

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi Sistem Reproduksi Pria

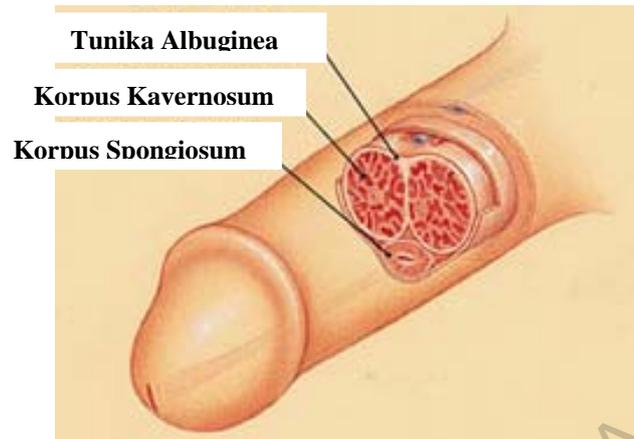
Anatomi sistem reproduksi pria dapat di bedakan menjadi 2 struktur berdasarkan letaknya di tubuh, yaitu struktur luar dan struktur dalam. Struktur luar terdiri dari penis, skrotum dan testis. Sedangkan struktur dalam terdiri dari epididimis, vas deferens, uretra dan kelenjar prostat (Asna, 2009).

A.1. Struktur Luar

A.1.a. Penis

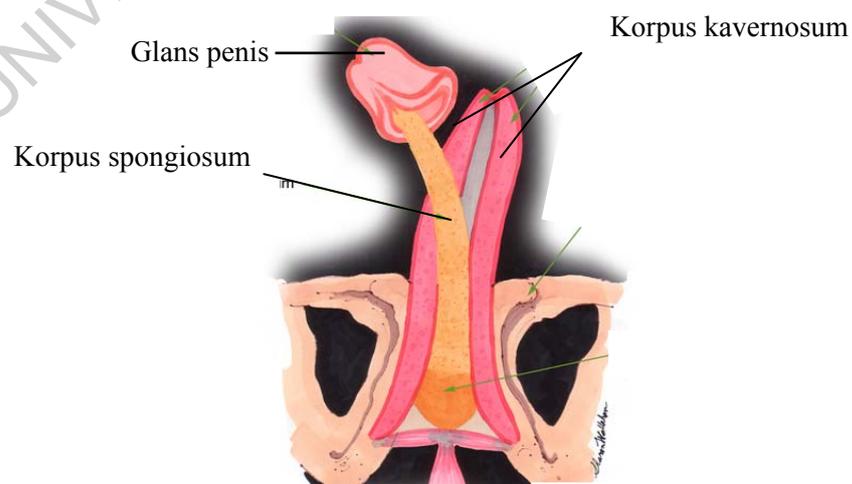
Merupakan genitalia luar pada sistem reproduksi pria yang berfungsi sebagai saluran keluar air kemih, cairan semen dan sebagai alat senggama. Penis diselubungi oleh kulit dan strukturnya terdiri dari akar penis yang menempel pada dinding perut, badan penis yang merupakan bagian tengah dari penis, dan glans penis atau ujung penis yang berbentuk seperti kerucut. Lubang uretra yang merupakan saluran tempat keluarnya semen dan air kemih terdapat di ujung glans penis. Pada ujung penis membentuk preputium (Leeson et al., 2003; Manski, 2012).

Organ erektil penis terdiri dari tiga buah jaringan erektil berupa dua korpus kavernosum (silinder paralel jaringan erektil) dan satu korpus spongiosa mengelilingi urethra (silinder tunggal terletak di bagian ventral, sedangkan bagian ujungnya membentuk glans penis). Korpus spongiosa terletak di bawah kedua korpus kavernosum dan mengelilingi uretra. Masing-masing silinder dibungkus oleh sebuah jaringan kolagen padat yang disebut tunika albuginea. Tunika albuginea pada korpus kavernosum lebih tebal daripada di korpus spongiosa. Di luar, tunika albuginea dilingkari oleh jaringan yang lebih longgar yaitu *Fascia Buck* yang merupakan perpanjangan *Fascia Colle*. Pada glans penis tidak terdapat tunika albuginea (Miller, 2000; Kirby, 2005).



Gambar 2.1 Jaringan Erektile Pada Penis (William, 2013)

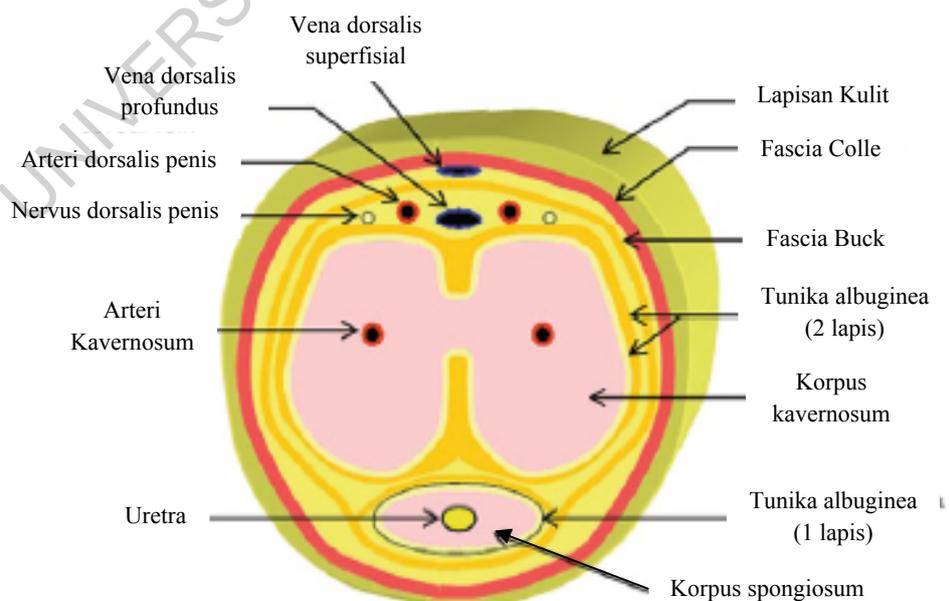
Ketiga jaringan erektil terdiri dari ruang yang dapat berdistensi. Struktur ini dapat digambarkan sebagai trabekulasi otot polos, di dalamnya terdapat suatu sistem ruangan yang saling berhubungan yang diliputi oleh lapisan endotel vaskular dan disebut sebagai sinusoid atau rongga lakunar. Pada tiga-perempat dari seluruh panjang korpus kavernosum, keduanya saling melekat membentuk dua silinder sejajar. Pada seperempat proksimal (pangkal) keduanya mulai menjauh dan benar-benar terpisah sebelum akhirnya digantung oleh ligamen pendek berbentuk segitiga pada arkus simfisis pubis (Miller, 2000; Kirby, 2005).



Gambar 2.2 Struktur Organ Erektile Penis (Klaassen, 2013)

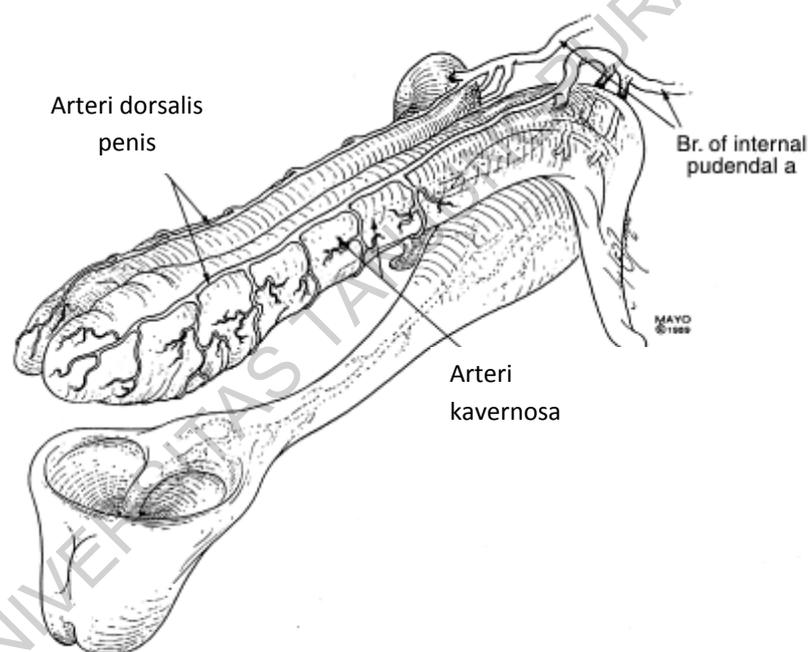
Sistem saraf pada organ penis dikontrol oleh sistem persarafan otonom (parasimpatis dan simpatis) serta persarafan somatik (sensoris dan motoris). Serabut saraf parasimpatis yang menuju penis berasal dari kolumna intermedio lateral dari vertebralis S2 sampai S4. Saraf simpatis berasal dari kolumna vertebralis segmen T10 sampai L2. Diketahui pula bahwa persarafan somatik berasal dari kolumna intermedio lateral dari vertebralis S2 sampai S4 (Kirby, 2005).

