

Gangguan Nyeri Seksual: Dispareunia dan Vaginismus

Psikiatri • SKDI 3A

Course komprehensif tentang gangguan nyeri seksual (sexual pain disorder) meliputi dispareunia dan vaginismus untuk dokter layanan primer. Membahas epidemiologi, etiologi, diagnosis, dan tatalaksana awal.

Modul 1: Modul 1: Dasar Gangguan Nyeri Seksual

1.1 Definisi, Klasifikasi, dan Epidemiologi

Gangguan nyeri seksual adalah nyeri berulang/persisten pada area genital/pelvis terkait aktivitas seksual. Kode diagnosis resmi: ICD-10 F52.6 (Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder), ICD-11 HA00.0 untuk dispareunia dan HA00.1 untuk vaginismus—penting untuk dokumentasi klinis dan klaim BPJS. Klasifikasi DSM-5 (Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder): kesulitan penetrasi vaginal saat intercourse, nyeri vulvovaginal/pelvic saat intercourse atau percobaan penetrasi, ansietas berat atau fear of pain/penetrasi, kontraksi otot dasar panggul saat attempt penetrasi. Kriteria: "e6 bulan, distress signifikan, bukan akibat kondisi lain. Jenis utama: dispareunia (nyeri berulang saat/setelah hubungan seksual) dan vaginismus (spasme involunter otot pubococcygeus yang mencegah penetrasi meskipun hasrat adekuat). Dibedakan primer/sekunder dan situasional/generalized. Epidemiologi: dispareunia 10–20% wanita; vaginismus 5–17%; banyak kasus tidak dilaporkan karena stigma. Pria lebih jarang, umumnya terkait kondisi organik.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.2 Etiologi dan Faktor Risiko

Etiologi multifaktorial, memerlukan pendekatan biopsikososial (Engeler et al., EAU 2022; Berek, 2019). Faktor organik wanita: infeksi (vaginitis, kandidiasis, bacterial vaginosis, IMS—15–30% pada sexual pain disorder); dermatologis (lichen sclerosus, dermatitis); patologi pelvis (endometriosis—25–50% pada deep dyspareunia, PID, adhesi); atrofi vagina (60–80% postmenopause melaporkan dispareunia); riwayat trauma obstetrik; kekeringan vagina. Faktor psikologis: riwayat kekerasan seksual (2–4× lebih tinggi pada vaginismus); kecemasan antisipasi; depresi; PTSD; body image negatif; edukasi seksual inadekuat. Faktor pasangan-kontekstual: disfungsi ereksi pasangan (20–30%); komunikasi seksual kurang; foreplay <10–15 menit berkaitan dengan peningkatan dispareunia. Pada pria: fimosis, Peyronie, prostatitis, uretritis, IMS.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.3 Patofisiologi

Patofisiologi nyeri genital dimediasi serabut saraf aferen dari pleksus sakral melalui n. pudendus, ilioinguinalis, dan genitofemoral (Berek, 2019). Aktivasi berulang jalur nyeri menyebabkan sensitisasi perifer dan sentral: ambang nosiseptor menurun, stimulus non-nyeri dipersepsikan nyeri (allodynia), stimulus nyeri lebih nyeri (hiperalgesia); berperan pada kronifikasi seperti vulvodinia. Vaginismus: kontraksi refleks involunter otot dasar panggul yang diperantarai sistem saraf otonom, membentuk vicious cycle (kecemasan !' spasme !'

nyeri !' kecemasan) sebagai conditioned fear response dari satu episode awal nyeri atau pengalaman traumatis. Neurotransmitter serotonin, norepinefrin, dan GABA memodulasi persepsi nyeri dan regulasi ansietas; disregulasinya memperberat gejala. Hormon: penurunan estrogen menopause menyebabkan atrofi epitel vagina, penurunan elastisitas jaringan, robekan mikro, dan dispareunia postmenopause.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.4 Komplikasi

