

Gangguan Orgasme dan Ejakulasi Dini: Diagnosis serta Tatalaksana Awal

Psikiatri • SKDI 3A

Course ini membahas gangguan orgasme termasuk ejakulasi dini untuk tingkat dokter umum. Materi mencakup definisi, klasifikasi DSM-5 dan ICD-10, epidemiologi, patofisiologi, pendekatan klinis, serta prinsip tatalaksana awal sesuai kompetensi level 3A dengan fokus pada indikasi rujukan yang tepat.

Modul 1: Dasar-Dasar Gangguan Orgasme

1.1 Definisi dan Klasifikasi Gangguan Orgasme serta Ejakulasi Dini

Definisi Gangguan Orgasme dan Ejakulasi Dini

Gangguan orgasmus merupakan bagian dari disfungsi seksual yang ditandai dengan perubahan pada proses pencapaian orgasme, baik berupa keterlambatan, ketidakmampuan mencapai orgasme, maupun orgasme yang terjadi terlalu cepat sehingga menimbulkan distress signifikan bagi individu atau pasangannya. Berdasarkan DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, edisi kelima) yang dipublikasikan American Psychiatric Association pada 2013, gangguan ini diklasifikasikan ke dalam kategori 'Sexual Dysfunctions'. Pada wanita dikenal Female Orgasmic Disorder, sedangkan pada pria mencakup Premature (Early) Ejaculation (kode 302.75) dan Delayed Ejaculation (302.74).

Ejakulasi dini atau Premature Ejaculation merupakan bentuk gangguan orgasme yang paling prevalen dan paling sering menjadi alasan konsultasi medis. Berdasarkan konsensus International Society for Sexual Medicine (ISSM) tahun 2014, secara operasional ejakulasi dini didefinisikan sebagai ejakulasi yang terjadi selalu atau hampir selalu dalam waktu kurang dari satu menit setelah penetrasi vaginal, disertai ketidakmampuan menunda ejakulasi pada seluruh atau hampir seluruh kejadian, serta menimbulkan konsekuensi negatif seperti distress, frustrasi, atau penghindaran hubungan seksual. ICD-10 WHO menggolongkan kondisi ini dengan kode F52.4.

Klasifikasi Klinis

Klasifikasi praktis membedakan ejakulasi dini menjadi dua varian utama. Ejakulasi dini primer (lifelong) muncul sejak awal kehidupan seksual dengan IELT (intravaginal ejaculatory latency time) kurang dari satu menit sejak hubungan pertama. Ejakulasi dini sekunder (acquired) muncul setelah periode fungsi seksual normal, biasanya dipicu oleh faktor psikologis, relasional, atau medis tertentu. Kedua varian ini memiliki implikasi etiologi dan pendekatan tatalaksana yang berbeda, sehingga identifikasi varian merupakan langkah awal yang penting pada level 3A.

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

1.2 Epidemiologi dan Faktor Risiko

Epidemiologi

Ejakulasi dini adalah disfungsi seksual pria yang paling banyak dilaporkan secara global. Studi prevalensi oleh Laumann et al. menunjukkan bahwa sekitar 20-30% pria dari berbagai usia pernah mengalami episode ejakulasi dini pada usia tertentu, dengan variasi tergantung

definisi operasional dan metode pengukuran yang digunakan. Di Indonesia sendiri, data epidemiologi spesifik masih terbatas karena berbagai faktor termasuk sensitivitas budaya dan keterbatasan penelitian, namun studi pendahuluan dari beberapa pusat pendidikan kedokteran memperkirakan prevalensi serupa dan cenderung under-reported.

Untuk gangguan orgasme perempuan, prevalensi Female Orgasmic Disorder dilaporkan berkisar 10-15% pada populasi umum, dengan variasi tergantung usia dan status menopause. Insidensi anorgasmia primer pada wanita yang secara konsisten tidak pernah mencapai orgasme oleh berbagai rangsang dilaporkan sekitar 5-10%. Data ini penting sebagai konteks bagi dokter umum untuk mengenali bahwa masalah ini bukan kasus langka dan pasien memerlukan penanganan yang sistematis.

