

**HUBUNGAN TINGKAT OBESITAS TERHADAP FUNGSI
SEKSUAL WANITA USIA SUBUR
DI KOTA BANDAR LAMPUNG**

(SKRIPSI)

Oleh
FISTANA BELLA VALANI



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2018**

**HUBUNGAN TINGKAT OBESITAS TERHADAP FUNGSI
SEKSUAL WANITA USIA SUBUR
DI KOTA BANDAR LAMPUNG**

Oleh
FISTANA BELLA VALANI

(SKRIPSI)

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN

Pada

Program Studi Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2018**

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN GRADES OF OBESITY AND FEMALE SEXUAL FUNCTION IN WOMEN OF PRODUCTIVE AGE IN BANDAR LAMPUNG CITY

By

FISTANA BELLA VALANI

Background: Based on Riskesdas 2013, an increase prevalence of obesity in women is 32.9%. Bandar Lampung City has a higher prevalence of obesity compared to other districts in Lampung Province (19.8%) and the prevalence of obesity in women is above the national prevalence (24.5%). So far, research on the problem of sexual function in Indonesia is also relatively small and there is no research that examines deeply about the relationship between grades of obesity and female sexual function.

Method: This research used observational method with cross-sectional approach. The sampling technique is cluster sampling. Research carried out period October-November 2017, the sample that was obtained was 162 people. Data were obtained from IMT measurements and FSFI questionnaires.

Result: The result of bivariate analysis showed that there was no correlation between obesity level and female sexual function score in Bandar Lampung ($p = 0,417$). The mean score of sexual function scores in the control group (26.58) was higher than in the obese group I (24.87) and the second obese (23.7). Sociodemographic factors such as age, education level, parity, contraceptive use status, and body mass index (IMT) were associated with female sexual function in Bandar Lampung ($p < 0,05$).

Conclusion: There is no relationship between grades of obesity and female sexual function in women of productive age in Bandar Lampung City.

Keywords: Obesity I, obesity II, sexual function score, sexual function domain

ABSTRAK

HUBUNGAN TINGKAT OBESITAS TERHADAP FUNGSI SEKSUAL WANITA USIA SUBUR DI KOTA BANDAR LAMPUNG

Oleh

FISTANA BELLA VALANI

Latar Belakang: Berdasarkan Riskesdas 2013, terjadi peningkatan prevalensi obesitas pada wanita yaitu menjadi 32.9%. Kota Bandar Lampung memiliki prevalensi obesitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan kabupaten lain di Provinsi Lampung (19,8%) dan prevalensi obesitas pada wanitanya berada diatas prevalensi nasional (24,5%). Selama ini penelitian mengenai permasalahan fungsi seksual di Indonesia juga masih relatif sedikit dan belum ada penelitian yang mengkaji secara mendalam mengenai hubungan tingkat obesitas terhadap fungsi seksual wanita.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode observasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Teknik pengambilan sampel adalah cluster sampling. Penelitian dilaksanakan periode Oktober-November 2017, sampel yang berhasil didapatkan adalah 162 orang. Data diperoleh dari pengukuran IMT dan kuesioner FSFI.

Hasil: Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat obesitas dengan skor fungsi seksual wanita usia subur di Kota Bandar Lampung ($p=0,417$). Nilai rata-rata skor fungsi seksual pada kelompok kontrol (26,58) lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok obesitas I (24,87) dan obesitas II (23,7). Faktor sosiodemografi seperti usia, tingkat pendidikan, paritas, status penggunaan alat kontrasepsi, dan indeks massa tubuh (IMT) berhubungan dengan fungsi seksual wanita usia subur di Kota Bandar Lampung ($p<0,05$).

Simpulan: Tidak terdapat hubungan antara tingkat obesitas dengan fungsi seksual wanita usia subur di Kota Bandar Lampung.

