

**DISFUNGSI SEKSUAL
DAN
PENATALAKSANAANNYA**

oleh :

Dr. dr. Koentjoro Soehadi

dan

dr. Rusman

Kerjasama antara IDI Cabang Kodya Kediri

dengan

RSUD Gambiran Kediri

17 Maret 1990

GANGGUAN POTENSI SEKS KARENA
FAKTOR ORGANIK

Oleh :

Dr.dr. Koentjoro Soehadi
Seksi Andrologi dan Genetika Medik
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Gangguan potensi seks pria disebabkan karena dua faktor yakni, faktor psikhogen dan organik. Sebagian besar dari gangguan potensi seks disebabkan karena faktor psikhogen (70 - 80 %); namun banyak kasus inpotensi seks organik yang kemudian juga terpengaruh oleh faktor psikhogenik. Maka kasus gangguan potensi seks dapat juga disebabkan oleh campuran antara faktor organik dan psikhogen. Diagnosis diferensial antara keduanya amat diperlukan untuk penanganan lebih lanjut gangguan potensi seks. Di bawah ini akan dibicarakan tentang gangguan potensi seks pada pria, serta mekanisme potensi seks yang melandasi

1. Mekanisme potensi seks

Potensi seks ialah kemampuan seseorang untuk memulai, mempertahankan dan menyelesaikan koitus dengan memperoleh kepuasan seks (Stafford Clark, 1954 ; Cooper, 1972).

Potensi

Potensi seks pria yang merupakan respons -- seks seseorang meliputi beberapa tahapan, yaitu : libido, ereksi, ejakulasi dan orgasmus.

Dalam keadaan normal, keempat tahapan tersebut merupakan suatu rangkaian yang berurutan pada suatu respons seks dalam kegiatan dan tingkah laku seks (Kolkott, 1976). Impotensi seks ialah ketidak mampuan seseorang untuk dapat dan mempertahankan ereksi dalam jangka waktu tertentu yang cukup untuk penetrasi vagina (intromisio) dan menyelesaikan kiotus.

Impotensi juga dikatakan sebagai istilah komprehensif (Comprehensive label) pada disfungsi seks yang dapat terjadi pada salah satu atau semua tahapan respons seks (Steen et al, 1977).

1.1. Libido

Menurut Freud, (1905) libido ialah semua kekuatan dari dorongan seks, yakni dorongan untuk mencapai kepuasan seksual (sexual pleasure seeking).

Regulasi libido terdapat di limbic cortex dan hipotalamus, namun mekanisme, bagaimana serat-serat syarat mengaturnya, belum jelas. Libido, menurut pemeriksaan hewan coba dan pemeriksaan farmakologis, dipengaruhi oleh neuron-neuron serotoninergik dan dopaminergik. Di samping itu, libido juga dipengaruhi oleh aktifitas androgenik, kejiwaan dan jenis kelamin (Rutherford dan Rutherford,

1974; Lunberg, 1976).

Libido atau gairah seks (sexual desire) merupakan fenomena dasar, yang mulai nampak pada pubertas dan bermanifes dengan sendirinya pada waktu dewasa, dengan ingin mendekat pada lawan jenisnya.

(Steen, et al., 1977).

1.2. Ereksi

Ereksi adalah proses transformasi penis yang lemas (flaccid) menjadi organ yang tegang (rigid). Terdapat beberapa faktor yang berpengaruh pada proses ereksi, dan gangguan pada faktor-faktor tersebut secara bersamaan atau sendiri-sendiri dapat mempengaruhi proses ereksi (Master dan Johnson, 1966; Mann, 1972, dan Nistal & Paniagua, 1984).

Faktor-faktor tersebut ialah :

- * Sistem syarat pusat, otonom dan somatik.
- * Sistem pembuluh darah vena dan arteri organ seks.
- * Kontraksi muskuler di sekitar organ seks.
- * Poros Hipotalamus-Hipofise-Testis

Stimulasi ereksi dapat berasal dari rangsangan erotik dan non-erotik. Rangsangan erotik dapat berasal dari rangsangan fisik yang mengenai glans penis, serta rangsangan erotik psikogenik dari pandangan, suara, bau, lamunan, fikiran dan mimpi.

Stimulus non-erotik biasanya karena adanya rangsangan pada organ reproduksi bagian dalam, misalnya rangsangan yang mengenai visiko seminalis, prostat, epididimis, uretra, konstipasi usus tebal bagian bawah, kandung kencing yang penuh dan lain-lain sebab.

Rangsangan ereksi psikogenik diteruskan ke otak (kortek serebri) mengakibatkan ereksi melalui eferen simpatis ($T_{12}-L_3$) atau parasimpatis (S_2-S_4).

Rangsangan fisik, secara deflektoris berjalan melalui eferen n, dorsalis penis, dan serat eferen parasimpatis berasal dari daerah sakral setinggi S_2-S_4 menyebabkan vasodilatasi aktif arteria penis (Landberg, 1976).

Rangsangan juga diteruskan ke pleksus hipogatrikus merangsang kelenjar prostat dan vesiko seminalis disertai kontraksi m.konstriktor uretra, m. bulbo kavernosa serta m. kiskhio kavernosa, sehingga terjadi pembendungan darah vena di penis. Vasodilatasi aktif darah arteria dan vasokonstriksi vena di penis, menyebabkan korpus kavernosa dan korpus spongiosa membesar, mengakibatkan ereksi (Gliven, 1965; Kedia dan Markland, 1976).