Nervus dorsalis penis adalah satu dari dua cabang akhir nervus pudendus, sedangkan nervus perinealis adalah cabang yang lain. Nervus dorsalis penis dilepaskan dalam canalis pudendalis dan melintas ke ventral, memasuki rongga perinei profundum. Lalu nervus dorsalis penis melintas ke dorsum penis dan berlanjut di sebelah lateral arteria. Nervus dorsalis penis mengurus persarafan kulit dan juga glans penis. Dalam penis terdapat ujung-ujung saraf sensoris terutama di bagian glans penis sehingga bagian tersebut merupakan bagian yang paling sensitif di antara bagian lainnya. Nervus karvenosum penis dari pleksus hipogastrikus inferior (*plexus pelvicus*) melintasi lewat diafragma urogenital untuk sampai pada penis (Moore, 2002).



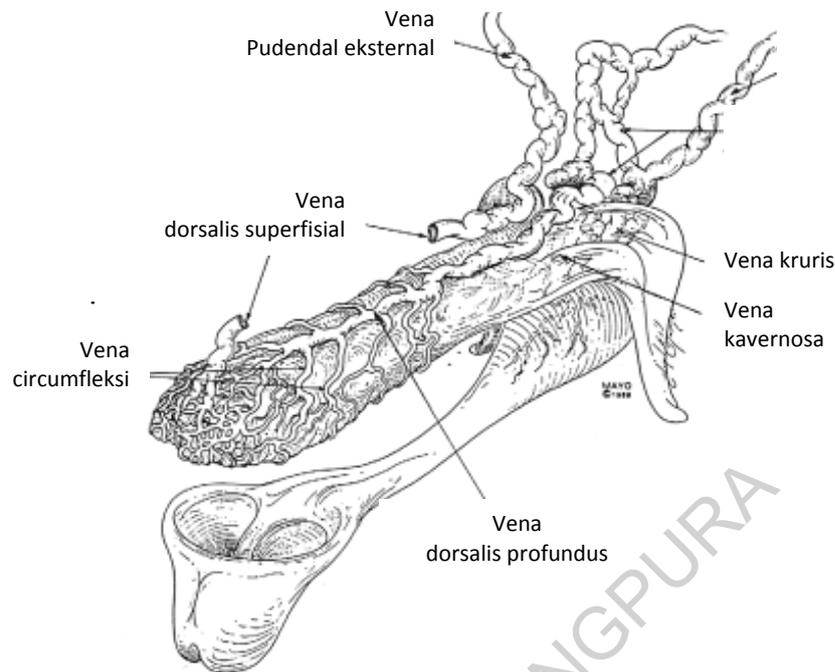
Gambar 2.3 Anatomi Penis Potong Melintang (McVary, 2011)

Sumber perdarahan ke penis berasal dari arteri pudenda interna yang kemudian menjadi arteri penis komunis dan kemudian bercabang tiga menjadi arteri kavernosa (arteri penis profundus), arteri dorsalis penis dan arteri bulbo uretralis. Arteri kavernosa memasuki korpora kavernosa dan membagi diri menjadi arteriol-arteriol helisini yang bentuknya seperti spiral bila penis dalam keadaan lemas. Dalam keadaan tersebut arteriol helisin pada korpora berkontraksi dan menahan aliran darah arteri ke dalam sinusoid atau rongga lakunar. Arteriol helisin tersebut dapat juga berelaksasi sehingga aliran darah arteri bertambah cepat dan mengisi rongga lakunar (Kirby, 2005).



Gambar 2.4 Anatomi Pembuluh Arteri Penis (Rowland and Incrocci, 2008)

Pengaliran darah vena dari rongga lakunar berjalan melalui suatu pleksus yang terletak di bawah tunika albuginea. Pleksus ini akan terkompresi dan teregang oleh relaksasi otot polos trabekel dan ini merupakan tempat utama oklusi vena selama ereksi. Venule-venule sub tunika ini bergabung membentuk venule emisaria yang keluar dari korpus kavernosum dengan menembus tunika albuginea dan bermuara pada sistem vena yang lebih besar. Pengembalian darah dari penis berjalan dari vena dorsalis superfisial, vena intermedia dan vena dorsalis profundus (Kirby, 2005)



Gambar 2.5 Anatomi Pembuluh Vena Penis (Rowland and Incrocci, 2008)

A.1.b. Skrotum

Skrotum atau kantung gonad terletak di bawah penis. Selain berfungsi sebagai kantung gonad, skrotum juga berfungsi untuk melindungi dan mempertahankan suhu testis agar lebih rendah dari suhu tubuh. Pengaturan suhu diperlukan agar spermatogenesis dapat berjalan dengan normal. Perbedaan antara suhu tubuh dan testis berkisar antara 5-7 derajat Celcius. Fungsi termoregulator ini dijalankan oleh selapis otot polos yang terletak di *subcutis* (subkutan) yang disebut otot dartos. Otot ini berfungsi untuk menggerakkan skrotum agar mengkerut dan menarik skrotum sehingga testis mendekati tubuh hangat bila keadaan lingkungan dingin. Otot ini juga akan mengendur apabila suhu lingkungan naik, sehingga mengakibatkan skrotum memanjang dan menjauhkan testis dari kehangatan tubuh (Ciptono, 2004 dalam Asna, 2009).

A.1.c. Testis

Testis merupakan kelenjar ganda, karena secara fungsional bersifat eksokrin dan juga endokrin. Sebagai kelenjar eksokrin, testis menghasilkan spermatozoa,

dan sebagai kelenjar endokrin, menghasilkan sekret internal berupa hormon-hormon androgen (Leeson et al., 2003).

A.2. Struktur Dalam

A.2.a. Epididimis

Spermatozoa yang telah dihasilkan oleh testis selanjutnya akan dialirkan ke dalam epididimis, yaitu saluran sepanjang 6 cm yang bertaut rapat di atas testis. Epididimis terbagi menjadi 3 bagian, yaitu kepala (*caput epididimis*), badan (*corpus epididimis*) dan ekor (*cauda epididimis*). Bagian ekor ini akan bermuara pada vas deferens. Epididimis secara umum berfungsi sebagai tempat transportasi, konsentrasi, pematangan dan penyimpanan spermatozoa. Spermatozoa yang telah tersimpan dalam *cauda epididimis* selanjutnya dibawa menuju vas deferens (Yatim, 1994; Asna, 2009).

A.2.b. Vas Deferens

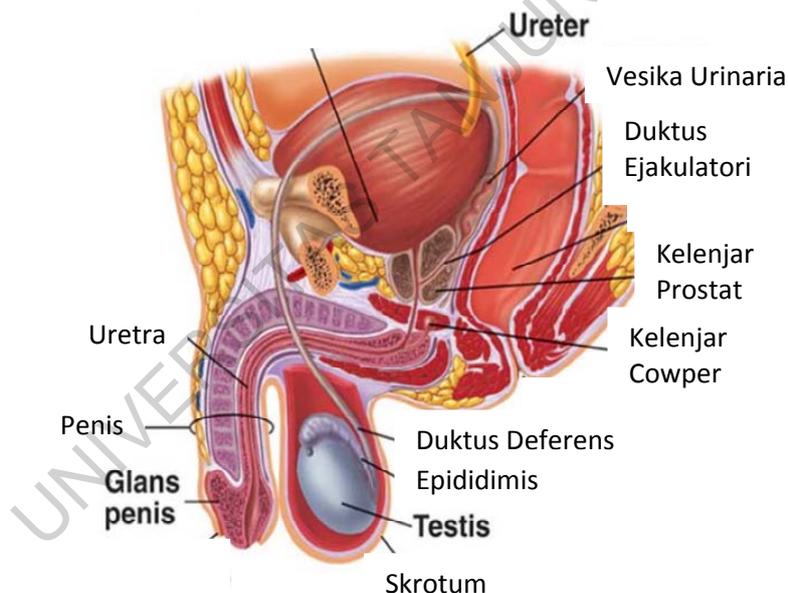
Vas deferens merupakan saluran transportasi spermatozoa dari *cauda epididimis* menuju uretra. Kedua vas deferens yang terletak sebelah menyebelah di atas vesika urinaria lambat laun menebal dan membesar membentuk ampula duktus deferens. Di ujung ampula terdapat muara saluran vesikula seminalis. Setelah melewati muara vesikula seminalis, vas deferens berubah nama menjadi duktus ejakulatori. Duktus ini menembus kelenjar prostat (Ciptono, 2004 dalam Asna, 2009).

A.2.c. Vesika Seminalis

Vesika seminalis pada sistem reproduksi pria berjumlah sepasang, dengan panjang masing-masing 15 cm. Bentuknya panjang dan berkelok-kelok, terletak di bagian posterior kelenjar prostat. Sekretnya berwarna kekuning-kuningan dan mengandung banyak zat termasuk globulin, asam askorbat, fruktosa dan prostaglandin (Leeson et al., 2003).