Kata Kunci: Obesitas I, obesitas II, skor fungsi seksual, domain fungsi seksual

Judul Skripsi : **HUBUNGAN TINGKAT OBESITAS TERHADAP FUNGSI SEKSUAL WANITA USIA SUBUR DI KOTA BANDARLAMPUNG**

Nama Mahasiswa : Fistana Bella Valani

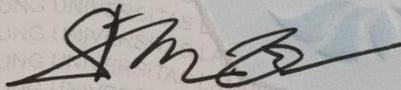
No. Pokok Mahasiswa : 1418011087

Program Studi : Pendidikan Dokter

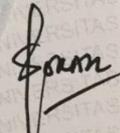
Fakultas : Kedokteran

MENYETUJUI

1. Komisi Pembimbing



Prof. Dr. Sutyarso, M.Biomed
NIP. 19570424 198703 1 001



Soraya Rahmanisa, S.Si., M.Sc
NIP. 19850412 201012 2 003

2. Dekan Fakultas Kedokteran

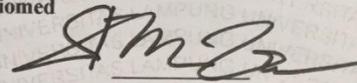


Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA
NIP. 19701208 100112 1 001

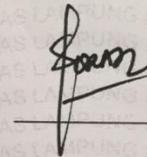
MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua : Prof. Dr. Sutyarso, M.Biomed

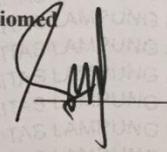


Sekretaris : Soraya Rahmanisa, S.Si., M.Sc



Penguji

Bukan Pembimbing : dr. Syazili Mustofa, S.Ked., M.Biomed



2. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA
NIP. 19701208 100112 1 001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi : 18 Januari 2018

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa:

1. Skripsi dengan judul “HUBUNGAN TINGKAT OBESITAS TERHADAP FUNGSI SEKSUAL WANITA USIA SUBUR DI KOTA BANDAR LAMPUNG” adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau disebut plagiarisme
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung

Atas pernyataan ini apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 18 Januari 2018

Pembuat pernyataan,



Fistana Bella Valani

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Tulang Bawang pada tanggal 4 September 1996, sebagai anak pertama dari dua bersaudara, dari Bapak Suparlan, S.P dan Ibu Suwantari Murdaningsih S.P.

Pendidikan Taman Kanak-kanak (TK) diselesaikan di TK Al-Falah, Bandar Jaya, Lampung Tengah pada tahun 2002, Sekolah Dasar (SD) diselesaikan di SDS Abadi Perkasa Tulang Bawang pada tahun 2008, Sekolah Menengah Pertama (SMP) diselesaikan di SMPS Abadi Perkasa Tulang Bawang pada tahun 2011, dan Sekolah Menengah Atas (SMA) diselesaikan di SMAN 1 Kotagajah Lampung Tengah pada tahun 2014.

Pada tahun 2014, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur Seleksi Nasional Masuk Perguruan Tinggi (SNMPTN). Selama menjadi mahasiswa penulis pernah aktif di organisasi Forum Studi Islam Ibnu Sina (FSI Ibnu Sina) Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Selain itu , selain itu penulis juga tercatat sebagai salah satu anggota tim Asisten Dosen Patologi Anatomi periode 2016/2017.

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim

“Dan janganlah kamu berputus asa dari rahmat Allah.

Sesungguhnya tiada berputus asa dari rahmat Allah
melainkan orang-orang yang kufur (terhadap karunia Allah)”

(Q.S Yusuf : 87)

Alhamdulillahilalamin

Kupersembahkan tulisan ini kepada Ayah, Ibu dan Sufrin

Sebagai hadiah kecil atas doa dan kasih sayang tulus dari sebuah keluarga

Semoga kedepannya dapat membanggakan Ayah dan Ibu serta menjadi manusia
yang lebih baik lagi untuk agama dan bangsa

SANWACANA

Segala puji bagi Allah SWT, Allah yang Maha Pengasih, Allah yang Maha Penyayang, yang tiada habis memberikan kepada kita kasih dan sayang-Nya, nikmat dan karunia-Nya, sehingga penelitian ini dapat saya selesaikan. Shalawat serta salam senantiasa tercurahkan kepada Nabi Muhammad S.A.W, sebaik-baik manusia di muka bumi dengan keteladanan yang abadi hingga kini.

Alhamdulillah atas kehendak dan pertolongan Allah SWT, saya dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Tingkat Obesitas Terhadap Fungsi Seksual Wanita Usia Subur di Kota Bandar Lampung” sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana Kedokteran di Universitas Lampung.