Komplikasi gangguan nyeri seksual yang tidak ditangani adekuat: infertilitas akibat ketidakmampuan melakukan hubungan seksual; unconsummated marriage (pernikahan tidak consummated); penurunan kualitas hidup dan relasi pasangan; depresi mayor dan ansietas kronis; gangguan body image dan konsep diri; PTSD pada kasus terkait trauma seksual; komplikasi somatik berupa vulvodinia kronis dan nyeri pelvis persisten. Dampak sosial: stigma, isolasi sosial, gangguan fungsi kerja. Komplikasi pada pasangan: konflik relasi, disfungsi ereksi sekunder, penurunan kepuasan seksual bersama, gangguan fertilitas pasangan. Identifikasi dini dan tata laksana tepat menurunkan risiko komplikasi jangka panjang. Skrining rutin pada populasi berisiko (wanita menopause, riwayat kekerasan, infertilitas tanpa penyebab jelas, pasien dengan kecemasan seksual) sangat penting untuk pencegahan komplikasi.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 2: Modul 2: Manifestasi Klinis dan Diagnosis

2.1 Manifestasi Klinis Dispareunia dan Vaginismus

Dispareunia: nyeri berulang pada genital/pelvis sebelum, selama, atau setelah penetrasi. Nyeri superfisial (entry) terasa di introitus/vagina distal, kualitas terbakar/tajam, onset segera saat penetrasi; penyebab: vulvodinia, vaginitis, atrofi vagina, lichen sclerosus. Nyeri dalam (deep) terasa di pelvis dalam, kualitas tekanan/kram, saat penetrasi dalam atau posisi tertentu; penyebab: endometriosis, PID, adhesi pelvis, fibroid. Vaginismus: ketidakmampuan penetrasi vaginal meskipun hasdar adekuat; pasien merasakan 'dinding' atau 'blokade' akibat kontraksi otot involunter. Manifestasi spesifik: ketidakmampuan memasukkan tampon/jari/spekulum; spasme otot dasar panggul saat pemeriksaan; kontraksi refleks otot adduktor paha dan abdomen pada kasus berat; ansietas antisipasi hebat; nyeri saat attempt intercourse; riwayat unconsummated marriage. Pada pria: nyeri pada penis, skrotum, testis, atau perineum saat/setelah aktivitas seksual, dapat disertai nyeri ereksi/ejakulasi.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.2 Diagnosis, Pemeriksaan, dan Instrumen Skrining

Pendekatan biopsikososial komprehensif, menjaga kerahasiaan, sensitivitas, dan non-judgmental attitude (Berek, 2019; EAU 2022). Anamnesis: karakteristik nyeri (onset, lokasi, kualitas, intensitas VAS 0–10, durasi, frekuensi); faktor pencetus/pereda; riwayat seksual, obstetrik-ginekologis, kekerasan seksual, psikiatrik, penggunaan obat, dan riwayat medis. Instrumen skrining standar yang digunakan: VAS (Visual Analog Scale 0–10) untuk intensitas nyeri; FSFI (Female Sexual Function Index, 19 item) menilai hasrat, arousal, lubrikasi, orgasme, kepuasan, nyeri; PHQ-9 untuk skrining depresi; GAD-7 untuk skrining ansietas; McGill Pain Questionnaire untuk kualitas nyeri. Pemeriksaan fisik wanita bertahap dengan informed consent: inspeksi vulva, Q-tip test untuk nyeri vestibuler. Pada vaginismus derajat berat, pemeriksaan spekulum dihindari/ditunda. Pria: inspeksi genital, colok dubur. Penunjang: tes kehamilan, swab vaginal, pH dan mikroskopik sekret, urinalisis, USG pelvis.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.3 Alur Diagnosis dan Rujukan

