

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Pengertian dan Respon seksual manusia

Disfungsi seksual merupakan kegagalan yang menetap atau berulang, baik sebagian atau secara keseluruhan, untuk memperoleh dan atau mempertahankan respon lubrikasi vasokongesti sampai berakhirnya aktivitas seksual. Pada *Diagnostic and Statistic Manual Version IV (DSM-IV)* dari *American Phychiatric Association*, dan *International Classification of Disease-10 (ICD-10)* dari WHO, disfungsi seksual wanita ini dibagi menjadi empat kategori yaitu gangguan minat/keinginan seksual (*desire disorder*), gangguan hasrat (*arousal disorder*), gangguan orgasme (*orgasmic disorder*), dan gangguan nyeri seksual (*sexual pain disorder*).

Secara umum gangguan seksual diklasifikasikan di dalam edisi keempat *The Text Revision* dari *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV-TR)*. Satu bagian di dalam DSM-IV-TR diberi judul "*Sexual and Gender Disorder*". Gangguan seksual yang berhubungan dengan siklus respon seksual (*Sex Response Cycle = SRC*) membagi gangguan ini menjadi tiga bagian, yaitu hasrat atau *desire*, rangsangan atau respons seksual, dan orgasme, dengan gangguan masing-masing.⁴Fisiologi respon seksual tidak pernah dikemukakan hingga 40 tahun yang lalu, dalam penelitian-penelitian yang dilakukan Masters dan Jhon. Untuk menguraikannya mereka membagi respon seksual wanita dan laki-

laki menjadi lima fase, walaupun perbedaan diantara setiap fase sering kabur dan suatu fase cenderung muncul pada fase berikutnya apabila terjadi rangsangan yang tidak sesuai. Fase-fase ini adalah :Gairah seksual (*sexual desire*), rangsangan seksual (*sexual arousal or excitement*), plateau, orgasmus, dan resolusi.

Fase-fase respon seksual hingga orgasmus dihantarkan oleh saraf parasimpatik, yang menyebabkan vasodilatasi dan vasokongesti organ genitalia. Pada wanita perubahan ini menyebabkan terbentuknya “bantalan” kongesti di sekeliling bagian bawah vagina dan menghasilkan lubrikasi vagina. Kegagalan rangsangan seksual menghambat terjadinya perubahan respon seksual di setiap fase dan terjadi disfungsi seksual umum pada wanita. Fase orgasmus dihantarkan oleh saraf simpatis, yang rangsangannya menyebabkan kontraksi klonik otot-otot pelvik dan otot-otot lainnya. Pesan-pesan yang merangsang pusat-pusat seks di daerah talamus dan limbic dimulai dari rangsangan terhadap klitoris dan vagina pada wanita. Kegagalan sensasi-sensasi yang ditimbulkan pada klitoris dan vagina untuk diantarkan ke otak dan diinterpretasikan sebagai sesuatu yang menimbulkan kepuasan merupakan alasan kegagalan orgasmus pada wanita.¹⁴

Fungsi biologis dari hubungan seksual adalah masuknya sperma ke dalam vagina sehingga dapat membuahi sel telur. Penetrasi penis ke dalam vagina merupakan salah satu bentuk ekspresi seksual. Semua manusia memiliki dorongan seksual, diawali dengan peningkatan hasrat, terangsang, hingga orgasme, dan berakhir dengan resolusi. Tahap 1 adalah hasrat tanpa

adanya perubahan fisik. Tahap 2, rangsangan awal, pada wanita mulai terjadi lubrikasi. Tahap 3 rangsangan berlanjut sampai wanita cukup lubrikasi dan bagian dalam vagina memanjang dan melebar. Selanjutnya tahap 4 adalah proses menuju orgasme. Dan terakhir adalah tahap 5, yaitu orgasme. Menuruni tangga adalah proses untuk kembali ke keadaan semula (resolusi).

2. Disfungsi seksual wanita

Aktifitas seksual melibatkan elemen fisik, psikologis, sosial, dan estetika. Hal serumit ini tentu saja rentan mengalami masalah, gangguan-gangguan ini bisa saja dirasakan oleh salah satu pihak atau kedua pihak. Faktor ketidakpuasan merupakan penyebab yang paling sering muncul. Takut hamil, takut dilecehkan secara seksual, dan rasa bersalah akibat informasi yang keliru atau kepercayaan yang salah merupakan penyebab utama dari masalah seksual.

Disfungsi seksual bisa primer, sekunder, situasional atau global, organik (termasuk fisiologi atau iatrogenik), atau nonorganik (psikososial). Klasifikasi disfungsi seksual pada wanita berdasarkan ICD-10 terbagi atas :

a. Gangguan hasrat seksual

Hasrat seksual menunjukkan pada keinginan seksual yang menimbulkan reflex impuls rangsangan pada keinginan seksual yang kuat. Keinginan seksual akan menjadi saling terikat (*reinforced*) sebagai tujuan akhir. Menurunnya hasrat respons seksual menunjukkan terjadinya disfungsi seksual.

