



AGENESIS VAGINE :

Penyajian 2 kasus,
penekanan pada aspek pelayanan

HENRY SANTOSA

untuk melengkapi salah satu syarat dalam menempuh
Pendidikan Adaptasi Bidang Obstetri Ginekologi

PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS I
FAKULTAS Kedokteran UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG

AGENESIS VAGINE:
penyajian 2 kasus,
penekanan pada aspek pelayanan

**DIAJUKAN KEPADA BAGIAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG
SEBAGAI SYARAT DALAM MENEMPUH PENDIDIKAN ADAPTASI
BIDANG OBSTETRI GINEKOLOGI**

OLEH

HENRY SANTOSA

**BAGIAN / SM STETRI GINEKOLOGI
FAKULTAS KEDOKT N UNIVERSITAS DIPONEGORO
RUMAH SAKIT M PUSAT Dr. KARIADI
 RANG**

Penyusunan makalah ini dilakukan di Bagian Obstetri Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Sebagai salah satu syarat dalam menempuh Pendidikan Adaptasi
Bidang Obstetri Ginekologi

Hasil penyusunan ini merupakan milik

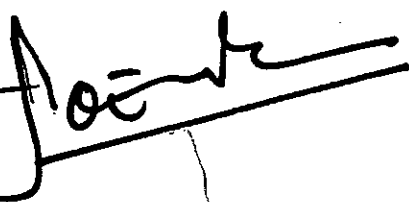
Bagian / SMF Obstetri Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi
Semarang

Telah diajukan dan disetujui
Semarang, Mei 1999

Ketua Bagian / SMF
Obstetri Ginekologi
FK Undip / RSUP Dr. Kariadi
Semarang


Prof. Dr. Ramono, SpOG
NIP. 13 5

KPS PPDS I
Obstetri Ginekologi
FK Undip / RSUP Dr. Kariadi
Semarang


Dr. Suharsono, S G
NIP. 130 135 8

KATA PENGANTAR

Dengan puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karuniaNya saya dapat menyelesaikan makalah ini sebagai salah satu syarat dalam menempuh Pendidikan Adaptasi Bidang Obstetri dan Ginekologi di FK Undip / RSUP Dr. Kariadi Semarang. Saya sadari makalah ini jauh dari sempurna, untuk itu saran dan kritik sangat berguna bagi peningkatan keilmuan saya.

Pada kesempatan ini saya sampaikan rasa hormat, penghargaan serta terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

- Prof. Dr. Noor Pramono, SpOG MMedSc selaku Ketua Bagian / SMF Obstetri dan Ginekologi atas segala nasihat, bimbingan serta pelajaran yang diberikan selama mengikuti pendidikan ini.
- Dr. Suharsono, SpOG selaku ketua Program Pendidikan Dokter Spesialis I bidang Obstetri dan Ginekologi atas bimbingan serta dorongan dalam menambah ilmu dan ketrampilan selama saya mengikuti pendidikan adaptasi ini.
- Prof. DR. Dr. Sutoto, SpOG sebagai guru dan khususnya sebagai pembimbing didalam menulis skripsi ini. Ketulusan beliau meluangkan waktu ditengah kesibukannya untuk membimbing didalam penyelesaian skripsi ini.
- Para guru dan senior saya sebagai staf ahli atas segala bimbingan dan pelajaran yang telah diberikan kepada saya selama ini.
- Istriku, Martha Saelan dan anak-anakku, Michael Santosa, Albert Santosa saya ucapkan rasa cinta kasih dan terimakasih yang tak terhingga atas kesabaran dan perhatian yang diberikan kepada saya selama pendidikan.
- Semua sejawat asisten , paramedis serta semua pihak yang belum saya sebutkan atas bantuan dan kerjasama yang diberikan selama mengikuti pendidikan ini.

Terakhir mohon maaf ke semua pihak atas segala kesalahan baik disengaja atau tidak disengaja selama mengikuti pendidikan .

Semarang, N 1999.

Henry S sa.

ABSTRAK

Kelainan kongenital dengan penampilan tidak terbentuknya vagina disebabkan oleh gangguan perkembangan pada saluran Müller. Tidak terbentuknya vagina ini disebut sebagai "agenesis vagine". Hal ini merupakan suatu kekurangan badan yang dirasakan sangat mengganggu dan sebagai tekanan jiwa terutama rasa ketidakpastian, rasa rendah diri, sehingga penderita tersebut mencari pertolongan yang dapat membantu memecahkan masalahnya baik dalam hal medis maupun psikologi.

Keluhan penderita terutama amenore primer yaitu tidak mendapatkan haid setelah usia 18 tahun, atau tidak dapat bersanggama setelah penderita menikah. Pada umumnya diagnosis agenesis vagine dapat ditegakkan melalui pemeriksaan fisik. Pemeriksaan penunjang diagnostik lainnya hanya dilakukan apabila terdapat keraguan dalam menegakkan diagnosis.

Banyak cara yang telah digunakan untuk memperbaiki kelainan ini, mulai dari tindakan konservatif sampai pembedahan.

Pada makalah ini terdapat 2 kasus agenesis vagine dari 2 penderita dengan usia 21 dan 32 tahun dan telah menikah masing-masing 9 dan 8 bulan sebelum dilakukan pembedahan. Keluhan penderita sama, yaitu tidak dapat bersanggama. Pada pemeriksaan ginekologi terdapat lekukan sedalam 1,5 cm pada introitus vagine, uterus tidak terbentuk, kedua adneksa tidak jelas, sedangkan perkembangan payudara dan rambut pubes normal menurut "Tanner". Jadi keduanya tampak seperti wanita sebaya lainnya. Pembedahan dengan cara Mc Indoe dilakukan pada keduanya oleh Dokter Spesialis Kandungan dan Dokter Spesialis Bedah Plastik dengan persiapan secukupnya. Hasil dari pembedahan dengan cara Mc Indoe ini cukup memuaskan. Pada kasus pertama setelah 1 tahun pengamatan tidak didapatkan penciutan dari lubang vagina baru tersebut dengan kelebaran 1 jari longgar dan kedalaman 8 cm. Keluhan yang diutarakan tidak dapat bersanggama, hal ini disebabkan rasa takut dalam menggunakan lubang vagina baru tersebut. Untuk mengatasi problema tersebut memerlukan konsultasi psikologi yang lama. Kasus kedua belum dapat dinilai dalam hal fungsinya, karena pembedahan dilakukan 6 minggu sebelum makalah ini disusun.

Persiapan fisik, mental serta penerangan yang jelas serta terarah mengenai cara-cara penanganannya baik sebelum dan sesudah tindakan pembedahan pada penderita, pasangannya dan keluarganya sangat menentukan keputusan penanggulangan yang diambil serta keberhasilan tindakan pembedahan. Pembedahan dengan cara Mc Indoe merupakan tindakan yang cukup aman, mudah dan dengan hasil yang cukup memuaskan, sehingga digunakan oleh banyak pakar dan peneliti.

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
ABSTRAK	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	vi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar belakang	1
1.2. Tujuan	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Batasan	4
2.2. Embriogenesis	4
2.3. Pembagian agenesi vagine	7
2.4. Angka kejadian	8
2.5. Gejala-gejala agenesi vagine	9
2.6. Diagnosis agenesi vagine	15
2.7. Pengelolaan agenesi vagine	
2.7.1. Tujuan pengelolaan	15
2.7.2. Indikasi pembedahan	15
2.7.3. Persyaratan pembedahan agenesi vagine	15
2.7.4. Waktu pembedahan	16
2.7.5. Terapi agenesi vagine	17
2.7.5.1. Metode konservatif	17
2.7.5.2. Metode pembedahan	18
2.7.6. Pemeliharaan	29
2.7.7. Komplikasi dan hasil	29

BAB III LAPORAN KASUS	
3.1. Kasus 1	34
3.2. Kasus 2	41
BAB IV PENGAMATAN LANJUT DAN HASIL	47
BAB V KESIMPULAN	49
BAB VI SARAN	50
KEPUSTAKAAN	51

DAFTAR TABEL

	Halaman
TABEL 1. Sifat-sifat wanita dengan kelainan saluran Müller	10

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Macam-macam "agenesis vagine"	7
Gambar 2. Tanda-tanda pubertas menurut "Tanner"	11
Gambar 3. Tindakan konservatif menurut "Frank"	18
Gambar 4. Pengambilan "cangkok kulit" berdasarkan ketebalan epidermis	24
Gambar 5. Cara pengambilan "cangkok kulit"	25
Gambar 6. Teknik membuat rongga vagina	26
Gambar 7. Pemasangan cangkok kulit pada alat pembentuk vagina	27
Gambar 8. Skema pembedahan	32

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Vagina wanita merupakan salah satu organ genitalia yang berbentuk tabung yang menghubungkan vulva dan uterus terletak antara kandung kemih di bagian depan dan rektum di bagian belakang. Adapun fungsi vagina yang penting ialah saluran ekskresi uterus seperti cairan menstruasi, untuk sanggama dan sebagian lagi jalan lahir saat persalinan dan untuk pemeriksaan ginekologi.¹⁻²

Kelainan kongenital dengan penampilan tidak terbentuknya vagina yang dideskripsikan oleh Realdus Columbus 1559, seperti dikutip oleh Rock,³ merupakan suatu kekurangan badan yang dirasakan sangat mengganggu dan setelah diketahuinya akan dirasakan sebagai tekanan terhadap jiwa penderita terutama rasa ketidakpastian, rasa rendah diri dan memerlukan pemecahan problemanya baik dalam hal persoalan medis maupun persoalan psikologinya. Tidak jarang suatu kekurangan tersebut masih dirasakan setelah tindakan pembedahan, seperti tidak mendapatkan haid, apabila sesudah menikah masih merasakan belum sempurna seperti tidak dapat berhubungan, dan tidak dapat hamil.⁴

Keluhan yang terutama ialah amenore primer, tetapi jika uterus terbentuk dan dilapisi oleh endometrium, maka dapat menyebabkan nyeri abdomen bawah, yang tidak disertai dengan sekret vagina berupa darah menstruasi.⁵ Dengan demikian penderita mencari pertolongan yang dapat memecahkan persoalan

tersebut. Seorang ahli obstetri ginekologi atau ahli bedah plastik merupakan dokter yang menjadi harapannya dalam menangani kasus semacam ini.

Kasus agenesis vagine adalah kelainan kongenital yang jarang ditemukan. Counsellor menemukan hanya satu diantara 4.000 penderita wanita pada Mayo Clinic.⁶ Evans memperkirakan kejadian agenesis vagine satu diantara 10588 kelahiran wanita di Michigan dari tahun 1953 - 1957, seperti dikutip oleh Rock.³

Umumnya mempunyai fenotip dan genotip wanita. Jones dan Scott 1958 melaporkan, agenesis vagine merupakan kelainan bawaan yang sering diikuti oleh kelainan uterus dan tuba dengan fungsi ovarium yang normal.⁷

Wharton mewaspadaikan, pada penderita ini sering diikuti kelainan kongenital dari saluran kencing.⁶ Angka kejadian berupa kelainan kongenital dari saluran kencing yang menyertai agnesis vagine dilaporkan berbeda. 10 - 20 % ditemukan kombinasi kelainan bawaan pada saluran kencing misal berupa ginjal tapal kuda, kelainan lokasi salah satu ginjal.⁷ Dari penelitian kelompok Counsellor didapatkan, 20 dari 41 penderita dengan agenesis vagine yang menjalani pemeriksaan intravena urografi disertai kelainan dari saluran kencing.⁶ Oleh karena itu disarankan untuk dilakukan pemeriksaan intravena urografi pada penderita dengan kelainan kongenital agnesis vagine.⁶

Banyak cara yang telah digunakan untuk memperbaiki kelainan ini, mulai dari konservatif sampai ke operatif seperti cara Frank, Williams, Mc Indoe, Küstner, Vecchietti.⁸

Namun sebelumnya harus dilakukan pendekatan secara menyeluruh. Cara Mc Indoe lebih banyak dipilih karena dianggap cukup aman, sederhana dan dengan hasil yang cukup memuaskan.^{6,9}

Di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo di Bagian Obstetri dan Ginekologi selama 6 tahun dari tahun 1980-1986 telah dirawat 47 kasus dengan agenesi vagine, dan 27 kasus ternyata memerlukan tindakan pembedahan untuk memenuhi kebutuhan salah satu fungsi vagina tersebut.²

1.2. TUJUAN

Tujuan penulisan ini untuk menyajikan 2 kasus agenesi vagine yang dikelola dengan cara Mc Indoe. Cara ini memerlukan kerjasama dengan disiplin lain dan pengertian penuh dari pasien dan suaminya.

