

Gangguan Keinginan dan Gairah Seksual

Psikiatri • SKDI 3A

Course komprehensif gangguan keinginan dan gairah seksual sesuai SKDI level 3A, mencakup klasifikasi DSM-5-TR/ICD-11, etiologi multifaktorial bio-psiko-sosial, pendekatan diagnosis, tatalaksana awal, serta indikasi rujukan ke psikiater atau spesialis terkait.

Modul 1: Modul 1: Pendahuluan dan Klasifikasi

1.1 Definisi dan Klasifikasi Gangguan Hasrat Seksual

Gangguan keinginan dan gairah seksual ditandai penurunan persisten hasrat, fantasi, atau pemikiran seksual, serta defisiensi respons gairah subjektif, disertai distress personal atau interpersonal signifikan. Keluhan mengenai kualitas motivasi internal, bukan sekadar frekuensi aktivitas.

Klasifikasi DSM-5-TR: Gangguan hasrat, gairah, orgasme, dan nyeri seksual-genital. Pada perempuan, hasrat dan gairah digabung dalam Female Sexual Interest/Arousal Disorder (FSIAD). Pada laki-laki, Male Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) dipertahankan terpisah dari gangguan ereksi. Kriteria: durasi minimal 6 bulan, distress signifikan, tidak dijelaskan oleh kondisi medis atau zat.

ICD-11 (WHO, 2019) menggunakan Hypoactive Sexual Desire Dysfunction dan Sexual Arousal Dysfunction sebagai kondisi terpisah dengan pendekatan dimensional.

Populasi khusus: Pada remaja, penurunan hasrat dapat berkaitan dengan perkembangan identitas seksual, body image, atau tekanan sebaya. Pada geriatri (>65 tahun), penurunan hasrat sering multifaktorial (komorbid, polifarmasi, hormonal, kehilangan pasangan) dan perlu dibedakan dari penuaan fisiologis. Konsep hasrat spontan dan responsif membedakan hasrat yang muncul tanpa stimulus versus setelah rangsangan adekuat.

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

1.2 Epidemiologi dan Faktor Risiko

Prevalensi gangguan hasrat seksual bervariasi. Studi epidemiologi menunjukkan 22–43% perempuan dan 13–29% laki-laki melaporkan disfungsi seksual. GSSAB menemukan prevalensi lebih rendah di Asia Tenggara, namun underreporting akibat faktor budaya mungkin berperan.

Di Indonesia, prevalensi disfungsi seksual perempuan menikah mencapai 20–30%, dan keluhan penurunan hasrat pada laki-laki usia reproduksi sekitar 10–15%. Faktor budaya, norma religius, dan rendahnya literasi seksual berperan.

Faktor risiko biologis: penurunan hormon (testosteron, estrogen) akibat menopause/andropause, diabetes, hipotiroid, hiperprolaktinemia. Obat SSRI, antihipertensi, antipsikotik, dan kontrasepsi hormonal juga berkontribusi melalui mekanisme dopaminergik, serotonergik, atau hormonal.

PERINGATAN KESELAMATAN: Pasien TIDAK BOLEH menghentikan SSRI atau obat resep

lainnya secara mandiri karena risiko withdrawal syndrome, perburukan depresi, atau relapse. Modifikasi regimen obat HARUS dilakukan oleh dokter/psikiater yang merawat.

Faktor psikologis: depresi, ansietas, riwayat trauma, body image negatif. Faktor relasional: konflik, kurang komunikasi. Faktor sosial-budaya: norma, stigma.

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

Modul 2: Modul 2: Etiologi, Patofisiologi, dan Diagnosis

2.1 Etiologi dan Patofisiologi

Patofisiologi gangguan hasrat seksual melibatkan disregulasi neurotransmitter, hormon, dan sistem vaskular. Dopamin mesolimbik memediasi motivasi seksual; penurunannya berkaitan langsung dengan kehilangan hasrat. Serotonin bersifat bifasik: stimulasi 5-HT_{1A} menghambat, sedangkan blokade 5-HT_{2A/2C} memfasilitasi hasrat. SSRI sering menyebabkan penurunan hasrat sebagai efek samping.

Testosteron menjaga libido pada kedua gender dan menurun mulai dekade keempat. Estrogen memengaruhi sensitivitas jaringan, integritas epitel vagina, dan regulasi reseptor androgen.

Teori psikologis: psikoanalitik (konflik intrapsikis), perilaku (learned helplessness), kognitif-behavioral (pikiran otomatis negatif). Teori sistemik menekankan pengaruh relasi, budaya, dan gender. Model Excitation-Inhibition (Perelman) memandang hasrat sebagai resultante aktivasi dan inhibisi.