1) Gangguan hasrat seksual hipoaktif pada wanita

Gangguan Hasrat Seksual Hipoaktif (*Hypoactive Sexual Desire Disorder*) pada wanita sangatlah kompleks dengan kondisi yang kurang dipahami, dimana mempengaruhi seluruh rentang usia. Fungsi seksual dinyatakan sebagai sebuah siklus yang menekankan aspek sosial, psikologis, hormonal, lingkungan, dan faktor-faktor biologis. Gangguan hasrat seksual pada wanita disebabkan oleh multifaktor meliputi :

a) Faktor biologis

Naluri dasar bersumber pada *rhinencephalic* dan sistem *limbic* yang dipengaruhi hormon dan dimodulasikan oleh mental, terutama *mood* dan arahan dari zat neurokimiaawi. Hormon saling mempengaruhi secara kompleks untuk mengontrol intensitas libido dan perilaku seksual. Kontribusi estrogen tampak dalam karakter seks sekunder di sentral dan perifer pada wanita terhadap keinginan seksual. Estrogen mempengaruhi hasrat dan rangsangan seksual pada sentral. Hormon androgen juga mempengaruhi hasrat seksual wanita. Estrogen dan androgen mengatur organ-organ sensoris yang merupakan target seksual dan menentukan libido.

b) Faktor motivasi

Motivasi melakukan hubungan seksual antara lain untuk tujuan biologis, dan reproduksi. Tujuan biologis berarti untuk

memenuhi kebutuhan dasar seksual. Tujuan reproduksi yaitu untuk mendapatkan keturunan. Ketiadaan motivasi menimbulkan keengganan dalam melakukan hubungan seksual.

c) Faktor perasaan

Sejumlah faktor yang memberikan kontribusi terhadap disfungsi seksual pada wanita mencerminkan hubungan saling memengaruhi yang kompleks. Faktor-faktor tersebut antara lain fisiologis, psikologis, emosional, dan relasional. Penurunan rangsangan seksual sering berhubungan dengan proses penuaan, menopause alami, atau pembedahan. Keinginan seksual mungkin menjadi keinginan primer dari fantasi seksual atau mungkin sekunder terhadap motivasi kognitif pada beberapa wanita. Keinginan seksual sekunder khususnya dalam hubungan jangka panjang, motivasi nonseksual, misalnya kedekatan emosional dan perasaan cinta.

- 2) Penatalaksanaan gangguan hasrat seksual hipoaktif pada wanita dengan manajemen penanganan HSDD pada wanita dapat dilakukan dengan pendekatan psikologis, farmakologis, dan endokrinologi.

b. Gangguan rangsangan seksual

Gangguan rangsangan seksual pada wanita didefinisikan sebagai ketidakmampuan mencapai atau mempertahankan lubrikasi genital yang adekuat atau *swelling*. Rangsangan seksual ini juga memerlukan respons tubuh lain yang bersifat menetap atau berulang. Respon tubuh yang

dimaksud contohnya, berkurangnya atau tidak adanya lubrikasi vagina, respon tubuh yang lain adalah berkurangnya relaksasi otot polos vagina serta sensitivitas puting payudara. Walaupun gangguan rangsangan seksual disebabkan faktor berulang yang dapat menyebabkan depresi, tetapi dapat juga disebabkan faktor medis, seperti berkurangnya aliran darah menuju vagina atau klitoris. Problem seksual dari faktor fisik dapat berkembang menjadi problem yang bersifat psikologis. Selanjutnya gangguan yang berasal dari fisik dan psikologis bisa menyebabkan gangguan rangsangan seksual.

Penyebab umum gangguan rangsangan seksual bisa lebih dari satu faktor. Seperti stress yang disebabkan oleh kondisi ekonomi, lelah karena pekerjaan, dan sibuk merawat anak. Wanita bisa mengalami lebih sedikit rangsangan seksual selama hamil, melahirkan, atau sewaktu menyusui. Kunci utama kehidupan seksual ada pada jantung. Respon seksual ereksi pada laki-laki dan lubrikasi pada wanita sangat bergantung pada sirkulasi darah ke organ genitalia. Sementara kolesterol yang mengendap dalam darah bisa menghambat proses sirkulasi sehingga besar kemungkinan akan menyebabkan disfungsi seksual. Penyakit diabetes dapat menimbulkan disfungsi seksual, baik pada pria maupun wanita. Pada wanita diabetes dapat menurunkan rangsangan seksual, mengakibatkan rasa sakit ketika melakukan hubungan seksual dan hambatan orgasme.

Tabel 1. Kondisi Kesehatan Terhadap Gangguan Rangsangan Seksual

Penyebab medis	Penyebab vaskuler	Hormonal/endokrin
Obat	Hipertensi	Disfungsi axis
Pil kontrasepsi	Kadar kolesterol tinggi	(hypothalamus/pituitary)
Depresi	Diabetes	Kastrasi bedah atau medis
Cedera tulang belakang (bisa menyebabkan kerusakan saraf paralysis)	Penyakit jantung Traumatik pada genital atau daerah pelvik, seperti faktor pelviktrauma	Menopause alami
Pembedahan (dekat sistem urogenital atau abdomen)	tumpul, disrupsi bedah.	Gagal ovarium prematur
Atrofi vaginal		Pil kontrasepsi jangka panjang.

Sumber :Windu, Siti Candra. 2009. Tinjauan Fisiologi dan Patologis terhadap Seksualitas.Yogyakarta : Penerbit ANDI.³

Penyebab lain seperti masalah pada organ pelvik, penyakit yang terkait dengan organ pelvik, yaitu uterus, kandung kemih, rektum, serta otot-otot dan jaringan yang menghubungkannya. Yang paling banyak dikeluhkan adalah masalah saluran kemih serta organ pelvik yang turun, menonjol ke vagina diakibatkan melemahnya otot dan jaringan.

c. Gangguan orgasmus

Definisi gangguan orgasmus pada wanita dari DSM-IV-TR menggunakan criteria diagnostik sebagai berikut :

- 1) Kelambatan yang persisten atau menetap atau ketiadaan orgasmus pada fase rangsangan seksual normal. Wanita mengalami variabilitas di dalam jenis atau intensitas stimulasi yang memicu orgasmus. Diagnosis gangguan orgasmus wanita sebaiknya berdasarkan uji klinis untuk menentukan kapasitas orgasmus wanita berdasarkan umur, pengalaman seksual, dan stimulasi seksual adekuat yang diterima wanita.