Agar terjadi refleksi ereksi yang normal, diperlukan adanya reseptor mekanis (terutama genital corpuscle = organ dari Krause), serat-serat motorik dan sensorik, baik somatik dan otonom, yang utuh atau intak (Lunberg, 1976). Kerusakan atau gangguan pada jalur refleksi tersebut akan mengganggu mekanisme ereksi. Dalam keadaan normal, setelah ereksi maksimal dan rangsangan cukup kuat, terjadilah emisi, yaitu fase pertama pengeluaran sperma atau pra-ejakulasi yang kemudian disusul dengan fase ejakulasi yang sebenarnya.

Homodinamika Ereksi

Ereksi adalah proses hemodinamika dalam penis.

Pada keadaan istirahat, tidak ereksi, tekanan intrakavernus (Intra Cavernous Pressure = ICP) sama dengan tekanan vena dorsalis dalam (Deep Dorsal Vein Pressure = DDV), yaitu antara 20 -- 32 mm Hg. Bila rangsangan ereksi tercapai, tekanan tersebut meningkat sampai 75 mm Hg; setelah itu DDV konstan, sedangkan ICP meningkat lebih dari 200 mm Hg. Pada saat ini tercapai rigiditas (ereksi penuh = keras).

Hemodinamika ereksi dapat dibedakan dalam empat

tahapan.

Pertama : Periode aktivitas arterial, merupakan periode yang paling lama. Penis mengalami perubahan morfologis, yakni menjadi lebih panjang. Pada saat itu ICP meningkat sampai 75 mm Hg, terjadi tumesen (tumescence). Rigidity belum tercapai (belum keras maksimal).

Kedua : Periode rigiditas, yakni ICP meningkat dengan cepat. Penis lebih keras, dan terangkat ke atas membentuk sudut $+ 90^{\circ}$ dari garis datar. Pada saat ini korpus kavernosa merupakan ruangan tertutup, karena vasokonstriksi vena. Bilamana pada saat ini masih terjadi pengisian darah arterial, akan terjadi overereksi, dengan rasa sakit. Saat ini merupakan aktifitas korpus kavernosa dan sistim vena dalam. ICP meningkat sampai 200 mm Hg.

Ketiga : Periode mempertahankan rigiditas, yakni periode untuk mempertahankan kekerasan ereksi, sampai ejakulasi. Pada saat ini diperlukan kemampuan cukup sistim vena guna memblokode darah.

Keempat : Periode detumesen, yaitu periode setelah terjadi ejakulasi. ICP turun sampai 150 mm Hg, kemudian perlahan-lahan sampai turun menjadi 75 mm Hg dalam waktu kurang lebih 15 menit.

Periode pertama dan ke dua boleh dikatakan merupakan aktifitas sistim arterial penis. Bila sistim arterial hanya mampu pada pencapaian tahap pertama kekerasan penis tak tercapai. Penis membesar/memanjang tak keras (gemuk, Jw).

Periode ke tiga dan ke empat adalah tanggung jawab sistim vena penis. Bilamana terjadi kegagalan sistim venus penis, lamanya ereksi (kuantitas) tak dapat dicapai maksimal, ereksi gampang padam, disertai oleh ejakulasi atau tidak (ejakulasi dini).

1.3. Ejakulasi

Ejakulasi adalah proses keluarnya ejakulat yang menempuh kejadian-kejadian berurutan, yakni keluarnya komponen-komponen ejakulat, ejakulasi antegrad dan penutup sfingter uretra internum dan pembukaan eksternum. Proses neurofisiologis ejakulasi dapat dilukiskan sebagai berikut (Kedia & Markland, 1976) : Serat-serat eferen dari glans penis mencapai korteks serebri melalui n. pudendus interna. Serat-serat eferen simpatis me

lintasi kornu anterolateral medula spinalis ke daerah torako-lumbal (T_{12} - L_3), memberi rangsangan ke pleksus hipogastrikus dan n.sakralis, sehingga otot-otot halus duktus deferens, vesika seminalis, prostat berkontraksi, serta penutupan sebagian sfingter uretra internum, menyebabkan dikeluarkannya emisi ke uretra posterior. Serat-serat eferen juga berjalan ke daerah parasimpatis (S_2 - S_2), menyebabkan kontraksinya otot-otot bergaris perineum dan menutupan sfingter uretra internum secara total, dan relaksasai sfingter uretra eksternum mengakibatkan ejakulat terdorong, sehingga terjadi ejakulasi proyektil.

1.4. O r g a s m e

Orgasme adalah perasaan kepuasan seks sebagai akibat dari pelepasan memuncaknya ketegangan seksual (sexual tension) setelah terjadi fase rangsangan (excitement) yang memuncak pada fase plateau (menyebabkan rangsangan yang maksimal). Pada pria pelepasan ketegangan seks yang optimal ini disertai meskipun tidak selalu, dengan keluarnya ejakulat (Lunberg, 1976; Haslam, 1978; Kolodny et al, 1979) Menurut Rivard, (1982), kepuasan seks tersebut berhubungan dengan volume ejakulat, dan tergantung dari pusat orgasme serta intensitas dan lama

nya fase rangsangan (excitement).

2. Impotensi Organik

Impotensi organik disebabkan karena berbagai kerusakan organ yang berkaitan dengan fungsi seks pria; sebagian besar karena kegagalan dari sistim peredaran darah, susunan syaraf maupun kerusakan organ seks pria.