Saya meyakini penelitian skripsi ini tidak akan selesai tanpa dukungan dan bantuan dari banyak kalangan. Maka dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Hasriadi Mat Akin, M.P., selaku Rektor Universitas Lampung.
2. Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

3. Prof. Dr. Sutyarso, M.Biomed., selaku Pembimbing Utama yang telah bersedia meluangkan waktu dan kehadirannya untuk memberikan bimbingan, kritik, saran serta nasihat yang bermanfaat dalam penyelesaian skripsi ini.
4. Ibu Soraya Rahmanisa, S.Si., M.Si., selaku Pembimbing Kedua yang telah bersedia untuk meluangkan waktu, memberikan bimbingan, kritik, saran, nasihat yang bermanfaat dalam proses penyelesaian skripsi ini.
5. dr. Syazili Mustofa, M.Biomed., selaku Pembahas yang telah bersedia meluangkan waktu, memberikan masukan, kritik, saran, dan nasihat yang membangun dalam proses serta penyelesaian skripsi ini.
6. Ayah, ibu, dan adikku yang selalu memberikan doa dan semangat untukku dalam menjalankan pendidikan Kedokteran serta mengingatkan untuk selalu dekat dengan Allah SWT, semoga Allah SWT selalu memberikan kesehatan dan lindungan kepada ayah, ibu, dan adikku.
7. Sahabat-sahabat yang menjadi keluarga kesekian di FK UNILA Popi Zeniusa, Riestya Abdiana, Titik Herdawati, Lulu, Mutiara, Grecia, Nana, Tia, dan Revolution yang saling membantu dan memberikan semangat atas kegiatan selama perkuliahan maupun proses penelitian serta pembuatan skripsi ini.
8. Kepala puskesmas, kepala bagian gizi, ketua RT, bidan, dan responden yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kedaton, Tanjung Karang Timur, Tanjung Karang Barat, Sukabumi, Sukarame, Kemiling, dan Bumiwaras yang telah berbaik membantu peneliti dalam melakukan penelitian.

9. Seluruh Staf Dosen FK Unila yang telah memberikan ilmunya kepada penulis untuk menambah wawasan yang menjadi landasan untuk mencapai cita-cita sebagai dokter.
10. Seluruh Staf Tata Usaha, Administrasi, dan Akademik FK Unila, serta pegawai yang turut membantu dalam proses penelitian dan penyusunan skripsi ini.
11. Seluruh pihak yang turut berkontribusi dalam penyelesaian skripsi ini yang tidak dapat disebutkan namanya satu per satu, terima kasih atas segala kebaikan yang telah diberikan kepada penulis.

Penulis menyadari skripsi ini masih memiliki banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan, namun peneliti berharap skripsi ini dapat memberikan manfaat dan pengetahuan baru kepada setiap orang yang membacanya. Semoga segala perhatian, kebaikan, dan keikhlasan yang diberikan selama ini mendapat balasan dari Allah SWT.

Bandar Lampung, 18 Januari 2018

Penulis

Fistana Bella Valani

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat bagi peneliti.....	5
1.4.2 Manfaat bagi peneliti lain	6
1.4.3 Manfaat bagi tenaga kesehatan	6
1.4.4 Manfaat bagi Institusi pendidikan dan Masyarakat.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Obesitas	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Prevalensi Obesitas.....	7
2.1.3 Faktor Resiko Obesitas	8
2.1.4 Kategori Obesitas.....	10
2.1.5 Metode Penentuan Obesitas.....	12
2.2 Seksualitas	15
2.2.1 Definisi	15
2.2.2 Siklus Respon Seksual	15
2.3 Disfungsi Seksual	17
2.3.1 Definisi	17
2.3.2 Kategori.....	18
2.3.3 Faktor Resiko Disfungsi Seksual.....	20
2.3.4 Pengukuran FSFI (<i>Female Sexual Function Index</i>)	26
2.4 Kerangka Penelitian.....	27
2.4.1 Kerangka Teori.....	27
2.4.2 Kerangka Konsep.....	29

2.5 Hipotesis.....	29
--------------------	----

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian	30
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian	30
3.3 Populasi dan Sampel.....	30
3.3.1 Populasi.....	30
3.3.2 Sampel.....	31
3.4 Variabel Penelitian.....	34
3.4.1 Variabel Bebas (<i>Independent</i>)	34
3.4.2 Variabel Terikat (<i>Dependent</i>).....	34
3.5 Definisi Operasional.....	35
3.6 Pengumpulan Data.....	35
3.6.1 Langkah Kerja.....	35
3.6.2 Metode Pengumpulan Data	37
3.7 Pengolahan dan Analisa Data.....	40
3.7.1 Pengolahan Data	40
3.7.2 Analisis Data	41
3.8 Alur Penelitian.....	43
3.9 Etik Penelitian	44