- 2) Gangguan yang mengakibatkan distress atau kesulitan interpersonal.
- 3) Disfungsi seksual tidak lebih dari gangguan disfungsi yang lain dan tidak hanya karena pengaruh psikologis langsung, misalnya obat-obat medis atau kondisi medis umum. Gangguan orgasme wanita selanjutnya dibedakan sebagai berikut :
 - a) Primer : orgasme belum pernah dicapai.
 - b) Sekunder : orgasme pernah dicapai pada waktu yang lalu.
 - c) Absolut : orgasme tidak dimungkinkan pada semua situasi.
 - d) Situasional : orgasme tidak dimungkinkan pada situasi tertentu.

Pendekatan yang dapat dilakukan yaitu pendekatan perilaku kognitif dan pendekatan farmakologis.

d. Dispareunia

Dispareunia didefinisikan sebagai nyeri di daerah genital yang berhubungan dengan aktivitas seksual sebelum, pada saat, dan setelah koitus. Dispareunia bisa diakibatkan oleh aktivitas nonseksual di dalam diri wanita pada tatanan usia tertentu dan bisa terjadi di beberapa lokasi yang berbeda. Meskipun dispareunia diklasifikasikan sebagai disfungsi seksual, pendekatan nyeri yang menyeluruh pada akar masalahnya merupakan pendekatan multidimensi. Pemikiran tentang penyebabnya menunjukkan adanya faktor yang mengawali dan diperburuk dengan adanya faktor lainnya. Faktor ini dapat berupa faktor fisik maupun faktor psikologis. Pasien dengan gangguan dispareunia mengeluhkan nyeri yang jelas dan terlokalisir. Dispareunia dapat digambarkan sebagai

ketidaktertarikan, ketidakpuasan terhadap koitus yang berhubungan dengan ketidaknyamanan akibat nyeri yang berasal dari beberapa area, mulai dari permukaan vulva sampai struktur pelvik bagian dalam.

3. Disfungsi seksual wanita dapat disebabkan oleh faktor-faktor yang terdiri dari faktor fisiologis, organik atau *iatrogenic*, dan psikososial.

a. Faktor fisiologis meliputi :

1) Siklus menstruasi

Keadaan yang mungkin adalah amenore (tidak terjadi menstruasi), dismenore (sakit waktu menstruasi), dan menstruasi yang tidak teratur. Menstruasi yang tidak timbul dapat disebabkan karena anorexia, latihan jasmani yang terlalu berat, dan perdarahan yang timbul diantara dua siklus menstruasi.

2) Kehamilan

Keinginan untuk melakukan hubungan seks pada wanita hamil berbeda-beda. Sebagian tidak ingin melakukannya pada tiga bulan pertama kehamilan, kemudian keinginan timbul dan meningkat pada trimester kedua (bulan ke 4,5,6) serta kembali turun pada trimester tiga.

3) Menopause

Pada saat memasuki menopause wanita akan mengalami keadaan vagina kering. Ini merupakan keadaan umum yang ditemui sesudah menopause dan dapat menyebabkan timbulnya kesulitan serius saat berhubungan seksual. Vagina kering disebabkan oleh menurunnya

hormon estrogen. Kehilangan hormon ini menyebabkan terjadinya atrofi lapisan vagina dan mengurangi kemampuannya untuk menghantarkan cairan dari jaringan sekitarnya.

b. Faktor organik atau *iatrogenic* :

- 1) Mempengaruhi respons seksual, contohnya neuropathi deabetika.
- 2) Mempengaruhi otonom genital, contohnya vulvektomi.
- 3) Mempengaruhi mobilitas, contohnya *cerebrovascular accident*
- 4) Terhambat oleh nyeri, contohnya arthritis, angina.
- 5) Terhambat oleh nyeri genital, contohnya endometriosis.
- 6) Terhambat oleh kelelahan atau penyakit kronis, contohnya gagal ginjal.
- 7) Efek samping pengobatan.

c. Faktor psikososial, kemungkinan disebabkan oleh :

- 1) Kurangnya atau kesalahan informasi mengenai seks.
- 2) Mitos seksual, kepercayaan seksual, perilaku dan nilai-nilai yang berkembang dalam keluarga, sosial, kultural, dan agama memberikan pengalaman mengenai kebiasaan seksual yang dapat diterima seseorang. Contoh mitos seksual seperti : performa adalah segalanya, wanita yang tidak pernah memulai seks atau meminta apa yang mereka inginkan, seks yang baik adalah selalu spontan dan lain sebagainya.
- 3) Masalah komunikasi

- 4) Masalah hubungan sehari-hari yang tidak terselesaikan mungkin menyebabkan kemarahan atau rasa bersalah yang berujung terjadinya hambatan pada hubungan seksual.

d. Faktor predisposisi dan penyerta

- 1) Pengalaman hidup dimasa lalu dapat menyebabkan masalah seksual.
- 2) Harapan yang tidak realistis dan bertentangan, masalah dapat muncul ketika salah satu pasangan menginginkan seks lebih dari yang lainnya atau harapan berlebihan memberi tekanan dan ketakutan jika gagal. Contohnya keinginan seksual yang tidak berubah saat lelah, sakit, kehilangan, hamil ataupun menginjak usia tua.