Faktor Presipitasi dan Perpetuasi: Predisposisi meliputi kerentanan biologis/psikologis. Presipitasi adalah peristiwa pencetus (kehilangan pasangan, masalah pekerjaan, onset penyakit). Perpetuasi mempertahankan gangguan, misalnya konflik relasi kronis, penggunaan alkohol jangka panjang, ruminasi kegagalan seksual, atau pasangan avoidant. Identifikasi ketiganya krusial untuk tatalaksana terarah.

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

2.2 Manifestasi Klinis dan Pendekatan Diagnosis

Manifestasi klinis: (1) Penurunan pikiran/fantasi seksual, (2) Berkurangnya inisiasi aktivitas, (3) Kurang respons terhadap stimulus yang sebelumnya menarik, (4) Kehilangan sensasi genital. Pada perempuan mungkin muncul penurunan lubrikasi; pada laki-laki dapat disertai gangguan ereksi sekunder atau delayed ejaculation.

Anamnesis seksual memerlukan pendekatan sensitif dan non-judgmental. Model PLISSIT diterapkan bertahap: (1) Permission: 'Apakah boleh kita bicara tentang kehidupan seksual Anda?' (2) Limited Information: 'Penurunan hasrat adalah keluhan umum dan bisa ditangani.' (3) Specific Suggestions: 'Coba komunikasikan kebutuhan Anda kepada pasangan tanpa menilai.' (4) Intensive Therapy: rujukan untuk kasus kompleks.

Pemeriksaan fisik menyingkirkan penyebab organik (atrofi vaginal, ginekomastia).

Penunjang: testosteron, FSH, LH, prolaktin, TSH, profil metabolik, estradiol. Skrining PHQ-9 dan GAD-7 wajib.

Diagnosis banding: depresi, ansietas, efek obat, kondisi medis, menopause/andropause, penggunaan bahan psikoaktif jangka panjang (alkohol, narkotika, ganja), dan gaya hidup sedentari yang harus dieksplorasi dalam asesmen komprehensif.

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

2.3 Tatalaksana Awal Sesuai SKDI 3A

SKDI level 3A: dokter melakukan diagnosis dan tatalaksana pendahuluan, lalu merujuk bila diperlukan. Prinsip bio-psiko-sosial diterapkan dengan mengidentifikasi faktor reversibel terlebih dahulu.

Tatalaksana non-farmakologis: edukasi siklus respons seksual, variasi hasrat normal, dan pengaruh obat. Latihan sensate focus sebagai intervensi perilaku. Modifikasi gaya hidup: aktivitas fisik, tidur cukup, manajemen stres (mindfulness), pengurangan alkohol/rokok. Tatalaksana komorbid (diabetes, hipotiroid, depresi).

PERINGATAN: Penambahan bupropion atau aripiprazole untuk SSRI-induced sexual dysfunction SEPENUHNYA menjadi wewenang psikiater dengan monitoring ketat risiko akatisia, sedasi, dan tardive dyskinesia. Dokter non-spesialis mendokumentasikan keluhan, lalu merujuk; tidak mengubah regimen psikiatri.

Tatalaksana farmakologis awal: suplementasi defisiensi, optimalisasi kondisi dasar, estrogen topikal pada atrofi urogenital menopause (estradiol vaginal cream 0,01% atau tablet 10 mcg, 1–2 kali/minggu, 4–12 minggu, dapat dilanjutkan long-term dengan evaluasi berkala). Terapi khusus (flibanserin, testosteron) ranah spesialis. Evaluasi 4–6 minggu pasca intervensi.

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

Modul 3: Modul 3: Pendalaman Klinis dan Rujukan

3.1 Psikoterapi dan Tatalaksana Lanjutan

Psikoterapi berbasis bukti: (1) CBT: identifikasi pikiran otomatis negatif, modifikasi avoidance behavior. (2) Sex therapy (Masters & Johnson): sensate focus bertahap, komunikasi seksual; terapi pasangan bila faktor relasional dominan. (3) Mindfulness-based interventions: memperbaiki respons, mengurangi ruminasi, terutama untuk arousal difficulties perempuan.

Tatalaksana farmakologis lanjutan: Flibanserin (agonis 5-HT_{1A}/antagonis 5-HT_{2A}) untuk HSDD premenopause. WAJIB monitoring efek samping: hipotensi, sinkop, dan KONTRAINDIKASI absolut dengan alkohol (risiko sinkop berat), CYP3A4 inhibitor kuat, gangguan hati. Informed consent khusus oleh psikiater diperlukan. Bremelanotide (agonis melanocortin, injeksi subkutan). Testosteron transdermal off-label postmenopausal dengan monitoring kadar testosterone ketat.

