

Dampak Psikologis dan Kualitas Hidup pada Perempuan dengan Sindrom *Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser* (MRKH)

Annastasia Ediati

Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro

aediati@gmail.com

Abstrak

Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) adalah kondisi kelainan bawaan pada perempuan dimana vagina, saluran tuba, dan uterus tidak berkembang secara normal. Kondisi ini seringkali mulai diketahui ketika seorang remaja tidak mengalami menstruasi (*amenorrhea primer*) atau ketika perempuan usia subur tidak kunjung mendapatkan keturunan dan atau mengalami gangguan dalam melakukan hubungan seksual setelah menikah. Etiologi MRKH hingga saat ini masih kurang jelas. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji hasil-hasil penelitian (*literature review*) mengenai dampak psikologis dan kualitas hidup (*quality of life*) pada perempuan dengan MRKH. Penelusuran literatur dilakukan pada database PUBMED dan *Scencedirect* dengan menggunakan kata kunci “MRKH AND *quality of life*” dengan menggunakan pengaturan untuk mendapatkan artikel jurnal lengkap (*fulltext*) dalam Bahasa Inggris. Hasil penelusuran menunjukkan adanya problem psikologis pada perempuan dengan MRKH, baik yang menjalani operasi maupun yang tidak. Pendampingan psikologis sangat dibutuhkan dan perlu diintegrasikan dalam penanganan medis terhadap perempuan dengan MRKH. Kualitas hidup perempuan dengan MRKH yang dilaporkan di jurnal bersifat inkonklusif.

Kata kunci: MRKH, dampak psikologis, kualitas hidup, *quality of life*, *psychological functioning*

Pendahuluan

Sindrom *Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser* (MRKH) merupakan sindroma tidak terbentuknya vagina, uterus dan saluran telur (tuba) yang berasal dari ductus Muller, genitalia eksterna, ciri kelamin sekunder dan sitogenetik normal wanita. Sindrom MRKH dapat diketahui sejak lahir dan diperkirakan dialami oleh perempuan dengan prevalensi 1:4000 hingga 1:10.000 perempuan (Bryan *et al.*, 1949; Evans, *et al.*, 1981). Sindrom MRKH adalah kelainan kongenital (bawaan lahir) yang hingga saat ini belum diketahui secara pasti penyebabnya. MRKH terdiri dari dua tipe, yakni MRKH tipe I (isolated atau *Rokitansky sequence*) dan MRKH tipe 2 (*associated MURCS*, yakni *Müllerian duct aplasia*, *renal dysplasia*, dan *cervical somite anomalies*). Sindrom MRKH Tipe I lebih jarang ditemukan daripada MRKH Tipe II (Strubbe *et al.*, 1994). Sindrom kelainan kongenital ini telah lama diketahui, sejak jaman Hipocrates, dan nama sindrom ditetapkan dari nama empat orang ahli

yang masing-masing memiliki kontribusi esensial dalam mengungkap kondisi kelainan bawaan pada perempuan ini (Patnaik, Brazile, Dandolu, Ryan, Liao, 2015). Perempuan yang menderita MRKH biasanya memiliki kromosom 46,XX serta memiliki fenotip perempuan.

Memiliki sindrom MRKH tentu tidak mudah bagi perempuan, terlebih vagina merupakan salah satu karakteristik primer bagi perempuan. Vagina berfungsi untuk melakukan hubungan seksual, jalan bagi janin saat lahir, dan saluran ekskresi cairan saat proses haid. Dengan demikian vagina memiliki fungsi yang sangat penting dalam proses reproduksi seorang perempuan. Sindrom MRKH dapat ditandai dengan ketiadaan haid (*amenorrhea* primer), kesulitan melakukan hubungan intim (melalui penetrasi vagina), serta ketidaksuburan atau infertilitas. Sindrom MRKH belum banyak diketahui masyarakat luas sehingga tidak mudah bagi perempuan dan keluarganya untuk memahami dan menghadapi konsekuensinya.