A.2.d. Kelenjar Prostat

Kelenjar Prostat terletak di bawah kandung kemih di dalam pinggul dan mengelilingi bagian tengah dari uretra. Cairan yang digetahkan kelenjar prostat banyak mengandung asam sitrat, enzim fosfatase, amilase, dan glukuronidase. Cairan yang dihasilkan oleh kelenjar prostat juga mengandung spermin, seminin, dan prostaglandin. Selain kelenjar prostat, ada juga kelenjar Cowper (*bulbourethralis*). Kelenjar ini berjumlah sepasang dan terletak di belakang uretra. Sekresi dari kelenjar Prostat dan Cowper berfungsi untuk membersihkan dan menetralkan uretra dari bekas urine dan kotoran-kotoran lain sebelum ejakulasi. pH cairan sekresi kedua kelenjar tersebut berkisar antara 7,5 sampai 8,2 (Ciptono, 2004 dalam Asna, 2009).



Gambar 2.6 Anatomi Sistem Reproduksi Pria Secara Keseluruhan (Netter, 2006).

B. Respon Seksual Pria

B.1. Fase Respon Seksual Pria

Pada tahun 1960-an, William Masters dan Virginia Johnson mempublikasikan buku yang berjudul *Human Sexual Response*, sebuah buku yang memberikan gambaran terperinci mengenai beberapa fase perubahan organ seksual pria sebagai

respon seksual. Namun sebenarnya respon seksual itu sendiri dapat terjadi pada pria maupun wanita. Adapun respon seksual menurut Masters, Johnson dan Kolodny (1995) dibagi atas 4 fase, yaitu: *excitement*, *plateau*, *orgasm*, dan *resolution*.

B.1.a. Fase *Excitement*

Fase ini dapat disebut juga sebagai fase perangsangan. Fase ini merupakan tahap pertama pada siklus respon seksual, dimana timbul adanya keinginan untuk melakukan hubungan seksual yang dapat berlangsung dari beberapa menit sampai beberapa jam akibat dari adanya stimulasi terhadap tubuh. Perangsangan terjadi sebagai hasil dari stimulasi yang dapat berbentuk fisik atau psikis. Stimulasi atau rangsangan dapat berasal dari berbagai hal seperti pandangan, suara, aroma, lamunan, pikiran, dan mimpi. Terkadang fase perangsangan ini berlangsung singkat dan segera masuk ke fase *plateau*. Pada saat yang lain dapat terjadi secara lambat dan berlangsung secara bertahap serta memerlukan waktu yang lebih lama (Masters et al., 1995).

Pada fase ini seorang individu dapat mengalami respon tubuh seperti meningkatnya tekanan otot-otot tubuh, detak jantung semakin cepat, nafas yang semakin memendek dan cepat; kulit memerah, dan organ genital menjadi menegang pada pria (ereksi) (Masters et al., 1995).

B.1.b. Fase *Plateau*

Fase *Plateau* merupakan fase kedua dari respon seksual dimana fase ini menjadi kelanjutan dari fase *excitement*. Adanya penambahan rangsangan berupa sentuhan langsung pada organ genital, mendengar desahan atau kata-kata romantis, melihat sesuatu yang erotis dan mencium bau aroma yang sensual dapat menimbulkan mekanisme fisiologis dalam tubuh seperti peningkatan kadar adrenalin dalam darah, peningkatan kontraksi otot, tekanan darah, frekuensi denyut nadi serta irama nafas yang lebih meningkat dibandingkan pada fase *excitement* (Masters et al., 1995).

B.1.c. Fase *Orgasm*

Merupakan fase ketiga dalam siklus respon seksual manusia, yaitu pelepasan secara tiba-tiba sebuah ketegangan seksual yang terkumpul, mengakibatkan kontraksi otot yang berirama di daerah pinggul yang menghasilkan sensasi kenikmatan yang tinggi dan diikuti relaksasi yang cepat. Ini biasanya berlangsung untuk beberapa detik. Orgasme dapat disebut dengan klimaks (Master et al., 1995).

Pada pria, orgasme dapat disertai atau tanpa ejakulasi, bahkan seorang pria dapat mengalami orgasme berulang tanpa mengalami ejakulasi walau jarak antar periode orgasmenya cukup lama sekitar lebih dari 30 menit. Tanda seorang pria telah memperoleh orgasme adalah semakin tingginya kadar adrenalin dan terjadi kontraksi otot-otot organ seksual, prostat dan uretra diikuti dengan pengeluaran semen dan pelepasan zat endorfin dalam darah yang menimbulkan rasa nikmat (Masters et al., 1995).

Orgasme adalah perasaan kepuasan seksual yang bersifat fisik dan psikologik dalam aktivitas seksual. Merupakan respon akibat memuncaknya ketegangan seksual (*sexual tension*) setelah terjadi fase rangsangan yang memuncak pada fase *plateau* (Masters et al., 1995).

Orgasme berbeda dari satu orang ke orang lain dan untuk setiap individu pada waktu yang berbeda. Terkadang bagi sebagian orang, orgasme merupakan gelombang sensasi yang meletup-letup dan menakjubkan, sementara lainnya lebih ringan, halus dan tidak terlalu kuat. Perbedaan intensitas orgasme dapat disebabkan faktor fisik, seperti kelelahan, sekaligus juga faktor psikososial, termasuk suasana hati, hubungan terhadap pasangan, aktivitas, harapan dan perasaan mengenai pengalaman itu (Masters et al., 1995).

B.1.d. Fase *Resolution*

Fase *Resolution* adalah fase terakhir pada siklus respon seksual baik pada pria maupun wanita, yaitu sebuah fase yang mengembalikan keadaan genitalia dan sistem-sistem tubuh kembali ke keadaan semula (sebelum terangsang). Fase

resolusi adalah proses kembalinya tubuh pada keadaan semula, dalam kondisi ini tubuh mengalami relaksasi sehingga terasa lebih ringan dan beban seolah telah lepas. Pada fase ini juga dihasilkan feniletilamin yang mempengaruhi perasaan senang. Dalam kondisi ini pria berada pada periode refrakter yang artinya tidak dapat dirangsang (Masters et al., 1995).

Fase resolusi ditandai dengan relaksasi, keintiman dan seringkali kelelahan. Sering kali wanita tidak memerlukan fase resolusi sebelum kembali ke aktivitas seksual dan kemudian orgasme. Maksudnya adalah beberapa wanita mampu melanjutkan fase orgasme tersebut dengan sedikit rangsangan dan inilah yang disebut sebagai *multiple orgasm*. Sebaliknya pria memerlukan waktu setelah orgasme yang disebut dengan periode refraksi, dimana pada periode ini pria sementara tidak mampu orgasme dalam beberapa menit. Periode refraksi ini berlangsung berbeda-beda pada pria, biasanya semakin tua umur maka periode refraksi ini akan berlangsung makin lama (Masters et al., 1995).

B.2. Mekanisme Kerja Respon Seksual Pria

Berdasarkan penjelasan terhadap keempat fase tersebut diatas, secara ringkas bahwa respon seksual pria memiliki rangkaian siklus yang diawali dengan adanya keinginan untuk melakukan hubungan seksual akibat perangsangan yang terjadi, baik berupa stimulasi fisik maupun psikis, yang kemudian rangsangan tersebut menghasilkan kekerasan dan pembesaran ukuran penis atau yang sering disebut ereksi penis. Dilanjutkan dengan orgasme atau kepuasan seksual yang dapat disertai dengan proses ejakulasi cairan dari dalam penis. Kemudian diakhiri dengan tahap pengembalian penis ke keadaan semula sebelum rangsangan terjadi (Masters, et al., 1995).

B.2.a Mekanisme Perangsangan

Perangsangan terjadi sebagai hasil dari stimulasi yang dapat berbentuk fisik atau psikologis. Stimulasi atau rangsangan tersebut berasal dari berbagai hal seperti pandangan, suara, aroma, lamunan, pikiran, dan mimpi. Untuk proses

perangsangan seksual itu sendiri melibatkan sistem saraf sebagai perantara utama dalam penghantaran sinyalnya (Masters et al., 1995; Guyton dan Hall, 2007).

Sumber sinyal sensorik yang paling penting untuk memulai aksi seksual pria terdapat di glans penis. Glans penis terletak di ujung penis mengandung ujung saraf sensorik yang sangat sensitif dan berjumlah banyak, bertugas meneruskan rangsangan menuju ke sistem saraf pusat. Aksi gesekan pada aktivitas seksual terhadap glans penis merangsang ujung saraf sensoris, kemudian sinyal menjalar melalui saraf pudendus. Selanjutnya sinyal berjalan melalui pleksus sakralis menuju medula spinalis dan pada akhirnya sinyal tersebut sampai ke otak (Guyton dan Hall, 2007).

Impuls juga dapat masuk ke medula spinalis dari daerah yang berdekatan dengan penis untuk membantu perangsangan seksual. Contohnya, rangsangan pada epitel anus, skrotum dan struktur perineum secara umum dapat mengirim sinyal ke medula yang akan meningkatkan rangsangan (Guyton dan Hall, 2007).

Rangsang seksual dapat berasal dari struktur interna, seperti di area uretra, kandung kemih, prostat, vesikula seminalis, testis, dan vas deferens. Bahkan, salah satu penyebab dari dorongan seksual adalah pengisian organ seksual oleh sekret. Infeksi ringan oleh mikroorganisme asing dan inflamasi pada organ seksual kadang-kadang mampu menyebabkan dorongan seksual terus-menerus. Diketahui terdapat obat seperti cantharidin yang dapat meningkatkan hasrat seksual dengan mengiritasi kandung kemih dan mukosa uretra, yang akan menginduksi inflamasi dan kongesti vaskular (Guyton dan Hall, 2007).