Table 2. Faktor Predisposisi dan Pencetus Disfungsi Seksual

Faktor predisposisi	Faktor pencetus
- Kekerasan fisik, emosi, atau seksual dimasa kecil	- Usia semakin tua
- Asuhan restriktif	- Penyakit
- Kurangnya informasi	- Kegagalan berulang
- Kurangnya rasa percaya diri	- Tekanan hidup
- Kurangnya bahasa tubuh	- Trauma seksual
- Masalah komunikasi	- Hilangnya kepercayaan dalam hubungan
- Identitas seksual yang tidak jelas	
- Gangguan psikiatrik	

Sumber : Windu, Siti Candra. 2009. Tinjauan Fisiologi dan Patologis terhadap Seksualitas. Yogyakarta : Penerbit ANDI.³

4. Pemeriksaan disfungsi seksual

Pemeriksaan pasien dengan masalah seksual perlu diselesaikan secara sensitif, khususnya pasien dengan riwayat kekerasan seksual di masa lalu. Privasi harus terjamin dan pendamping harus selalu ditawarkan dan dihadirkan ketika seorang pria memeriksa wanita, pemeriksaan dapat

dilakukan dengan pemeriksaan umum, pemeriksaan genital, dan pemeriksaan tambahan.

a. Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum dapat dilakukan dengan memeriksa karakteristik seksual sekunder dan melihat tanda-tanda anemia, penyakit tyroid, penyakit kardiovaskuler, gangguan sistem saraf pusat, keadaan dermatologis, penyakit kronis.

b. Pemeriksaan genital

Bagaimana tanggapan seorang wanita terhadap pemeriksaan genital akan memberikan petunjuk nonverbal atau verbal mengenai kenyamanan dengan seksual dirinya.

Tabel 3. Pemeriksaan Genitalia

Deskripsi	Pola pemeriksaan
Inspeksi vulva	<ul style="list-style-type: none"> - Tampilan anatomis, misal <i>juvenile external genitalia</i>, labia minora yang besar - Masalah dermatologis, misal lichen sclerosis. Lichen planus, eczema, psoriasis - Infeksi menular seksual, misal ulserasi genital (herpes, sifilis), warts.
Inspeksi vagina	<ul style="list-style-type: none"> - Abnormalitas anatomis, misal septum vagina - Perubahan atropik - Prolapsus organ pelvik - Discharge
Pemeriksaan fisik vagina	<ul style="list-style-type: none"> - Tonus meningkat pada otot pubococcygeus mengindikasikan vaginismus - Anterior tenderness (curiga patologi kandung kemih) - Posterior tenderness (curiga patologi rektal atau douglas) - Forniks kanan (curiga patologi pada adneksa kanan) - Forniks kiri (curiga patologi pada kolon sigmoid atau adneksa kiri) - Ukuran, bentuk, posisi, mobilitas, dan konsistensi uterus.

Sumber : Windu, Siti Candra. 2009. Tinjauan Fisiologi dan Patologis terhadap Seksualitas. Yogyakarta : Penerbit ANDI.³

c. Pemeriksaan tambahan

Pemeriksaan tambahan diperlukan untuk mengetahui gangguan seksual yang spesifik, yaitu pemeriksaan untuk mengetahui berkurang atau hilangnya hasrat, ketidakinginan seksual dan kurangnya kepuasan seksual, gangguan rangsangan seksual, gangguan orgasme, vaginismus, hubungan seksual yang terasa sakit, dan masalah spesifik.

1) Berkurang atau hilangnya hasrat seksual

Penyakit fisik kronis sering kali mengawali rendahnya hasrat dikarenakan kelelahan, hilangnya rasa percaya diri, perubahan bentuk tubuh, atau sebagai efek samping pengobatan. Penurunan hasrat bisa saja memang murni terjadi, tapi mungkin juga merupakan sekunder dari gangguan seksual lain yang disebabkan rasa takut akan suatu kegagalan.

Tabel 4. Pemeriksaan Tambahan

Deskripsi	Pemeriksaan
Hasrat yang rendah	- Prolaktin - Tes fungsi tyroid - Testosteron, estradiol, FSH, LH - DL, B12, Ureum, elektrolit, tes fungsi liver (LFT) jika terdapat indikasi.
Gangguan rangsangan atau orgasme	- Periksa yang berhubungan dengan infeksi menular seksual dan infeksi saluran kemih atau vagina lainnya.
<i>Superficial dispareunia</i>	- Sama seperti nomor 1, ditambah gula darah dan lipid profile
Dispareunia dalam	- Sama seperti nomor 3, ditambah pemeriksaan USG, laparoskopik diagnostic

Sumber : Windu, Siti Candra. 2009. Tinjauan Fisiologi dan Patologis terhadap Seksualitas. Yogyakarta : Penerbit ANDI.³

Penatalaksanaan Psikoseksual yang dapat dilakukan adalah :

- a) Cari faktor fisik, jika didapatkan, lakukan pengobatan dan periksa hubungannya dengan gangguan seksual.
- b) Lakukan pemeriksaan yang sesuai dengan penyebab
- c) Kontrasepsi oral kombinasi dominan estrogen bagi wanita yang hipoestrogenik. Wanita dengan BMI rendah akibat gangguan makan atau kegiatan yang berlebihan.
- d) Terapi sulih hormon (*Hormone Replacement Therapy/HRT*) jika menopause.
- e) Implant testosteron atau gel bagi wanita postmenopause, khususnya jika menopause terjadi prematur melalui hilangnya fungsi ovarium.
- f) Atasi depresi.
- g) Atasi hipoprolaktinemia.
- h) Serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) dapat mengurangi respons pobia.

Adapun Penatalaksanaan Fisik meliputi :

- a) Terapi individu (atau pasangan yang sesuai)
- b) Atasi semua masalah seksual di masa lalu
- c) Kegiatan “pekerjaan rumah” untuk meningkatkan pemahaman dan komunikasi mengenai kebutuhan seksual.

2) Ketidakinginan seksual dan kurangnya kepuasan seksual.