Bean, Mazur, dan Robinson (2009) mengkaji hasil-hasil penelitian yang diterbitkan dari tahun 1995-2007 pada perempuan dengan MRKH dan menyimpulkan bahwa 1) intervensi bedah atau non-bedah tidak menjamin kondisi psikologis penderita menjadi lebih baik; 2) dukungan psikologis pada saat-saat kritis sangat membantu penderita; 3) penggunaan bahasa atau gaya bicara ketika membicarakan kondisi MRKH dengan penderita dapat berdampak positif maupun negatif. Sindrom MRKH sangat mempengaruhi kualitas hidup dan kesejahteraan psikologis perempuan muda yang memiliki kondisi ini. Lebih lanjut Bean, Mazur, dan Robinson (2009) mengemukakan hasil kajiannya bahwa seksualitas merupakan fokus utama penelitian medis mengenai MRKH, terutama untuk menguji efektivitas intervensi bedah dan non-bedah karena 91% riset yang mereka kaji meneliti tentang fungsi seksualitas perempuan dengan MRKH. Beberapa hal lain yang telah diteliti yaitu relasi dengan pasangan, fertilitas/infertilitas, pengalaman menjadi orangtua, karir, spiritualitas, serta dampak psikologis penderita, meliputi konsep diri, identitas gender, orientasi seksual, penyesuaian diri, serta psikopatologi. Namun kajian tersebut dilakukan terhadap penelitian yang telah berlangsung satu dekade lebih. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji hasil-hasil penelitian setelah tahun 2007 mengenai dampak sindrom MRKH terhadap kejiwaan dan kualitas hidup penderitanya. Dengan memahami dampak sindrom MRKH pada kondisi psikologis dan kualitas hidup perempuan dengan MRKH, diharapkan para praktisi kesehatan yang terlibat menangani penderita MRKH, terutama para psikolog dan konselor kesehatan, dapat memberikan layanan kesehatan jiwa dengan lebih baik.

Landasan Teori

Sindrom *Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser* (MRKH): Etiologi dan Penanganan Medis

Menurut Patnaik *et al* (2015), penyebab sindrom MRKH antara lain faktor genetik, lingkungan, dan non-genetik, seperti maternal diabetes. Untuk mendeteksi sindrom MRKH, diperlukan pemeriksaan klinis dengan menggunakan MRI, USG, laparoscopy, dan pyelography (Troiano & McCarthy dalam Patnaik *et al.*, 2015). Lebih lanjut Patnaik *et al* (2015) menjelaskan bahwa setelah diagnosis MRKH ditegakkan, pada umumnya pasien membutuhkan tindakan penanganan, yang dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni 1) prosedur yang menggunakan transplantasi (contohnya: kulit); dan 2) prosedur yang menggunakan dilasi dengan teknik invasif yang minimal. Hingga saat ini, opsi penanganan yang digunakan para dokter berupa: McIndoe *vaginoplasty* (rekonstruksi vagina), operasi Davydov, operasi *vulvo-vaginoplasty* dan metode Creatsas, bowel vaginoplasty, metode Baldwin's, teknik Wharton, dan operasi Vecchietti's (baik tradisional atau menggunakan laparoscopi). Informasi lebih detil mengenai tindakan medis ini dapat dibaca pada tulisan Morcel, Camborieux, & Guerrier (2007). Salah satu kekurangan dari semua prosedur di atas (kecuali Vecchietti's) adalah diperlukannya dilasi pasca-operasi dalam waktu panjang (penderita harus melakukan dilasi secara teratur untuk mencegah vagina menyempit kembali). Prosedur dilasi didasarkan pada prinsip tekanan mekanis (*mechanical straining*). Dokter melakukan sedikit penekanan menggunakan dilator sehingga perlahan-lahan ruang dalam vagina dapat melebar sehingga tercipta vagina baru (*neovagina*). Penanganan tanpa operasi yang banyak digunakan adalah metode Frank, Amussat, dan Ingram. Prosedur dilasi merupakan tindakan konvensional, hemat (*cost effective*), dan tidak menyakitkan seperti prosedur operasi. Akan tetapi, penanganan dengan bedah atau non-bedah ditentukan berdasarkan kasus per kasus dan harus mempertimbangkan kesiapan pasien untuk melakukan hubungan seksual, serta kematangan emosi pasien dalam menjalani tindakan penanganan tersebut (Morcel *et al.*, 2007). Saat ini para peneliti sedang mengembangkan opsi penanganan lain seperti rekayasa jaringan (*tissue*) dan transplantasi rahim (Patnaik *et al.*, 2015).