Impotensi organik menurut berbagai peneliti dibagi menjadi beberapa aspek, namun secara singkat impotensi seks pria disebabkan karena hal-hal sebagai berikut :

1. Proses menua (aging)
2. Penyakit Kardiovaskuler
3. Penyakit-penyakit metabolik
4. Kelainan dan gangguan organ seks
5. Kelainan hormonal
6. Faktor obat-obatan

Faktor-faktor tersebut diatas dapat mempengaruhi potensi seks sebagai penyebab tunggal, namun tak jarang beberapa faktor dapat berpengaruh secara bersamaan atau beruntun, sehingga menyebabkan gangguan potensi seks.

2.1. Proses menua

Sebagai akibat proses menua organ tubuh manusia mengalami kemunduran, sehingga menyebabkan berkurangnya potensi seks pria.

Kinsey (1948) menyebutkan bahwa proses menua menyebabkan berkurangnya potensi seks pria.

Ereksi semakin tua derajadnya menurun pula beberapa proses. Misalnya pada usia 40 tahun ereksi turun 15 %, dan pada usia menjelang 70 tahun, ereksi berkurang 25 %.

Menurut Perlman dan Kobashi yang meneliti 2801 penderita penyakit urologik (1972), frekuensi koitus pada usia semakin tua juga berkurang. Misalnya :

- * Pada usia kurang dari 20 tahun, 88 % pria koitus lebih 1 X/minggu.
- * Usia 40-an, 80 % pria koitus lebih dari sekali / minggu
- * Usia 50-an, 68 % pria koitus lebih dari sekali / minggu.
- * Usia 60-an, 50 % pria koitus lebih dari sekali / minggu.
- * Usia 70-an, 25 % pria koitus lebih dari sekali / minggu.
- * Usia 80-an, hanya 10 % pria yang koitus lebih sekali/minggu.

Menurut Hegeler dan Mortensen (1978), setelah usia 50 tahun, semua kegiatan seksual, misalnya libido, aktifitas koitus, ereksi pagi hari dan masturbasi, berkurang.

Menurut Martin (1981), derajat berkurangnya potensi seks pria dipengaruhi oleh aktifitas fisik pada usia mudanya. Pada pria yang aktif, berkurangnya potensi seks karena usia tidak sejelas bila dibandingkan bila pada usia mudanya kurang/tidak aktif dalam kehidupannya.

2.2. Penyakit Kardiovaskuler

Berbagai penyakit kardiovaskuler dapat berpengaruh pada mekanisme ereksi (potensi seks).

Insufisiensi arteriaria sebagian besar disebabkan karena arterio sklerosis, yang dapat disebabkan karena proses ketuaan atau pun karena berbagai penyakit pembuluh darah. Arterioklerosis dapat terjadi pada level a. hipogatrika dan a.pudendus, yang sering terjadi pada penderita DM dan hipertensi.

Terutama pada pembuluh darah pada organ seks dapat pula menyebabkan gangguan potensi seks, karena terganggunya hemodinamika ereksi.

Trauma dapat terjadi pada a.pudendus pada frantura pelvis, atau dislokasi os.pubis.

Aplasia/hipoplasia salah satu arteria kavernosa dapat menyebabkan gangguan pada hemaodinamika ereksi. Kegagalan sistim arteriaria misalnya obstruksi (partial maupun total), perubahan rute sistim kapiler arteriaria ke vena, dan juga karena faktor intrinsik

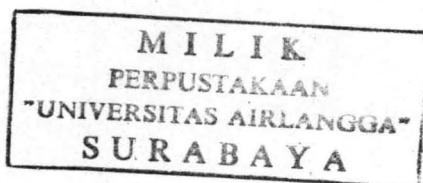
yang berpengaruh pada keadaan darah (rheologis , serta berbagai kelainan unsur darah).

Kegagalan sistim darah vena biasanya ialah karena kerusakan pembuluh darah vena (pada DM), atau terjadi drainase yang abnormal pada sistim kapiler vena, sehingga terjadi kegagalan penutupan sistim vena penis.

Pengaruh hipertensi pada fungsi seks pria masih menjadi perdebatan. Hipertensi an zich dikatakan secara langsung tak memberi pengaruh pada potensi seks, kecuali dalam kasus-kasus tertentu, misalnya hipertensi yang tak terawat sehingga terdapat kerusakan sistim darah perifer.

Hipertensi dapat berpengaruh pada potensi seks karena beberapa hal, misalnya secara tak langsung karena akibat pengobatan hipertensi serta karena pengaruh psikhis akibat penyakit tersebut.

Infark miokard, secara langsung tak berpengaruh -- pada potensi kecuali, kecuali miokard infark tersebut disertai dengan gangguan sistim pembuluh darah perifer. Justru sebaliknya, aktifitas seks yang dilakukan pada penderita miokard menyebabkan akibat lain dari kerja jantung dan pernafasan.



2.3. Penyakit penyakit Metabolik

Penyakit metabolik dapat mengganggu potensi seks, bilamana proses metabolisme dapat mempengaruhi mekanisme potensi seks. Penyakit penyakit metabolis me tersebut misalnya Diebetes mellitus, atau pe nyakit metabolik lainnya yang berkaitan dengan gangguan hormonal.

Menurut berbagai peneliti, libido pada penderita DM tidak (banyak) terganggu.

Gangguan ereksi pada penderita DM merupakan hal yang banyak terjadi, baik gangguan ereksi total maupun partial.

Terdapat beberapa macam timbulnya gangguan ereksi pada penderita DM.