Laki-laki: evaluasi defisiensi testosteron; terapi sulih setelah evaluasi endokrinologis. Pada laki-laki muda, singkirkan penyebab sekunder terlebih dahulu.

Batasan praktik: dokter non-spesialis melakukan edukasi, konseling suportif, identifikasi komorbid, dan rujukan tepat waktu.

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

3.2 Studi Kasus dan Pendekatan Holistik

Studi Kasus 1: Ny. R, 52 tahun, kehilangan hasrat 3 tahun pascamenopause, vagina kering, sulit terangsang, rasa bersalah. Tanda defisiensi estrogen, FSH meningkat, estradiol rendah. Pendekatan: edukasi menopause, estrogen lokal untuk atrofi urogenital, konseling komunikasi pasangan, rujukan ginekolog/konsultan seksual.

Studi Kasus 2: Tn. A, 32 tahun, depresi mayor dengan sertraline 100 mg/hari, mood membaik tapi hasrat menurun drastis. Pendekatan: evaluasi SSRI-induced sexual dysfunction, diskusi dengan psikiater untuk switch ke bupropion (bukan keputusan dokter umum), JANGAN hentikan SSRI mendadak (risiko relapse), edukasi reversibilitas.

Pendekatan Holistik: Integrasi lima dimensi: Biologis (hormon, penyakit, obat), Psikologis (mood, body image, trauma), Relasional (komunikasi, konflik), Sosial-budaya (norma gender, akses), Spiritual (keyakinan, makna personal).

INFORMED CONSENT DAN SHARED DECISION-MAKING: Setiap rencana tatalaksana harus melalui diskusi risiko-manfaat, alternatif, dan konsekuensi penolakan dengan pasien

(dan pasangan bila relevan), lalu didokumentasikan dalam rekam medis.

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

3.3 Komplikasi, Prognosis, dan Indikasi Rujukan

Komplikasi: Dampak relasional (konflik, risiko perceraian), psikologis (penurunan harga diri, depresi sekunder, ansietas performa, rasa bersalah), sosial (isolasi, penurunan produktivitas), fertilitas (penurunan frekuensi hubungan), komorbiditas psikiatri bidirectional.

MONITORING SISTEMATIS: Gunakan instrumen terstandar secara berkala: PHQ-9 (skrining depresi), GAD-7 (ansietas), FSFI atau kuesioner QoL spesifik seksual. Evaluasi pada baseline, 4–6 minggu, 3 bulan, dan 6 bulan, atau lebih sering bila klinis memburuk.

Prognosis terbaik pada faktor reversible (efek obat, stres akut, masalah relasi). Prognosis lebih guarded pada gangguan kronis/lifelong atau kondisi medis berat. Faktor perbaikan: motivasi pasien/pasangan, dukungan sosial, akses tatalaksana multidisiplin.

Indikasi rujukan: (1) Gangguan berat tidak membaik dalam 3–6 bulan, (2) Komorbiditas psikiatri mayor, (3) Kecurigaan etiologi hormonal, (4) Disfungsi primer/lifelong, (5) Riwayat trauma seksual, (6) Konflik relasi kompleks, (7) Pertimbangan terapi khusus, (8) Kegagalan tatalaksana awal. Kolaborasi multidisiplin dengan psikiater, endokrinolog, ginekolog/androlog.

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

Daftar Pustaka / Referensi

1. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Sexual Dysfunctions. WHO (2019).
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing (2022).
3. McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, et al.. Definitions of Sexual Dysfunctions in Men and Women: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *Journal of Sexual Medicine* (2016).
4. Basson R, Gilks T. Women's Sexual Dysfunction Associated with Psychiatric Illness and Antidepressant Use. *Women's Health* (2018).
5. Brotto LA, Basson R, Luria M. A Mindfulness-Based Group Psychoeducational Intervention Targeting Sexual Arousal Disorder in Women. *Journal of Sexual Medicine* (2016).
6. Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, et al.. Hypoactive Sexual Desire Disorder: ISSWSH Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clinic Proceedings* (2017).
7. Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, et al.. EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health. *European Association of Urology* (2021).
8. Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI). Panduan Praktik Klinis: Tata Laksana Disfungsi Seksual. PDSKJI (2020).

Disclaimer / Pernyataan Penting

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