Penghindaran terhadap aktifitas seksual, keengganan, dan fobia sering kali berawal dari pengalaman traumatis, seperti kekerasan seksual masa kecil atau pemerkosaan. Ketidakinginan terhadap seksual dan fobia dapat terjadi secara total, semua aktivitas seksual ditolak, atau situasional yaitu ketika aktivitas seksual tertentu dapat memicu respons fobia. Seorang wanita dapat menjadi panik ketika ia terangsang dan teringat masa kecilnya yang mengatakan bahwa perilaku seksual tersebut adalah salah. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan adalah :

- a) Terapi individu untuk membantu menemukan faktor predisposisi atau pencetus.
 - b) Cari adanya kesalahan sebelum terjadinya masalah seksual.
 - c) Desensitisasi bertahap terhadap suatu aktivitas seksual yang mengalami respon penolakan.
- 3) Gangguan rangsangan seksual (*Female Sexual Arousal Disorder / FSAD*).

Respons rangsang fisiologis wanita tidak dapat dilihat, tidak seperti pada pria, melalui ereksi. Tidak umum bagi wanita untuk berkonsultasi hanya dengan masalah rangsangan. Biasanya wanita datang dengan keluhan yang berhubungan dengan hasrat yang rendah, penolakan seksual, atau disfungsi orgasme.

4) Gangguan orgasme

Pada sebuah studi menunjukkan bahwa sekitar 25% wanita mengalami disfungsi orgasme. Penyebab yang paling sering muncul adalah dikarenakan efek samping penggunaan SSRI pada pengobatan depresi. Penyebab fisik lain yang harus disingkirkan adalah gangguan neurologis seperti neuropati diabetikum atau multiple sklerosis. Penatalaksanaan yang diberikan sebagai berikut :

- a) Psikoseksual :Gunakan fantasi dan bantuan materi seks, membaca buku-buku yang berhubungan dengan seksual, gunakan stimulasi puting selama rangsangan seksual untuk meningkatkan respons orgasme melalui pelepasan *oxytocin*.
- b) Fisik :Ganti pengobatan jika diperlukan, sildenafil untuk membantu rangsangan mungkin dapat membantu terjadinya orgasme.

5) Vaginismus

Vaginismus adalah rasa sakit yang dirasakan oleh wanita saat bersenggama. Hal ini merupakan reaksi vagina yang menyempit pada waktu senggama. Pada kondisi ini, wanita mengalami spasme involunter dari otot *pubococcygeus*. Otot tersebut menjadi kencang dalam mengantisipasi nyeri fisik ataupun emosional. Spasme vagina mungkin juga diikuti oleh spasme dari otot ediktor dari paha. Alasan terjadinya vaginismus bervariasi seperti pengalaman traumatis masa lalu, atau tumbuh dengan pesan negatif mengenai seks yang

berakibat adanya ketakutan atau hilangnya kontrol diri.

Penatalaksanaannya sebagai berikut :

- a. Memberikan informasi mengenai anatomi genital dan respons seksual wanita.
 - b. Terapi individu untuk mencari dan menyelesaikan masalah faktor predisposisi.
 - c. Terapi bagi pasangan untuk saling memecahkan masalah
 - d. Desensitisasi bertahap menggunakan benda seperti jari atau dilator amielle vagina yang didisain khusus, ditambah dengan banyak lubrikasi sintesis.
- 6) Hubungan seksual yang terasa sakit (dispareunia)

Dispareunia adalah sebuah kata yang berasal dari bahasa Yunani *dyspareunos* yang artinya “pasangan yang sakit”.Istilah ini berdampak kurang menyenangkan bagi wanita yang biasanya diganggu oleh berbagai gangguan ginekologi, seperti selaput dara yang tebal, tidak bisa perforasi, persisten, vulvitis, vaginitis, jaringan parut akibat episiotomi, septum vagina.Dispareunia sering kali disebabkan oleh kejang vagina (vaginismus). Kondisi ini bersifat psikologis dan biasanya disebabkan oleh ketakutan akan seks atau tidak suka berhubungan seksual dengan pasangan tertentu. Pengobatan sering kali sulit dilakukan, bahkan pada beberapa keadaan tidak bisa dilakukan.Psikoterapi, konseling, dan penjelasan dari seorang konselor yang berpengalaman, latihan relaksasi,

mungkin harus dilakukan. Penatalaksanaan yang dapat diberikan seperti :

- a. Fisik :atasi infeksi vulvovaginal, steroid topikal dapat membantu masalah dermatologi, estrogen topikal dapat membantu memperbaiki perubahan atropik, anestesi lokal topikal, amitriptilin atau gabapentin untuk nyeri neuropatik.
- b. Psikoseksual : Penatalaksanaan sama seperti vaginismus, penyesuaian terhadap posisi seksual mungkin dapat mengurangi nyeri.⁴

7) Patofisiologi disfungsi seksual postpartum

Panggul pada wanita merupakan organ penting penyokong fungsi organ-organ vital. Fungsi utama otot dasar panggul adalah penyokong, sfingterik, dan fungsi seksual. Sebagian besar disfungsi dihubungkan dengan kerusakan akibat proses persalinan, terutama pada primipara. Persalinan pervaginam dapat membuat perubahan neurologis pada dasar panggul, sehingga memperburuk efek daya hantar (konduksi) nervus pudendus, kekuatan kontraksi otot vagina dan penutupan uretra. Perubahan akibat kehamilan, proses persalinan yang melibatkan kala I dan lamanya kala II, lewatnya bayi dengan diameter kepala serta berat bayi tertentu yang melalui jalan lahir, kontraksi dan trauma pada otot dasar panggul merupakan faktor-faktor yang mampu memberikan kondisi patologis pada wanita yang melahirkan pervaginam. Kelainan struktur atau fungsi otot dasar panggul akan menyebabkan timbulnya prolapsus organ panggul, disfungsi seksual,

syndrome nyeri panggul kronis dan inkontinensia urin serta fekal. Kebanyakan disfungsi dasar panggul dihubungkan dengan kerusakan dasar panggul selama persalinan pervaginam.¹⁰

8) Pengertian persalinan

- a. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke jalan lahir.
- b. *Delivery* (kelahiran) adalah peristiwa keluarnya janin termasuk plasenta.
- c. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18-24 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.