Kualitas Hidup (*Quality of Life*)

Organisasi kesehatan dunia mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu mengenai posisi dirinya dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana ia tinggal dan yang berkaitan dengan tujuan, harapan, standar, dan keprihatinnya (WHO, 1997). Kualitas hidup merupakan suatu konsep yang sangat umum yang mencakup kesehatan fisik seseorang, keadaan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan pribadi dan hubungan mereka dengan figur yang menonjol dari lingkungan mereka. Felce & Perry (1995) memandang kualitas hidup sebagai konstruk multidimensi, yang terdiri dari lima dimensi,

yaitu: 1) kesejahteraan fisik (*physical well-being*); 2) kesejahteraan materi (*material well-being*); 3) kesejahteraan sosial (*social well-being*); 4) kesejahteraan emosi (*emotional well-being*); 5) perkembangan dan aktivitas (*development and activity*).

Dalam bidang kesehatan, kualitas hidup diartikan sebagai sejauhmana suatu penyakit/sakit itu berdampak pada kehidupan seseorang di level individual. *Health-related quality of life* (HRQOL), merupakan kualitas hidup seseorang berdasarkan status kesehatan atau sakitnya. Wilson & Clearly (dalam Bakas, *et al.*, 2012) mengaitkan lima konsep dalam kesehatan dalam satu kontinum, yakni: 1) faktor fisiologis; 2) simtom; 3) fungsi kesehatan; 4) persepsi umum tentang kesehatan; dan 5) HRQOL. Model HRQOL dari Wilson dan Clearly merupakan model yang paling sering digunakan dalam penelitian kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan (Bakas, *et al.*, 2012).