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian.....	45
4.1.1 Analisis Univariat.....	46
4.1.2 Analisis Bivariat.....	53
4.2 Pembahasan.....	60
4.2.1 Analisis Univariat.....	60
4.2.2 Analisis Bivariat.....	65
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	74

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan.....	75
5.2 Saran.....	75

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Klasifikasi IMT Menurut Kriteria Asia Pasifik	13
2. Definisi Operasional.....	34
3. Skor Penilaian FSFI	37
4. Karakteristik responden berdasarkan usia.....	46
5. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan	47
6. Karakteristik responden berdasarkan paritas	48
7. Karakteristik responden berdasarkan status pekerjaan	49
8. Karakteristik responden berdasarkan status kontrasepsi.....	50
9. Skor fungsi seksual	51
10. Skor fungsi seksual berdasarkan indeks massa tubuh.....	52
11. Distribusi usia responden berdasarkan fungsi seksual	53
12. Distribusi pendidikan responden berdasarkan fungsi seksual.....	54
13. Distribusi paritas responden berdasarkan fungsi seksual.....	55
14. Distribusi status penggunaan alat kontrasepsi responden berdasarkan fungsi seksual.....	56
15. Distribusi pekerjaan responden berdasarkan fungsi seksual.....	58
16. Distribusi IMT berdasarkan fungsi seksual.....	58
17. Hubungan tingkat obesitas berdasarkan fungsi seksual	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Kerangka Teori.....	27
2. Kerangka Konsep	28
3. Alur Penelitian	42
4. Karakteristik responden berdasarkan usia.....	46
5. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan	47
6. Karakteristik responden berdasarkan paritas	48
7. Karakteristik responden berdasarkan status pekerjaan	49
8. Karakteristik responden berdasarkan status kontrasepsi.....	50
9. Skor fungsi seksual wanita usia subur di Kota Bandar Lampung.....	51
10. Distribusi usia responden berdasarkan fungsi seksual	54
11. Distribusi pendidikan responden berdasarkan fungsi seksual.....	55
12. Distribusi paritas responden berdasarkan fungsi seksual.....	56
13. Distribusi status penggunaan alat kontrasepsi responden berdasarkan fungsi seksual.....	57
14. Distribusi indeks massa tubuh berdasarkan fungsi seksual.....	58

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Obesitas merupakan kondisi penumpukan lemak pada jaringan adiposa secara berlebih yang dapat mengganggu kesehatan. Obesitas dapat diidentifikasi melalui perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT). Saat ini WHO telah menetapkan obesitas sebagai epidemik global, karena menjadi permasalahan baik di negara maju maupun negara berkembang. Prevalensi obesitas didunia mengalami peningkatan sebanyak dua kali lipat sejak tahun 1980 hingga tahun 2008. Pada tahun 2005, prevalensi obesitas didunia mencapai 400 juta jiwa dan pada tahun 2014 terdapat lebih dari 600 juta jiwa mengalami obesitas (WHO, 2016).

Menurut Center of Disease Control (CDC), selama tahun 2011-2014 prevalensi obesitas penduduk Amerika memiliki perbedaan yang cukup signifikan jika dilihat dari usia. Penduduk usia 40-59 tahun memiliki persentase yang lebih tinggi, yaitu sebesar 40.2% dibanding usia ≥ 60 tahun yaitu sebesar 37.0%. Prevalensi obesitas juga lebih tinggi pada wanita (38.3%) dibanding pria (34.3%) (Ogden *et al.*, 2015).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), prevalensi obesitas tahun 2010 pada penduduk usia dewasa (>18 tahun) didapatkan 21.7% dari total seluruh penduduk di Indonesia. Prevalensi pada pria sebesar 16.3% dan wanita sebesar 26.9% (Riskesdas, 2010). Berdasarkan data Riskesdas tahun 2013, terjadi peningkatan prevalensi obesitas, pada pria meningkat menjadi 19.7% dan pada wanita meningkat menjadi 32.9% (Riskesdas, 2013). Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Provinsi Lampung tahun 2007 menunjukkan bahwa Kota Bandar Lampung memiliki prevalensi obesitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan kabupaten lain di Provinsi Lampung yaitu sebesar 19,8%. Selain itu, prevalensi obesitas pada wanita di Kota Bandar Lampung berada diatas prevalensi nasional, yaitu sebesar 24,5% (Riskesdas Provinsi Lampung, 2007).