Alur diagnosis terstruktur untuk dokter layanan primer level SKDI 3A: (1) Anamnesis komprehensif + skrining terstandar (VAS, FSFI, PHQ-9, GAD-7); (2) Pemeriksaan fisik bertahap dengan informed consent; (3) Penunjang jika curiga organik; (4) Identifikasi penyebab organik !' tata laksana di layanan primer; (5) Evaluasi 4–6 minggu. Tidak membaik atau curiga komponen psikologis dominan? Rujuk SpOG/SpKJ. Kriteria rujukan segera:

curiga endometriosis/patologi pelvis kompleks, vaginismus berat, kekerasan seksual dengan trauma berat, komorbiditas psikiatrik signifikan, dispareunia pria curiga patologi prostat/urologi. Dokter layanan primer harus mampu menegakkan diagnosis awal dan menentukan timing rujukan yang tepat. Dokumentasi dengan kode diagnosis ICD-10 F52.6 atau ICD-11 HA00.0/HA00.1 untuk rekam medis dan klaim BPJS.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 3: Modul 3: Tatalaksana dan Rujukan

3.1 Tatalaksana Awal dengan Peringatan Keamanan Obat

Tujuan: identifikasi penyebab organik sederhana, dukungan psikologis awal, dan rujukan tepat waktu. Awali dengan edukasi dan validasi. Tatalaksana sesuai penyebab: Kandidiasis vulvovaginal (Formularium Nasional 2023): mikonazol krim 2% 5g intravaginal 7–14 hari; flukonazol 150mg oral dosis tunggal. PERINGATAN: Flukonazol kontraindikasi pada kehamilan (kategori D—teratogenik), risiko QT prolongation dan aritmia, evaluasi fungsi hati, interaksi warfarin (meningkatkan INR). Bacterial vaginosis: metronidazol 500mg oral 2×/hari 7 hari. PERINGATAN: efek Antabuse dengan alkohol (hindari alkohol selama dan 72 jam setelah terapi), interaksi warfarin, monitor gejala neurologis. Klamidia (PNPK IMS 2022; CDC 2021): doksisisiklin 100mg oral 2×/hari 7 hari. PERINGATAN: fotosensitifitas (hindari paparan matahari langsung), esofagitis (minum dengan air cukup, tidak berbaring). Atrofi vagina: lubrikan air/silikon; krim estrogen topikal (estradiol 0,01%).

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

3.2 Terapi Fisik Dasar Panggul sebagai Lini Pertama

Terapi Fisik Dasar Panggul (Pelvic Floor Physical Therapy/PFPT) adalah tatalaksana lini pertama untuk vaginismus dan komponen otot pada dispareunia, sesuai EAU 2022. Komponen PFPT: relaksasi otot dasar panggul (down-training), biofeedback untuk kesadaran kontraksi-relaksasi, latihan pernapasan diafragma, stretching otot adduktor dan pelvic, penggunaan dilator vaginal progresif. Peran dokter layanan primer: edukasi dasar anatomi dan fungsi otot dasar panggul, instruksi latihan reverse Kegel (kebalikan dari Kegel), pernapasan diafragma, penggunaan dilator bertahap ukuran kecil ke besar di rumah dengan lubrikan, anjurkan foreplay 15–20 menit. Rujuk ke fisioterapis panggul terlatih jika: vaginismus derajat sedang-berat, tidak membaik setelah 4–6 minggu latihan mandiri, atau komorbiditas seperti endometriosis atau nyeri pelvis kronis. Kombinasi PFPT dengan psikoterapi memberikan hasil terbaik.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

3.3 Manajemen Nyeri Neuropatik Kronis

Pada dispareunia kronis dengan komponen neuropatik (vulvodinia, vestibulodinia) atau jika penyebab organik tidak ditemukan, pertimbangkan analgesik adjuvan yang relevan untuk layanan primer. Amitriptilin: dosis awal 10mg malam hari, titrasi naik 10–25mg setiap 1–2 minggu, dosis target 25–75mg malam. Efek samping: sedasi, mulut kering, konstipasi, retensi urin; kontraindikasi glaukoma sudut tertutup dan gangguan konduksi jantung. Gabapentin: 300mg hari ke-1, 300mg 2×/hari hari ke-2, 300mg 3×/hari hari ke-3, titrasi

hingga 1800–2400mg/hari. Efek samping: pusing, somnolen, edema perifer. Pregabalin: 75mg 2x/hari, titrasi hingga 300mg/hari; efek samping serupa gabapentin. Peran dokter layanan primer: inisiasi dosis rendah, monitoring efek samping, edukasi tidak mengemudi jika somnolen, rujuk SpKJ/SpOG jika nyeri persisten >12 minggu atau muncul komorbiditas psikiatrik.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