Faktor Risiko

Faktor risiko gangguan orgasmus dapat dibedakan menjadi faktor predisposisi dan pencetus. Predisposisi mencakup riwayat psikiatri seperti gangguan cemas, depresi, stres pascatrauma, serta kondisi medis seperti diabetes melitus, hipertensi, dan gangguan hormonal yang memengaruhi perfusi dan persarafan organ genital. Faktor pencetus sering berkaitan dengan edukasi seksual yang kurang memadai, kecemasan performa, konflik relasional, serta penggunaan zat psikoaktif termasuk alkohol.

Aspek psikososial dan budaya memegang peran signifikan dalam konteks Indonesia. Norma budaya, ekspektasi gender, keyakinan religius, dan tekanan sosial sering membentuk standar internal pasien mengenai perilaku seksual yang dianggap normal. Diskusi terbuka mengenai fungsi seksual masih dianggap tabu sehingga banyak pasien datang terlambat atau sudah dalam kondisi kronis. Memahami dinamika ini penting bagi klinisi untuk melakukan asesmen yang sensitif.

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

1.3 Etiologi dan Patofisiologi

Etiologi Multikompleks

Patofisiologi gangguan orgasme, khususnya ejakulasi dini, bersifat multikompleks, melibatkan interaksi antara faktor neurobiologis, psikologis, dan relasional. Dari perspektif neurobiologis, refleksi ejakulasi diatur oleh sistem serotonergik di sistem saraf pusat, khususnya area nucleus paragigantocellularis dan reseptor 5-HT di medulla spinalis. Reseptor 5-HT_{2C} berperan memfasilitasi ejakulasi, sedangkan reseptor 5-HT_{1A} menghambatnya. Ketidakseimbangan reseptor ini, baik berupa hipersensitivitas 5-HT_{2C} atau penurunan aktivitas 5-HT_{1A}, telah diajukan sebagai dasar neurokimia ejakulasi dini primer oleh Waldinger et al.

Konsep terbaru menambahkan bahwa ejakulasi dini primer kemungkinan merupakan varian

fenotip dari distribusi serotonin transporter (5-HTTLPR) polimorfisme, meskipun bukti genetik masih terus diteliti dan belum menjadi dasar uji klinis rutin. Dari sisi psikologis, teori perilaku dari Masters dan Johnson menyatakan bahwa pengalaman seksual awal yang terburu-buru, rasa bersalah, atau kurangnya pemahaman terhadap respons tubuh dapat membentuk pola ejakulasi cepat yang bertahan lama dan self-reinforcing.

Teori Kognitif dan Komorbiditas Medis

Teori kognitif-perilaku modern menambahkan bahwa performance anxiety dan perhatian yang terfokus pada kendali ejakulasi secara paradoks justru mempercepat proses ejakulasi. Pikiran intrusif mengenai kontrol inilah yang membedakan ejakulasi dini dengan variasi normal fungsi seksual. Beberapa kondisi medis juga relevan untuk dipahami, antara lain prostatitis kronis, disfungsi tiroid, dan gangguan androgen. Pada gangguan orgasme perempuan, defisiensi estrogen pasca menopause, efek samping Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI), serta riwayat operasi pelvis dapat menjadi kontributor. Pemahaman holistik ini mendasari pendekatan diagnostik dan tatalaksana berbasis etiologi.

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

Modul 2: Pendekatan Klinis dan Diagnosis

2.1 Kriteria Diagnosis DSM-5 dan ICD-10

Kriteria Diagnosis

Penegakan diagnosis gangguan orgasme didasarkan pada kriteria operasional yang berlaku secara internasional. Berdasarkan DSM-5, kriteria Female Orgasmic Disorder mencakup keterbatasan untuk mencapai orgasme, penurunan frekuensi atau intensitas orgasme yang markedly diminished, gejala berlangsung minimal enam bulan, serta menyebabkan distress signifikan secara klinis. Diagnosis juga diperjelas dengan spesifikasi onset (lifelong vs acquired), situasi (generalized vs situational), dan tingkat keparahan.