B A B II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. BATASAN

Istilah untuk kelainan tidak adanya vagina belum ada keseragaman. Penulis seperti Te Linde dan Mattingly,⁶ Brewers,¹⁰ Clayton,¹¹ Jones dan Mermut,¹² Garrey¹³ hanyalah menyebutnya „Congenital absence of the vagina“.

Kelainan kongenital vagina harus dibedakan antara aplasia dan atresia. Pada aplasia, vagina tidak berkembang dan tidak mengadakan kanalisasi, sehingga bila diraba hanya ditemukan jaringan yang tebal saja. Sering pula dijumpai uterus yang rudimenter sampai tidak ada sama sekali. Ovarium dapat pula menunjukkan hipoplasi atau menjadi polikistik. Pada atresia terdapat gangguan kanalisasi dari saluran Müller, sehingga terbentuk suatu septum yang horisontal. Ini dapat ditemukan pada bagian proksimal dan bagian bawah diatas himen.¹⁴⁻¹⁵

Penulis lain seperti Jürgensen,⁴ Duenholter,⁵ Lang,⁸ Sarwono,¹⁴ Freundt,¹⁶ Smith¹⁷ menyebutnya sebagai "agenesis vagine".

2.2. EMBRIOGENESIS

Untuk dapat memahami kelainan kongenital alat-alat genital pada seorang wanita, perlu diketahui embriologi sistem genital dan sistem urinarius. Kedua sistem tersebut dalam pertumbuhannya tidak dapat dipisah-pisahkan. Kelainan kromosom dan gangguan hormonal dapat pula menyebabkan kelainan kongenital itu. Vagina asalnya dari entoderm (bagian yang dibentuk oleh sinus urogenitalis) dan mesoderm (bagian yang dibentuk duktus Müller).¹⁴

Dua pertiga bagian atas vagina berasal dari saluran Müller yang mengadakan fusi dan kemudian timbul kanalisasi, demikian uterus, dapat dibayangkan kelainan-kelainan yang dapat terjadi bila fusi tidak terjadi atau kanalisasi tidak lengkap, maka uterus dan vagina bagian atas tidak terbentuk,¹⁴ sedangkan bagian bawah vagina terbentuk dari sinus urogenitalis yang masuk saluran Müller dalam keadaan buntu. Kemudian terjadi kanalisasi dan terjadilah vagina yang normal.¹⁴

Duktus paramesonefridikus yang kemudian berkembang menjadi saluran Müller terbentuk pada embrio manusia yang berusia 6 sampai 7 minggu, dimana embrio mencapai panjang 12-14 mm pada usia 8 minggu.^{9,18-19} Letaknya saluran Müller (duktus paranefridikus) ini lateral dari saluran Wolff (Duktus mesonefridikus).

Menurut Jost perkembangan duktus Mülleri ini pada dasarnya ditentukan oleh hormon anti Mülleri dan testosteron, yang dibentuk oleh embrio testis.²⁰⁻²³ Hormon anti Mülleri dan testosteron disintesis oleh sel Sertoli segera setelah differensiasi testis pada embrio dengan usia kehamilan 8 minggu. Apabila sintesis kedua hormon ini tidak berlebihan, pada fetus akan terjadi perkembangan tuba, uterus, vagina bagian atas dari duktus paramesonefridikus (duktus Mülleri). Hoshino(1965), seperti dikutip oleh Muchit²⁴ melaporkan timbulnya atresia vagine setelah pemberian 5 mg testosteron propionat pada induk tikus betina pada hari keduabelas kehamilan.

Jones dan Mermut juga telah menemukan kelainan tidak terbentuknya vagina dan uterus dari 2 orang saudara kandung, dan menarik kesimpulan dalam

penyelidikannya bahwa mungkin disebabkan faktor "recessive trait" yang sangat jarang.¹²

Hamilton dkk menyatakan saluran Müller ini dibagi menjadi 3 bagian pada bagian kranial akan menjadi tuba, bagian tengah menjadi uterus sedangkan bagian kaudal membentuk vagina.¹⁴ Apabila ujung kaudal kedua duktus Müller menyentuh dinding sinus urogenitalis, maka dinding ini berproliferasi dan membentuk "vaginal plate". "Vaginal plate" kemudian memanjang dan mendorong sinus urogenitalis kebawah, yang menjadi dangkal dan lebih lebar, dan membentuk vestibulum.¹⁴

Kegagalan perkembangan yang menyeluruh pada saluran Müller menyebabkan tidak terbentuknya tuba Fallopii, uterus dan vagina, sedangkan tidak terbentuknya vagina disebabkan terhentinya perkembangan pada saluran Müller bagian bawah, ini dapat juga menyebabkan gangguan dalam pembentukan uterus.²⁵

Sindrom Mayer Rokitansky Küster Hauser mempunyai pertumbuhan tanda seks sekunder seperti rambut pubes, rambut ketiak, pertumbuhan payudara (Tanner²⁶ 4-5), genitalia eksterna seperti vulva, klitoris tumbuh normal, tidak ditemukan vagina, sedangkan pada genitalia interna tidak ditemukan uterus, tetapi kedua tuba dan ovarium tumbuh normal.²⁷⁻²⁸

Kadang-kadang kelainan kongenital yang disebabkan oleh gangguan saluran Müller ini juga disertai dengan kelainan kongenital lainnya seperti saluran kencing, kelainan otot dan tulang dan lain-lain seperti di laporkan oleh Duenholter,⁵ Griffin.²⁸ Smith melaporkan kelainan ureterorenal sebanyak 50%, kelainan otot tulang 14% dan kelainan kanalis inguinalis 23%.¹⁷

2.3. PEMBAGIAN AGENESIS VAGINE

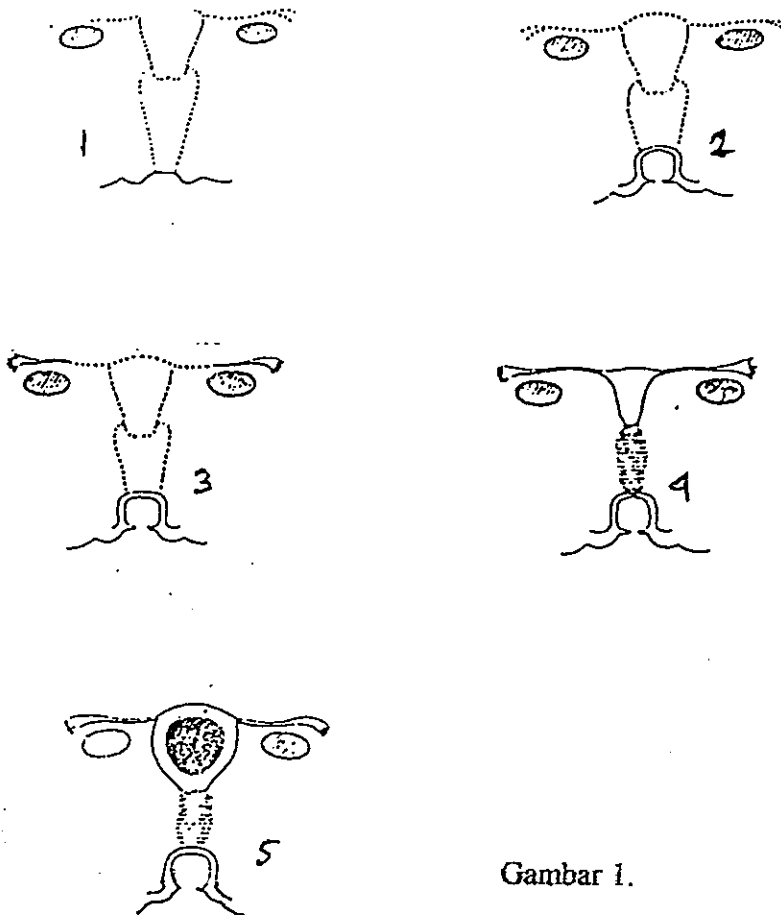
Kelainan bawaan dalam vagina dapat dibagi :

1. Bentuk kelainan parsial, terjadi oleh karena gangguan dalam kanalisasi, sehingga bagian bawah vagina tidak berkembang, sedangkan yang bagian atas dapat berkembang tetapi sempit dan kecil. Serviks uteri dapat berkembang sempurna atau tidak. Bagian bawah vagina berbentuk septum vagina horisontal.^{10,14,29}
2. Bentuk kelainan total, terjadi oleh karena kedua duktus Mülleri mengadakan fusi, akan tetapi tidak berkembang dan tidak mengadakan kanalisasi, sehingga seluruh saluran vagina tidak terbentuk. Pada perabaan hanya ditemukan jaringan yang tebal saja. Sering pula dijumpai uterus yang rudimenter sampai tidak ada sama sekali, ovarium dapat pula menunjukkan hipoplasi atau polikistik. Pada introitus vagine hanya terdapat cekungan yang dangkal tetapi dapat juga agak dalam.^{10,14,29}
3. Septum vagina, terjadi oleh karena ada gangguan dalam fusi atau kanalisasi kedua duktus Mülleri. Sekat sagittal di vagina dapat ditemukan dalam vagina dibagian atas. Tidak jarang hal ini ditemukan dengan kelainan pada uterus.^{10,14,29}

Karena vagina dianggap berasal dari saluran Müller dan sinus urogenitalis, Jeffcoate,²⁵ seperti yang dikutip oleh Tindall, membagi agenesi vagine menjadi 5 bagian :

1. Tidak terbentuknya sinus urogenitalis dan saluran Müller sama sekali.
2. Tidak terbentuknya saluran Müller tetapi membentuk vagina dengan himen dibawahnya.
3. Hanya bagian ujung proksimal saluran Müller yang berkembang tetapi bagian distal tidak berkembang sedangkan sinus urogenitalnya berkembang baik.

4. Kegagalan dari kanalisasi bagian ujung distal saluran Müller menyebabkan hipoplasia uteri sedangkan sinus urogenitalis berkembang baik.
5. Kegagalan dari kanalisasi bagian ujung distal saluran Müller namun uterus sudah berkembang baik demikian pula sinus urogenitalis berkembang baik. (lihat gambar 1)



Gambar 1.

..... bagian yang tidak terbentuk

Dikutip dari Jeffcoate, 1987²⁵

2.4. ANGKA KEJADIAN

Tidak adanya keseragaman dalam frekuensi kelainan bawaan berupa tidak terbentuknya vagina. Angka kejadian agensis vagine bervariasi antara 1:4000 -

1:5000 kelahiran wanita.^{28,30} Owens 1942, seperti dikutip oleh Griffin,²⁸ mendapat kan 1 diantara lebih dari 20.000 penderita obstetri ginekologi yang dirawat.

Counseller 1948 melaporkan angka kejadian 1 diantara 4000 penderita obstetri ginekologi yang dirawat di Mayo klinik.³

Evans memperkirakan angka kejadian agenesis vagine 1 diantara 10588 kelahiran wanita di Michigan pada tahun 1953 - 1957.³

Syafarudin³¹ dari Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung melaporkan dalam penelitiannya dari 1 Januari 1983 - 31 Desember 1986 tercatat 65 (0,26 %) penderita kasus cacat bawaan alat reproduksi wanita dari 24677 kunjungan baru di poliklinik ginekologi, ditinjau dari kelainan masing - masing organnya yang terbanyak adalah cacat bawaan uterus (45,31 %), sedangkan cacat bawaan berupa agenesis vagina sebanyak 28 kasus dari seluruh kunjungan baru tersebut, kira - kira 1 : 1000.

Muchit dari Rumah Sakit Ciptomangunkusumo dalam penelitiannya dari 1 Agustus 1975 sampai 31 juli 1979 melaporkan adanya 14 kasus agenesis vagine dari 16149 semua kasus ginekologi berarti sebanyak 0,87 ‰ (=permil).²⁴

2.5. GEJALA-GEJALA AGENESIS VAGINE

Banyak kasus dengan kelainan agenesis vagine diketahui lambat setelah mereka melewati masa menars yaitu pada umur diatas 16 tahun dengan keluhan utama mengalami gangguan dalam bersanggama, disamping mereka belum pernah dapat haid.² Sifat-sifat penderita dengan kelainan agenesis dari duktus Mülleri ini seperti dilaporkan oleh Rock³ dalam tabel dibawah ini. (tabel 1)

- Kelainan kongenital tidak adanya uterus dan vagina (bulbus uterus rudimenter kecil biasanya disertai dengan tuba Fallopii rudimenter)
- Fungsi ovarium normal, termasuk ovulasi
- Penampakan kelamin wanita
- Fenotip wanita (perkembangan payudara, proporsi tubuh, distribusi rambut dan alat kelamin luar normal)
- Genotip wanita (kariotipe 46 XX)
- Sering bersamaan dengan kelainan kongenital lain (tulang-tulang rangka, urologi khususnya ginjal)

Tabel 1 : Sifat-sifat wanita dengan kelainan saluran Müller.