Metode Penelitian

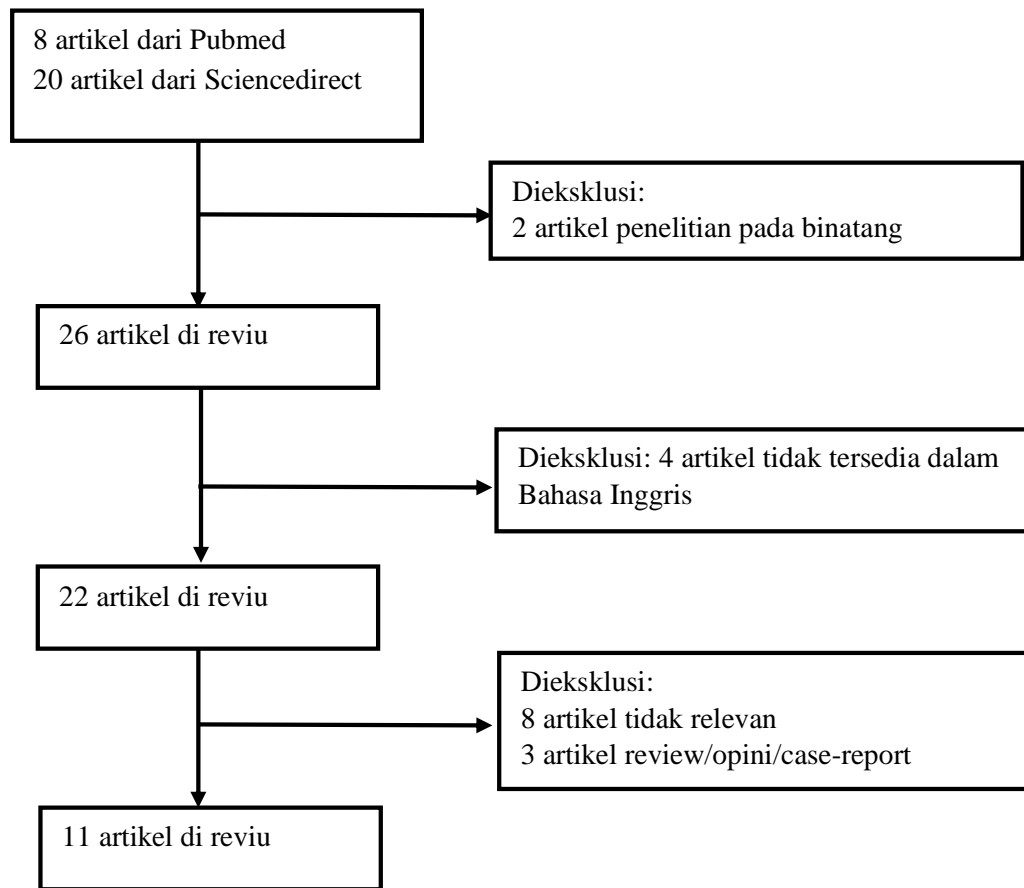
Strategi penelusuran

Pada tanggal 03 November 2016, dilakukan penelusuran hasil penelitian di database eletronik PUBMED (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) dan *Science direct* (**Error! Hyperlink reference not valid.**). Database tersebut dipilih karena Pubmed merupakan database yang memuat hasil-hasil penelitian kedokteran yang paling cepat mengindeks artikel publikasi (jika dibandingkan database penelitian medis lainnya seperti MEDLINE), sedangkan database Science direct dipilih karena mengindeks lebih banyak artikel publikasi bidang psikologi medis yang tidak terindeks di Pubmed. Penelusuran di database PUBMED dilakukan dengan menggunakan istilah *Medical Subject Headings* (MeSH): “MRKH AND *quality of life*”. Penelusuran di database Science Direct dilakukan menggunakan kata kunci “MRKH” [*in all fields*] AND “*quality of life*” [*in all fields*] dan dibatasi hanya pada “*article*”. Kurun waktu periode publikasi dibatasi mulai tahun 2009 hingga 2016 karena artikel mengenai reuiu serupa terakhir kali diterbitkan pada tahun 2009.

Kriteria seleksi

Dari hasil penelusuran tersebut, kemudian peneliti membaca judul dan abstrak penelitian untuk menentukan apakah artikel tersebut memenuhi kriteria inklusi untuk reuiu selanjutnya. Kriteria inklusi yang digunakan adalah: 1) artikel penelitian membahas tentang MRKH dan dampak psikologis perempuan dengan MRKH, dan/atau melaporkan kualitas hidup perempuan dengan MRKH; 2) penelitian dilakukan pada manusia; 3) artikel berisi laporan hasil penelitian (original article), bukan case report, review, atau lainnya; 4) artikel ditulis dalam Bahasa

Inggris. Kriteria eksklusi: artikel penelitian mengenai MRKH yang membahas mengenai teknik transplantasi uterus, teknik bedah, dan lain sebagainya tidak diikuti dalam reviu ini karena dianggap kurang relevan dalam mengkaji dampak MRKH terhadap penderita dan kualitas hidupnya. Proses seleksi artikel publikasi dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Flowchart seleksi artikel publikasi

Analisis

Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi dampak psikologis apa saja yang ditemukan pada perempuan dengan MRKH dan sejauhmana MRKH mempengaruhi kualitas hidup penderitanya. Dari 11 artikel publikasi yang relevan untuk direviu, dibuat rangkuman hasil-hasil penelitian sesuai tujuan penelitian ini, mencakup nama peneliti, tahun publikasi, jumlah subjek, instrument pengukuran yang digunakan, dan hasil penelitian yang ditemukan. Dari hasil rangkuman tersebut ditarik kesimpulan mengenai dampak psikologis MRKH dan kualitas hidup penderitanya.

Hasil Penelitian

Dari 11 artikel yang direviu, tiga artikel membahas mengenai dampak psikologis dan kualitas hidup perempuan dengan MRKH tanpa memperhatikan apakah mereka sudah menjalani penanganan medis atau belum serta apakah intervensi medis yang dijalani bersifat bedah atau non-bedah. Hasil analisis data disimpulkan dalam bentuk rangkuman berikut ini.

