Pembahasan**

Berdasarkan distribusi usia, pasien PPJ yang menjalani prostatektomi usia paling muda yaitu 51 tahun dan yang tertua yaitu 86 tahun, reratanya 65,81 tahun (rentang 51-86 tahun) sedangkan berdasarkan jenis operasi prostatektomi secara PTV paling banyak pada dekade tujuh (50%) dan secara PRTU paling banyak pada dekade keenam (41,8%).

**Tabel 1. Distribusi usia dengan variabel komorbid preoperasi prostatektomi**

USIA (tahun)	FAKTOR KOMORBID							
	HT (13)		PJT (11)		PPOM (8)		DM (3)	
	HT +	HT -	PJT +	PJT -	PPOM +	PPOM -	DM +	DM -
<60th (9)	0	9 (13.4%)	0	9 (13.4%)	0	9 (13.4%)	1 (1.49%)	8 (11.9%)
≥60th (58)	13 (19.4%)	45 (67.2%)	11 (16.4%)	47 (70.1%)	8 (11.9%)	50 (74.6%)	2 (2.98%)	56 (83.6%)
Jumlah	13 (19.4%)	54 (80.6%)	11 (16.4%)	56 (83.6%)	8 (11.9%)	59 (88.1%)	3 (4.50%)	64 (95.5%)

Keterangan: HT=Hipertensi, PJT=Penyakit Jantung Iskemik, DM=Diabetes Melitus, PPOM=Penyakit Paru Obstrusif Menabun

**Tabel 2. Distribusi menurut aktivitas seksual pascaoperasi prostatektomi**

Aktifitas Seksual	Jenis Operasi			
	PTV (12)		PRTU(55)	
	Σ	%	Σ	%
Aktif (42)	9	75	33	60
Tidak Aktif (25)	3	25	22	40
Jumlah	12	100	55	100

**Tabel 3. Distribusi jenis operasi dengan angka kejadian komplikasi lambat pascaoperasi prostatektomi secara PTV dan secara PRTU**

Jenis Operasi	KOMPLIKASI LAMBAT							
	DE		RE		SU		IU	
	DE +	DE -	RE +	RE -	SU +	SU -	IU +	IU -
PTV (12)	7 (77.8%)	2 (22.2%)	5 (55.6%)	4 (44.4%)	1 (8.3%)	11 (91.7%)	0	12 (100%)
PRTV (55)	29 (87.9%)	4 (12.1%)	15 (45.5%)	18 (44.4%)	5 (8.3%)	50 (91.7%)	5 (44.4%)	50 (100%)

Keterangan: DE=Disfungsi Ereksi, RE: Retrograde Ejakulasi, SU=Striktur Uretra, IU=Inkontinensia Urin

**Tabel 4. Model Analisis Statistik t-test antara jenis operasi dengan kejadian komplikasi lambat pascaoperasi prostatektomi**

Jenis Operasi	KOMPLIKASI LAMBAT											
	DE		p*	RE		p*	SU		p*	IU		p*
	DE +	DE -		RE +	RE -		SU +	SU -		IU +	IU -	
PTV (12)	7	2	(0.272)	5	4	(0.123)	1	11	(1.000)	0	12	(0.576)
PRTV (55)	29	4		15	18		5	50		5	50	

Keterangan: DE=Disfungsi Ereksi, RE=Retrograde Ejakulasi, SU=Striktur Uretra, IU=Inkontensia Urin, p\*=Kemaknaan

**Tabel 5. Distribusi menurut usia dengan jenis operasi prostatektomi**

Usia Tahun	Jenis operasi			
	PTV(12)		PRTU(55)	
	Σ	%	Σ	%
50-59	1	8.33	8	14.55
60-69	4	33.34	23	41.82
70-79	6	50.00	18	32.73
80-89	1	8.33	6	10.90
Jumlah	12	100	55	100

Tabel 1 menunjukkan bahwa penyakit sistemik paling banyak pada pasien PPJ yang berusia = 60 tahun yaitu hipertensi 13 pasien (19,4%) dari 67 pasien dan penyakit jantung iskemik 11 pasien (16,4%) sedangkan penyakit sistemik pada PPJ yang berusia < 60 tahun hanya satu pasien yaitu DM 1 pasien (1,5%). Pasien PPJ sebagian besar mempunyai kelainan sistemik 35 pasien (52,2%) sedangkan yang tidak memiliki kelainan sistemik 32 pasien (47,8%).