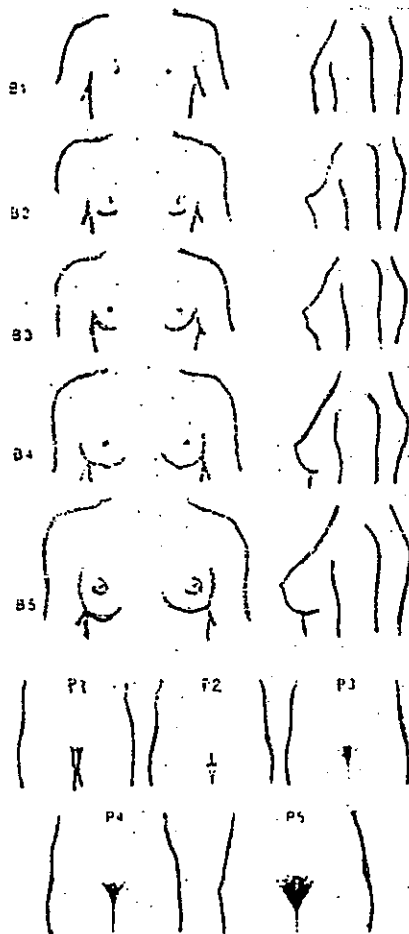
Dikutip dari : Rock, 1992³

Gejala-gejala yang terjadi tergantung dari macam / bentuk kelainan penyerta pada agenesis vagine. Keluhan utama ialah amenore primer, artinya belum pernah menstruasi sampai penderita umur 18 tahun. Bisa dimaklumi memang kelainan inilah yang dirasakan langsung dan pertama, karena dirasakan beda dengan wanita sebayanya. Sedangkan keluhan yang lain merupakan keluhan tambahan yang timbul setelah wanita itu kawin misalnya gangguan dalam bersanggama.

Vagina biasanya hanya berupa lipatan mukosa yang ujungnya buntu.²⁷ Hal ini dapat menimbulkan reaksi depresi, cemas, perasaan kacau terutama setelah mengetahui dirinya tidak mempunyai vagina seperti telah dilaporkan oleh Kaplan.^{4,30}

Tanda seks sekunder normal misal pertumbuhan rambut seks, payudara tumbuh secara normal ("Tanner" 4-5) (lihat gambar 2), Vulva tidak ada kelainan, tidak ada pembesaran klitoris, klitoris tumbuh normal. Penderita tampak sebagai wanita yang normal.²⁷⁻²⁹

Pembagian tanda-tanda pubertas menurut "Tanner" didasarkan atas perkembangan payudara dan rambut pubes.²⁶ Perkembangan tersebut menunjukkan korelasi yang baik dengan perkembangan tulang dan hormonal. Pada perkembangan rambut pubes (P3) dan payudara (M3) "Tanner" P3-M3 biasanya seorang anak sudah mendapatkan menars. (lihat gambar 2 dibawah).



Gambar 2 :

Perkembangan payudara dan rambut pubes menurut "Tanner"

Dikutip dari : Knörr, 1989²⁶

Apabila dilakukan pemeriksaan vagina pada bayi baru lahir, maka kelainan agensis vagine akan diketahui sedini mungkin. Bayi dengan agensis vagine biasanya mempunyai bentuk labia mayora, minora, urethra dan klitoris yang normal. Bila ada dugaan adanya kelainan, dapat dilakukan pemeriksaan dengan tes sonde untuk mencari lubang vagina setelah kedua labium kiri dan kanan dibuka.^{2,32} Keadaan ini haruslah dibedakan dengan himen imperforatus, vagina pendek atau keadaan sindrom feminisasi testikuler (TFS) serta hemafrodit. TFS adalah diagnosa banding paling baik.¹² Gejala amenore primer dengan perkembangan payudara yang normal dan lubang vagina yang buntu biasanya terdapat pada sindrom feminisasi testikuler atau agensis vagine.

Pemeriksaan kadar hormon testosteron dalam serum dapat membedakan jenis kelamin. Bryans³² dan Capraro³³ mengatakan, pemeriksaan sitogenetik perlu dilakukan pada kasus agensis vagine terutama pada bayi atau anak-anak serta pada keadaan dimana terdapat keraguan dalam menentukan jenis kelamin.

Wanita dengan kelainan agensis vagine hampir semuanya mempunyai kariotip 46 XX,^{3,28,30} seperti 2 kasus agensis vagine yang dilaporkan oleh Jones dan Mermut,¹² kedua penderita ini mempunyai kariotip 46 XX, sedangkan pada TFS didapatkan kariotip XY dimana fenotip seorang wanita, tetapi genotip seorang lelaki.^{27,30}

Pada TFS perlu dilakukan gonadektomi untuk menghindari kemungkinan terjadinya perubahan keganasan dan diikuti dengan pemberian hormon pengganti.²⁷

Penelitian yang dilakukan oleh Yunizaf² dari Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta pada tahun 1980 - 1986 didapatkan 47 kasus agensis vagine. Pada 31 penderita yang dilakukan pemeriksaan sitogenetik didapatkan 3

penderita dengan kromatin seks negatif dan kromosom seks 46 XY, yaitu fenotip wanita, tetapi genotip laki. Tanda seks sekunder yang didapat pada penderita ini ialah alat genitalia eksterna seperti wanita, hanya didapatkan penis yang lebih besar dari kelingking jari anak-anak, dan dijumpai pula testis yang rudimenter didaerah inguinal, ketiga kasus ini tergolong psedohemafrodit.²

Pada umumnya diagnosis agenesis vagine dapat ditegakkan melalui pemeriksaan fisik, sehingga pemeriksaan penunjang seperti kadar hormon testosteron dalam serum, kariotip, laparoskopi atau laparotomi tidak diperlukan. Pemeriksaan ultrasonografi mungkin lebih berarti karena lebih mudah, aman, murah dan dapat melihat alat-alat genitalia seperti ovarium, uterus, dan mungkin vagina.

Tindakan Laparoskopi dapat membantu menegakkan diagnosis, apabila pada pemeriksaan dalam rektal didapatkan keraguan, dan nyeri panggul, sehingga mendapatkan gambaran alat-alat genitalia interna lebih eksak.^{30,34}

Kelainan yang sering menyertai adalah keadaan uterus dengan variasinya dapat berkembang sempurna, sebagian saja yang berkembang atau sama sekali tidak berkembang (Rock,³ Griffin²⁸). Griffin melaporkan tercatat 14 kasus agenesis vagine (semuanya dengan kariotip 46 XX), 5 diantaranya dilakukan laparoskopi atau laparotomi atau keduanya. 3 kasus dengan uterus bikornis, 1 tidak tampak uterus, dan 1 uterus hematometra.²⁸

Penelitian yang dilakukan oleh Bramundito³⁵ pada tahun 1989 - 1994 tercatat 38 dari 75 kasus gangguan perkembangan genitalia interna yang dilakukan laparoskopi. 12 kasus (16%) dengan aplasia / hipoplasia uterus saja, 13 kasus (17%) hipoplasia genitalia interna, dan 13 kasus (17%) aplasia genitalia interna

"streakgonad".

Gangguan pembentukan atau fusi dari duktus Mülleri ini dapat menimbulkan bermacam-macam kelainan bentuk kongenital saluran urogenital, baik sendiri-sendiri maupun bersama-sama, karena secara embriologi ada hubungan satu dengan yang lain(Rock³).

Pinsky, seperti yang dikutip oleh Rock,³ mengingatkan suatu bagian dari gejala kompleks dan bukan suatu sindrom dalam arti sebenarnya pada kelainan kongenital agensis vagine.

Menurut Jones dan Rock, kegagalan fusi lateral dari duktus Mülleri ini dapat menimbulkan tidak terbentuknya salah satu ginjal. Menurut Thompson dan Lynn, 40% penderita dengan tidak terbentuknya salah satu ginjal didapatkan hubungan dengan kelainan kongenital saluran genital.³ Smith¹⁷ melaporkan dari 22 penderita agensis vagine terdapat 50 % kelainan saluran kencing, 14 % kelainan tulang-tulang rangka dan 23 % defek cincin inguinal, sedangkan Griffin²⁸ dari 14 penderita agensis vagine terdapat 8 penderita dengan kelainan saluran kencing pada salah satu ginjal berupa tanpa ginjal, hidronefrosis, kelainan bentuk yang dapat ditegakkan melalui pemeriksaan pielografi dan merupakan pemeriksaan rutin pada kasus agensis vagine dan 7 kelainan tulang-tulang rangka.

Menurut Küster dan Rokitansky, seperti dikutip oleh Griffin,²⁸ 1/3 dari penderita agensis vagine akan didapatkan kelainan ginjal. Angka kejadian ini kurang lebih sama dengan angka kejadian 34 % kelainan saluran kencing dari 534 penderita didalam 17 seri penelitian lainnya. Sedangkan kelainan lain berupa 12 % tulang-tulang rangka dari 574, jantung bawaan 4 % dari 224 dan defek cincin inguinal 7 % dari 230 penderita, seperti yang dilaporkan oleh Griffin.²⁸

2.6. DIAGNOSIS AGENESIS VAGINE

Agensis vagine pada wanita diagnosis nya dibuat apabila terdapat lekukan 1 -2 cm (Hecker dan Mc Guire, 1977) , maksimal 3 - 4 cm (Crosby dan Hil, 1962), seperti yang dikutip oleh Muchit.²⁴

2.7. PENGELOLAAN AGENESIS VAGINE

Pengelolaan pada agensis vagine ini terutama usaha untuk membuat vagina baru. Usaha tersebut dapat ditempuh dengan cara pembedahan dan konservatif (tanpa pembedahan).^{3,28}

2.7.1. TUJUAN PENGELOLAAN

Pembuatan vagina mempunyai tujuan yaitu untuk memulihkan fungsi vagina, terutama untuk sanggama seperti suami istri yang normal.(Yunizaf²)

2.7.2. INDIKASI PEMBEDAHAN

Pembuatan vagina baru ini dilakukan setelah wanita tersebut betul betul membutuhkan untuk memenuhi salah satu fungsinya dan cukup kooperatif baik dalam masa perawatan, maupun pasca perawatan atau masa pengawasan setelah pulang dari rumah sakit.(Yunizaf²)

2.7.3. PERSYARATAN PEMBEDAHAN AGENESIS VAGINE

Sebelum dilakukan tindakan baik dengan cara pembedahan maupun tanpa pembedahan diperlukan pemeriksaan yang mendasar seperti penjelasan mengenai status kromosom, urogenitalis. Pembedahan pembuatan vagina ini dilakukan pada

penderita yang fenotip dan genotip adalah wanita, dan hanya mempunyai kelainan bawaan tidak terbentuknya vagina. Dorongan seksual, motivasi yang kuat dari penderita, serta penerangan yang jelas pada penderita dan keluarganya tentang kelainan tersebut, cara-cara penanganannya serta hal-hal yang perlu dilakukan penderita sebelum dan sesudah tindakan pembedahan merupakan persyaratan yang diperlukan.^{3,8,32}

2.7.4. WAKTU PEMBEDAHAN

Pada kelainan kongenital agensis vagine dapat disertai dengan kelainan organ-organ genitalia interna lainnya seperti uterus yang dapat berkembang sebagian atau tidak berkembang sama sekali, seperti yang telah dilaporkan oleh Rock,³ Griffin.²⁸ Hal ini perlu diketahui karena dapat mempengaruhi kapan penderita tersebut harus dilakukan pembedahan.

Apabila uterus berkembang dengan sempurna waktu pembedahan harus dilakukan lebih cepat, karena setelah penderita tersebut mendapatkan haid yang pertama akan segera timbul keluhan darah haid tidak dapat keluar.