Pertama, ereksi dapat terjadi mendahului atau bersamaan dengan timbulnya gejala DM, misalnya poli-fagi, polidipsi dan poliuri. Pada kasus ini gangguan ereksi dapat dianggap sebagai tanda awal DM (Schoffling 1960; Cooper, 1972; Kolodny et al 1979).

Gangguan ereksi ini terjadinya mendadak, dapat dijumpai pada DM segala usia, serta dapat disertai dengan gangguan libido.

Kedua, gangguan ereksi dapat terjadi beberapa tahun setelah menderita DM. Gangguan ereksi biasa -

nya ringan atau sedang, sporadis, sehingga tak disadari oleh penderita maupun pasangannya. Gangguan ini biasanya berupa berkurangnya kualitas (firmness) dan kuantitas (duration) ereksi. Biasanya gangguan jenis ini tak disertai dengan gangguan libido, ejakulasi maupun orgasme (Cooper, 1972 Kolodny et al, 1979).

Gangguan kualitas ereksi (firmness/rigidity) dapat disebabkan karena inkompetensi artirial (mikroangiopati artirial), sedangkan gangguan kualitas ereksi (duration) disebabkan inkompetensi vena (mikroangiopati vena), Virag, 1982).

Ketiga, ereksi temporer, sebagai akibat dari pengobatan DM yang tidak baik.

Menurut berbagai penelitian prosentase gangguan ereksi pada penderita DM tidak sama, yaitu berkisar antara 35 - 90 %.

Akibat dari gangguan potensi seks pada DM dapat terjadi kegagalan intromisio, atau intromisio dapat dilakukan dengan manipulasi, atau koitus tak berjalan lama (inkompetensi sistim vena), maupun ejakulasi dini.

Dengan adanya tingkat ereksi yang tak baik (kualitas maupun kuantitasnya) maka proses ejakulasi juga tak wajar (ejakulasi tidak dapat secara proyek

til kuat, atau pancaran sperma kurang kuat), me --
nyebabkan derajat orgasme juga berlainan dengan
keadaan normal.

Penyakit-penyakit metabolisme yang lain dapat
mengganggu potensi seks pria bilamana secara lang
sung atau tidak langsung mempengaruhi proses
seks, baik mengenai susunan syaraf, sistim hemodi
namika ereksi maupun mengenai organ seks pria,
serta mengganggu sistim hormon pada Poros-Hipota-
lamus-Hipofisa-Testis.

Penyakit-penyakit itu diantaranya ialah penyakit
di berbagai organ yang berkaitan dengan metabo --
lisme, misalnya gangguan pada ginjal (penyakit
gagal ginjal menahun).

Menurut Balley (1982), gangguan fungsi seks pria
sering dijumpai pada penderita penyakit ginjal
khronik.

Menurut data yang diperoleh, kira-kira 50 % pende
rita yang mengalami hemodialisis dan 43 % penderi
ta yang mengalami tranplantasi ginjal mengeluh
tentang gangguan potensi seks yang dikategorikan-
"menjadi problim buat mereka".

2.4. Kelainan dan gangguan organ seks

Berbagai kelainan organ seks mempunyai implikasi
pada potensi seks, karena kelainan organik ini

akan memberi pengaruh pada kejiwaan sehingga potensi seks juga terganggu.

Anomali penis, misalnya mikrophalus, epispadia, hipospadia dapat mempengaruhi potensi seks melalui faktor organik maupun psikhis.

Gangguan lain yang berkaitan dengan sistim syaraf dan pembuluh darah pada organ seks (penis) akan mengakibatkan gangguan potensi seks. Hal itu misalnya trauma pada berbagai tempat di organ seks, pelvis, maupun kolumna vertebralis/susunan syaraf pusat.

2.5. Faktor hormonal

Potensi seks dipengaruhi oleh kadar hormon testosteron serta hormon lain yang berkaitan dengan metabolisme testosteron. Dalam berbagai penyakit/kelamin, dapat terjadi kekurangan hormon testosteron, misalnya hipogonadisme-primer maupun sekunder, akibat berbagai macam penyebab yang mengenai Poros Hipotalamus-Hipofisa-Testis.

2.6. Faktor obat-obatan.

Berbagai macam obat dapat berpengaruh pada potensi seks. Obat ini dapat merupakan obat-obatan untuk penyakit tertentu yang dapat berpengaruh pada susunan syaraf pusat, serta berbagai tempat pada

sistim saraf otonomik. Obat-obat antihipertensi, obat penyakit jantung, diuretika, obat psikoaktif, antikolinergik, serta bahan kimia lain misalnya alkohol, kafein, nikotin, amfetamin, ganja kokain, morfin/opiat dan lain-lainnya dapat mempengaruhi potensi seks dalam keadaan tertentu.

Terapi

Untuk mengatasi gangguan potensi seks karena organik, sudah barang tentu ialah mengupayakan faktor organik tersebut diobati terlebih dahulu. Dalam pengobatan itu harus difikirkan adanya efek dari obat-obatan yang justru akan mempengaruhi potensi seks misalnya pengobatan penyakit kardiovaskuler, hipertensi, ginjal dan lain-lain.

Pada DM misalnya kecuali mengendalikan kadar gula agar teregulasi dengan baik, juga memberi obat neurotrpik untuk memperbaiki kerusakan syaraf, bilamana tidak terlalu parah. Juga pengobatan dari vaskuppati diperlukan pada DM inpoten.