Tabel 2 menunjukkan ternyata pasien PPJ pascaoperasi prostatektomi masih melakukan hubungan seksual aktif dengan istrinya 42 pasien (62,7%) sedangkan yang tidak aktif 25 pasien (37,3%) dengan rincian bahwa yang melakukan hubungan seksual aktif yaitu 9 pasien pada PTV (75%), 33 pasien pada PRTU (60%) sedangkan yang tidak melakukan hubungan seksual aktif (seksual inaktif) sebanyak 3 pasien (25%) pada PTV dan 22 pasien pada PRTU (40%).

Tabel 3 menunjukkan komplikasi lambat pascaoperasi secara PTV yaitu disfungsi ereksi 7 pasien (77,8%), retrograd ejakulasi 5 pasien (55,6%), striktur uretra 1 pasien (8,3%), tidak ada yang menderita inkontinensia urin (0%), sedangkan secara PRTU yaitu disfungsi ereksi 29 pasien (87,9%), retrograd ejakulasi 15 pasien (45,5%), striktur uretra 5 pasien (9,1%), inkontinensia urin 5 pasien (9,1%).

Beberapa kemungkinan penyebab besarnya kejadian komplikasi lambat pada penelitian ini yaitu : (1). Adanya faktor komorbid yang sebagian besar mempunyai kelainan sistemik 35 pasien (52,2%) sedangkan yang tidak memiliki kelainan sistemik 32 pasien (47,8%). Penyakit sistemik yang paling banyak diderita oleh pasien PPJ yaitu hipertensi 13 pasien (19,4%) dari 67 pasien. (2). Faktor usia yaitu sebagian besar pasien PPJ berusia = 60 tahun 58 pasien (86,6%) sedangkan yang berusia dibawah 60 tahun 9 pasien (13,4%). (3). Faktor operator operasi yang berbeda.

Adapun penyebab besarnya angka kejadian DE pascaoperasi prostatektomi secara PRTU (87,9%) dibandingkan pada PTV (77,8%) pada penelitian ini kemungkinan disebabkan oleh : (1). Jumlah sampel: jumlah pasien pascaoperasi secara PRTU (82,1%), PTV (17,9%). (2). Trauma : Kerusakan jaringan sekitar kelenjar prostat pada PRTU lebih besar karena efek trauma termal dan elektrik jika dibandingkan secara PTV saat melakukan enukleasi kelenjar prostat. (3). Penyakit penyerta pada PRTU lebih banyak karena jumlah sampelnya lebih banyak dibandingkan dengan PTV.

Tabel 4 menunjukkan bahwa angka kejadian komplikasi lambat pascaoperasi prostatektomi baik secara PTV ataupun PRTU berdasarkan analisis statistik t-test dengan SPSS 10.0 tidak bermakna ( $p > 0.05$ ) artinya peluang untuk terjadinya komplikasi lambat pascaoperasi

prostatektomi antara operasi secara PTV dengan PRTU adalah sama besar.

## Simpulan dan Saran

**Simpulan:** Berdasarkan jenis operasi antara PTV dengan PRTU tidak berbeda secara makna ( $p > 0.05$ ) terhadap kejadian komplikasi lambat pascaoperasi prostatektomi.

**Saran:** Diperlukan penelitian lanjut dengan sampel yang lebih banyak dan waktu yang lebih lama dengan desain penelitian yang bersifat prospektif, dengan jenis operasi dan operator operasi yang sama serta pencatatan yang rapi tentang kondisi umum pre dan pascaoperasi pasien PPJ seperti status seksualnya karena problem ini sangat penting dalam menilai pascaoperasinya.