Waktu yang tepat kapan penderita tersebut dilakukan pembedahan bergantung pada beberapa faktor antara lain kematangan mental penderita, keadaan lingkungan penderita, terutama penting kerjasama yang baik dari penderita.⁷

Capraro³³ menganjurkan saat terbaik untuk pembuatan vagina adalah 3 - 6 bulan setelah penderita menikah untuk memenuhi salah satu fungsi vagina sebagai alat sanggama, kecuali pada penderita yang disertai adanya hematometra.

Evans, seperti yang dikutip oleh Yunizaf,² Rock³ mengatakan tanpa memandang umur, serta pendidikan sebaiknya dilakukan pembedahan bila

penderita betul-betul telah mengerti tentang perawatan pasca bedah termasuk pemasangan protesis dan telah dipersiapkan dengan matang baik fisik maupun mental, karena 15% penderita ini telah mengalami gangguan jiwa seperti depresi dan rasa cemas.

Rock³ menganjurkan pembentukan vagina baru ketika penderita tersebut akan menikah atau waktu yang tepat adalah ketika umur penderita antara 17 - 20 tahun, karena perkembangan baik fisik atau mental telah matang, sehingga dapat merawat vagina baru tanpa kesulitan. Jenis pembedahan apapun yang dipilih memerlukan kooperatif dari penderita.³

Waktu perkawinan penderita perlu mendapatkan perhatian khusus mengenai perawatan lubang vagina yang baru. Perawatan lubang vagina baru secara teratur dengan protesis tidak perlu dilakukan lagi, apabila penderita sudah menikah, cukup dengan melakukan sanggama secara teratur.

2.7.5. TERAPI AGENESIS VAGINE

Terapi agenesi vagine dapat dilakukan dengan metode tanpa pembedahan (konservatif) dan metode pembedahan.^{3,28}

2.7.5.1. Metode Konservatif

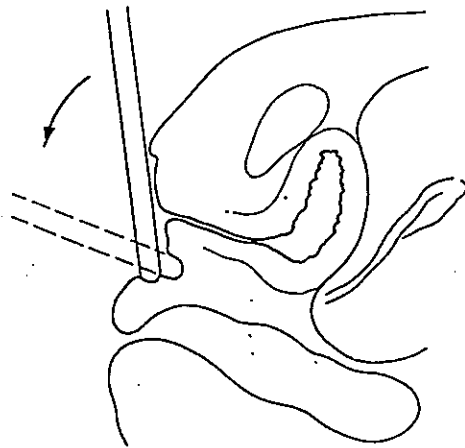
Tindakan tanpa pembedahan ini, yang disebut "simple pressure", "bloodless technics", dilakukan pertama kali oleh Frank 1938, seperti yang dikutip oleh Rock,³ Lang,⁸ Kāser,³⁶ dengan dilatasi terus menerus.

Frank melaporkan hasil yang cukup memuaskan pada 8 pasien setelah konservatif ini.³

Vecchietti dari Verona Italia, sejauh yang diketahui oleh Käser,³⁶ mempunyai pengalaman terbanyak dengan tindakan konservatif ini.

Wabreck dkk, seperti dikutip oleh Griffin,²⁸ menemukan tidak adanya komplikasi dan secara fungsional hasil yang memuaskan pada 90% dari 20 kasus setelah tindakan ini.

Namun tindakan ini memerlukan kooperatif pasien, karena tindakan ini dilakukan dengan dilatasi secara terus menerus berbulan lamanya, yang setelah sekitar 18 bulan dapat mencapai kedalaman sekitar 8 - 10 cm, sehingga memungkinkan untuk melaksanakan kohabitation.⁷ (lihat gambar 3)



Gambar 3 : Tindakan konservatif menurut Frank.

Dikutip dari : Käser, 1982⁷

2.7.5.2. Metode Pembedahan

Banyak cara yang dilakukan pada pengelolaan agenesi vagina ini. Käser⁷

^{8,36} membagi macam pembedahan atas dasar:

- Teknik pembedahan vaginal :

1. Graves(1921)

Teknik ini menyatukan kedua labia minora kanan dan kiri bagian dorsal, dilaporkan hanya beberapa yang berhasil dan banyak komplikasi yang terjadi.⁶

2. Williams(1964)

Teknik ini menyatukan kedua labia mayora kanan dan kiri. Dimulai dengan infiltrasi kedua labia dan insisi tapal kuda pada komissura posterior. Setelah itu perlu dilakukan pelatihan dengan busi/dilatator secara teratur. Teknik ini disukai di Inggris. Keuntungan teknik yaitu risiko dan penciutan pasca bedah yang minimal.⁷ Sedangkan komplikasi lambat dapat berupa enterokele, seperti yang telah dilaporkan oleh Williams.³⁷

3. Wharton(1932)

Teknik ini jarang dilakukan, yaitu dimulai dengan insisi transversal antara uretra dan dubur, lalu dibuka dengan dua jari, setelah itu dipasang protesis dari kayu balsa yang sudah terbungkus oleh karet, sehingga tidak diperlukan cangkok kulit seperti pada teknik pembedahan Mc Indoe.⁶

Prinsip teknik ini adalah epitel vagina mempunyai kemampuan untuk berproliferasi dan dalam waktu relatif singkat akan menutup permukaan yang kasar tersebut.³

Keuntungan tidak terbentuknya keloid pada daerah bekas pengambilan kulit, karena tidak diperlukan cangkok kulit. Kerugian pembentukan epitel yang lambat dan dapat terjadi penciutan kembali.^{2,7}

4. Mc Indoe(1938)

Teknik pembedahan cara ini sangat menyerupai teknik pada Wharton, perbedaannya terletak pada penambahan berupa pemasangan cangkok kulit pada suatu alat pembentuk vagina kedalam rongga vagina yang baru dibentuk.⁶⁻⁸ Teknik ini sangat disukai oleh beberapa penulis. Pengalaman baik telah dilaporkan oleh Counsellor 1948.⁶

Dibawah dijelaskan tersendiri lebih dalam mengenai persiapan, teknik pembedahan, serta perawatan pasca bedah.

5. Brindeau(1935)

Teknik pembedahan sama, perbedaannya terletak pada pemasangan protesis yang telah dibungkus oleh kulit ketuban.⁷ Dhali³⁸ dari India melaporkan pengalaman baik pada 5 penderita setelah dilakukan pembedahan dengan metode ini.

- Teknik pembedahan kombinasi abdominal dan vaginal :

1. Davydov(1969)

Teknik ini dimulai dengan insisi transversal antara uretra dan dubur, kemudian dibuka dengan dua jari sampai kavum Douglas menjadi renggang dan

pasang tampon dengan tujuan hemostasis, kemudian dilakukan laparotomi untuk membuka peritoneum, vaginal peritoneum yang renggang tersebut ditarik kebawah dan pada proksimal vagina peritoneum dijahit 2 - 3 x simpul, sedangkan distal peritoneum dijahitkan pada introitus vagina. Setelah pembedahan dilakukan pemasangan busi / dilator agar vagina tetap terbuka.

Kerugian setelah tindakan ini terjadi pembentukan granulasi dan dapat terjadi penciutan pada proksimal vagina.⁷⁻⁸

Tamaya dkk,³⁹ dalam penelitiannya pada tahun 1979 - 1983 terdapat 8 dari 10 penderita yang setelah dilakukan pembedahan dengan metode ini menikah dan dapat melakukan sanggama dengan sempurna.

2. Baldwin(1907)

Baldwin menggunakan double Loop dari ileum untuk membuat ruangan antara rektum dan kandung kemih, namun cara ini sangat berbahaya, sehingga dapat mengakibatkan kematian yang tinggi.^{3,6,7}

3. Schubert 1936 dan Schmid 1956

Kedua orang ini menggunakan kolon-sigmoideum untuk membuat vagina baru, yaitu dengan cara memotong kolon-sigmoideum kira-kira 12 cm panjangnya lalu ditanamkan kedalam lubang vagina yang telah dibuat lewat vagina tadi dan dijahit jadi satu pada introitus vagina. Sedangkan sisa yang telah dipotong tadi dijahit kembali pada kedua ujungnya. Jadi dengan cara ini diperlukan tindakan kombinasi abdominal dan vaginal.

Kerugian akibat tindakan pembedahan untuk pembuatan vagina baru dengan cara transplantasi usus ini ialah sering terjadi kerusakan daerah sfinkterrekti yang akhirnya terjadi fistula ani-rekti, meningkatnya sekresi dan fluor yang berbau busuk dan akhirnya mortalitas dan morbiditas yang tinggi.^{6-7,40}

Keuntungannya ialah penciutan terjadi secara minimal dan tidak diperlukan pemasangan alat pembentuk vagina.⁷ Freundt dkk¹⁶ melakukan penelitian pada 19 penderita yang dilakukan pembedahan dengan cara ini. 18 berakibat struktur anatomi yang baik, 12 dari 19 penderita melaporkan cukup puas dalam hal seksual. 16 penderita dapat mencapai orgasmus.

Dari beberapa teknik pembedahan seperti diatas, teknik Mc Indoe yang paling sering dipakai, karena teknik ini mudah dikerjakan, prosedur cukup aman dan dengan hasil cukup memuaskan.

Sedangkan cara-cara lain seperti Baldwin dapat menimbulkan komplikasi yang cukup besar dan cara Wharton dapat menyebabkan penciutan kembali pada lubang vagina yang dibuat.

BEDAH CARA Mc INDOE

Sebelum dimulai, penting untuk membedakan antara vagina dan uterus yang tidak ada secara kongenital dengan himen imperforata. Ini biasanya dapat dilakukan dengan pemeriksaan klinis. Apabila vagina dan uterus tidak ada secara kongenital, pada pemeriksaan rektum, uretra akan dapat teraba dengan mudah melalui dinding rektum anterior. Lebih mudah lagi bila kateter dipasang pada uretra saat diperiksa. Apabila hanya himen imperforata murni, uterus akan dapat teraba melalui rektum, bahkan bila pubertas terlewati akan terasa hematokolpos.⁶

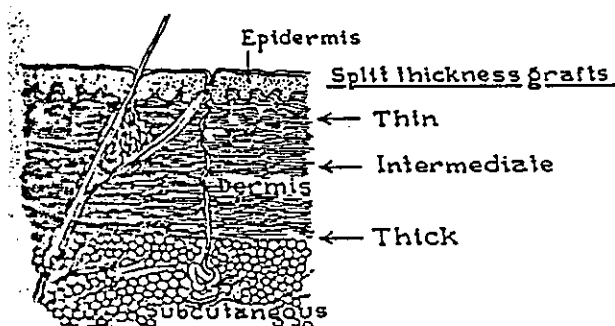
Pertama kali Wharton pada tahun 1938, di R.S. John Hopkins mengkombinasikan pemisahan rongga vagina yang adekuat dengan dilatasi kontinyu oleh suatu alat pembentuk dari kayu balsa yang ditutup dengan lembaran karet tipis dan kemudian ditinggalkan dalam rongga tersebut. Jadi tidak menggunakan sebagian ketebalan kulit. Prinsip operasi Wharton ini adalah epitel vagina mempunyai kemampuan untuk berproliferasi, dan dalam waktu yang relatif singkat akan menutup permukaan kasar tersebut. Namun tindakan ini memerlukan tindakan dilatasi secara terus menerus yang memungkinkan epitel dapat tumbuh kedalam. Tetapi kadang-kadang bahkan setelah beberapa tahun tidak terjadi proliferasi dari epitel tersebut. Perdarahan karena koitus dan lekore timbul dari granulasi jaringan yang persisten dan ada kecenderungan pada vagina yang dibuat dengan metode ini akan mengalami konstiksi dari jaringan parut.³

Kemudian timbul gagasan yaitu menggunakan cangkok kulit kedalam rongga vagina yang telah dibentuk sebelumnya. Walaupun Kirschner, Wagner(1930)⁷ dan Heppner, Abb³ yang bertahun - tahun sebelumnya memperkenalkan cara tersebut, Sir Archibald Mc Indoe yang telah mempopulerkan metode tersebut dan melakukan percobaan klinis besar di R.S. Ratu Victoria, Inggris. Prinsip pada teknik ini ialah (1) diciptakan suatu rongga yang adekuat antara rektum dan kandung kemih, (2) letakkan cangkok kulit setebal sebagian ketebalan kulit didalam rongga tersebut dan (3) dilatasi secara teratur selama diperlukan.³

Teknik pembedahan Mc Indoe ini terdiri dari 2 tahapan. Tahap pertama dilakukan oleh team Bedah Plastik yaitu pengambilan cangkok kulit dan dipasang