Untuk ejakulasi dini menurut DSM-5, kriteria yang harus dipenuhi adalah pola ejakulasi persisten atau berulang yang terjadi pada penetrasi vaginal unilateral atau segera setelahnya dan sebelum keinginan klinis tercapai, gejala berlangsung minimal enam bulan pada hampir semua kesempatan aktivitas seksual, dan menyebabkan distress signifikan. Berbeda dengan DSM-5 yang menggunakan pendekatan dimensional, ICD-10 WHO menggunakan pendekatan kategorial dengan kode F52.4 untuk ejakulasi dini, F52.3 untuk orgasmic dysfunction, dan F52.0 untuk anorgasmia primer.

Aspek Penting dalam Penegakan Diagnosis

Beberapa aspek tambahan penting diperhatikan oleh klinisi level 3A. Pertama, pengukuran IELT kurang dari satu hingga dua menit mendukung diagnosis ejakulasi dini primer meskipun dalam praktik klinis estimasi pasien atau pasangan sudah cukup. Kedua, gunakan instrumen skrining seperti Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) untuk membantu objektifikasi diagnosis. Ketiga, evaluasi diagnostik harus mengeksklusi kondisi medis seperti urethritis, prostatitis, atau gangguan hormonal yang dapat meniru gejala. Keempat, pastikan bahwa keluhan benar-benar mencerminkan disfungsi dan bukan variasi normal fungsi seksual yang dianggap abnormal oleh pasien karena tekanan internal maupun eksternal.

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

2.2 Pendekatan Klinis, Anamnesis, dan Pemeriksaan Fisik

Pendekatan Klinis

Pendekatan klinis pada pasien dengan gangguan orgasme dimulai dari anamnesis yang komprehensif dan sensitif. Dokter umum perlu membangun rapport yang baik karena topik ini masih dianggap tabu di banyak konteks budaya, termasuk di Indonesia. Gunakan teknik komunikasi terbuka dengan pertanyaan bertahap, mulai dari keluhan utama, kemudian mengeksplorasi onset, durasi, frekuensi, dan keparahan gejala. Tanyakan juga tentang

kualitas orgasme, apakah pasien merasa cukup intens atau memuaskan, serta ada tidaknya anhedonia seksual.

Anamnesis juga harus mencakup riwayat medis menyeluruh, termasuk penyakit sistemik seperti diabetes, hipertensi, gangguan tiroid, dan gangguan neurologis. Riwayat penggunaan obat Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI), Selective Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRI), atau obat antihipertensi perlu ditanyakan karena berkaitan dengan gangguan fungsi seksual. Tanyakan juga penggunaan alkohol, rokok, dan substansi psikoaktif lain. Pada perempuan, riwayat ginekologis seperti menopause, histerektomi, atau endometriosis perlu dieksplorasi sebagai bagian dari asesmen integral.

Asesmen Mental dan Pemeriksaan Fisik

Asesmen psikiatri mencakup evaluasi gejala afektif dan ansietas menggunakan instrumen seperti Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) atau Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Skrining gangguan citra tubuh, riwayat kekerasan seksual, serta dinamika relasional dengan pasangan juga penting. Pada beberapa kasus, keterlibatan pasangan dalam sesi anamnesis dapat memberikan informasi berharga tentang perspektif kedua pihak. Pemeriksaan fisik dilakukan sesuai indikasi, misalnya tanda-tanda hipogonadisme pada pria atau atrofi vulvovaginal pada wanita. Pendekatan biopsikososial ini memastikan tidak ada faktor yang terlewat sebelum keputusan tatalaksana diambil.