3.4 Indikasi Rujukan dan Tatalaksana Lanjutan

Batasan peran dokter layanan primer: jika tidak ada perbaikan dalam 4–6 minggu tata laksana awal atau komorbiditas kompleks, rujuk SpOG/SpKJ. Indikasi rujukan: tidak membaik setelah 4–6 minggu; etiologi organik kompleks/belum terdiagnosis; curiga endometriosis/adhesi pelvis; vaginismus derajat berat gagal konservatif; riwayat kekerasan seksual dengan trauma berat; komorbiditas psikiatrik signifikan (depresi mayor, PTSD, gangguan panik); dispareunia pria curiga patologi prostat/urologi. Komunikasi dengan pasien dan pasangan: libatkan pasangan dengan persetujuan pasien, bahasa inklusif, jelaskan tujuan rujukan. Populasi khusus: remaja (pendekatan developmentally appropriate, edukasi, skrining kekerasan), perimenopause (evaluasi defisiensi estrogen, terapi hormonal). Tata laksana lanjutan: sensate focus, CBT khusus nyeri seksual, EMDR untuk trauma, terapi pasangan, injeksi botulinum toxin (vaginismus refrakter), pembedahan endometriosis/adhesi, terapi hormon sistemik.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 4: Modul 4: Pencegahan, Edukasi, dan Komunikasi Pasien

4.1 Pencegahan Primer dan Sekunder

Pencegahan primer berdasarkan WHO (2019) dan CDC STI Treatment Guidelines (2021): edukasi kesehatan seksual komprehensif (Comprehensive Sexuality Education/CSE) pada remaja menurunkan risiko IMS dan kehamilan tidak diinginkan hingga 30–50%; promosi foreplay adekuat (15–20 menit) untuk arousal optimal; penggunaan kondom secara konsisten dan lubrikan berbasis air/silikon untuk mencegah trauma mekanik dan transmisi IMS. Konseling pasangan: komunikasi terbuka mengenai hasrat dan batasan. Pencegahan sekunder (peran dokter layanan primer): deteksi dini penyebab organik pada kunjungan rutin—skrining vaginitis, IMS, atrofi vagina sesuai CDC 2021; identifikasi faktor psikososial—skrining PHQ-9, GAD-7, kekerasan seksual/rumah tangga; edukasi bahwa nyeri seksual adalah masalah medis, bukan kelemahan personal. Populasi postmenopause: konsultasikan opsi terapi hormonal lokal/sistemik untuk mencegah atrofi dan dispareunia.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

4.2 Komunikasi dan Konseling

Komunikasi terapeutik adalah kompetensi inti dokter layanan primer dalam menangani gangguan nyeri seksual (PDSKJI, 2020). Prinsip komunikasi: non-judgmental attitude, empati, dan validasi perasaan pasien; jaga kerahasiaan dan informed consent; gunakan pertanyaan terbuka (open-ended questions) dan normalisasi keluhan; hindari nada menghakimi terkait aktivitas seksual. Konseling dasar: edukasi singkat mengenai anatomi dan respons seksual; anjurkan komunikasi terbuka dengan pasangan; diskusikan foreplay adekuat dan penggunaan lubrikan; edukasi bahwa nyeri bukan sesuatu yang harus ditoleransi. Skrining di kunjungan rutin: tanyakan riwayat kekerasan seksual/rumah tangga; skrining depresi (PHQ-2/PHQ-9) dan ansietas (GAD-7); identifikasi body image negatif dan edukasi seksual inadekuat. Keterlibatan pasangan (dengan persetujuan pasien): libatkan dalam edukasi dan konseling; hindari menyalahkan salah satu pihak; sarankan komunikasi non-konfrontatif. Rujuk ke konselor seksual, psikolog, atau SpKJ untuk konseling lebih dalam atau trauma berat.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 5: Modul 5: Diagnosis Banding Gangguan Nyeri Seksual