Dalam banyak hal potensi seks ditentukan oleh integritas susunan syaraf. Maka dari itu pengobatan dengan memperbaiki metabolisme susunan syaraf amat baik, misalnya pengobatan dengan obat neurtotro - pik terutama pada sistim aktifasi retikuler susunan syaraf (Labeyrie, 1989).

Kepustakaan

1. Rutherford, R.N., and Rutherford, J.J. (1974). The Sexual problems of Unmarried Women. In : Marital and Sexual Counseling in Medical Practice. Med. Dept. Harper & Row Publisher. pp. 263 -- 276.
2. Lunberg, P.O. (1976). Sexual Function in men with Neurological Disorder, In : Human Semen and Fertility Regulation in Men. Ed.: ESE Hafez. The C.V. Mosby Company. Saint Louis. pp. 405-512.
3. Nistal M. and Paniagua, R. (1984). Testicular and Epididymal Pathology. Theme-Stratton Inc, New York.
4. Kedia, K.R. and Markland, C. (1976). The Ejaculation Process. In : Human Semen and Fertility Regulation in Man. Ed.: ESE Hafez. The CV M sby Company. Saint Louis. pp. 479 -- 503.
5. Rivard, D.J. (1982). Anatomy, Physiology and Neurophysiology of Male Sexual Function. In : Management of Male Impotence. Ed.: Bennet. A.H. William & Wilkin, Baltimore pp. 1 -- 25.
6. Virag, P. (1982). Arterial and Venous Haemodynamics in Male Impotence. In : Management of Male Impotence.
7. Labeyrie, E. (1989). Memory acquisition : Role of the Reticular Activating System. Med. Publ. Lab. Servier, No. 1.

8. Kolodny, R.C., Master, W.H., and Johnson, V.E. (1979). Textbook of sexual Medicine. Little Brown and Company, Boston.
9. Stafford-Clark, d. (1954). The aetiology and treatment of impotence. Practitioner 172. 397 — 399.
10. Kockott, G. (1976). Behaviour therapy of Psychogenic sexual Disfunction in Men. in : human Semen and fertility regulation in men. Ed. ; E.S.E. Hafez. The C.V Mesby Company, Saint Louis: pp 513-524.
11. Cooper, J.A. (1972). The Causes and Management of Impotence. Postgrad. Med.J. 48 : 548.
12. Steeno, O., Gebus, K. and De Moor, P. (1977). Male impotence : Diagnostic and therapy. In : Technique of Human Androplogy. Eds. : Hafez, E.S.E. Elsevier/North Holland, Biomedical Press. Amsterdam, New York, Oxford. pp. 431 -- 442.
13. Kolodny, R.C., Khan, C.B., Goldstein, H.H and Barnett , D.M. (1974). Sexual dysfunction in Diabeticmen. Diabetes 23: 306 -- 309.
14. Master, H.W. and Johnson, V.E. (1966). Human Sexual response. Little, Brown and Company, Boston.
15. Cooper, A.J. (1972). Diagnosis and Management of "Endocrine Impotent". Brit. Med.J. 2 : 34 — 36.
16. Schoffling, K. (1960). Störungen der Keimdrusen Funktion bei Mannlichen Zuckerkranken. Stuttgart, R. Enke Verlag.

17. Kinsey, A., Pomaroy, W. and Martin, C. (1948). Sexual Behaviour in Human Male. W.B. Saunders. Philadelphia.
18. Pearlman, C.K. and Kobashi, L.I. (1972). Frequency of intercourse in Men. J.Urol. 107 ; 298-301.
19. Hegeler, S., Motensen, M. (1978). Sexuality and ageing. Brit.J. Sex.Med. 5, 16 - 19.
10. Martin, C.E. (1981). Factor affecting sexual fubotion in 60 - 70 year old married males. Arch. Sex.Behav. 10, 399 - 420.

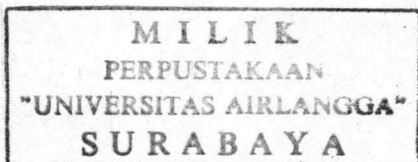
D I S F U N G S I P S I K O S E K S U A L

dr. RUSMAN, Psichiater
Direktur RS. JIWA LAWANG

Siklus respons seksual lengkap dapat dibagi dalam fase-fase berikut :

1. SELERA (appetitive). Hal ini terdiri dari fantasi tentang aktivitas seksual dan keinginan untuk melakukan aktivitas seksual.
2. GAIRAH (excitement). Hal ini terdiri dari perasaan senang seksual secara subjektif dan perubahan-perubahan fisiologik yang menyertainya. Perubahan utama pada laki-laki adalah pembesaran penis yang menjurus ke arah ereksi. Sebagai tambahan, dapat keluar sekresi kelenjar Cowper. Perubahan utama pada wanita adalah vasokongesti menyeluruh dalam pelvis dengan pelumasan vagina dan pembengkakan genitalia luar. Sebagai tambahan, terjadi perkembangan "platform" orgasmik, yang berupa penyempitan sepertiga dinding luar vagina akibat ketegangan otot pubokoksigeal dan vasokongesti; vasokongesti labia minor; pembengkakan buah dada; serta perpanjangan dan pelebaran dua pertiga dinding dalam vagina.
3. ORGASME. Hal ini terdiri dari pemuncakan kepuasan seksual, dengan pelepasan ketegangan seksual dan kontraksi dalam pelvis.