Obesitas disebabkan oleh berbagai faktor. Pada dasarnya obesitas terjadi karena adanya ketidakseimbangan antara energi yang masuk dan energi yang dikeluarkan. Hal tersebut dipengaruhi oleh pola makan, perilaku makan, dan aktivitas fisik. Obesitas dapat menyebabkan beberapa masalah kesehatan antara lain diabetes mellitus tipe II, hipertensi, dislipidemia, *cardiovascular disase (CVD)*, disfungsi seksual, dan penyakit degeneratif lainnya (Kemenkes, 2012).

Disfungsi seksual pada wanita telah banyak menjadi bahan kajian di berbagai bidang keilmuan seperti seksologi, ginekologi, psikiatri, hingga psikoanalisa. Hal tersebut menggambarkan betapa kompleksnya permasalahan disfungsi

seksual. Beberapa literatur menyebutkan bahwa fungsi seksual dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti usia, tingkat pendidikan, agama, status sosial, status kesehatan, budaya, hormonal, dan status menopause. Karena itu angka kejadian disfungsi seksual pada wanita di setiap negara bisa berbeda-beda (Erenel and Kilinc, 2012).

Jika prevalensi disfungsi seksual pada wanita di beberapa negara, seperti Ghana (72.8%), Indonesia (66.2%), Nigeria (63%), Turki (48.3%), dan Peru (39.9%) dirata-ratakan, maka diperoleh prevalensi sebesar 58.04%. Itu artinya lebih dari separuh penduduk wanita dalam suatu negara berpotensi mengalami disfungsi seksual. Oleh karena itu, wajar bila disfungsi seksual pada wanita tidak bisa dianggap remeh karena menyangkut kualitas hidup lebih dari separuh populasi perempuan (Sutyarso dan Kanedi, 2011).

Terdapat penelitian yang menghubungkan keterkaitan antara obesitas dan disfungsi seksual pada wanita. Penelitian yang dilakukan di Brazil tentang prevalensi disfungsi seksual pada penderita *overweight* dan obesitas, menunjukkan bahwa 78.3% dari 23 responden wanita yang diteliti mengalami disfungsi seksual (Martins *et al.*, 2013). Begitu pula penelitian yang dilakukan di Iran tentang hubungan berat badan dengan fungsi seksual pada wanita menunjukkan bahwa terdapat korelasi negatif antara berat badan dengan skor fungsi seksual. Beberapa domain seperti arousal, lubrication, orgasm, dan satisfaction menunjukkan penurunan yang signifikan (Mozafari *et al.*, 2015).

Namun, penelitian yang dilakukan di Turki menunjukkan bahwa prevalensi disfungsi seksual pada 45 penderita *overweight* dan obesitas yang diteliti tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan dibandingkan kontrol. Obesitas bukan merupakan faktor utama yang mempengaruhi fungsi seksual wanita, melainkan dipengaruhi oleh faktor lain, seperti usia, lama pernikahan, psikologis, dan penyakit kronis lainnya (diabetes mellitus, stroke, penyakit jantung, dan gagal ginjal) (Yaylali *et al.*, 2010).

Sebagian besar penelitian menemukan bahwa terdapat hubungan obesitas terhadap fungsi seksual wanita. Meskipun penelitian lain menemukan tidak ada hubungan obesitas terhadap fungsi seksual wanita, masalah tersebut tidak boleh diabaikan. Disfungsi seksual dapat mempengaruhi kualitas hidup dan keharmonisan rumah tangga. Sehingga, perlu dilakukan suatu upaya pencegahan atau pengendalian disfungsi seksual baik pada penderita obesitas maupun masyarakat umum. Selama ini penelitian mengenai permasalahan fungsi seksual di Indonesia juga masih relative sedikit dan belum ada penelitian yang mengkaji secara mendalam mengenai hubungan tingkat obesitas terhadap fungsi seksual wanita. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan tingkat obesitas terhadap fungsi seksual wanita usia subur di Kota Bandar Lampung.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan dapat diidentifikasi rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu apakah terdapat hubungan tingkat obesitas terhadap fungsi seksual wanita usia subur di Kota Bandar Lampung.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan tingkat obesitas terhadap fungsi seksual wanita usia subur di Kota Bandar Lampung.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui skor fungsi seksual pada wanita usia subur yang mengalami obesitas tingkat I.
2. Untuk mengetahui skor fungsi seksual pada wanita usia subur yang mengalami obesitas tingkat II.
3. Untuk mengetahui perbandingan skor fungsi seksual pada wanita usia subur dengan IMT normal, obesitas I, dan obesitas II.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi peneliti