5.1 Framework Diagnosis Banding

Diagnosis banding gangguan nyeri seksual di layanan primer berdasarkan lokasi, kualitas, dan pola nyeri (EAU 2022). Tujuh entitas utama: (1) Dispareunia—nyeri saat penetrasi, organik atau psikogenik; (2) Vaginismus—spasme involunter otot dasar panggul, tanpa kelainan organik; (3) Vulvodinia—nyeri kronis vulva tanpa penyebab jelas, >3 bulan; (4) Vestibulodinia—nyeri terlokalisasi di vestibulum, positif Q-tip test; (5) Sindrom Nyeri Pelvis Kronis (SNPC)—nyeri pelvis >6 bulan persisten, berbagai etiologi termasuk endometriosis dan IC/PBS; (6) Pudendal neuralgia—nyeri sepanjang distribusi n. pudendus (perineum, klitoris/penis, anus), diperberat posisi duduk, Nantes Criteria positif; (7) Gangguan somatoform—nyeri tidak sesuai distribusi anatomis, terkait faktor psikososial dominan, skor PHQ-9/GAD-7 tinggi. Setiap entitas memerlukan pendekatan tata laksana spesifik dan indikasi rujukan berbeda.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

5.2 Pembeda Klinis dan Penatalaksanaan

Dispareunia vs Vaginismus: dispareunia memiliki nyeri dengan penyebab organik sering teridentifikasi (infeksi, endometriosis); vaginismus tanpa kelainan organik, spasme otot dominan. Vulvodinia vs Vestibulodinia: vulvodinia nyeri difus pada seluruh vulva; vestibulodinia nyeri terlokalisasi di vestibulum dengan Q-tip test positif pada titik 1 dan 7. SNPC: nyeri adheksa/pelvis, curiga endometriosis/PID/kompleks—perlu USG/MRI. Pudendal neuralgia: nyeri terbakar sepanjang n. pudendus, posisi duduk memperberat, blok diagnostik n. pudendus sebagai baku emas. Gangguan somatoform: nyeri tidak sesuai distribusi anatomis, konflik psikososial dominan, skrining PHQ-9/GAD-7 tinggi, rujuk SpKJ. Algoritma layanan primer: (1) Anamnesis + VAS/FSFI/PHQ-9/GAD-7; (2) Lokalisasi nyeri; (3) Q-tip test; (4) Penunjang dasar; (5) Identifikasi komponen organik vs psikogenik; (6) Tata laksana sesuai penyebab atau rujuk ke SpOG/SpKJ/fisioterapis panggul.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Daftar Pustaka / Referensi

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Publishing (2013).
2. World Health Organization. ICD-11: Sexual Pain Disorders (HA00.0/HA00.1). WHO (2019).
3. Berek JS. Berek and Novak's Gynecology, 16th Edition. Wolters Kluwer (2019).
4. Seehusen DA, Baird DC, Bode DV. Dyspareunia in Women. American Family Physician (2014).
5. Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: A Review of the Literature on the Classification/Diagnosis, Etiology, and Treatment. Women's Health (2010).
6. Engeler D, Baranowski AP, Berghmans B, et al.. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. European Association of Urology (2022).
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual (PNPK IMS). Kemenkes RI (2022).
8. PDSKJI. Panduan Praktik Klinis Gangguan Psikiatri Dewasa. PDSKJI (2020).
9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Formularium Nasional Indonesia. Kemenkes RI (2023).
10. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. CDC (2021).

Disclaimer / Pernyataan Penting

Materi dalam dokumen ini disusun untuk tujuan pendidikan kedokteran berdasarkan kurikulum SKDI 2012. Informasi klinis harus selalu diverifikasi dengan sumber terkini (pedoman nasional, jurnal terindeks, konsultasi supervisor klinis). Penulis dan Malayan Saintifika tidak bertanggung jawab atas keputusan klinis yang diambil berdasarkan materi ini semata.