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

Modul 3: Tatalaksana dan Indikasi Rujukan

3.1 Prinsip Tatalaksana Awal: Farmakologi dan Non-Farmakologi

Prinsip Tatalaksana Awal

Tatalaksana gangguan orgasme pada level 3A berfokus pada diagnosis dan tatalaksana pendahuluan yang aman dan berbasis bukti sebelum merujuk pasien ke psikiater atau spesialis terkait bila diperlukan. Prinsip utama tatalaksana ejakulasi dini meliputi pendekatan farmakologis dan non-farmakologis yang dapat dimulai oleh dokter umum. Secara farmakologis, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) merupakan lini pertama dengan profil efikasi dan keamanan yang terbukti dalam berbagai studi klinis.

Dapoxetine 30-60 mg yang diminum satu hingga dua jam sebelum aktivitas seksual adalah satu-satunya SSRI yang disetujui regulator di banyak negara khusus untuk ejakulasi dini. Alternatif lain termasuk paroxetine 10-40 mg per hari, sertraline 50-200 mg per hari, atau fluoxetine 20-40 mg per hari, meskipun penggunaannya dalam konteks ini bersifat off-label. Anestesi topikal berupa lidocaine-prilocaine cream yang diaplikasikan pada glans penis 15-20 menit sebelum aktivitas seksual juga merupakan opsi dengan bukti moderat. Phosphodiesterase-5 inhibitor dapat dipertimbangkan jika ada komorbid erectile dysfunction.

Pendekatan Non-Farmakologis

Pendekatan non-farmakologis mencakup edukasi dan konseling dasar yang tidak kalah penting. Teknik start-stop (Semans) di mana pasien berlatih mengenali sensasi pre-ejakulasi dan menghentikan stimulasi saat orgasme sudah dekat dapat diajarkan sebagai latihan perilaku mandiri. Teknik squeeze yang melibatkan tekanan pada glans penis saat sensasi ejakulasi muncul juga umum digunakan. Pada pasien dengan gangguan orgasme perempuan, sensate focus therapy dari Masters dan Johnson dapat diperkenalkan sebagai dasar edukasi tubuh. Edukasi pasangan dan komunikasi terbuka tentang ekspektasi seksual juga harus didorong karena kualitas relasional merupakan faktor prognostik penting.

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

3.2 Konseling Dasar dan Edukasi Pasien serta Pasangan

Konseling Dasar

Konseling dasar merupakan komponen penting dalam tatalaksana gangguan orgasmus yang seringkali terlupakan. Dokter umum perlu mampu memberikan edukasi yang akurat dan tidak menghakimi untuk mengurangi distress pasien serta meningkatkan kepatuhan terhadap rencana tatalaksana. Pada ejakulasi dini, edukasi tentang variasi normal fungsi seksual perlu ditekankan untuk menurunkan performance anxiety. Sampaikan bahwa durasi

seksual sangat bervariasi antar individu dan pasangan, serta kualitas hubungan tidak ditentukan semata-mata oleh durasi penetrasi vaginal.

Edukasi juga mencakup informasi tentang efek samping obat bila diberikan. Pasien yang memulai SSRI perlu diedukasi tentang kemungkinan delayed ejaculation yang justru merupakan efek samping yang diinginkan dalam kasus PE, namun juga perlu diedukasi tentang penurunan libido, mual, atau mulut kering yang mungkin terjadi selama 2-4 minggu pertama. Gunakan bahasa yang dapat dipahami, hindari jargon berlebihan, dan pastikan pasien memahami bahwa proses perbaikan memerlukan waktu, biasanya empat hingga delapan minggu, untuk SSRI oral harian.

Pemberdayaan Pasien dan Pasangan

Keterlibatan pasangan dalam konseling jika memungkinkan dapat meningkatkan hasil tatalaksana secara signifikan. Berikan informasi bahwa kondisi ini bukan tanda kelemahan atau kurangnya maskulinitas, melainkan kondisi medis yang dapat dikelola. Pada gangguan orgasme perempuan, edukasi tentang anatomi dan respons seksual perempuan dapat membantu mengurangi rasa bersalah. Diskusikan pentingnya foreplay, komunikasi terbuka, dan eksplorasi berbagai jenis stimulasi tanpa tekanan performa. Dokter juga harus mampu menilai apakah pasien memerlukan konseling lebih intensif seperti Cognitive Behavioral Therapy (CBT) yang biasanya dikelola oleh psikiater, sehingga dapat merujuk tepat waktu.