9) Sebab-sebab mulainya persalinan

Sebagaimana terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulainya kekuatan his. Dengan demikian dapat dikemukakan beberapa teori yang memungkinkan terjadinya persalinan

a. Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat terjadi. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi *uteroplasenter* sehingga plasenta mengalami degenerasi. Pada kehamilan ganda

seringkali terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.

b. Teori penurunan progesteron.

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. *Villi koriales* mengalami perubahan-perubahan dan produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

c. Teori oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofise pars posterior*. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *braxton hicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai.

d. Teori hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan *anensefalus* sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh Linggin (1973). Ada hubungan antara hipotalamus-pituitari dengan mulainya persalinan. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan.

e. Faktor lain

Tekanan pada ganglion servikale dari *pleksus frankenhauser* yang terletak di belakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan.¹¹

10) Mekanisme persalinan normal

Perubahan posisi bagian terendah janin yang diperlukan untuk melalui kanal pelvis disebut mekanisme persalinan. Gerakan utama persalinan adalah *engagement*, desensus, fleksi, rotasi internal, ekstensi, rotasi eksternal, dan ekspulsi. Selama persalinan gerakan tersebut tidak hanya terjadi secara sekuensial tetapi juga menunjukkan tumpang-tindih waktu.

a. *Engagement*

Mekanisme ketika diameter biparietal-diameter transversal terbesar pada presentasi oksiput-melewati aperture pelvis superior disebut *engagement*. Kepala janin dapat mengalami *engage* selama beberapa minggu terakhir kehamilan atau tidak mengalami *engage* hingga setelah permulaan persalinan. Pada keadaan ini kepala kadang disebut “mengambang” (*floating*), kepala berukuran normal biasanya tidak mengalami *engage* dengan sutura sagitalis yang mengarah ke anteroposterior. Namun kepala janin biasanya memasuki aperture pelvis superior baik secara transversal atau oblik.

b. Desensus

Gerakan ini merupakan persyaratan pertama kelahiran neonatus. Desensus ditimbulkan oleh satu atau beberapa dari empat kekuatan,

yaitu: tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus pada bokong saat kontraksi, tekanan ke bawah otot-otot abdomen maternal, dan ekstensi dan pelurusan tubuh janin.

c. Fleksi

Segera setelah kepala yang sedang desensus mengalami hambatan, baik dari serviks, dinding pelvis, atau dasar pelvis, normalnya kemudian terjadi fleksi kepala. Pada gerakan ini, dagu mengalami kontak lebih dekat dengan dada janin, dan diameter suboksipitobregmatikum yang lebih pendek menggantikan diameter oksipitofrontalis yang lebih panjang.

d. Rotasi internal

Gerakan ini terdiri dari perputaran kepala sedemikian rupa sehingga oksiput secara bertahap bergerak ke arah simfisis pubis di bagian anterior dari posisi awal atau yang lebih jarang, ke arah posterior menuju lengkung sakrum. Rotasi internal penting untuk penuntasan persalinan, kecuali jika ukuran janin abnormal kecil.

e. Ekstensi

Setelah rotasi internal, kepala yang berada pada posisi fleksi maksimal mencapai vulva dan mengalami ekstensi. Jika kepala yang mengalami fleksi maksimal, saat mencapai dasar pelvis, tidak mengalami ekstensi tetapi melanjutkan berjalan turun, dapat merusak bagian posterior perineum dan akhirnya tertahan oleh jaringan perineum. Vektor resultan terarah pada pembukaan vulva, sehingga menimbulkan ekstensi

kepala. Keadaan ini menyebabkan dasar oksiput berkontak langsung dengan batas inferior simfisis pubis. Dengan distensi progresif perineum dan pembukaan vagina, bagian oksiput perlahan-lahan akan semakin terlihat. Kepala lahir dengan urutan oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu melewati tepi anterior perineum. Segera setelah lahir, kepala menghadap ke bawah sehingga dagu terletak di atas anus maternal.

f. Rotasi eksternal

Setelah kepala lahir, dilakukan *resitusi*, jika pada awalnya terarah ke kiri, oksiput berotasi menuju tuber iskiadikum kiri, jika awalnya terarah ke kanan, oksiput berotasi ke kanan. *Restitusi* kepala ke posisi oblik diikuti dengan penyelesaian rotasi eksternal ke posisi transversal.

g. Ekspulsi

Hampir segera setelah rotasi eksternal, bahu anterior terlihat di bawah simfisis pubis, dan perineum setara erdistensi oleh bahu posterior. Setelah kelahiran bahu, sebagian tubuh lainnya lahir dengan cepat.¹¹

11) Kelahiran seksiosesarea

Kelahiran sesarea adalah tindakan insisi secara bedah pada abdomen ibu. Tujuan prosedur ini adalah untuk mempertahankan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan janin. Angka kelahiran sesarea meningkat dalam beberapa dekade terakhir dan merupakan salah satu prosedur bedah yang paling sering dilakukan. Pada tahun 2004, terjadi 1,2 juta kelahiran, atau 29,1% dari semua kelahiran hidup di Amerika Serikat yang dilakukan

melalui pelahiran sesarea. Data preliminer untuk tahun-tahun selanjutnya juga memperlihatkan peningkatan lebih lanjut pada angka pelahiran sesarea. Berbagai faktor yang meningkatkan pelahiran sesaria saling berhubungan satu sama lain dan semua cenderung memiliki peran dalam fenomena ini. Menurunkan insiden pelahiran sesarea merupakan isu yang kompleks.