Jika rangsangan berhasil diterima dan diproses oleh otak maka rangsangan tersebut akan menimbulkan hasrat atau keinginan untuk melakukan hubungan seksual dan selanjutnya pria dalam keadaan normal akan terjadi ereksi pada penisnya (Wespes and Schulman, 1993; Masters et al., 1995).

B.2.b Mekanisme Ereksi

Ereksi merupakan proses transformasi penis yang lemas (*flaccid*) menjadi organ yang tegang (*rigid*). Namun jika dilihat lebih lanjut lagi, ereksi merupakan

hasil interaksi yang rumit antara komponen hormonal, vaskular, psikologis/psikis, neurologis dan seluler (Beckman et al., 2006; Harahap, 2006).

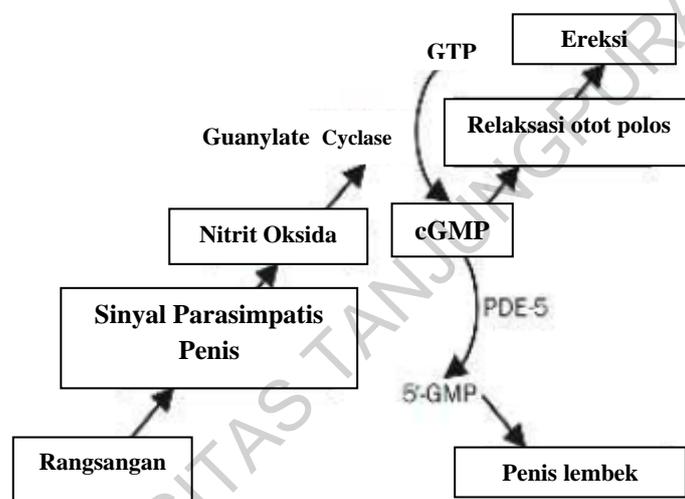
Komponen hormonal yang paling penting ialah testosteron, yang berperan dalam mempertahankan dorongan atau hasrat seksual (libido). Komponen vaskular arteri terdiri dari arteri pudendal interna yang kemudian bercabang menjadi arteri kavernosa, arteri dorsalis dan arteri bulbouretra. Sedangkan vena terdiri dari venule emisaria, vena dorsalis superfisial, vena intermedia, dan vena profunda. Komponen psikologis yang berperan ialah stimulasi fantasi atau visual yang dimediasi oleh percabangan torakolumbal dari T11 sampai L2 (Beckman et al., 2006; Harahap, 2006).

Komponen neurologis dan seluler memiliki kaitan yang erat dalam proses dimulainya ereksi. Walau secara umum ereksi difasilitasi oleh persarafan parasimpatis, namun disinilah letak kaitannya terhadap komponen seluler penis pada proses ereksi tersebut. Sinyal dari saraf parasimpatis penis memulai perubahan intraseluler pada endotel pembuluh darah penis dengan melepaskan beberapa neurotransmitter seperti asetilkolin (ACh), *visoactive intestinal peptide* (VIP), dan nitrit oksida (NO) dari setiap ujung serat saraf parasimpatisnya (Giugliano dan Rampin, 2004; Thorve et al., 2011).

Nitrit Oksida disintesis dari L-arginin endogen dan dilepaskan dari endotel ujung saraf non-adrenergik non-kolinergik (NANK) oleh sintase NO neuronal (nNOS) dan dari endotelium pada penis oleh sintase NO endotelial (eNOS). NO memodulasi tonus pembuluh darah, agregasi dan adhesi platelet, serta proliferasi otot polos vaskular. Lebih lanjut, NO berfungsi sebagai neurotransmitter non-adrenergik non-kolinergik dari serat saraf parasimpatis paska ganglionik, termasuk korpus kavernosum. NO berperan dalam mempertahankan tekanan intrakavernosum, vasodilatasi pembuluh darah, dan ereksi penis. NO meningkatkan produksi *cyclic Nucleotides Guanosine Monophosphate* (cGMP) pada otot polos dan merupakan aktivator yang penting untuk relaksasi lokal dari otot polos penis. Ereksi disebabkan oleh peningkatan sintesis dua *second messenger* intraseluler, yaitu cGMP dan *cyclic adenosine monophosphate* (cAMP). cGMP dan cAMP dapat dihancurkan oleh

fosfodiesterase tipe 5 (PDE-5) untuk mengembalikan penis dalam keadaan semula (Rajfer et al., 1992; Maas et al., 2002; Giuliano et al., 2004; Toda et al., 2005).

Sildenafil adalah inhibitor PDE-5 yang dapat meningkatkan cGMP dan telah dipakai untuk meningkatkan relaksasi otot polos dan ereksi penis. Neurotransmitter lain yang berperan pada proses ereksi adalah VIP, CGRP, *Peptide Histidine Methionine*, *Pituitary Adenylate Cyclase Activating Polypeptide* dan Prostaglandin. Agen-agen ini bekerja dengan meningkatkan produksi cGMP (Derry et al., 1998; Viera et al., 2001).



Skema 2.1 Mekanisme Molekuler Ereksi Penis (Beckman et al., 2006)

Sama halnya seperti pada respon seksual manusia, ereksi juga mempunyai rangkaian proses yang dibagi dalam beberapa fase sebagai berikut: (Lue dan Sakka, 2000)

a. Fase 0 : Fase lemas (*flaccid*)

Penis di bawah pengaruh simpatis. Aliran arteri sedikit (< 15 cm/detik) dan otot polos trabekular pada kavernosum berkontraksi. Sinusoid kosong dan tekanan intra korpora hampir sama dengan tekanan vena (4 sampai 6 mmHg) (Lerner, 1993; Lue dan Sakka, 2000).

b. Fase 1 : Fase pengisian awal

Stimulasi parasimpatis menimbulkan dilatasi arteriolar sehingga terjadi peningkatan aliran arteri sampai 30 cm/detik. Relaksasi otot polos tersebut

menyebabkan pengisian sinusoid tetapi belum meningkatkan tekanan intrakavernosa (Lerner, 1993; Lue dan Sakka, 2000).

c. Fase 2 : Fase tumesensi

Tekanan intrakavernosa mulai meningkat menyebabkan menurunnya aliran arteri. Ketika tekanan sudah melewati tekanan diastolik, aliran hanya terjadi pada waktu sistolik. Membesarnya sinusoid menyebabkan penekanan pleksus vena. Penis memanjang dan membesar untuk mencapai kapasitas maksimal (Lue dan Sakka, 2000).

d. Fase 3 : Fase ereksi penuh

Tekanan intrakavernosa terus meningkat hampir 90% tekanan sistolik. Aliran arteri menurun tetapi lebih besar dibanding fase *flaccid*. Pembesaran sinusoid menekan pleksus vena sehingga aliran darah vena berkurang (Lue dan Sakka, 2000).

e. Fase 4 : Fase ereksi kaku

Tekanan intrakavernosa meningkat melebihi tekanan sistolik, penis kaku dan ereksi penuh. Aliran arteri hampir tidak ada dan vena tertutup sehingga penis seperti suatu ruang tertutup. Mekanisme di mana aliran vena hampir tidak ada, disebut *veno-occlusive mechanism* (Lue dan Sakka, 2000).

f. Fase 5 : Fase detumesen awal

Otot polos trabekular kontraksi, arteriol konstriksi dan tekanan intrakavernosa yang mulai menurun disebabkan stimulasi simpatis (Lue dan Sakka, 2000).

g. Fase 6 : Fase detumesen lambat

Otot polos trabekular kontraksi, arteriol konstriksi dan tekanan intrakavernosa menurun sehingga tekanan subtunika vena berkurang dan aliran vena meningkat (Lue dan Sakka, 2000).

h. Fase 7 : Fase detumesen cepat

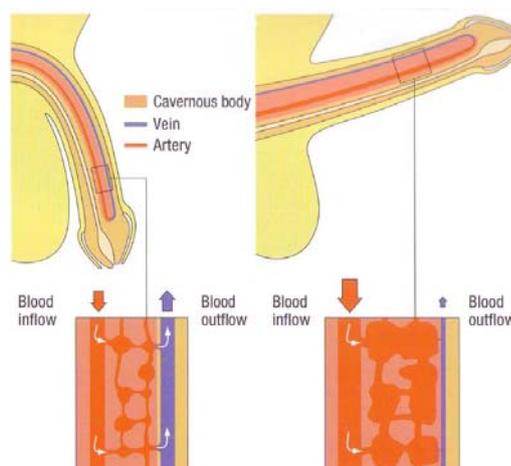
Adanya stimulasi simpatis menyebabkan aliran arteri dan tekanan intrakavernosa cepat menurun dengan peningkatan aliran vena dan detumesen cepat (Lue dan Sakka, 2000).

B.2.c Mekanisme Ejakulasi

Ejakulasi terjadi pada saat pria mencapai klimaks dalam aktivitas seksualnya, yaitu gesekan pada glans penis dan rangsangan lainnya mengirimkan sinyal ke otak dan korda spinalis. Saraf merangsang kontraksi otot di sepanjang saluran epididimis dan vas deferens, vesikula seminalis dan prostat. Kontraksi ini mendorong semen mengalir ke dalam uretra. Selanjutnya, kontraksi otot di sekeliling uretra akan mendorong semen keluar dari penis. Kandung kemih juga berkontraksi agar semen tidak mengalir kembali ke dalam kandung kemih (Anonim, 2004; Guyton dan Hall, 2007).