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

3.3 Indikasi Rujukan, Prognosis, dan Tindak Lanjut

Indikasi Rujukan

Pengenalan indikasi rujukan yang tepat merupakan kompetensi esensial dokter umum pada level 3A. Rujukan ke psikiater atau klinik kesehatan jiwa diperlukan pada beberapa kondisi berikut. Pertama, pasien dengan ejakulasi dini refrakter terhadap tatalaksana lini pertama selama minimal empat hingga delapan minggu, atau pasien dengan anorgasmia yang tidak membaik dengan intervensi dasar. Kedua, pasien dengan komorbiditas psikiatri yang signifikan seperti gangguan depresi mayor, gangguan cemas menyeluruh, gangguan obsesif-kompulsif, atau riwayat trauma seksual yang memerlukan tatalaksana primer kondisi tersebut.

Ketiga, pasien dengan kecurigaan gangguan orgasme sekunder karena kondisi medis seperti hipogonadisme, gangguan neurologis, atau efek samping obat kronis yang perlu dievaluasi lebih lanjut. Keempat, pasien dengan dinamika relasional kompleks, seperti masalah hubungan berat, kecurigaan kekerasan dalam rumah tangga, atau pasangan menolak terlibat dalam proses konseling. Kelima, pada pasien perempuan dengan gejala yang mengarah pada gangguan orgasme kronis atau anorgasmia primer, kolaborasi dengan ginekolog dan psikiater menjadi penting untuk tatalaksana komprehensif.

Prognosis dan Tindak Lanjut

Prognosis gangguan orgasme bervariasi tergantung etiologi dan kepatuhan terhadap tatalaksana. Ejakulasi dini primer umumnya merespon baik terhadap kombinasi farmakoterapi dan konseling perilaku, dengan perbaikan signifikan pada sebagian besar kasus dalam dua hingga tiga bulan sesuai pedoman ISSM. Ejakulasi dini sekunder memiliki prognosis yang lebih bergantung pada manajemen faktor pencetus. Gangguan orgasme perempuan memerlukan pendekatan terapeutik jangka panjang. Dokter umum perlu melakukan tindak lanjut berkala untuk menilai respons klinis, memantau efek samping obat, serta memberikan dukungan psikologis dasar sepanjang proses rujukan dan pemulihan.

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

Daftar Pustaka / Referensi

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Publishing (2013).
2. World Health Organization. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization (1992).
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Wolters Kluwer (2015).
4. Ruziana Masiran, Hatta Sidi, Zahurin Mohamed, Nur Elia Mohd Nazree, Nik Ruzyanei Nik Jaafar, Marhani Midin. Female Sexual Dysfunction in Patients with Major Depressive Disorder (MDD) Treated with Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) and Its Association with *5-HTT* 2A—1438 G/A Single Nucleotide Polymorphisms. The Journal of Sexual Medicine (2014). doi:10.1111/jsm.12452
5. Ege Can Serefoglu, Chris G. McMahon, Marcel D. Waldinger, Stanley E. Althof, Alan Shindel, Ganesh Adaikan. An Evidence-Based Unified Definition of Lifelong and Acquired Premature Ejaculation: Report of the Second International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. The Journal of Sexual Medicine (2014). doi:10.1111/jsm.12524
6. McMahon CG. Disorders of Ejaculation. Translational Andrology and Urology (2016).
7. Waldinger MD. The Pathophysiology of Lifelong Premature Ejaculation. Translational Andrology and Urology (2018).
8. Shindel AW, Althof SE, Carrier S, Chou R, McMahon CG, Mulhall JP, et al.. Disorders of Ejaculation: An AUA/SMSNA Guideline. Journal of Sexual Medicine (2022).

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.