12) Upaya untuk menurunkan kelahiran seksio sesarea, edukasi untuk ibu mengenai :

- a. Lingkungan di rumah untuk persalinan laten atau persalinan awal
- b. Alasan masuk ke Rumah Sakit
- c. Teknik untuk mengendalikan nyeri selama persalinan
- d. Teknik untuk meningkatkan kemajuan persalinan
- e. Fakta mengenai VBAC
- f. Keuntungan kelahiran pervaginam.
- g. Pentingnya memilih penyedia layanan.
- h. Pengembangan rencana kelahiran personal dan mendiskusikannya bersama penyedia layanan.

Edukasi untuk penolong persalinan mengenai :

- a. Pengembangan kriteria masuk ke rumah sakit.
- b. Pentingnya pengkajian dalam menentukan status persalinan.
- c. Rasional untuk setiap intervensi persalinan.
- d. Penghindaran intervensi yang bersifat otomatis (rutin)

- e. Dukungan terhadap perawatan yang bersifat individual (one-on-one) selama persalinan.
- f. Dukungan dan motivasi untuk pengaturan posisi dan tindakan meredakan nyeri secara nonfarmakologis.
- g. Penetapan kriteria untuk kelahiran *sesarea* elektif dan persalinan percobaan.

13) Indikasi kelahiran seksiosesarea

Kelahiran sesarea dilakukan untuk memberikan manfaat pada janin dan ibu. Komplikasi persalinan dan kelahiran merupakan alasan kelahiran sesarea yang paling umum. Kontraindikasi relatif meliputi janin yang tidak memiliki tanda kehidupan atau janin mati. Pada kasus ini, resiko pembedahan pada ibu tidak dapat dibenarkan. Indikasi kelahiran sesaria diantaranya :

a. Disproporsi cephalopelvik

Adalah kondisi panggul ibu yang tidak adekuat dalam kaitannya dengan kepala janin. Riwayat trauma panggul ibu, makrosomia janin (perkiraan berat badan lahir lebih dari 4.000 sampai 4.500 gram) dapat mendukung temuan disproporsi cephalopelvik.

b. Malpresentasi janin

Presentasi lintang dan bahu dapat membuat kelahiran pervaginam menjadi sulit dan berpotensi membahayakan. Presentasi sungsang juga dianggap terlalu berbahaya untuk diupayakan lahir pervaginam. Pelahiran

sungsang pervaginam bergantung pada keterampilan dan pengalaman penolong kelahiran.

c. Distosia persalinan

Distosia persalinan dapat berkaitan dengan disproporsi cephalopelvik atau malpresentasi janin, tetapi juga dapat meliputi kontraksi uterus yang tidak efektif dan tidak adekuat serta dilatasi serviks yang tidak lengkap tanpa penurunan janin (persalinan gagal mengalami kemajuan atau induksi persalinan gagal). Distosia jaringan lunak atau persalinan macet karena jaringan adiposa yang berlebihan atau tumor pada ibu juga memerlukan kelahiran *sesarea*.

d. Kondisi janin mengkhawatirkan

Pola DJJ yang mengkhawatirkan dapat mengindikasikan bahwa janin tidak teroksigenasi baik dan dengan demikian, memerlukan evaluasi yang cermat dan intervensi pembedahan yang memungkinkan.

e. Kelainan janin kongenital

Beberapa kelainan janin, seperti kembar siam dan gastroskisis memerlukan kelahiran yang terkontrol dan intervensi cepat oleh tenaga kesehatan bayi baru lahir.

f. Indikasi obstetri

Prolaps tali pusat, plasenta previa, abruptio plasenta, kehamilan kembar, ruptur uterus, dan hemoragi merupakan kondisi yang menjadi kontraindikasi untuk kelahiran pervaginam atau memerlukan kelahiran cepat.

g. Indikasi medis ibu

Gangguan hipertensi, lesi herpes aktif, diabetes melitus, abnormalitas uterus atau vagina, dan penyakit jantung memerlukan kelahiran *sesarea*.

Tabel 5. Indikasi Seksio Sesarea

Indikasi kelahiran Caesar dari maternal-fetalmedicine units network	
Pelahiran Caesar (%) ^a	
Primer	21.798
Distosia	8.122 (37)
Denyut jantung janin tidak stabil	5.404 (25)
Presentasi abnormal	4.321 (20)
Lain-lain	3.323 (15)
Percobaan forsep atau vacum gagal	628 (3)
Ulang	
Tidak ada percobaan VBAC	15.312
VBAC gagal	12.565 (82)
Percobaan forsep atau vacum gagal	2.687 (17)
	60 (0,4)

^aData ditunjukkan dalam angka (%).

VBAC :*vaginal birth after caesarn*.

Diadaptasi dari Alexander dkk. (2006)

Sumber : Kennedy B Betsy, Donna Jean Ruth, Jean Martin. 2014. Modul Manajemen Intrapartum. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC.