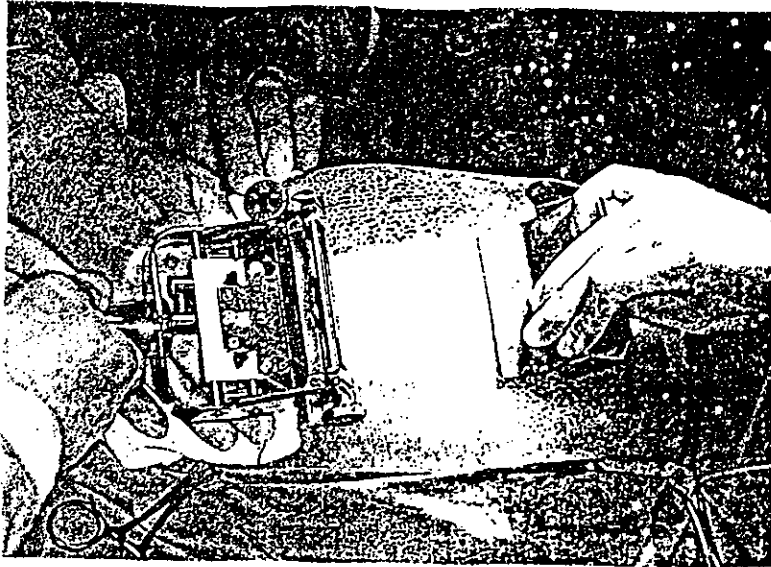
pada protesis, tahap kedua dilakukan oleh team Bedah Ginekologi yaitu pembuatan vagina dan menempatkan protesis tersebut kedalam lubang vagina.^{6,8}

Pada tahap pertama yang dilakukan oleh team Bedah Plastik penderita ditempatkan pada posisi samping "semiprone"⁶⁻⁸ untuk mengambil cangkok kulit pada daerah yang sedikit mungkin meninggalkan gangguan kosmetik seperti pada paha atas sebelah dalam atau belakang dengan ukuran yang sesuai untuk menutupi alat pembentuk vagina, yang sebelumnya telah dilakukan a- dan antiseptis. Kualitas cangkok kulit akan sangat menentukan keberhasilan pasca bedah. Alat dermatom Padgett dianggap sebagai alat yang paling sukses digunakan untuk mengambil cangkok kulit.⁸ Alat ini dapat digunakan dengan mudah, walaupun dengan pengalaman yang relatif sedikit. Dengan alat ini dapat disesuaikan ketebalan pengambilan cangkok kulit kira-kira 0,018 inci (0,3 - 0,5 mm) dan lebar 8 - 9 cm. Total panjang cangkok kulit harus 16 sampai 20 cm.^{3,7-8} (lihat gambar 4 dan 5). Apabila tidak dapat diambil pada satu sisi, harus diambil pada sisi sebaliknya dengan masing-masing cangkok kulit panjangnya 8 - 10 cm.^{3,7-8} Kemudian cangkok kulit yang diambil tersebut dimasukkan dalam cairan fisiologi NaCl⁷⁻⁸ atau dalam larutan povidone iodine³ sampai pembentukan vagina baru selesai.^{3,7-8}



Gambar 4 : Ketebalan epidermis yang diinginkan.

Dikutip dari: Rock, 1992³



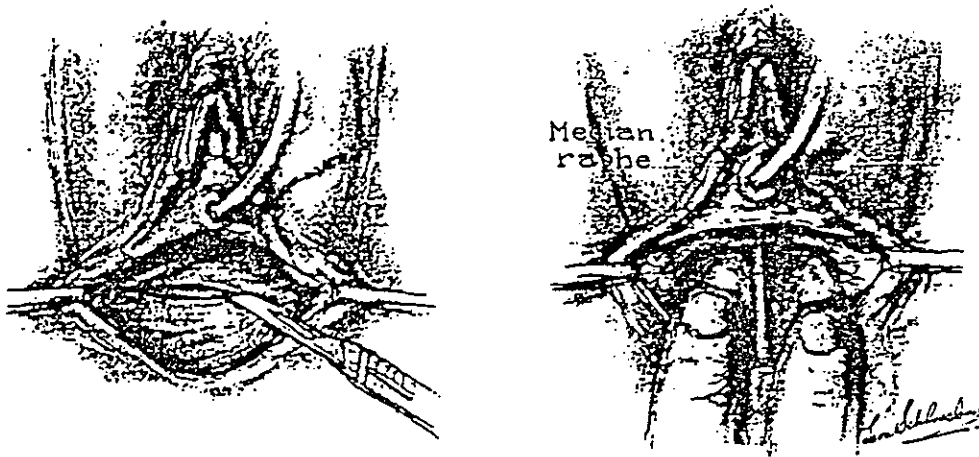
Gambar 5 : Cara pengambilan cangkok kulit.

Dikutip dari : Lang, 1987⁸

Luka pada paha kemudian dibasahi dengan larutan epinefrin untuk hemostasis dan pembalut steril yang memberi tekanan dipasang pada daerah tersebut. Pembalut tersebut boleh dilepas pada hari ketujuh pasca bedah. Pembalut steril tersebut akan mengering dan mengelupas dengan sendirinya.³

Tahap membuat rongga vagina. Pasien ditempatkan dalam posisi litotomi dan dibuat insisi transversal melalui mukosa vestibulum vagina, kemudian ruang dibagian anterior antara uretra dan kandung kemih dan disebelah posterior rektum dipisahkan sampai mencapai permukaan bawah peritoneum. Langkah tersebut mungkin dapat dibuat lebih aman dengan menempatkan kateter didalam uretra dan kadang-kadang dengan menempatkan jari tangan didalam rektum untuk memberi arah insisi yang benar.³ Setelah itu membuat kanal pada masing-masing sisi rafe medial, yang dimulai dengan pemisahan dangkal dan kemudian melakukan dilatasi masing-masing kanal dengan Hegar atau pemisahan dengan jari tangan, pada beberapa kasus, mungkin perlu membuat rongga vagina baru dengan pemisahan

lateral dan kemudian menggeser jari tangan ke arah garis tengah. Tempat-tempat perdarahan dalam rongga tersebut diklem dan diikat dengan "catgut" yang halus. Adalah sangat penting untuk mengeringkan rongga tersebut untuk mencegah perdarahan dibawah cangkok kulit. Manuver ini membantu dalam menciptakan suatu rongga yang adekuat tanpa mencederai struktur disekitarnya. (lihat gambar 6)



Gambar 6 : Teknik membuat rongga vagina.

Dikutip dari : Rock, 1992³

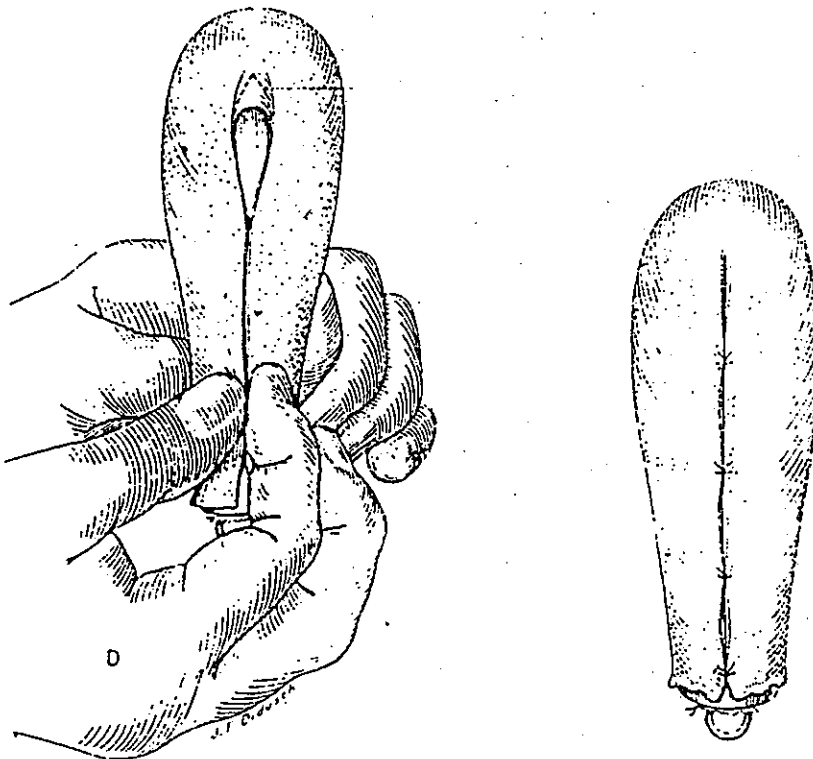
Perdarahan akan menyebabkan cangkok kulit terpisah dari dasarnya, dan menyebabkan kegagalan cangkok kulit untuk tertanam didaerah tersebut.

Tahap berikutnya yaitu menyiapkan protesis seperti yang terbuat dari kayu balsa, plastik - karet, styrofoam dan kasa steril. Sebelumnya cangkok kulit ditempatkan pada protesis dari kayu balsa. Kayu balsa mempunyai banyak keunggulan antara lain tidak mahal, mudah didapat, merupakan kayu yang ringan, dapat disterilkan tanpa kesulitan dan dapat dibentuk sesuai dengan rongga vagina yang baru.

Tetapi pada beberapa kasus, tekanan dari alat tersebut menyebabkan cangkok kulit mengelupas di beberapa tempat. Lebih lanjut, jika ada titik-titik tekanan, akan mudah berakibat pembentukan fistula.^{3,6}

Untuk menghindari terjadinya komplikasi tersebut, dilakukan penutupan dengan karet busa setebal seperempat inci, agar pembentuk vagina tersebut menjadi kaku, perlu diperhatikan agar melekatnya karet tersebut tetap datar.³

Kemudian suatu lembaran karet (kondom) ditempatkan di atasnya dan diikat dengan sutera no. 2,0. Cangkok kulit dijahit pada protesis tersebut dengan "catgut" yang halus secara kasur vertikal.⁶ (lihat gambar 7)



Gambar 7 : Pemasangan cangkok kulit pada protesis.

Dikutip dari : Te Linde & Mattingly, 1970⁶

Perlu diperhatikan agar cangkok kulit tersebut tidak boleh berlubang, agar nantinya dapat meregang lebih jauh, dan tepi cangkok kulit harus dipertemukan tanpa ada celah, sehingga jaringan granulasi tidak akan terbentuk.³

Kemudian alat pembentuk tersebut dimasukkan kedalam vagina. Harus hati-hati agar tidak membuat alat pembentuk yang terlalu besar sehingga menyebabkan tekanan yang tidak layak pada uretra atau rektum. Suatu kateter Foley ditempatkan dalam kandung kemih. Alat tersebut kemudian dapat ditahan dengan cara menjahitkan kedua labia, dengan suatu korset yang elastis yang kuat atau dengan suatu celana dalam.⁶

Penggunaan antibiotik spektrum luas, sebagai profilaksis yang dimulai 12 jam sebelum pembedahan dan diteruskan selama 7 hari, sudah pasti berguna dalam mengurangi insidens kegagalan cangkok kulit yang disebabkan infeksi.

Setelah 7 sampai 10 hari protesis tersebut dilepaskan dengan menggunakan sedasi ringan, tanpa anestesia dan rongga vagina diirigasi dengan larutan garam hangat dan diperiksa. Kemudian rongga vagina diperiksa apakah cangkok kulit tersebut benar-benar telah melekat seluruhnya. Pasien diberi petunjuk mengenai pelepasan protesis tersebut dan dinasihati untuk melepaskannya saat kencing dan defekasi.

Jika tersedia dapat digunakan alat pembentuk dari silastik yang mungkin dapat menggantikan alat pembentuk yang pertama.⁶ Alat ini lebih mudah dilepaskan, dibersihkan dan cukup lembut serta lentur untuk mencegah nekrosis tekanan pada cangkok kulit.

Pasien dinasihati untuk menggunakan alat pembentuk tersebut selama kira-kira 6 bulan, atau apabila pasien tersebut telah menikah, tidak diperlukan lagi alat

tersebut, cukup dilakukan sanggama yang teratur yang dimulai 2 bulan pasca bedah.⁷ Pasien perlu disarankan untuk menggunakan secara kontinyu alat pembentuk itu, jika ada kesulitan menginsersikan alat pembentuk itu lagi.³

2.7.6. PEMELIHARAAN

Penting sekali pada pembuatan vagina baru ini adalah mencegah timbulnya granulasi dalam lubang vagina yang telah dibuat. Cara pencegahan yang digunakan ialah memasang protesis setelah pembebasan jaringan pada waktu operasi. Timbulnya granulasi ini memudahkan terjadinya penciutan, yang kemudian menimbulkan perdarahan dan flor. Periksa ulang tiap minggu sangat diharapkan untuk dapatnya mendeteksi timbulnya granulasi secara dini.⁷ Menurut Mc Indoe^{3,7,17} timbulnya penciutan sering terjadi dalam 6 minggu pasca bedah atau dapat terjadi dalam waktu lebih lama lagi. Sehingga disarankan untuk melanjutkan pemasangan protesis sampai 5 bulan pasca bedah.