Kualitas hidup (*quality of life*) penderita MRKH

Kimberley, Hutson, Southwell, & Grover (2011) melaporkan bahwa 28 perempuan Australia berusia 16-71 tahun yang menderita MRKH ternyata memiliki kualitas hidup yang tidak berbeda dari populasi umum, baik dalam hal fungsi fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Kesimpulan ini diambil berdasarkan hasil evaluasinya menggunakan WHOQoL-BREF. Callens, *et al* (2014) mengevaluasi kualitas hidup 11 perempuan penderita MRKH dan empat perempuan dengan 46,XY *Complete Androgen Insensitivity Syndrome* (CAIS) dengan menggunakan TAAQOL. Mereka adalah peserta program terapi dengan dilasi vagina (*vaginal dilation*) yang merupakan teknik intervensi non-bedah. Lima diantara 16 perempuan tersebut menyelesaikan program, dan hasil evaluasi menunjukkan depresif mood menurun yang dijadikan indikator bagi peneliti untuk menyimpulkan bahwa kualitas hidup partisipan adalah baik. Namun disertai catatan bahwa sebagian besar partisipan menolak konseling psikologi yang ditawarkan (Callens, *et al.*, 2014).

Edmonds *et al* (2012) melakukan studi retrospektif pada 245 perempuan dengan MRKH yang menjalani terapi *vaginal dilator* dan menemukan bahwa kualitas hidup penderita setelah selesai menjalani program terapi adalah baik, karena sebelum terapi dilakukan asesmen psikologis untuk mengetahui kesiapan penderita mengikuti program. Apabila belum siap, diberikan pendampingan psikologis hingga penderita siap menjalani *treatment*. Demikian pula selama program berlangsung, pendampingan psikologis juga diberikan kepada penderita, sehingga menjelaskan mengapa kualitas hidup penderita menjadi baik seiring dengan berjalannya waktu (Edmonds, *et al.*, 2012). Tidak disebutkan dengan jelas instrumen pengukuran kualitas hidup yang digunakan dalam penelitian ini.

Kualitas hidup penderita MRKH yang menjalani intervensi bedah antara lain dilaporkan oleh Walsch *et al* (2015) yang meneliti 10 perempuan dengan MRKH yang menjalani *treatment* neovagina (dengan teknik Wharton-Shearge-George) dan disimpulkan bahwa semua penderita MRKH merasa puas dengan kehidupan seksualnya. Dalam penelitian tersebut, kualitas hidup diukur secara global.

Agak berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya, Järholm, Johannesson, Clarke, & Brännström (2015) mengevaluasi sembilan perempuan dengan MRKH yang menjalani program transplantasi uterus dan menemukan bahwa pada umumnya pasien merasakan adanya kemunduruan dalam aktivitas fisik, serta meningkatnya rasa nyeri di tubuh pada saat dilakukan follow-up setelah 3 bulan menerima uterus.

Fungsi seksual (*sexual functioning*)

Penelitian mengenai fungsi seksual pada perempuan dengan MRKH masih mendapat prioritas utama. Mayoritas publikasi, terutama yang berkaitan dengan efektivitas *treatment* (misalnya *vaginoplasty*, dilasi) menjadikan fungsi seksual sebagai indikator kualitas hidup yang menjadi target pengobatan pada perempuan dengan MRKH. Beberapa problem fungsi seksual yang ditemukan, yaitu: fungsi vagina (Fligner, *et al.*, 2014), *vaginismus* (Kimberley, *et al.*, 2011), ketegangan seksual atau *sexual distress* (Callens, *et al.*, 2016; Carrads, *et al.*, 2012), gangguan lubrikasi (Callens, *et al.*, 2016), hubungan seksual yang tidak teratur dan atau tidak memiliki aktivitas seksual (Kimberley, *et al.*, 2011). Lima dari 11 artikel melaporkan bahwa perempuan dengan MRKH merasa puas dengan kehidupan seksual mereka (Fliegner, *et al.*, 2014; Fotopoulou, *et al.*, 2010; Gatti, *et al.*, 2010; Kimberley, *et al.*, 2011; Walch, *et al.*, 2015). Carrads *et al* (2012) mendapati pada 59 penderita MRKH yang menjalani *sigmoid vaginoplasty* dan 11 penderita yang melakukan dilasi dengan menggunakan metode Frank, 73% dari mereka melakukan hubungan suami-istri regular namun sebagian besar mengalami problem psikologis berkaitan dengan seks yang membutuhkan penanganan psikologis.

Harga diri (*Self-esteem*)

Perempuan dengan MRKH memiliki rasa percaya diri yang lebih baik dalam hal seksualitas dibandingkan dengan perempuan dengan CAIS (Fligner *et al.*, 2014). Gatti *et al* (2010) membandingkan penderita MRKH di Bangladesh dan Itali dan menyimpulkan bahwa 90% partisipan merasa percaya diri dengan seksualitasnya, bahkan 93% meyakini pasangannya juga merasa puas dengan kehidupan seksual yang dimiliki bersama perempuan dengan MRKH.