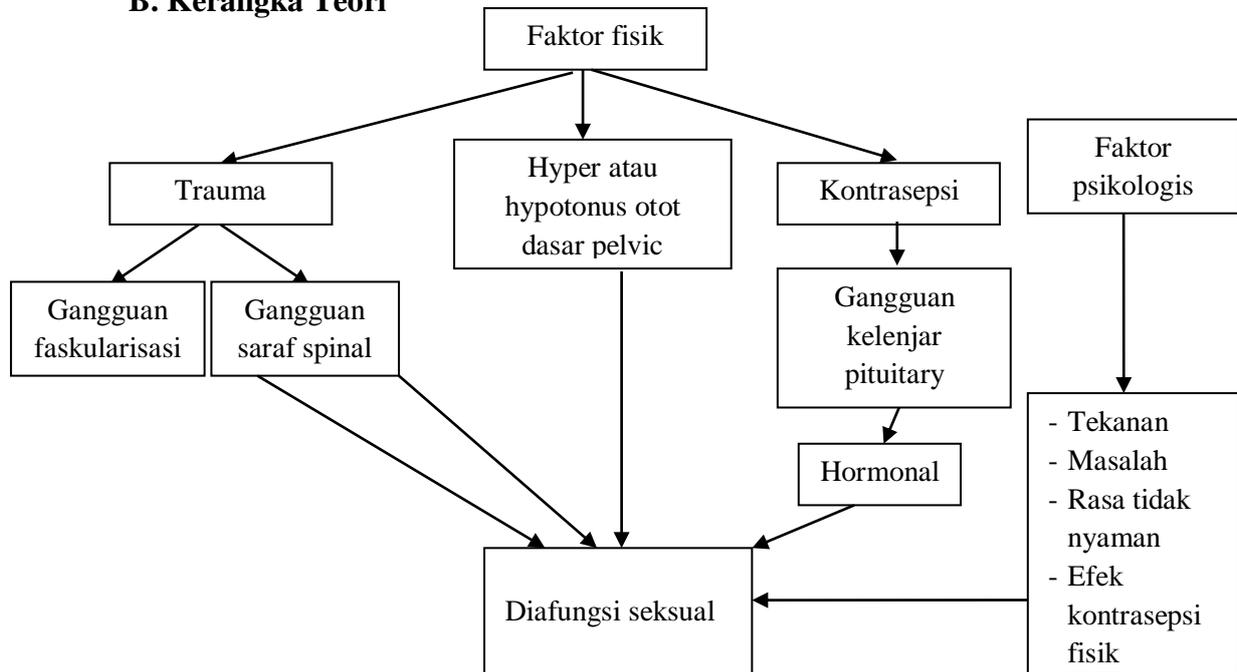
14) Resiko kelahiran *seksio sesarea* pada ibu

- a. Komplikasi anestetik (aspirasi, kerusakan jalan nafas, dan gagal nafas)
- b. Laserasi dan cedera pada usus dan kandung kemih hemoragi
- c. Komplikasi luka (dehisens/robek jahitan luka)
- d. Infeksi (uterus, kandung kemih)
- e. Komplikasi tromboembolik
- f. Peningkatan resiko plasenta previa dan ruptur uterus pada kehamilan berikutnya
- g. Peningkatan lama perawatan di rumah sakit, peningkatan biaya, peningkatan peluang hospitalisasikembali

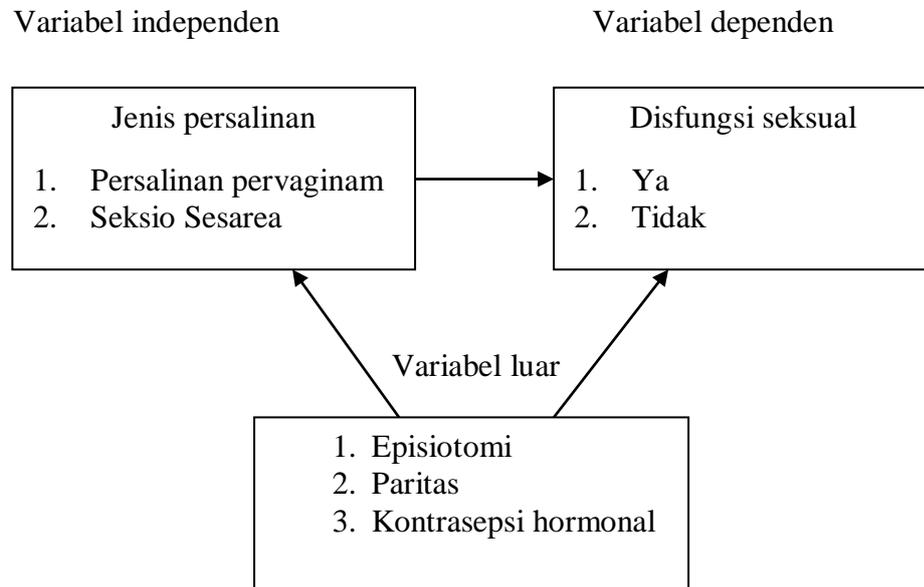
- h. Gangguan interaksi antara ibu dan bayi baru lahir (berhubungan dengan nyeri, kelelahan, efek obat, kesulitan menyusui).
- i. Gangguan jaringan pendukung, waktu penyembuhan semakin lama.
- j. Konsekuensi emosional yang negatif akibat kegagalan mencapai kelahiran pervaginam (marah, depresi, harga diri rendah, gangguan citra diri dan gejala psikosomatik)

15) Resiko kelahiran seksio sesarea bagi bayi baru lahir

Walaupun kelahiran sesarea tampaknya telah dianggap “normal” sebagai pilihan kelahiran hidup, kelahiran sesarea merupakan prosedur pembedahan mayor dan tanpa resiko dan komplikasi. Kelahiran sesarea sangat menguntungkan bayi dan ibu dalam situasi tertentu, beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa kelahiran operatif telah meningkatkan kondisi akhir bayi baru lahir. Resiko pada bayi baru lahir meliputi masalah pernafasan seperti keterlambatan dalam transisi pada periode neonatal, takipnes transien, sindrom gawat nafas ringan, prematuritas *iatrogenic* (jika usia kehamilan tidak diketahui pasti), dan laserasi yang terjadi saat pembedahan.¹

B. Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Disfungsi Seksual Postpartum

D. Hipotesis

Ada hubungan antara jenis persalinan dengan disfungsi seksual pada ibu postpartum di wilayah Puskesmas Godean I.