2.7.7. KOMPLIKASI DAN HASIL

Komplikasi serius yang dulu berkaitan dengan teknik pembedahan Mc Indoe telah berkurang secara signifikan dalam tahun-tahun terakhir ini oleh adanya perbaikan teknik dan lebih banyaknya pengalaman.

Dewasa ini keberhasilan mencapai 80 % sampai 100 %. Komplikasi serius yang masih terjadi, seperti terjadinya perdarahan selama dan setelah pembedahan, infeksi - dan fistula - pasca bedah, serta kegagalan melekatnya cangkuk kulit akibat berkembangnya jaringan granulasi yang kadang-kadang membutuhkan pembedahan ulang, kuretase dari jaringan granulasi tersebut.³ Granulasi kecil dapat diobati

dengan memberikan nitrat perak (*Argentum Nitrat*). Antara tahun 1950 - 1989 pembedahan cara Mc Indoe dilakukan pada 94 pasien di R.S. John Hopkins. Hasil pasca pembedahan telah membaik secara signifikan sejak alat pembentuk vagina dari kayu balsa digantikan oleh karet busa, yaitu 83 % telah mencapai penempelan 100 % dari cangkok kulit tersebut, hanya pada tiga kasus yang gagal.³

Pengamatan lain, pada 29 dari 32 pasien yang dibedah dengan cara Mc Indoe didapatkan 22 pasien tanpa komplikasi. 7 pasien dengan komplikasi dapat dikoreksi semuanya, yaitu 1 pasien perlu melepaskan alat pembentuk vagina karena perdarahan 4 hari pasca bedah, 3 pasien dengan fistula rektovaginalis kecil, 2 pasien lainnya mengalami pengelupasan pada bagian distal uretra tanpa mengganggu fungsinya, 1 pasien lagi mengalami ukuran vaginanya terlalu besar.⁶

Muchit²⁴ dalam tesisnya melaporkan 10 kasus agenesis vagine yang dibedah dengan cara Mc Indoe. Selama pembedahan dijumpai 2 kasus dengan perdarahan pada daerah puncak lubang vagina bagian kanan dan kiri. Pada hari ke sepuluh pasca bedah ditemukan 1 kasus dengan fistula rektovaginalis dengan ukuran $\frac{1}{2}$ cm dan letaknya 5 cm dari introitus vagine. Ini terjadi pada kali pertama pembedahan, sewaktu melakukan pembebasan jaringan tanpa dilakukan bimbingan rektum, pemakaian alat pembentuk vagina keras dan fiksasi berlebihan.⁹ Mc Indoe sendiri melakukan pembedahan pada 105 kasus tanpa komplikasi, penulis lain seperti Bryan dkk, Miller, Evans melaporkan adanya komplikasi fistula rektovaginalis.²⁴ Pada bulan ke 6 pasca bedah didapatkan hasil anatomi semuanya dengan diameter 2 jari longgar, dan panjangnya ≥ 6 cm, pada 2 kasus terasa lipatan kulit pada puncak vagina. Hasil fungsional adalah lebih penting. 8 kasus merasakan lebih puas dalam hal seksual, berarti tujuan mengembalikan fungsi untuk sanggama tercapai.

Penulis lain seperti Griffin dkk juga mengusahakan pulihnya fungsi vagina untuk sanggama.²⁸ Sedangkan 1 kasus lain yang telah bercerai merasakan harga diri lebih sempurna.²⁴

Suatu vagina yang hanya 4 cm, pada suatu kasus dapat dianggap sukses atau dapat menyebabkan suatu masalah yang besar baik oleh suami maupun istri.³

Cali dan Pratt 1968, dalam penelitiannya di Klinik Mayo setelah 10 tahun, mendapatkan hanya 50 % menghasilkan struktur anatomi cukup memuaskan, 90 % dari pasien ini mengatakan puas dalam masalah seksual.⁷

Yunizaf 1987, dalam penelitiannya dari tahun 1980 - 1986, mendapatkan hasil anatomi cukup baik pada 27 penderita setelah 3 - 6 bulan pasca bedah.²

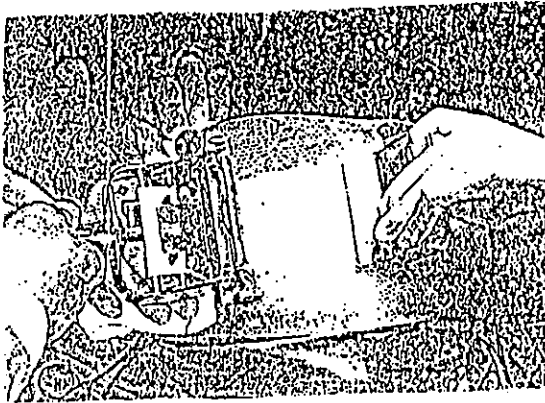
Komplikasi lain yang dapat terjadi yaitu enterokele, seperti yang pernah dilaporkan oleh Thompson (1970).³⁷

Terjadinya fistula juga menjadi jarang sejak diperkenalkannya kateter suprapubik dan alat pembentuk dari karet busa. Kateter dilepas, apabila pasien dapat kencing dengan baik tanpa urin sisa.

Adanya keganasan pada apeks vagina pasca vaginoplasti dilaporkan oleh Gallup, Castle, Stock, seperti dikutip oleh Rock,³ dan Ulfelder, seperti dikutip oleh Käser.⁷ Temuan ini menunjukkan bahwa epitel yang ditransplantasikan ke vagina mungkin juga memperoleh potensial onkogenik dari saluran bagian bawah.

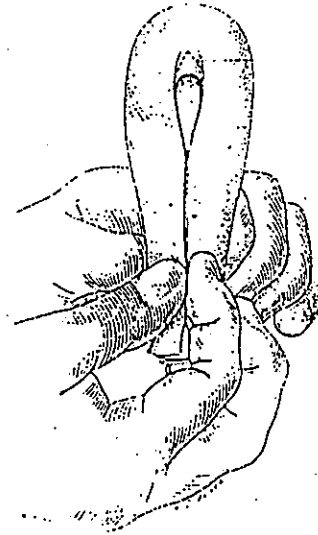
Komplikasi lain berupa gangguan psikologi pasca bedah dilaporkan oleh Smith,¹⁷ yaitu hasil wawancara dengan semua pasien pasca bedah dapat disimpulkan hampir separuh dari kelompok yang diteliti menunjukkan adanya gangguan psikologi yang mendalam mengenai citra tubuhnya.¹⁷

Skema Pembedahan



Gambar 1.1

Cara pengambilan cangkok kulit.

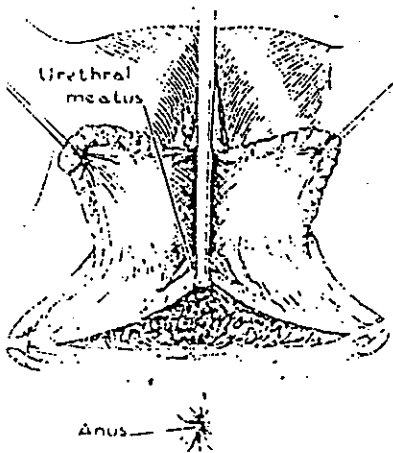


Gambar 1.2

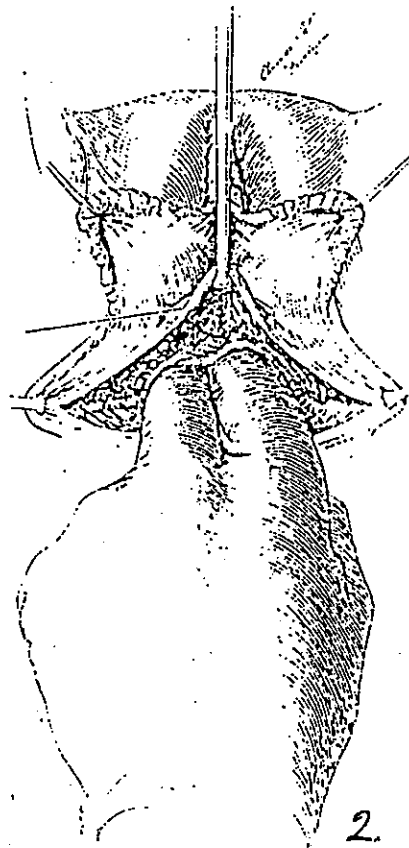


Gambar 1.2 dan 1.3

Pemasangan cangkok kulit pada protesis.

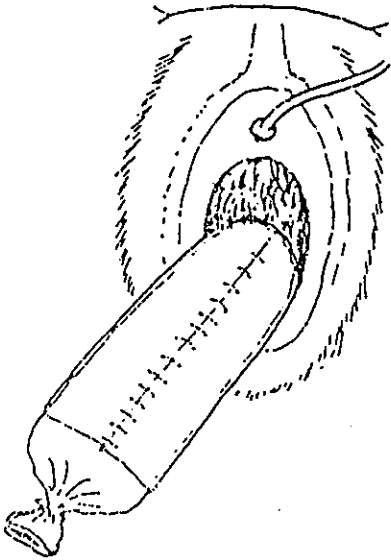


Gambar 2.1

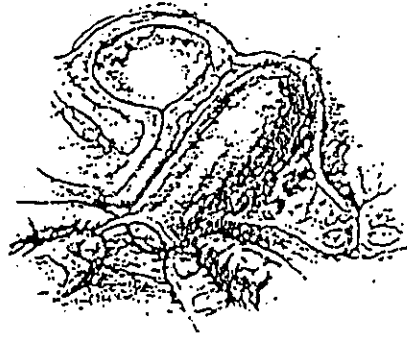


Gambar 2.1 dan 2.2

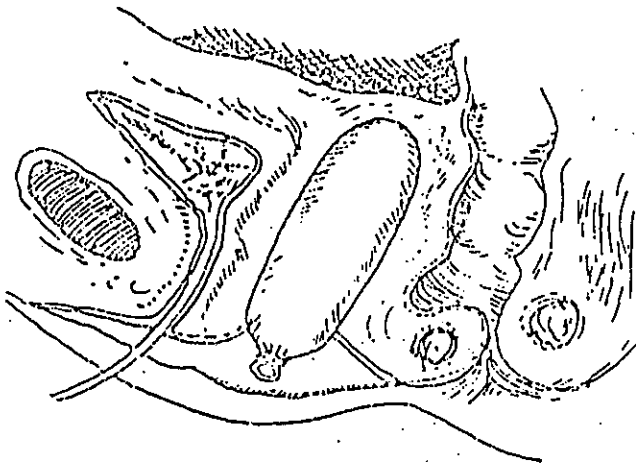
Teknik pembuatan rongga vagina



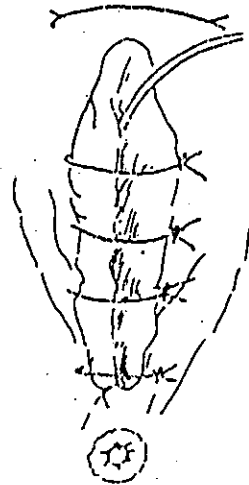
Gambar 3.1



Gambar 3.2



Gambar 3.3



Gambar 3.4

Gambar 3.1 - 4

Pemasangan protesis kedalam rongga vagina buatan.

B A B III

LAPORAN KASUS

3.1. KASUS 1.

Seorang wanita telah menikah dengan usia 21 tahun datang ke R.S. Dr. Kariadi Semarang atas rujukan seorang Dokter Spesialis Kandungan dengan hipoplasia genitalia interna dan amenore primer. Pekerjaan seorang mahasiswi, tampak sebagai wanita yang normal, tidak berbeda dengan wanita lain pada umumnya sehingga tidak dapat dibedakan dengan wanita yang tidak mempunyai kelainan.

Anamnesis :

Keluhan utama :

- Tidak dapat sanggama.