B.2.d Mekanisme Pemulihan

Setelah ejakulasi terjadi, rangsangan seksual perlahan terhenti. Di saat ini lah pria telah memasuki fase resolusi atau tahap pengembalian fisik ke keadaan semula sebelum rangsangan terjadi. Pembuluh arteri penis kembali mengencang dan vena mengendur. Akibatnya, terjadilah penurunan daya ereksi. Penurunan daya ereksi ini dipengaruhi oleh enzim PDE-5 yang mereduksi cGMP dan cAMP. Hal ini ditandai dengan berkurangnya aliran darah yang masuk ke arteri dan bertambahnya aliran darah yang keluar melalui vena, sehingga penis menjadi lunak dan kembali seperti pada keadaan sebelum diberi rangsangan (Masters et al., 1995; Anonim, 2004).



Gambar 2.7 Perbedaan Penis Keadaan Lemas dan Ereksi (McVary, 2007)

Neurotransmitter yang dilepaskan ujung saraf pasca ganglionik simpatis di penis menghasilkan Noradrenalin (NA) dan Neuro Peptida Y (NPY). NA adalah agen kontraktile utama dari otot polos dan arteri penis, dan NPY menambah dampaknya. NA berperan pada proses flaksiditas dan detumesensi atau proses pengembalian penis dalam keadaan lemas (Giugliano dan Rampin, 2004; Thorve et al., 2011).

C. Disfungsi Seksual Pria

C.1. Definisi

Disfungsi seksual adalah disfungsi seksual yang sering dan munculnya masalah seksual yang persisten. Elvira (2006) juga pernah mengemukakan definisi disfungsi seksual sebagai gangguan yang terjadi pada salah satu atau lebih dari keseluruhan siklus respon seksual yang normal. Masters dan Johnson sejak tahun 1960-an telah mendeskripsikan respon seksual pada manusia ada 4 fase, yaitu: *excitement*, *plateau*, *orgasm* dan *resolution* (Dunning, 2003; Nicolosi et al., 2004; Elvira, 2006).

Disfungsi seksual yang dialami oleh pria atau wanita tentu menimbulkan gangguan atau hambatan dalam hubungan seksual dan akibatnya kehidupan seksual tidak harmonis dan salah satu akibat yang mungkin terjadi adalah perceraian. Menurut laporan dari Pangkahila (2014) bahwa kejadian disfungsi seksual terbanyak pada tahun-tahun pertama pernikahan dan makin lama makin berkurang dan pada masa lanjut usia mulai bertambah lagi baik. Disfungsi seksual dipengaruhi oleh multifaktorial sehingga penanganannya harus terpadu atau *total approach*. Namun kenyataannya yang terjadi di masyarakat penanganannya tidak selalu berhasil dengan baik antara lain disebabkan oleh terapis, pasien, metode terapi dan komunikasi pasien dengan terapis yang kurang tepat. Oleh karena itu, maka penanganan disfungsi seksual membutuhkan waktu yang cukup untuk berkomunikasi yang baik antara pasien dengan terapis sebelum memilih model terapi mana yang tepat (Pangkahila, 2005; Pangkahila, 2014).

Kompleksitas masalah disfungsi seksual pada pria ini disebabkan karena berbagai hal, baik faktor internal maupun faktor eksternal dari pria tersebut, termasuk di dalamnya pandangan tentang seksualitas. Menurut pria, seks merupakan salah satu hal penting dalam hidupnya, ketika terjadi kesulitan dan disfungsi seksual maka hidup pria seakan kiamat dan terjadi perubahan secara signifikan yang sangat berpengaruh pada fisik dan psikis pria, serta merubah pola kesejahteraan hidupnya (Hanash, 2008).

Dalam menghadapi perubahan seksual ini, respon tiap individu berbeda dan sangat tergantung pada persepsi seksual itu sendiri. Itu artinya bagi sebagian pria menganggap permasalahan seksual ini adalah hal sepele dan ada sebagian pria lainnya yang menganggap permasalahan seksual itu adalah masalah yang sangat serius sehingga dapat mempengaruhi sisi kehidupannya yang lain bila tak segera diobati. Pada usia dewasa pertengahan, pria sudah mulai membentuk pribadinya menjadi pria yang bertanggung jawab, yaitu pria sejati. Pria ingin mempertahankan peran dan fungsinya sebagai pria beserta peran yang melekat di dalamnya, termasuk fungsi seksual (McCarthy and Metz, 2008).

C.2. Etiologi

Pada dasarnya disfungsi seksual dapat terjadi baik pada pria ataupun wanita. Terdapat beberapa penyakit, kondisi dan gangguan fisik maupun psikis yang diketahui sebagai faktor yang menyebabkan terjadinya disfungsi seksual, yang pada akhirnya dapat menurunkan kualitas hidup pasien maupun pasangannya (Pangkahila, 2014). Penyebab disfungsi seksual dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu faktor internal dan eksternal.

C.2.a. Faktor Internal

Pengelompokan beberapa faktor penyebab disfungsi seksual menjadi faktor internal berdasarkan asal mula datangnya faktor penyebab yang berasal dari dalam tubuh manusia sebagai berikut:

a. Gangguan Neurogenik

1. Gangguan pada sistem saraf pusat, seperti sklerosis multipel, cedera saraf spinal, penyakit parkinson, *lumbal sympathectomy* dan penyakit serebrovaskular.
2. Gangguan pada sistem saraf perifer, seperti kompresi kauda equina, prolaps diskus intervertebralis, neuropati perifer, tidak normalnya kadar neurotransmitter, kecepatan refleks ejakulasi, dan hipersensitivitas penis (Eardley, 2002; Anurogo, 2012).

b. Gangguan Endokrin

Penurunan kadar testosteron dapat mengganggu fungsi seksual pria pada hasrat seksual dan ereksi penisnya. Saat mencapai usia 40 tahun, pria akan mengalami penurunan kadar testosteron dalam darah sekitar 1,2 % per tahun. Hiperprolaktinemia, hipotiroidisme, hipertiroidisme dan gangguan metabolik juga dapat menyebabkan disfungsi seksual. Tidak normalnya kadar hormon seks berpengaruh terhadap ejakulasi (Eardley, 2002; Tobing, 2006; Anurogo, 2012).

c. Gangguan Vaskular

Beberapa macam penyakit vaskular penyebab disfungsi seksual adalah aterosklerosis, hipertensi dan hiperkolesterolemia. Dari kesemua penyebab itu yang paling banyak adalah aterosklerosis. Perubahan degeneratif pembuluh darah penis dapat menyebabkan kegagalan *Veno-occlusive mechanism* (Lue and Sakka, 2000; Eardley, 2002).

d. Gangguan Tingkat Seluler

Diabetes dan hiperkolesterolemia adalah penyakit yang merusak endotel sehingga mengganggu respon vaskular penis terhadap rangsangan neural (Eardley, 2002).

e. Penyakit Sistemik

Hiperglikemia (kadar gula dalam darah berlebih), diabetes mellitus, dislipidemia dan hiperlipidemia (kadar lemak dalam darah berlebih) dapat menjadi faktor penyebab disfungsi seksual (Tobing, 2006).

Terdapat pula hubungan antara diabetes melitus terhadap disfungsi seksual. Seperti hasil yang telah didapat dari penelitian oleh beberapa ahli pada tahun 2009

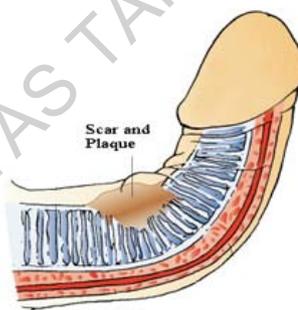
menyatakan bahwa ditemukan sekitar 90% pasien diabetes mengalami disfungsi seksual, antara lain menurunnya hasrat/libido dan disfungsi ereksi (Thakur et al., 2009).

f. Kelainan Anatomi

Kelainan bentuk atau anatomi pada penis, seperti penyakit peyronie (penis bengkok) yang merupakan salah satu kelainan anatomi yang dapat mengganggu fungsi seksual karena bentuknya yang tidak memungkinkan untuk dilakukan penetrasi ke vagina dengan cara normal (Tobing, 2006).

g. Proses Penuaan

Andropause adalah suatu kondisi di mana terjadi penurunan kemampuan fisik, seksual, dan psikologi pada pria yang dihubungkan dengan berkurangnya atau tidak adanya hormon testosteron dalam plasma darah akibat proses penuaan. Produksi testosteron total berkurang karena berkurangnya produksi LH dan meningkatnya produksi prolaktin (Kaiser, 1999; Moeloek dan Gunawan, 2002).