Pada laki-laki



Pada laki-laki terjadi perasaan ejakulasi yang tidak dapat ditahan lagi, dan diikuti oleh pengeluaran air mani, yang disebabkan oleh kontraksi prostat, vesikula seminal, dan uretra. Pada wanita terjadi kontraksi (meskipun tidak selalu dirasakan dari sepertiga dinding luar vagina. Baik pada laki dan wanita seringkali terjadi ketegangan atau kontraksi otot yang menyeluruh, seperti gerakan involunter pelvis ke depan.

4. RESOLUSI. Hal ini terdiri dari relaksasi dan rasa puas yang menyeluruh serta relaksasi otot. Selama fase ini laki-laki secara fisiologik tidak dapat (refrakter) ereksi dan orgasme untuk suatu periode tertentu. Sebaliknya, wanita dapat hampir segera menanggapi stimulasi tambahan.

Hambatan pada siklus respons seksual dapat timbul pada satu atau lebih fase-fase itu, meskipun hambatan pada fase resolusi jarang bermakna secara klinis. Apabila terdapat lebih dari satu Disfungsi Psikoseksual, hendaklah hal itu semua dicatat, dan diurut sesuai maknanya.

Disfungsi-disfungsi itu dapat bersifat menetap seumur hidup, atau didapat (timbul sesudah suatu periode berfungsi normal), menyeluruh atau situasional (terbatas pada situasi atau pasangan tertentu) dan total atau sebagian (derajat atau frekuensi gangguan itu).

Meskipun

Meskipun pada kebanyakan kasus disfungsi timbul selama aktivitas seksual dengan pasangannya, pada beberapa kasus perlu ditelaah apakah disfungsi itu timbul juga sewaktu melakukan masturbasi.

GAMBARAN PENYERTA. Seringkali tidak terdapat tanda jelas dari gangguan ini. Hal ini khususnya pada hambatan selera seksual, karena hal itu tidak selalu mencakup hendaya dalam penampilan. Pada beberapa kasus terdapat perasaan bahwa dirinya tidak menjalankan suatu kehidupan berdasarkan suatu konsep salah tentang apa yang dianggapnya sebagai normalitas, atau dapat pula mengeluh pelbagai macam depresi, cemas, rasa salah, malu frustasi dan keluhan somatik.

Hampir selalu terdapat ketakutan gagal dan timbulnya suatu sikap menjadi penonton atau memonitor diri, disertai sensitivitas luar biasa terhadap reaksi pasangannya. Hal ini dapat lebih memperberat hendaya dan rasa puas sehingga menjurus kepada penghindaran diri dari aktivitas seksual dan hendaya komunikasi dengan pasangan seksual.

USIA TIMBUL. Paling sering dalam usia dewasa muda, meskipun Ejakulasi Prematur biasanya mulai pada perjumpaan seksual yang pertama.

Usia paling sering adalah akhir 20-an dan awal 30-an, beberapa tahun sesudah terbentuk suatu hubungan seksual yang menetap.

Kadang-kadang

Kadang-kadang dapat timbul dalam usia dewasa lanjut; khususnya pada Hambatan Gairah Seksual pada laki-laki.

PERJALANAN. Sangat bervariasi. Seperti disebut diatas ada yang seumur hidup ada yang didapat. Ada yang terbatas pada episode pendek atau yang berupa disfungsi episodik.

Hambatan selera seksual dapat pula terjadi sebagai reaksi sekunder terhadap Disfungsi Seksual lainnya.

KOMPLIKASI. Gangguan dalam hubungan perkawinan atau seksual.

FAKTOR PREDISPOSISI. Nampaknya ada kaitan positif meskipun sedikit, antara beberapa jenis ciri kepribadian dan psikopatologi pada umumnya dengan terdapatnya satu atau lebih Disfungsi Psikoseksual.

Ciri kepribadian histrionik pada wanita seringkali berkaitan dengan Hambatan Gairah Seksual dan Hambatan Orgasme. Ciri kepribadian kompulsif pada pria seringkali berkaitan dengan Hambatan Selera Seksual dan Hambatan Gairah Seksual. Kecemasan nampaknya merupakan faktor predisposisi terhadap Ejakulasi Prematur.

Setiap sikap negatif terhadap seksualitas, baik akibat pengalaman tertentu, konflik internal, atau berpegang teguh kepada nilai-nilai budaya tertentu yang kaku, dapat merupakan faktor predisposisi terhadap Disfungsi Psikoseksual

Prevalensi. Sering ditemukan, khususnya dalam bentuk yang ringan.

Perbandingan

Perbandingan Jenis. Hambatan Selera Seksual dan Hambatan Orgasme lebih sering pada wanita. Ejakulasi Prematur terbatas pada pria dan vaginismus Fungsional, pada wanita. Meskipun Disparenia Fungsional dapat juga timbul pada pria tetapi hal itu jarang ditemukan.

Penyebab primer dari gangguan fungsi seksual adalah gangguan jiwa lainnya, misalnya dalam keadaan Depresi Berat sehingga terjadi hilangnya selera seksual.

Gangguan kepribadian (301), dapat timbul bersamaan (coexist) dengan Disfungsi Psikoseksual.

Gejala sementara akibat robekan selaput dara sehingga terjadi hambatan gairan seksual.

Keadaan sementara dari kegagalan ereksi penis, karena kelelahan, kecemasan, alkohol atau obat-obatan lainnya.

Problema Perkawinan atau Problema Hubungan Interpersonal lainnya yang merupakan penyebab primer dari Gangguan Psikoseksual.