## Daftar Pustaka

- Han, M., Alfert, H.J., Partin, A.W. 2002. Retropubic and suprapubic open prostatectomy. Dalam: *Campbell's Urology*. Philadelphia: Elsevier Science: 1423-34
- Hisasue, S.I., Takahashi, A., Kato, R., Shimizu, T., Masumori, N., Itoh, N., Tsukamoto, T. 2004. Early and Late Complications of Radical Retropubic Prostatectomy: Experience in a single Institution. *Jpn J Oncol* 34(5): 274-9
- Hardjowijoto, S., Taher, A., Poernomo, B.B., Umbas, R., Sugandi, S., Rahardjo, D., Soebadi, D.M. 2003. Panduan Penatalaksanaan (Guidelines) Benign Prostatic Hyperplasi (BPH) di Indonesia. IAU: 1-14
- Hamengkubuwono X. 2005. *Peningkatan derajat kesehatan masyarakat*. Dalam: *Laporan Keterangan Pertanggungjawaban Gubernur DI Jogjakarta Tahun 2004*. Kedaulatan Rakyat. 25-8-2005 Tahun LX No.319
- Ibrahim, A.I.A., El Malik, E., Ghali, A.M., Murad, N., Saad, M. 1995. Effect of age, comorbidity and type of surgery on perioperative complications and mortality of prostatectomy. *Br J Urol* 76:341-5
- Johannes, C.B., Araujo, A.B., Feldman, H.A., Derby, C.A., Kleinman, K.P., Kinlay, J.B. 2000. Erectil dysfunction. *The Journal of Urology* 163:460-3
- Kirby, R., Fitzpatrick, J., Kirby, M., Fitzpatrick, A. 1995. *Shared care for prostatic disease*. Hongkong: Dah Hua Printing Press Co.Ltd: 1-116
- Lilley, H.P.R.B. 2001. 2001 *World Population Data sheet of the Population Reference Bureau Demographic Data and Estimates for the Countries and Regions of The World*: 1-10
- Lepor, H., Lowe, F.C. 2002. Evaluation and nonsurgical management of benign prostatic hyperplasia. Dalam: *Campbell's Urology* 8(2): 1338-72
- Mebust, W.K., Holtgrewe, H.L., Cockett, A.T., Peters, P.C. 1989. Transurethral Prostatectomy: Immediate and postoperative Complication. A Cooperative Study of 13 Participating Institution Evaluating 3.885 Patiens. *Br.J.Urol* 141: 243-47
- McConnel, J.D. 1995. Prostatic growth: new insights into hormonal regulation. *Br J Urol* 76: 5-10
- Majid, A., Harun, S., 2003. *Evaluasi - kardiologi-prabedah*. [Http://www.papdi.or.id/prabedah/prabedah%20II.%20](http://www.papdi.or.id/prabedah/prabedah%20II.%20)
- Mangunegoro, H., Amin, M., Yunus, S. et al. 2003. *Pedoman Praktis Diagnosis dan Penatalaksanaan PPOK di Indonesia. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia 2003*
- Narayan, P. 1995. Neoplasms of prostate gland. Dalam: *Smith's General Urology*. Edisi 14. Philadelphia: LANGE Medical Book: 392-410
- Presti, J.C. 2004. Neoplasms of prostate gland. Dalam: *Smith's General Urology*. Edisi 17. Philadelphia: LANGE Medical Book: 399-417
- Pramantara, I.D.P. 2004. *Seksualitas pada usia purna bakti*. Dalam: Pelatihan Prapurna karya Pekerja PT.BADAK NGL. Jogjakarta
- Pramantara, I.D.P. 2004. *Diabetes dan Impotensi (Masalah yang Harus Dihadapi dan Diatasi)*. Dalam: Ceramah Awam Pusat Diabetes. Jogjakarta
- Resnick, M.I., Benson, M.A. 1989. Stricture urethrae. Dalam: *Manual of Clinical Problem in Urology*. Little, Brown and Company: 186
- Raharjo, D. 1999. *Prostat, Kelainan-kelainan Jinak, Diagnosis dan Penanganan*. Jakarta: Asian Medical: 15-59
- Raharjo, D. 2003. Jika si jago enggan berkokok. *Farmacia* 4 (3): 6-8
- Raharjo, D. 2003. *BPH: Diagnosis, Patient and Therapeutic Pattern in Indonesia*. Malam Klinik IKABI. Jogjakarta
- Roehrborn, C.G., McConnel, J.D. 2002. Etiology, pathophysiology, epidemiology, and natural history of benign prostatic hyperplasia. Dalam: *Campbell's Urology*. Edisi 8. Philadelphia: Elsevier Science: 1297-1330
- Smith, J.C. 1992. Mortality, morbidity and complications following transurethral resection of the prostate for benign prostate hyperplasia. *The Journal of Urology* 147: 1566-73
- Singodimedjo, P. 2000. *Internasional-Prostate Symptom Score sebagai Cara untuk Menentukan Derajat Hiperplasia Prostat Jinak dan Menilai Keberhasilan Tindakan Operasi Prostatektomi*. Kumpulan Makalah Karya Ilmiah. Jogjakarta
- Tierney, L.M., McPhee, S.J., Papadakis, M.A. 2004. Benign Prostatic Hyperplasia. Dalam: *Current Medical Diagnosis and Treatment*. Edisi 43. Lange Medical Books: 922-8
- Tierney, L.M., McPhee, S.J., Papadakis, M.A. 2004. Urinary incontinence. Dalam: *Current Medical Diagnosis and Treatment*. Edisi 43. Lange Medical Books: 915-8
- Tierney, L.M., McPhee, S.J., Papadakis, M.A. 2004. Male erectile dysfunction & sexual dysfunction. Dalam: *Current Medical Diagnosis and Treatment*. Edisi 43. Philadelphia: Lange Medical Books: 915-8 Books/McGraw-Hill: 918-20