Gambar 2.8 Penyakit Peyronie (William, 2013)

C.2.b. Faktor Eksternal

Pengelompokan beberapa faktor penyebab disfungsi seksual menjadi faktor eksternal berdasarkan asal mula datangnya faktor penyebab yang berasal dari luar tubuh manusia sebagai berikut:

a. Psikologis

Keadaan psikologis yang tepat diperlukan untuk mencapai ereksi. Adanya masalah psikologis dapat menimbulkan dampak terhadap kemampuan ereksi pada pria. Faktor psikologis terlibat pada hampir semua pria dengan disfungsi seksual. Aspek psikologis berperan penting terhadap ereksi, bahkan jika terjadi

gangguan fisik/organik terkecil pun dapat berakibat pada konsekuensi psikologis, yang selanjutnya disebut dengan *performance related anxiety* yang artinya kinerja terkait kecemasan (Eardley, 2002).

Faktor-faktor psikologis yang berperan pada disfungsi seksual dibagi atas 3 kelompok, yaitu: faktor predisposisi (pendidikan, kultur, pengalaman traumatik, masalah keluarga, stres), faktor pencetus (gangguan organik, perselingkuhan, harapan yang tidak rasional, depresi dan ansietas; kehilangan pasangan hidup), dan faktor yang menjaga (penampilan terkait ansietas, berkurangnya daya tarik terhadap pasangan, ketakutan berhubungan intim) (Eardley, 2002).

Pettinger (2002) menyatakan bahwa respon dari stres berbeda antara individu satu dengan yang lain walaupun situasi atau kondisi tekanan yang diberikan sama. Dari pengertian diatas dinyatakan bahwa stres dapat berpengaruh terhadap kondisi fisik dan psikis dari individu.

Dari segi fisik, stres dapat menyebabkan penghabisan energi di dalam tubuh dan apabila dialami dalam jangka waktu tertentu, dan ditambah dengan akumulasi stresor yang terus-menerus, stres mengalami peningkatan dan akibatnya muncul berbagai gangguan fisik. Salah satu gangguan fisik sebagai akibat dari stres adalah disfungsi ereksi, yang khas hanya terjadi pada pria. Disfungsi ereksi pada dasarnya adalah ketidakmampuan untuk mencapai dan mempertahankan ereksi penis untuk mendapatkan kepuasan seksual yang optimal. Fungsi ereksi pada pria dapat terjadi dengan optimal apabila komponen fisik dan psikisnya terkoordinasi dan bersinergi satu dengan yang lain (Hanash, 2008).

Sedangkan efek pengalaman seksual pertama kali (termasuk pengalaman seks di usia dini, hubungan seks pertama kali, dan sebagainya), terburu-buru ingin mencapai klimaks atau orgasme, teknik seksual, frekuensi aktivitas seksual, rasa bersalah, cemas, penampilan seksual, problematika hubungan, dan penjelasan psiko dinamika dapat menyebabkan ejakulasi dini pada pria (Anurogo, 2012).

b. Iatrogenik

Sejumlah obat-obatan dapat mengganggu fungsi seksual. Berupa efek pada fungsi ereksi, fungsi ejakulasi, atau hasrat seksual. Disfungsi seksual juga dapat

disebabkan oleh efek samping dari obat-obatan seperti antihipertensi (diuretik tiazid dan penghambat beta), antidepresan (imipramin), antipsikotik (haloperidol), anti-androgen, antikolinergik, ansiolitik, dll. Zat-zat yang mengandung alkohol juga dapat menjadi penyebab disfungsi seksual (Eardley, 2002; Tobing, 2006).

Diuretik tiazid adalah diuretik dengan potensi menengah yang menurunkan tekanan darah dengan cara menghambat reabsorpsi sodium pada daerah awal tubulus distal ginjal, meningkatkan ekskresi sodium dan volume urin. Sejumlah 25% pria yang mendapat terapi diuretik tiazid mengalami disfungsi ereksi, tetapi efek ini akan hilang jika pemberian tiazid dihentikan (Lyrawati, 2008).

Bukan hanya kesalahan pengobatan atau efek samping obat saja yang tergolong dalam kelompok iatrogenik ini. Beberapa jenis kesalahan pembedahan. Pembedahan yang paling sering menyebabkan disfungsi ereksi dan ejakulasi dini adalah pembedahan pelvis radikal terhadap kanker rektum, kanker kandung kemih, atau kanker prostat. Saraf parasimpatis yang membantu ereksi penis berada berdekatan dengan prostat dan sering mengalami kerusakan ketika pembedahan radikal. Radioterapi juga dapat mengganggu fungsi ereksi (Arsyad, 1997; Eardley, 2002; Anurogo, 2012).

c. Trauma Fisik

Benturan kuat yang mengenai daerah kelamin yang terjadi disengaja ataupun tidak, dapat menyebabkan mengganggu siklus fungsi seksual atau rasa nyeri pada alat kelamin dalam waktu yang lama. Penyiksaan atau trauma seksual dan fisik di masa anak (*severe physical or sexual childhood abuse*) berisiko 4-6 kali lipat menjadi dispareunia dan nyeri genital di masa dewasa (Anurogo, 2013).

d. Infeksi

Infeksi mikroorganisme pada alat genital juga dapat menyebabkan gangguan atau disfungsi seksual seperti infeksi dan peradangan prostat atau saluran kemih yang dapat mengganggu kemampuan ejakulasi yang normal pada pria, juga dapat menyebabkan nyeri pada alat genital saat melakukan hubungan seksual (Anurogo, 2012; 2013).

e. Gaya Hidup Negatif

Rokok dapat mempengaruhi kesuburan dan potensial seksual kaum pria. Seorang yang merokok selama bertahun-tahun akan tercemar darahnya oleh nikotin yang melalui pembuluh darah akan dibawa ke seluruh tubuh termasuk ke organ reproduksi. Racun nikotin berpengaruh terhadap spermatogenesis atau terjadinya pembelahan sel sperma pada pria. Efek rokok tidak hanya mempengaruhi kualitas dan kuantitas sperma, tetapi juga menjadi faktor resiko disfungsi ereksi (Rabinoff et al., 2007).

Penggunaan narkotika yang salah dan dalam jangka waktu yang lama akan membuat fungsi seksualnya menurun atau terganggu, diantaranya menghambat fungsi hormon testosteron, terganggunya hasrat seksual, disfungsi ereksi dan gangguan spermatogenesis (BKKBN, 2009).

C.3. Jenis-jenis Disfungsi Seksual Pria

Kepuasan seksual merupakan kombinasi dari fisik dan emosional. Kebugaran dan optimalnya fungsi organ seksual serta keterlibatan emosional yang sehat akan sangat mendukung kepuasan seksual seseorang (Dune and Shuttleworth, 2009; Muhalla, 2010).

Keadaan-keadaan yang telah disebutkan di atas merupakan sejumlah penyebab dari berbagai macam disfungsi seksual. Seperti yang telah dijabarkan pada bab sebelumnya bahwa *World Health Organization (WHO), Tenth Revision of the International Classification of Diseases (ICD-10)* versi 2008 dan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder fourth edition (DSM-IV)* membagi disfungsi seksual pada pria menjadi 5 jenis, sebagai berikut: gangguan hasrat seksual, disfungsi ereksi pria, disfungsi orgasme, ejakulasi dini, dan dispareunia (APA, 2000; WHO, 2006; 2014).

Sebelumnya ICD-10 telah disahkan oleh 43 Majelis Kesehatan Dunia pada bulan Mei tahun 1990 dan mulai digunakan di negara-negara anggota WHO sejak tahun 1994. Namun ICD saat ini sedang direvisi menjadi ICD-11 yang direncanakan akan dirilis pada tahun 2017 (WHO, 2014)

C.3.a. Gangguan Hasrat Seksual

Kelainan ini dapat juga disebut sebagai Rendahnya Hasrat Seksual. Didefinisikan oleh banyak pakar seksologi, salah satu pakar menyatakan bahwa sebuah hubungan seksual diperlukan hasrat atau keinginan untuk melakukannya (Muhalla, 2011). Rowland dan Incrocci (2008) mendefinisikan hasrat sebagai *libido*, suatu konstruksi yang kompleks terdiri dari seks yang spontan dan penuh fantasi, dipengaruhi oleh stimulus eksternal seperti visual, auditori dan sentuhan.

Rendahnya hasrat atau keinginan seksual pada pria disebut juga *Hypoactive Sexual Desire Disorder* (HSDD) yaitu suatu kondisi berkurangnya atau sering tidak adanya hasrat seksual saat melakukan aktivitas seksual. Menurut DSM-IV, kondisi ini dapat menyebabkan distres dan kesulitan hubungan interpersonal (Rowland and Incrocci, 2008).

Hasrat seksual dipengaruhi oleh faktor fisik maupun faktor psikis. Misalnya, kekurangan hormon testosteron, penyakit jantung, rasa bosan terhadap pasangan dan stres berlebih. Konflik atau kekerasan seksual oleh pasangan juga berpengaruh terhadap hasrat seksual (Rowland and Incrocci, 2008; Muhalla, 2010).

C.3.b. Disfungsi Ereksi

Disfungsi Ereksi (DE) didefinisikan oleh *National Institute of Health* (NIH) sebagai ketidakmampuan yang gigih untuk mencapai atau mempertahankan ereksi yang kaku dan cukup tahan lama untuk memungkinkan hubungan seksual yang memuaskan. Kondisi ini akan menyebabkan distres dan kesulitan berhubungan dengan pasangan. Pria yang memiliki DE memiliki masalah untuk mendapatkan atau menjaga ereksi yang cukup untuk kepuasan seksual (Achhab et al., 2008; Rowland and Incrocci, 2008; AUA, 2009).