Keadaan dengan Stimulasi seksual tidak adekwat, baik dalam fokus, intensitas atau lamanya stimulasi.

HAMBATAN SELERA SEKSUAL (Inhibited Sexual Desire)

Kriteria diagnostik.

A. Terdapat hambatan dari selera seksual yang bersifat menetap serta meresap (pervasive). Penilaian ini dilakukan atas dasar pertimbangan klinik dengan memperhitungkan faktor

kan faktor

kan faktor-faktor yang mempengaruhi selera seksual seperti umur, jenis kelamin, kesehatan, intensitas dan frekuensi selera seksual, serta konteks kehidupan individu itu. Dalam praktek diagnosis ini jarang ditegakkan kecuali apabila kurangnya hasrat itu merupakan sumber penderitaan baik bagi dirinya atau pasangannya. Seringkali kategori ini dibuat dalam kaitannya dengan satu atau lebih dari Disfungsi Psikoseksual lainnya.

B. Gangguan ini secara eksklusif tidak disebabkan oleh faktor organik (misalnya gangguan fisik atau obat-obatan) dan juga tidak disebabkan oleh gangguan jiwa lainnya.

HAMBATAN GAIRAH SEKSUAL (Inhibited Sexual Excitement)

Termasuk. Frigiditas dan Impotensi Psikogenik.

Kriteria Diagnostik

* Hambatan yang berulang dan menetap dari gairah seksual selama aktivitas seksual, yang bermanifestasi sebagai berikut :

(1) Pada laki-laki, terdapat kegagalan sebagian atau menyeluruh untuk mencapai atau mempertahankan ereksi sampai akhir aktivitas seksual, atau

(2) Pada wanita, terdapat kegagalan sebagian atau menyeluruh untuk mencapai atau mempertahankan respons pelumasan dan pembengkakan alat kelamin yang merupakan respons gairah seksual sehingga akhir da

ri aktivitas

ri aktivitas seksual.

GANGGUAN PSIKOSEKSUAL : Disfungsi Psikoseksual

C. Gangguan ini tidak secara eksklusif disebabkan oleh faktor organik (misalnya gangguan fisik atau pengobatan) dan juga tidak disebabkan oleh gangguan jiwa lainnya.

HAMBATAN ORGASME WANITA (Inhibited Female Orgasm)

Kriteria Diagnostik.

A. Hambatan orgasme pada wanita yang berulang dan menetap serta bermanifestasi dalam keterlambatan atau tidak terjadinya orgasme, setelah terjadi fase gairah seksual yang lazim selama aktivitas seksual, yang secara klinis dinilai cukup adekuat dalam fokus, intensitas, dan lamanya individu yang sama itu dapat pula memenuhi kriteria Hambatan Gairah Seksual apabila pada saat-saat yang lain terdapat masalah selama fase gairah dari aktivitas seksualnya.

Dalam hal yang demikian, kedua jenis kategori diagnosis Disfungsi Psikoseksual itu harus dicatat.

Beberapa wanita mampu mengalami orgasme akibat stimulasi pada klitoris diluar sanggama, tetapi tidak mampu untuk mengalami orgasme sewaktu sanggama, kecuali apabila disertai stimulasi klitoris oleh tangan.

Untuk keadaan yang demikian, terdapat kasus-kasus dengan bukti yang cukup kuat bahwa hal diatas merupakan

suatu keadaan

suatu keadaan inhibisi patologik sehingga diagnosis ini (Hambatan Orgasme pada Wanita) perlu dibuat, akan tetapi di lain pihak ada pula kasus-kasus dengan keadaan yang sama yang hanya merupakan suatu variasi normal saja dari seksualitas seorang wanita. Perbedaan kedua hal itu agak sulit dan perlu dibantu dengan mengadakan evaluasi seksual yang mendalam, bahkan mungkin diperlukan suatu periode terapi percobaan.

- B. Gangguan ini tidak secara eksklusif disebabkan oleh faktor organik (misalnya gangguan fisik atau pengobatan) dan juga tidak disebabkan oleh gangguan jiwa lainnya.

Hambatan Orgasme Pria (Inhibited Male Orgasm)

kriteria diagnostik

- A. Hambatan orgasme pada laki-laki yang berulang dan menetap serta bermanifestasi sebagai keterlambatan atau tidak terjadinya ejakulasi setelah terjadi fase gairah seksual yang cukup adekuat.

Individu itu mungkin pula memenuhi kriteria Hambatan Gairah Seksual apabila pada saat-saat yang lain terdapat masalah selama fase gairah dari aktivitas seksualnya. Dalam hal yang demikian, kedua kategori diagnosis Disfungsi Psikoseksual harus dicatat.

- B. Gangguan ini tidak secara eksklusif disebabkan oleh faktor organik (misalnya gangguan fisik atau pengobatan) dan

an) dan juga tidak disebabkan oleh gangguan jiwa lainnya.

EJAKULASI PREMATUR

Kriteria diagnostik

- A. Ejakulasi yang terjadi sebelum individu itu menghendakinya, karena secara berulang dan menetap tidak ada pengendalian volunter yang wajar terhadap ejakulasi dan orgasme selama aktivitas seksual. Penilaian tentang "pengendalian yang wajar" itu dilakukan berdasarkan penilaian klinik terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi lamanya fase gairah, seperti umur, ciri dari pasangan seksual, dan frekwensi serta lamanya sanggama.
- B. Gangguan ini tidak disebabkan oleh gangguan jiwa lainnya.