Riwayat perjalanan penyakit :

- Sejak lahir penderita belum pernah mendapatkan haid.
- Tiap bulan kurang lebih pada saat yang sama perut bagian bawah terasa nyeri seakan-akan mau keluar, pada waktu bersamaan payudara teras tegang.
- Sejak 9 bulan penderita menikah, tidak dapat melakukan hubungan kelamin dan terasa nyeri bila berhubungan.
- Ke Dokter Spesialis Kandungan diperiksa USG, katanya rahim dan liang sanggama sangat kecil.
- Dalam keluarga tidak ditemukan penyakit yang sama.
- Tidak ada keluhan dalam buang air besar dan kecil.

Riwayat haid :

- Sejak lahir belum pernah haid.

Riwayat pendidikan :

- Seorang mahasiswi. Pekerjaan suami : swasta.

Riwayat perkawinan :

- 1 kali, 9 bulan lalu.

Riwayat penyakit/trauma/bedah yang pernah dialami :

- Semuanya disangkal.

Pemeriksaan fisik :

Keadaan umum :

- Cukup, dengan kesadaran kompos mentis, tinggi badan 155 cm, berat badan 41,5 Kg, tekanan darah 90/70 mmHg, nadi 100x/menit, frekuensi pernapasan 24/menit, temperatur 37°C.

Kepala :

- Mesosefal, pertumbuhan rambut normal.
- Mata konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterus.
- Hidung septum deviasi tidak ada.
- Mulut sianosis tidak ada, pertumbuhan gigi dalam batas normal.

Leher :

- Tak ada kelainan, kelenjar tiroid dalam batas normal.

Dada :

- Simetris, dalam batas normal.

– Payudara simetris, tidak ada benjolan pertumbuhan payudara normal "Tanner" M5.

– Jantung dalam batas normal.

– Paru-paru dalam batas normal.

Abdomen :

– Tak ada kelainan.

Genitalia :

– Pertumbuhan rambut pubes normal "Tanner" P5.

Ekstremitas :

– Superior dan inferior dalam batas normal.

Lain-lain :

– Kolumna vertebralis tak ada kelainan.

Pemeriksaan ginekologi :

Inspeksi :

– Pertumbuhan rambut pubes dalam batas normal, sesuai dengan pertumbuhan rambut "Tanner" P5.

– Labia mayora dan minora kanan dan kiri dalam, uretra, klitoris tak ada kelainan, introitus vagine terdapat lekukan sedalam kurang lebih 1,5 cm.

Pemeriksaan dalam rektal :

– Tonus sfinkter ani cukup, mukosa licin, tidak teraba uterus, adneksa kanan dan kiri tak jelas.

Pemeriksaan penunjang :

Kromatin seks dan Kromosom seks :

- Tidak dilakukan.

Laboratoium rutin :

- Meliputi Hb, lekosit, laju endapan darah, kadar gula darah puasa dan postprandial, fungsi hati, ureum dan kreatinin, urin rutin semuanya dalam batas normal.

Hormon :

- Testosteron, tidak dilakukan.

Radiologi :

- USG abdomen bagian bawah telah dilakukan oleh teman sejawat luar dengan hasil tak disertakan, foto röntgen dari toraks dan saluran kemih dengan pielografi tidak dilakukan.

Laparoskopi :

- Diagnostik dilakukan pada hari yang sama sebelum dilakukan pembedahan dengan hasil tidak tampak uterus maupun adneksa.

Diagnosis :

- Agenesis vagine.

Terapi :

- Rencana dilakukan laparoskopi diagnostik dan dilanjutkan pembedahan dengan cara Mc Indoe, sebelumnya konsultasi dengan bagian bedah plastik dan anestesi.

Persiapan operasi :

- Meliputi motivasi fisik, mental, persetujuan medis bedah dari penderita dan suaminya.
- Pemberian informasi yang jelas meliputi diagnosis, prognosis dan terapi.
- Kepribadian matang.
- Penanganan seperti lavemen rendah sore dan pagi hari, puasa 6 jam, vulva toilet, pasang kateter menetap, antibiotika profilaksis sebelum pembedahan.

Cara Pembedahan :

- Tahap pertama penderita ditidurkan posisi terlentang dalam GA endotrakeal pada umumnya setelah tindakan a- dan antiseptis pada daerah lapangan operasi untuk dilakukan laparoscopi diagnostik, didapatkan tidak tampak uterus maupun kedua adneksa.
- Dilanjutkan dengan pengambilan "cangkok kulit" dari pangkal paha kiri dengan panjang kurang lebih 10 cm dan lebar 8 cm oleh team bedah plastik yang kemudian dipasang pada alat pembentukan vagina yang terbuat dari styro foam yang sudah disterilkan dan terbungkus kondom 2 lapis. Luka pada paha kiri dibalut dengan kasa sofratul dan kasa steril.
- Tahap kedua pada titik tengah dari vestibulum vagina disuntikkan cairan NaCl fisiologis sebanyak 50 cc secara infiltrasi kearah proksimal dan lateral, sehingga mudah untuk melakukan pemisahan jaringan antara rektum dan uretra, pembuluh darah tertekan akibatnya perdarahan berkurang, kemudian dilakukan insisi pada mukosa atau kulit vestibulum vagina, dilanjutkan dengan pemisahan jaringan antara rektum dan vesika urinaria kearah proksimal serta kekanan dan

kekiri secara tumpul dengan jari sampai didapatkan lubang vagina sedalam kurang lebih 9 cm, dengan tindakan tersebut pada umumnya tidak terjadi perdarahan hebat, apabila terjadi dihentikan dengan mengikatnya.

- Setelah yakin tidak ada perdarahan dalam lubang vagina yang sudah terbentuk, maka protesis yang sudah terbungkus oleh epidermis tersebut dimasukkan kedalam vagina buatan, ujung dermis distal dijahitkan pada kulit introitus vagine dan dipertahankan tetap tinggal dalam lubang vagina buatan tersebut sampai 8 hari pasca bedah.

Perawatan pasca bedah :

- Perawatan pasca bedah yang khusus ini memerlukan mobilisasi pasien yang lambat.
- Setelah saluran pencernaan mulai aktif kembali, pasien diberi makanan yang mudah cerna dengan residu sedikit, ini dipertahankan selama pasien dirawat di rumah sakit.
- Antibiotika diberikan teratur sampai hari ke lima pasca bedah.
- Analgetik diberikan Tramal intravena, kemudian pada hari ketiga diganti berupa tablet.
- Pengangkatan protesis dilakukan pada hari kedelapan pasca bedah, setelah itu dilakukan dilatasi dengan busi terus menerus dengan persyaratan kebersihan ini dapat dilakukan sendiri oleh pasien dianjurkan sampai 3 bulan pasca bedah.
- Desinfeksi setiap kali setelah buang air besar agar daerah pembedahan tidak terkontaminasi feses.

- Balut pada daerah tempat pengambilan cangkok kulit dipertahankan sampai hari kedelapan pasca bedah, tidak perlu diganti kemudian dipasang elastik bandase, hari ke 10 pasca bedah pasien dipulangkan.
- Disarankan mencoba sanggama dengan suami setelah 2 bulan pasca bedah.
- Disarankan periksa ulang di poli khusus secara teratur sesuai yang disarankan.

3.2. KASUS 2.

Seorang wanita telah menikah dengan usia 32 tahun datang ke R.S. Elisabeth Semarang atas kiriman seorang Dokter Spesialis Kandungan dengan agenesis vagine untuk dilakukan pembedahan dengan cara Mc Indoe. Pekerjaan lulus Sekolah Menengah Ekonomi Atas, tampak sebagai wanita yang normal, tidak berbeda dengan wanita sebayanya, sehingga tidak dapat dibedakan dengan wanita yang tidak mempunyai kelainan.

Anamnesis :

Keluhan utama :

– Tidak dapat sanggama.

Riwayat perjalanan penyakit :

- Sejak lahir belum pernah mendapatkan haid.
- Pernah periksa ke seorang Dokter Spesialis Kandungan setelah lulus Sekolah Menengah Ekonomi Atas tahun 1986, yaitu pada usia 20 tahun, setelah penderita belum pernah mendapatkan haid, tanpa ditindaklanjuti.
- Tiap bulan merasakan tegang pada payudara, merasakan nyeri perut pada bagian bawah.
- Sejak 8 bulan menikah dan tidak dapat melakukan sanggama, terasa nyeri bila berhubungan.
- Periksa lagi ke seorang Dokter Spesialis Kandungan 1 bulan setelah penderita menikah, karena tidak dapat melakukan sanggama, diperiksa USG tidak tampak liang sanggama, kemudian dirujuk ke seorang Dokter Spesialis Kandungan lainnya yang akan melakukan pembedahan pada pasien ini.

- Dalam keluarga tidak ditemukan penyakit yang sama.
- Tidak ada keluhan dalam buang air besar dan kecil.

Riwayat haid :

- Sejak lahir belum pernah mendapatkan haid.

Riwayat pendidikan :

- Pasien lulusan sekolah menengah ekonomi atas, tidak bekerja. Pekerjaan suami seorang pendeta.

Riwayat perkawinan :

- 1 kali, sejak 8 bulan lalu.

Riwayat penyakit/trauma/operasi yang pernah dialami :

- Semuanya disangkal.

Pemeriksaan fisik :

Keadaan umum :

- Cukup, dengan kesadaran kompos mentis, tinggi badan 140 cm, berat badan 30 Kg, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, temperatur 36,3 °C.

Kepala :

- Mesosefal, pertumbuhan rambut normal.
- Mata konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterus.
- Hidung septum deviasi tidak ada.
- Mulut sianosis tidak ada, pertumbuhan gigi dalam batas normal.

Leher :

- Tak ada kelainan, kelenjar tiroid dalam batas normal.

Dada :

- Simetris, dalam batas normal.
- Payudara simetris, tidak ada benjolan, pertumbuhan normal "Tanner" M5.
- Jantung dalam batas normal.
- Paru-paru dalam batas normal.

Abdomen :

- Tak ada kelainan.

Genitalia :

- Pertumbuhan rambut pubes normal "Tanner" P5.

Ekstremitas :

- Superior dan inferior simetris, dalam batas normal.

Lain-lain :

- Kolumna vertebralis tak ada kelainan.

Pemeriksaan ginekologi :

Inspeksi :

- Pertumbuhan rambut pubes dalam batas normal "Tanner" P5.
- Labia mayora dan minora kanan dan kiri dalam batas normal, klitoris, uretra tak ada kelainan, introitus vagine terdapat lekukan sedalam kurang lebih 1 cm.

Pemeriksaan dalam rektal :

- Tonus sfinkter ani cukup, mukosa licin, tidak teraba uterus, adneksa kanan dan kiri tidak jelas.

Pemeriksaan penunjang :

Kromatin seks dan Kromosom seks :

- Tidak dilakukan.

Laboratorium rutin :

- Meliputi Hb, lekosit, laju endapan darah, kadar gula darah puasa dan postprandial, fungsi hati, ureum dan kreatinin, urin rutin semuanya dalam batas normal.

Hormon :

- Testosteron, tidak dilakukan.

Radiologi :

- USG telah dilakukan oleh teman sejawat luar dengan hasil tak disertakan, foto röntgen dari toraks dan saluran kemih dengan pielografi tidak dilakukan.

Laparoskopi :

- Tidak dilakukan.

Diagnosis :

- Agenesis Vagine.

Terapi :

- Pembedahan cara Mc Indoe, dilakukan bersama dengan Dokter Spesialis Bedah Plastik.

Persiapan operasi :

- Meliputi motivasi fisik, mental, persetujuan medis bedah dari penderita dan suaminya.
- Pemberian informasi yang jelas meliputi diagnosis, prognosis dan terapi.
- Kepribadian matang.
- Penanganan seperti lavemen rendah sore dan pagi hari, puasa 6-8 jam sebelum pembedahan, premedikasi malam hari sebelumnya, pasang kateter menetap, antibiotika profilaksis.

Cara Pembedahan :

- Penderita tidur telentang dalam GA endotrakeal, setelah a- dan antiseptis daerah tindakan dilakukan infiltrasi sebanyak 40 cc kedalam vestibulum vagine untuk memudahkan melakukan pemisahan jaringan, kemudian pemisahan jaringan dilakukan antara rektum dan vesika urinaria kearah proksimal serta ke kanan dan kiri secara tumpul dengan jari, sampai didapatkan kedalaman kurang lebih 9 cm, perdarahan yang terjadi diikat.
- Langkah selanjutnya dilakukan pengambilan epidermis dari paha atas dalam sebelah kiri kemudian dipasang pada protesis yang terbuat dari kasa steril yang telah disediakan, sedangkan daerah tempat pengambilan cangkok kulit ditutup kasa sofratul dan kasa steril, dan dibalut dengan elastik bandase.
- Kemudian protesis yang sudah terbungkus dermis tersebut dimasukkan kedalam lubang vagina buatan, ujung distal dijahitkan pada kulit daerah introitus vagine dan dipertahankan tetap tinggal dalam lubang vagina buatan sampai 7 hari pasca bedah.