Kebanyakan pria mengalami kesulitan dengan ereksi penis dari waktu ke waktu. Pada beberapa pria, itu hanya masalah biasa, namun ada pula yang menganggap ini masalah yang parah. Hal ini dapat menyebabkan turunnya harga

diri, kecemasan kinerja, depresi dan stres. DE mungkin mempengaruhi kualitas perkawinan atau keintiman hubungan (AUA, 2009).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh *American Association of Clinical Endocrinologists*, DE merupakan masalah tersering melanda 80–85% pasien yang mencari bantuan medis untuk disfungsi seksual. DE sering dianggap psikologis dan sering diabaikan petugas kesehatan. Saat ini telah meningkat pengetahuan terhadap penyebab fisiologik DE dan terapi yang potensial memperbaiki kualitas hidup, kepercayaan diri, dan kemampuan mempertahankan hubungan intim (Karadag et al, 2007).

Disebabkan karena tidak cukupnya darah yang mengalir ke penis. Banyak kondisi yang dapat menurunkan aliran darah ke dalam penis. Penyakit jantung, diabetes dan bahkan merokok pun dapat berkontribusi untuk DE. Dengan demikian DE dapat menjadi tanda peringatan dini dari penyakit yang lebih serius. Kondisi ini dapat terjadi pada semua usia (AUA, 2009).

Sinyal saraf dari otak atau sumsum tulang belakang yang tidak mencapai penis juga dapat dianggap sebagai penyebab DE. Penyakit tertentu, cedera atau operasi di daerah panggul dapat merusak saraf di penis. Mendiagnosa dan mengobati kondisi yang menyebabkan DE dapat meningkatkan kesejahteraan, serta membantu memulihkan kesehatan seksual pria penderita DE (AUA, 2009).

Dengan semakin berkembangnya alat bantu diagnosis, kini jelas diketahui bahwa sebagian besar penyebab DE adalah berbagai gangguan atau penyakit fisik. Namun apapun penyebabnya, pada akhirnya pria yang mengalami akan merasakan masalah psikis, seperti merasa kecewa, malu, rendah diri, dan jengkel. Faktor psikis atau psikologis ini selanjutnya semakin memperburuk DE. Sering dijumpai seorang pria yang mempunyai masalah dengan fungsi ereksi menjadi menderita ansietas, dan kesulitan menentukan apakah faktor psikologis merupakan faktor utama atau menyertai penyakit lain (Eardley, 2002; Batiyani, 2009).

Pengukuran masalah DE dapat dilakukan menggunakan kuesioner *International Index of Erectile Function-5* (IIEF-5). IIEF-5 adalah suatu kuesioner yang dirancang untuk membantu mengidentifikasi kemungkinan adanya DE.

Kuesioner ini berisi lima pertanyaan, untuk setiap pertanyaan telah disediakan beberapa pilihan jawaban. Pasien diminta untuk memilih jawaban yang paling sesuai dengan kondisinya selama enam bulan terakhir, masing-masing jawaban mempunyai skor jawaban yang berbeda. Jika skor pasien kurang atau sama dengan 21, hal ini berarti bahwa pasien menunjukkan adanya gejala-gejala DE (Albersen et al., 2009).

Istilah DE sering disebut dengan Impotensi. Gangguan ini merupakan gangguan yang paling meresahkan bagi banyak pria yang menderita Diabetes Mellitus (DM). Hipertensi juga menjadi salah satu penyebab tersering dalam DE karena terjadi gangguan atau bahkan dapat terjadi kerusakan pada pembuluh darah di penis (Eardley, 2002; Harahap, 2006).

C.3.c. Disfungsi Orgasme

Pada pria ejakulasi itu bukan termasuk orgasme, keduanya merupakan dua komponen yang berbeda. Namun, di beberapa pria dalam keadaan normal dapat mendapatkan ejakulasi dan orgasme pada waktu yang bersamaan. Banyak orang, bahkan banyak ahli seksologi pun sering mengira bahwa ejakulasi dan orgasme pada pria itu menjadi satu bagian yang terjadi pada satu waktu (Pangkahila, 2014).

Disfungsi orgasme adalah ketidakmampuan untuk mencapai orgasme, berkurangnya intensitas dari sensasi orgasmik atau keterlambatan orgasme dari segala bentuk rangsangan seksual. Kondisi seperti ini bila terus-menerus atau sering terjadi dapat menyebabkan penderitaan yang signifikan (Hatzimouratidis and Hatzichristou, 2007).

Gangguan orgasme dapat disebabkan oleh gangguan fisik yaitu penyakit Sistem Saraf Pusat (SSP) seperti multiple sklerosis, penyakit parkinson, dan *lumbar sympathectomy*. Gangguan psikis yaitu kecemasan, perasaan takut menghamili, dan kejemuan terhadap pasangan. Pria yang mengalami hambatan orgasme tetap dapat ereksi dan ejakulasi, tapi sensasi erotiknya tidak dirasakan (PSKSUNS, 2010).

C.3.d. Ejakulasi Dini

Ejakulasi adalah proses keluarnya ejakulat (semen) yang menempuh kejadian-kejadian yang berurutan yaitu keluarnya komponen-komponen ejakulat, ejakulasi ante grad dan penutupan sfinkter uretra interna serta pembukaan sfinkter uretra eksterna. Pada penderita yang mengalami DE umumnya mempunyai kecenderungan ingin mempercepat aktivitas seksualnya sebab ada kekhawatiran akan hilang ketegangan penisnya (Pangkahila, 1991).

Ejakulasi Dini (ED) adalah ejakulasi persisten atau berulang dengan rangsangan minimal sebelum atau segera setelah penetrasi, dan sebelum orang tersebut menghendaknya. Penderitanya memiliki sedikit atau bahkan tidak ada kontrol sama sekali terhadap ED, yang menyebabkan penderita dan pasangannya terganggu atau tertekan. Ejakulasi dini didefinisikan berdasarkan tiga kriteria penting, yaitu: ejakulasi singkat, hilangnya kontrol dan tekanan psikologis pada pasien dan atau pasangan (Hatzimouratidis and Hatzichristou, 2007).

Untuk menentukan seorang pria mengalami ED harus memenuhi 4 keluhan sebagai berikut: ejakulasi terjadi dalam waktu cepat, tidak dapat dikontrol, tidak dikehendaki oleh yang bersangkutan, serta mengganggu yang bersangkutan dan/atau pasangannya. Dokter atau ahli seksologi harus menemukan keempat keluhan tersebut dari pasiennya sehingga dapat dengan cepat didagnonis sebagai Ejakulasi Dini (Pangkahila, 2014).

Penyebabnya kompleks dan multifaktor, meliputi interaksi faktor eksternal dan internal. Faktor eksternal yang berupa gangguan psikis dan faktor internal yang berupa gangguan fisik. Faktor lainnya yang dapat juga berperan yaitu DE. Ejakulasi pada pria penderita DM dapat terjadi sesudah atau bersamaan dengan terjadinya DE (Harahap, 2006; Anurogo, 2012).

C.3.e. Dispareunia

Dispareunia berarti nyeri alat kelamin yang menetap atau berulang, yang berkaitan dengan hubungan seksual (masuknya penis ke vagina) atau upaya memasukkan objek ke vagina (baik sebagian atau keseluruhan), yang menyulitkan

diri sendiri atau menimbulkan ketidaknyamanan. Makna lain dispareunia adalah sensasi nyeri selama persetubuhan (*sexual intercourse*) dan/atau nyeri non-seksual dengan penetrasi vagina, atau nyeri alat kelamin yang dialami sebelum, selama, atau setelah senggama. Secara singkat, dispareunia ialah hubungan seksual yang menimbulkan rasa nyeri pada kelamin atau sekitar kelamin (Anurogo, 2013).

Dispareunia dapat terjadi pada pria maupun wanita. Ada hubungannya gangguan ini dengan tindakan perkosaan dan pelecehan seksual. Gangguan ini sering terjadi akibat adanya proses patologi atau penyakit pada alat genital yang mengalami nyeri. Dalam beberapa kasus, tidak terlihat ada penyebab yang jelas (Hatzimouratidis and Hatzichristou, 2007).

Dispareunia juga diklasifikasikan menjadi dua bagian, yaitu primer (nyeri muncul dari saat mulai bersenggama) dan sekunder (rasa tak nyaman bersenggama dirasakan setelah dimulainya sensasi nyeri saat senggama). Dengan kategorisasi lengkap seluruh episode aktivitas seksual atau situasional hanya selama persetubuhan tertentu maupun dengan pasangan tertentu (Anurogo, 2013).

Sebagai tambahan informasi, pseudokista pankreas termasuk komplikasi pankreatitis akut yang biasanya bermanifestasi menjadi nyeri abdomen. Ada laporan kasus pria 45 tahun dengan riwayat pankreatitis akut merasakan dispareunia. Bagian benang alat kontrasepsi dalam rahim (IUD atau spiral) terkadang dapat mengakibatkan nyeri pada penis yang sedang melakukan penetrasi ke dalam vagina. Dapat pula karena gesekan kondom, atau iritasi/rangsangan zat kimia yang ada pada kondom (Anurogo, 2013).