DISPAREUNIA FUNGSIONAL

Kriteria diagnostik

- A. Rasa nyeri yang berulang dan menetap pada alat kelamin sewaktu sanggama, baik pada pria maupun wanita.
- B. Gangguan ini tidak secara eksklusif disebabkan oleh gangguan fisik dan juga bukan karena pelumasan yang kurang dalam vagina, vaginismus fungsional, atau gangguan jiwa lainnya.

VAGINISMUS

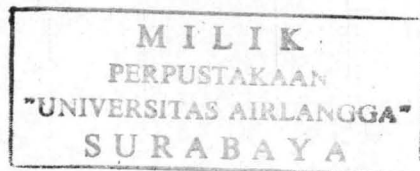
VAGINISMUS FUNGSIONAL

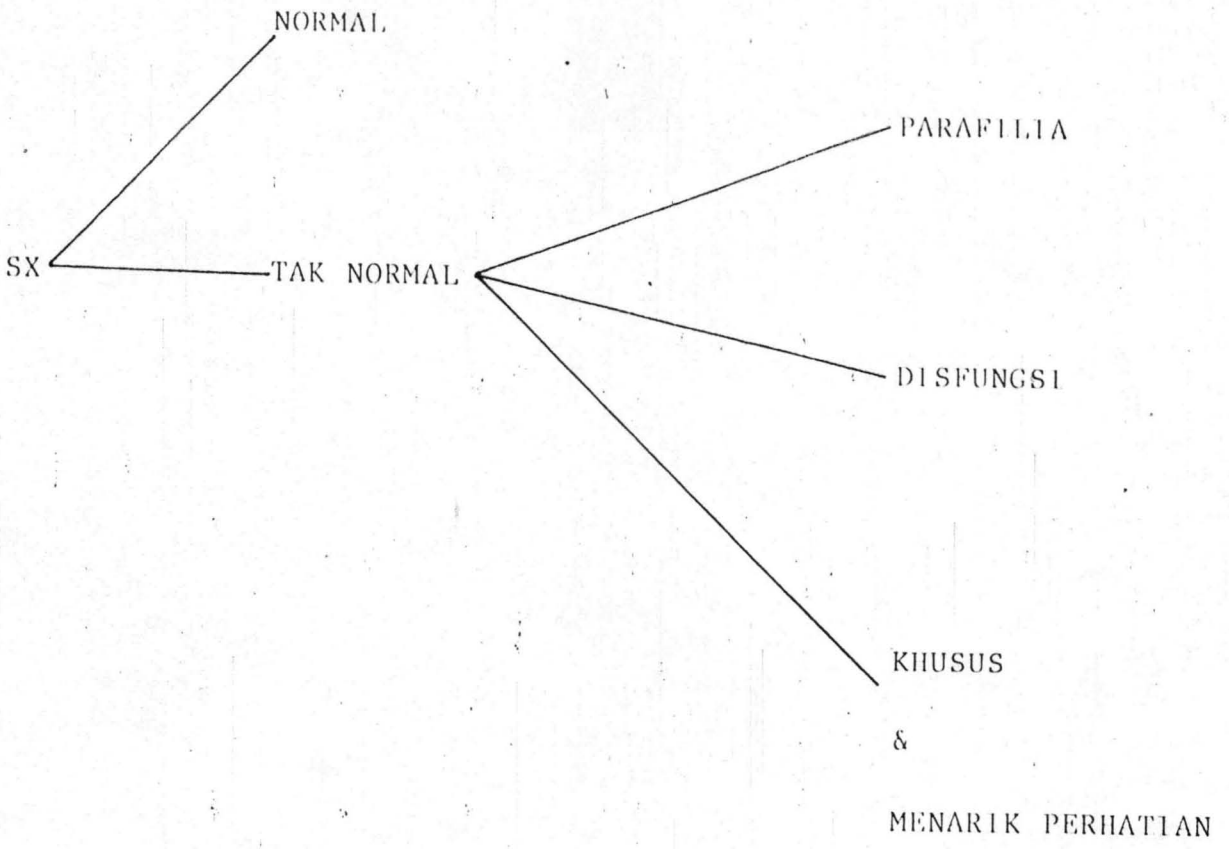
Kriteria diagnostik

- A. Terdapat riwayat yang berulang dan menetap spasme involunter otot sepertiga bagian luar vagina sehingga menghalangi sanggama.
- B. Gangguan ini tidak secara semata-mata disebabkan oleh gangguan fisik dan juga tidak oleh gangguan jiwa lainnya.

S U M B E R

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia, 1983.





PARAFILIA :

- ZOOFILIA (BESTIALITAS)
- PEDOFILIA
- TRANSVESTISME
- EKSHIBISIONISME
- FETISHISME
- VOYEURISME
- MASOKISME SEKSUAL
- SADISME SEKSUAL
- FROTTEURISME
- NEKROFILIA

OBAT ANTI DEPRESAN	MENGANGGU EREKSI	MENGANGGU EJAKULASI
Imipramine	+	+
Amitriptyline	+	+
Protriptyline	+	+
Clomipramine	+	+
M. A. O	+	+
Lithium	+	+

ANTI DEPRESAN

	TIMOLEPTIK	TIMERETIK
T R I S I K L I K	Amitriptylin Doxepim Clomipramin Trimipramine	Imipramin Nortriptylin Amineptine
NON T R I S I K L I K	Mianserin Maprotiline Trazodone	Nomifensin Viloxazin