Perawatan pasca bedah :

- Memerlukan istirahat ditempat tidur 5 hari.
- Pemberian makanan yang mudah dicerna dengan sedikit residu sampai 6 hari pasca bedah, setelah itu ditingkatkan dengan pemberian bubur disertai dengan pencahar paraffin likuidum.
- Antibiotika diberikan secara teratur selama penderita di rawat sampai 10 hari pasca bedah.
- Analgetika diberikan 3 hari dengan suppositoria kemudian dilanjutkan oral.
- Pengangkatan tampon vagina dilakukan pada hari ke tujuh pasca bedah, dan angkat jahitan perineum pada hari ke sembilan pasca bedah, perawatan perineum dilakukan dengan duduk rendam (Sitzbad) dengan larutan kalium permanganat dilanjutkan selama rawat jalan.
- Desinfeksi setiap kali setelah buang air besar agar daerah pembedahan tidak terkontaminasi feses.
- Balut pada daerah cangkuk kulit dipertahankan sampai hari kesembilan pasca bedah.
- Disarankan mencoba sanggama dengan suami 2 bulan pasca bedah.
- Disarankan periksa ulang secara teratur.

B A B IV

PENGAMATAN LANJUT DAN HASIL

Penilaian keberhasilan pembedahan pada kasus agenesis vagine didasarkan atas keberhasilan struktur anatomi, fungsi dan psikologi penderita. Penilaian terhadap struktur anatomi, maupun fungsinya paling baik dilakukan 6 bulan pasca bedah, karena kemungkinan terjadinya penciutan yang disebabkan oleh timbulnya granulasi sudah dilalui.

Lamanya pembedahan pada kasus ini rata-rata 60 menit. Pada kasus pertama lamanya 90 menit, disebabkan tindakan laparoskopi diagnostik sebelum dilakukan pembedahan. Selama pembedahan tidak dibutuhkan transfusi darah pada semua kasus, kehilangan darah rata-rata 100 cc, ini tentunya tidak mempunyai arti terhadap hemodinamis penderita.

Lamanya perawatan pasca bedah pada semua kasus ialah 10 hari, dan selama perawatan tidak menunjukkan adanya komplikasi seperti efek samping yang ditimbulkan oleh anestesi ataupun yang ditimbulkan akibat tindakan pembedahan. Mobilisasi pada semua kasus dilakukan sama, lebih lambat dibandingkan pembedahan jenis lain.

Untuk pencegahan terhadap kemungkinan timbulnya penciutan dilakukan dilatasi mandiri oleh penderita, hal ini dapat dilihat pada kasus pertama yang melakukan pemeriksaan secara teratur yaitu 1, 2 minggu, 1 bulan, 6 bulan dan 12 bulan setelah penderita dipulangkan. Dilatasi terus menerus dilakukan sendiri oleh penderita, pada setiap pemeriksaan ulang tidak didapatkan adanya tanda-tanda mulai timbulnya penciutan. Bahkan 1 tahun pasca bedah lubang vagina buatan tersebut

dapat dilalui 1 jari longgar dengan panjang kurang lebih 8 cm. Jadi pada kasus pertama penilaian keberhasilan pasca pembedahan cukup memuaskan dalam segi anatomi, tetapi penderita melaporkan tidak dapat berhubungan kelamin, hal ini disebabkan rasa rendah diri, rasa tidak percaya diri, rasa cemas yang masih melekat pasca bedah. Ini merupakan gangguan psikologi pada penderita yang membutuhkan konsultasi psikologi. Hal ini pernah dilaporkan juga oleh penulis lain seperti Jürgensen⁴, Smith.¹⁷ Sedangkan pada kasus kedua belum bisa dinilai baik terhadap struktur anatomi, fungsi dan efek psikologi karena pembedahan baru dilakukan 6 minggu sebelum makalah ini disusun.

B A B V

KESIMPULAN

- Dalam makalah ini dilaporkan 2 kasus agensis vagine.
- Tujuan pembedahan kasus agensis vagine adalah upaya meningkatkan keselarasan hubungan rumah tangga, dengan menciptakan suatu rongga vagina buatan. Persiapan fisik, mental serta informasi yang jelas, terarah pada pasangan dan keluarga penderita sangat menentukan jenis tindakan yang akan dilakukan dan keberhasilan tindakan pembedahan.
- Pada semua penderita dilakukan pembedahan dengan cara Mc Indoe. Pada kasus pertama dilakukan pengamatan 1 tahun lamanya dan tidak didapatkan adanya penciutan dalam lubang vagina baru tersebut, keluhan yang diutarakan yaitu tidak dapat bersanggama dengan pasangannya. Pada kasus kedua belum dapat dinilai, karena pembedahan dilakukan 6 minggu sebelum makalah ini disusun.

B A B VI

SARAN

- Memberikan konsultasi psikologi yang baik pada pasangan, sebelum dan setelah pembedahan dapat mengurangi atau menghilangkan perasaan rendah diri sampai kemungkinan timbulnya gangguan jiwa, serta informasi yang jelas tentang cara merawat lubang vagina buatan dapat menghindari kemungkinan terjadinya penciutan.
- Sampai sekarang teknik pembedahan yang paling mudah, aman dengan hasil yang cukup memuaskan, yaitu cara Me Indoe. Namun cara ini masih memerlukan penelitian lebih lanjut.

KEPUSTAKAAN

1. Pritchard JA, Mc Donald PC, Gant NF. The Anatomy of the Reproductive Tract of Women. In : Pritchard JA, Mc Donald PC, Gant NF, eds. Williams Obstetrics. 17th ed. Prentice-Hall International, Inc. 1985 : 7 - 30.
2. Yunizaf H. Vagina Plastik pada Kelainan Kongenital Vagina. Konggres Obstetri Dan Ginekologi Indonesia VII , Semarang, 1987 : 189 - 98.
3. Rock JA. Surgery for Anomalies of the Müllerian Ducts. In : Thompson JD, Rock JA, eds. Te Linde's Operative Gynecology. 7th ed. J.B. Lippincott Company. 1992 : 603 - 619.
4. Seger M, Jürgensen O. Sexualität bei Vaginalhypoplasie und Vaginalaplasie. In : Schneider HPG, ed. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin II, Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe Band 2; 3.Auflage. Urban & Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore. 47 - 8.
5. Duenhoelter JH. Diseases of the Vagina. In : Duenhoelter JH, ed. Greenhill's Office Gynecology. 10th ed. Year Book Medical Publishers, Chicago - London. 1983 : 38 - 44.
6. Te Linde RW, Mattingly RF. Congenital Absence of the Vagina. In : Te Linde RW, Mattingly RF, eds. Operative Gynecology. 4th ed. J.B. Lippincott Company. 1970 : 457 - 468.
7. Käser O, Ikle FA, Hirsch HA. Operation der Scheidenagenesie und der erworbenen Obliteration der Vagina. In : Käser O, Ikle FA, Hirsch HA, eds. Atlas der gynäkologischen Operationen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York 1982 : 26.

8. Lang N. Vaginalaplasie. In : Käser O, ed. *Plastische Chirurgie in der Gynäkologie*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York 1987 : 129 - 156.
9. Setiamihardja S, Suryana EJ, Rahman IA, et al. Rekonstruksi Vagina menurut cara Mc Indoe. Abstrak Sidang Ilmiah Konggres Obstetri dan Ginekologi Indonesia IV, Yogyakarta 1979 : 285.
10. Brewer JJ. Congenital Anomalies. In : Brewer JJ, ed. *Textbook of Gynecology*. The Williams & Wilkins Company, Baltimore 1961 : 5 - 18.
11. Clayton SG, Fraser D, Lewis TLT. Other Malformations of the Female Genital Organs. In : Clayton SG, ed. *Gynaecology*. 12th ed. The English Language Book Society and Edward Arnold (Publishers) LTD. London 1971 : 59 - 63.
12. Jones HW, Mermut S. Familial occurrence of congenital absence of the vagina. *Am J Obstet Gynecol*. 1972; 114 : 1100 - 1.
13. Garrey MM, Govan ADT, Hodge CH, et al. Plastic Surgery of the Vagina. In : Garrey MM, Govan ADT, Hodge CH, eds. *Gynaecology Illustrated*. Churchill Livingstone, Edinburgh and London. 1972 : 169 - 70.
14. Wiknjosastro H, Sumapraja S, Saifuddin AB. Kelainan kongenital pada sistem reproduksi, dan masalah interseks. Dalam : *Ilmu Kandungan*. Cetakan Kedua. Yayasan Bina ... aka, Jakarta. 1985 : 132 - 47.
15. Sastrawinata RS. Gangguan Pertumbuhan Pada Individu yang Genetis Wanita. Dalam : *Ginekologi. Bagian Obstetri & Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung*. Elstar Offset. 1981 : 57 - 64.
16. Freundt I, Toolenaar TAM, Huikeshoven FJM, et al. Long-term psychosexual and psychosocial performance of patients with a sigmoid neovagina. *Am J Obstet Gynecol* 1210 - 4.

17. Smith MR. Vaginal aplasia. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146 : 488 - 94.
18. Ludwig KS, Kress A. Anlagen der ableitenden Geschlechtswege. In : Zander J, ed. *Sexuelle Differenzierung, Genetik, Fortpflanzung, Kindheit und Pubertät*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York. 1987 : 2.6 - 13.
19. Mastroianni L, Coutifaris Ch. Development of the Reproductive Tract. In : Rosenfield A, Fathalla MF, eds. *Reproductive Physiology*. The Parthenon Publishing Group, 1990 : 23 - 122.
20. Anderson JR, Genadry R. Anatomy and Embryology. In : Berek JS, Adashi EY, Hillard PA, eds. *Novak's Gynecology*. 12th ed. Williams & Wilkins 1996 : 92 - 122.
21. Kepp R, Staemmler HJ. Genitalmißbildungen und Intersexualität. In : Kepp R, Staemmler HJ, eds. *Lehrbuch der Gynäkologie*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York. 1980 : 309 - 20.
22. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Normal and Abnormal Sexual Development. In : Speroff L, Glass RH, Kase NG, eds. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 5th ed. Williams & Wilkins, Baltimore. 1994 : 321 - 28.
23. Leidenberger FA. Die Entwicklung der weiblichen Fortpflanzungsorgane. In : Leidenberger FA, ed. *Klinische Endokrinologie für Frauenärzte*. 2. Auflage. Springer Verlag. 1997 : 2.1 - 4.
24. Muchit A. *Penatalaksanaan Agenesis Vagine Di Rumah Sakit Dr. Tjipto Mangunkusumo*. [Tesis]. Bagian Obstetri Dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta. 1979.

34. Semm K. *Pelviskopie und Hysteroskopie Farbatlas und Lehrbuch*. Schattauer Verlag, Stuttgart - New York. 1976.
35. Bramundito. Tinjauan Kasus Gangguan Perkembangan Genitalia Interna Di Poliklinik Endokrinologi Dan Imunologi Reproduksi Bagian Obstetri Dan Ginekologi FKUI/RSCM selama 6 Tahun 1989 - 1994. Dalam Kumpulan Makalah Pertemuan Tahunan Perkumpulan IX Surabaya. 1 - 12.
36. Käser O. Congenital and acquired defects of the vagina. Function-retaining or function-restoring gynecologic surgery. *Am J Obstet Gynecol* 1981 : 864 - 72.
37. Williams EA. Congenital Absence of the Vagina. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*. 1972; 79 : 1147 - 48.
38. Dhall K. Amnion graft for treatment of congenital absence of the vagina. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1984; 91 : 279 - 82.
39. Tamaya T, Yamamoto T, Nakata YY, et al. The Use of Pelvic Peritoneum in the Construction of a Vagina : 10 Cases. *Asia-Oceania J Obstet Gynecol* 1984; 10, No. 4 : 439 - 43.
40. Martius G. Operative Behandlung der Vaginalagenesie. In : Martius G, ed. *Gynäkologische Operationen*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York. 1990 : 322 - 2