Psikopatologi

Heller-Boersma, Schmidt, & Edmonds (2009), melakukan penelitian mengenai problem psikologis pada 66 perempuan dengan MRKH (rerata usia 27,9 tahun) dan 31 perempuan sehat sebagai kelompok kontrol (rerata usia 27,8 tahun). Mereka menemukan bahwa perempuan dengan MRKH memiliki skor lebih tinggi dari kelompok kontrol dalam hal *phobic anxiety* dan

interpersonal alienation (keterasingan dalam relasi interpersonal), serta memiliki kecenderungan untuk mengalami depresi, kecemasan, dan gangguan makan seperti bulimia.

Pembahasan

Penelitian ini menemukan 11 artikel yang relevan untuk dikaji mengenai dampak psikologis dan kualitas hidup perempuan dengan MRKH. Dari hasil analisis data diketahui bahwa mayoritas artikel publikasi didominasi oleh penelitian pada pasien yang mengikuti treatment medis (misalnya vaginal dilasi, *vaginoplasty*) yang sebagian besar menggunakan fungsi seksual sebagai indikator kualitas hidup penderita. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa fokus penelitian psikologi pada kasus MRKH belum banyak berubah dalam satu dekade terakhir, bahkan semakin menurun jumlahnya dibandingkan hasil revidu terakhir yang dilakukan oleh Bean, Mazur, dan Robinson (2009). Disamping fungsi seksual, penelitian mengenai harga diri (*self-esteem*), dan psikopatologi masih sangat minim (Heller-Boersma, Schmidt, & Edmonds, 2009). Instrumen pengukuran psikologis yang digunakan dalam penelitian, terutama untuk mengukur kualitas hidup dan dampak psikologis MRKH, berbeda-beda ragamnya sehingga menjadi kendala untuk menyimpulkan hasil penelitian. Meskipun meneliti tentang kualitas hidup dimana aspek psikologis cukup berperan, masih sedikit penelitian yang tampaknya melibatkan psikolog atau mengoptimalkan peran psikologi dalam evaluasi maupun peningkatan kualitas hidup perempuan dengan MRKH. Penelitian mengenai dampak psikologis suatu kelainan kongenital yang dilakukan oleh praktisi psikologi sangat minim. Heller-Boersma adalah salah satu psikolog diantaranya. Di Indonesia, artikel penelitian yang melaporkan mengenai kasus MRKH sangat terbatas dan hanya melaporkan tinjauan medis saja (Wiyasa & Mukminah, 2004). Diperlukan lebih banyak riset psikologi di bidang medis, terutama untuk mengevaluasi aspek psikologis dari sakit dan penyakit, seperti halnya pada perempuan dengan MRKH.

Kesimpulan

Perempuan dengan MRKH mengalami problem psikologis, baik problem emosi atau psikopatologi maupun problem berkaitan dengan fungsi seks. Namun apabila mendapatkan pendampingan psikologis yang terintegratif dalam tim multidisiplin, serta diberikan sejak sebelum, selama, dan setelah penanganan medis berlangsung, perempuan dengan MRKH dapat memiliki kualitas hidup yang baik, yang ditandai dengan rasa percaya diri yang baik (berkaitan dengan fungsi seksualnya), fungsi seksual yang baik, relasi yang memuaskan dengan pasangan, dan membaiknya depresi. Pendampingan psikologis dapat membantu penderita untuk *coping*

dengan MRKH. Namun diperlukan sosialisasi dan edukasi untuk memberikan gambaran yang tepat mengenai akses dan manfaat layanan psikologis.