Pada dispareunia, dikenal suatu istilah *reflux dyspareunia*, yaitu keadaan dimana terasa seperti terbakar pada dada saat bersenggama. Biasanya penderita *reflux dyspareunia* adalah perokok dan memiliki berat badan berlebih (*overweight*) (Anurogo, 2013).

Penyebab lain dispareunia dapat berupa infeksi pada kelamin. Ini berarti terjadi akibat penularan penyakit melalui hubungan seksual yang terasa sakit itu. Pada pria, dispareunia hampir pasti disebabkan oleh penyakit atau gangguan fisik berupa peradangan atau infeksi pada penis, buah pelir, saluran kencing, atau kelenjar prostat dan kelenjar kelamin lainnya (Pangkahila, 2014).

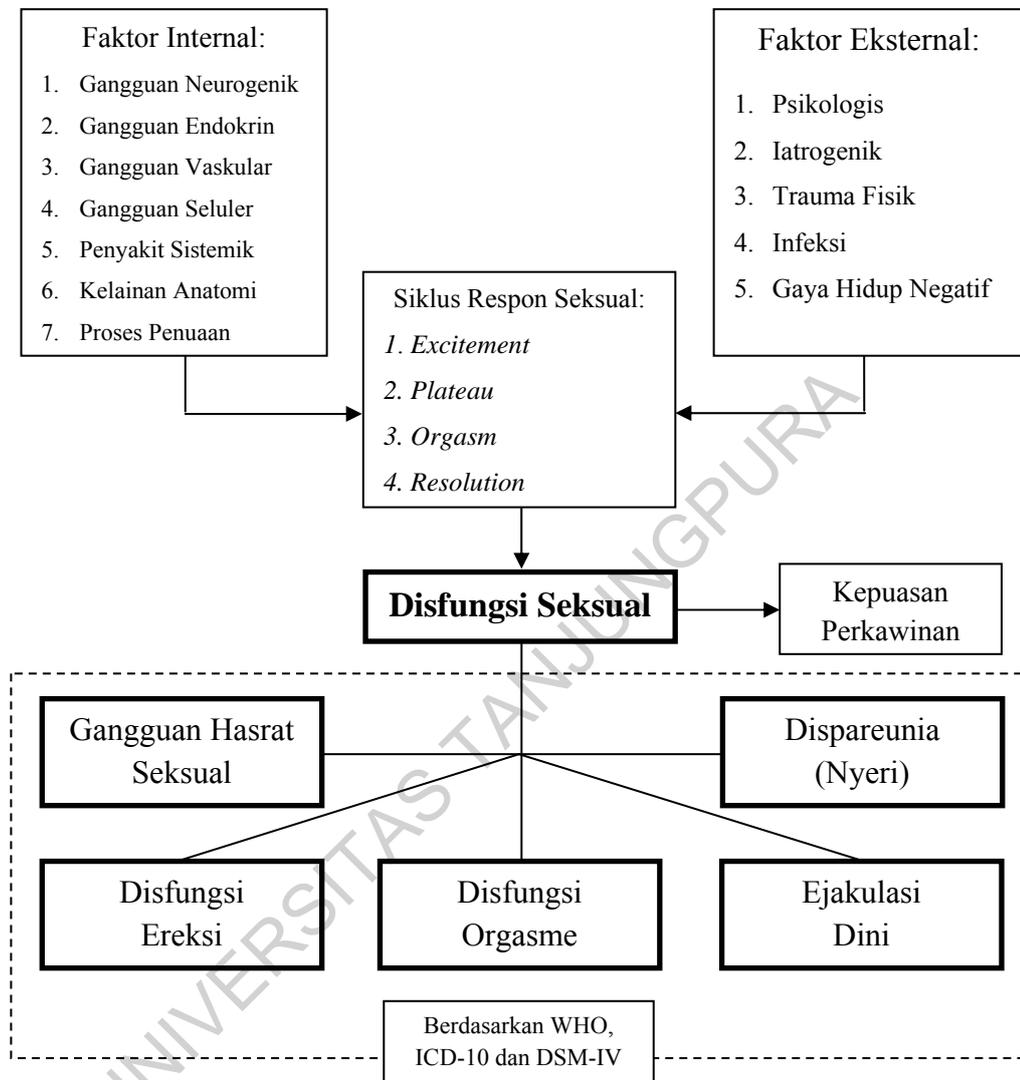
D. Pengaruh Hubungan Seks Terhadap Rumah Tangga

Pada saat individu beralih dari masa remaja menuju ke masa dewasa, menikah dan membina kehidupan bersama dengan pasangan menjadi sebuah harapan yang ingin dicapai dan kebahagiaan di dalam perkawinan merupakan dambaan setiap individu. Namun, dalam sebuah perkawinan tentunya terdapat kesulitan dan tantangan yang dihadapi (Maryati et al., 2007).

Setiap individu yang menjalani kehidupan perkawinan tentunya menginginkan kehidupan rumah tangga yang bahagia dan mendapatkan kepuasan perkawinan. Dibutuhkan kerjasama, komitmen, dan komunikasi antara pihak suami dan istri untuk mencapai tujuan dari perkawinan. Apabila tujuan perkawinan dapat dicapai, maka tentu meningkatkan kepuasan perkawinan yang baik. Disfungsi seksual, baik yang dialami pria atau wanita tentu menimbulkan gangguan atau hambatan dalam hubungan seksual dan akibatnya kehidupan seksual tidak harmonis dan salah satu akibat yang mungkin terjadi adalah perceraian (Pangkahila, 2005; Alpenia, 2012).

Survey yang bertema *Ideal Sex in Asia* pada tahun 2011 yang dilakukan oleh PT. Pfizer Indonesia pada 220 pria dan 200 wanita Indonesia menunjukkan bahwa 79 % pria dan 80 % wanita menganggap salah satu fungsi seksual, yaitu kekerasan ereksi atau kemampuan mempertahankan ereksi sebagai elemen penting dalam seks yang ideal dan penting bagi kebahagiaan pasangan suami istri (Evidia, 2012).

E. Kerangka Teori

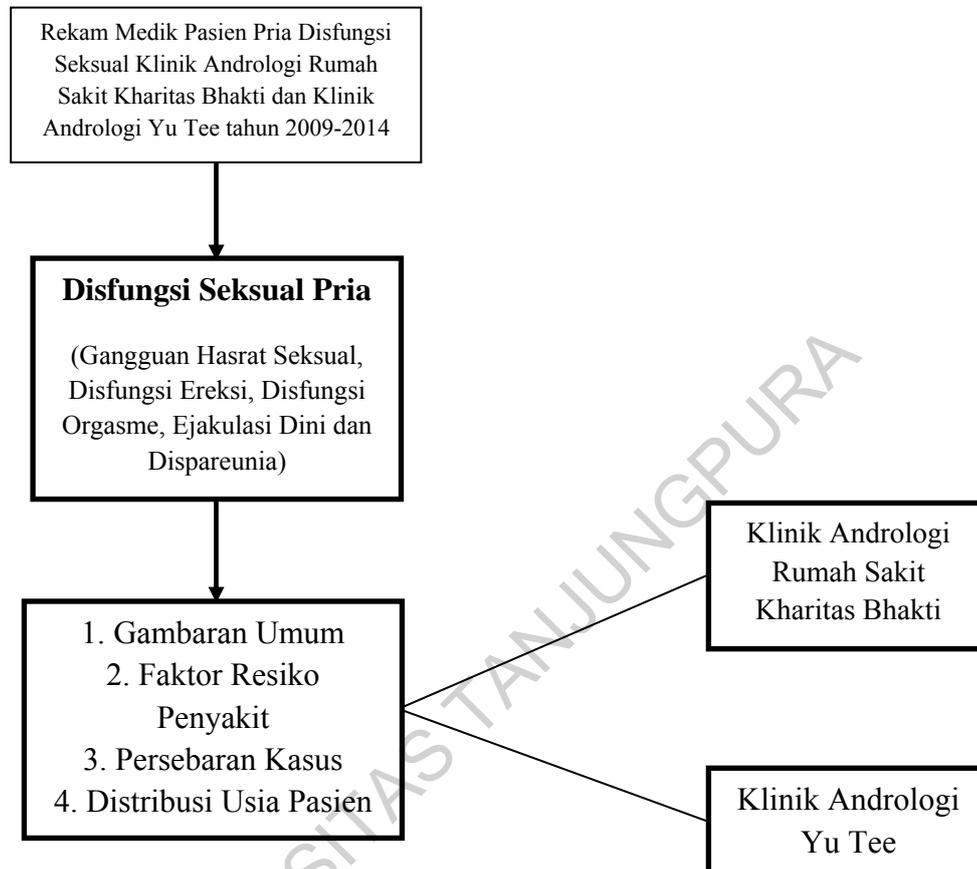


Skema 2.2 Kerangka Teori

Keterangan :

- Pengaruh/Mempengaruhi
- Penjabaran
- - - Berdasarkan
- ▭ Bagian yang diteliti
- ▭ Bagian yang tidak diteliti

F. Kerangka Konsep



Skema 2.3 Kerangka Konsep

Keterangan :

-  Alur/Tahap Penelitian
-  Penjabaran
-  Hasil Penelitian
-  Objek Penelitian