Daftar Pustaka

- Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S. Buelow, J. M., Otte, J. L., Hanna, K. M., Ellet, M. L., Hadler, K. A., & Welch, J. L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and quality of life outcomes*, 10:134.
- Bean, E. J., Mazur, T., Robinson, A. D. (2009). Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: Sexuality, psychological effects, and quality of life. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynaecology*, 22, 339-346.
- Bryan, A.L., Nigro, J.A., Counseller, V.S., 1949. One hundred cases of congenital absence of the vagina. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, 88 (1), 79–86.
- Callens, N., de Cuypere, G., Wolffenbuttel, K. P., Beerendonk, . C. C. M., van der Zwan Y. g., van der Berg, M., Mostrey, S., van Kuyk, M. E., de Sutter, P., Belgian-Dutch study group on DSD, Dessens, A. B., Cools, M. (2012). Long-term psychosexual and anatomical outcome after vaginal dilation, and vaginoplasty: A comparative study. *Journal of Sexual Medicine*, 9(7), 1842-1851.
- Callens, N., Weyers, S., Monstrey, S., Stockman, S., van Hoorde, B., van Hoecke, E., de Cuypere, G., Hoebeke, P., & Cools, M. (2014). Vaginal dilation treatment in women with vaginal hypoplasia: A prospective one-year follow-up study. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 211, 228e1-e12.
- Carrads, C., Chevert-Measson, M., Lunel, A., & Raudrant, D. (2012). Sexuality after sigmoid vaginoplasty in patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Fertility and Sterility*, 97(3),691-696.
- Edmonds, K. D., Rose, G. L., Lipton, M. G., & Quek, J. (2012). Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: A review of 245 consecutive cases managed by a multidisciplinary approach with vaginal dilators. *Fertility and Sterility*, 97(3),686-690.
- Evans, T. N., Poland, M. L., Boving, R. L., 1981. Vaginal malformations. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 141 (8), 910–920.
- Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16 (1), 51-74.
- Fligner, M., Krupp, K., Brunner, F., Rall, K., Brucker, S. Y., Briken, P., & Richter-Appelt, H. (2014). Sexual life and sexual wellness in individuals with Complete Androgen

- Insensitivity Syndrome (CAIS) and Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome (MRKHS). *Journal of Sex Medicine*, 11, 729-742.
- Fotopoulou, C., Sehouli, J., Gehrman, N., Schoenborn, I., Lichtenegger, W. (2010). Functional and anatomic results of amnion vaginoplasty in young men with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Fertility and Sterility*, 94(1): 317-323.
- Gatti, C., Rossi, C. D., Lombardi, L., Caravaggi, F., Casolari, E., & Casadio, G. (2010). Sexuality and psychosocial functioning in young women after colovaginoplasty. *The Journal of Urology*, 184, 1799-1803.
- Heller-Boersma, J. G., Schmidt, U. H., & Edmonds, D. K. (2009). Psychological distress in women with uterovaginal agenesis (Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome, MRKH). *Psychosomatics*, 50(3):277-281.
- Järholm, S., Johannesson, L., Clarke, A., & Brännström, M. (2015). Uterus transplantation trial: Psychological evaluation of recipients and partners during the post-transplantation year. *Fertility and Sterility*, 104(4), 1010-1015.
- Kimberley, N., Hutson, J. M., Southwell, B. R., & Grover, S. (2011). Well-being and sexual function outcomes in women with vaginal agenesis. *Fertility and Sterility*, 95(1), 283-241.
- Morcel, K., Camborieux, L., & Guerrier, D. (2007). Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome. *Orphanet journal of rare diseases*, 2, 13. doi:10.1186/1750-1172-2-13
- Patnaik, S. S., Brazile, B. Dandolu, V., Ryan, P. L. & Liao, J. (2015). Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome: A historical perspective. *Gene*, 555:33-40.
- Strubbe EH, Cremers CW, Willemsen WN, Rolland R, Thijn CJ (1994). The Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome without and with associated features: Two separate entities? *Clinical Dysmorphology*, 3, 192-199.
- Walch, K., Kowarik, E., Leithner, K., Schats, T., Dorfler, D., & Wenzl, R. (2015). Functional and anatomic results after creation of a neovagina according to Wharton-Sheares-George in patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome--long term follow-up. *Fertility and Sterility*, 96(2), 492-497.
- WHO (1997). WHOQOL: Measuring quality of life. Diambil dari: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Wiyasa, A. & Mukminah, A. (2004). Penatalaksanaan sindroma Mayer Rokitansky Kuster Hauser (Sindroma MRKH) dengan Sindroma Klippel Feil. *Jurnal kedokteran Brawijaya*, XX, 2, 92-95.