Menambah pengetahuan peneliti mengenai komplikasi obesitas terhadap fungsi reproduksi dan pengaruh tingkat obesitas terhadap fungsi seksual wanita.

1.4.2 Manfaat bagi peneliti lain

Berguna sebagai referensi untuk penelitian selanjutnya dalam ruang lingkup yang sama.

1.4.3 Manfaat bagi tenaga kesehatan

1. Masukan bagi tenaga kesehatan untuk meningkatkan perannya dalam memberikan konseling terkait pengaruh obesitas terhadap fungsi seksual pada penderita obesitas.
2. Masukan bagi tenaga kesehatan untuk meningkatkan perannya dalam memberikan konseling atau penyuluhan terkait kesehatan seksual pada masyarakat.

1.4.4 Manfaat bagi Institusi pendidikan dan masyarakat

Memberi sumbangan informasi bagi institusi pendidikan dan masyarakat serta meningkatkan iklim penelitian dibidang *agromedicine* sehingga dapat menunjang pencapaian visi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung sebagai Fakultas Kedokteran Sepuluh Terbaik di Indonesia pada Tahun 2025 dengan kekhususan *agromedicine*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Obesitas

2.1.1 Definisi

Obesitas merupakan kondisi kelebihan berat badan lebih dari 20% dari berat badan ideal yang diakibatkan oleh penimbunan lemak pada jaringan adiposa. Kondisi ini disebabkan oleh ketidakseimbangan energi yang masuk dengan energi yang keluar dalam jangka waktu yang lama. Oleh karena itu, setiap orang perlu memperhatikan banyaknya masukan makanan dan aktivitas fisik yang dilakukan (Sherwood, 2011).

2.1.2 Prevalensi Obesitas

Berbagai penelitian tentang epidemiologi menunjukkan adanya peningkatan angka kejadian obesitas diberbagai negara. Obesitas kini tidak hanya menjadi masalah di negara maju melainkan juga negara berkembang. Di negara berkembang, perubahan gaya hidup seperti pola makan yang salah (*fast food*) dan aktivitas fisik yang minimal, meningkatkan angka kejadian obesitas (Ellulu *et al.*, 2014).

Menurut World Health Organization (WHO), angka kejadian obesitas mengalami peningkatan dalam 4 dekade terakhir. Pada tahun 2014, angka kejadian obesitas pada laki-laki di atas 18 tahun sebesar 11% dan pada perempuan di atas 18 tahun sebesar 15%. Itu artinya, lebih dari setengah miliar orang dewasa diseluruh dunia mengalami obesitas (WHO, 2016).

Di Asia Tenggara, Malaysia menempati urutan pertama sebagai negara dengan penduduk obesitas terbanyak yaitu sebesar 14% kemudian, disusul Thailand yaitu sebesar 8.8% (Cheong, 2014). Malaysia mengalami peningkatan angka kejadian obesitas sebanyak tiga kali lipat sejak tahun 1996 (4.4%) sampai tahun 2006 (14%) (Khor, 2012). Sedangkan di Indonesia, menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 angka kejadian obesitas mengalami peningkatan yang signifikan dalam 3 tahun. Tahun 2010 prevalensi obesitas sebesar 23.3%, kemudian pada tahun 2013 meningkat menjadi 52.6% (Riskesdas, 2013).

2.1.3 Faktor Resiko Obesitas

Beberapa faktor resiko yang mungkin terlibat dalam proses terjadinya obesitas, antara lain:

2.1.3.1 Masukan energi yang melebihi pengeluaran energi

Bila energi yang masuk kedalam tubuh lebih besar daripada energi yang dikeluarkan, maka tubuh akan kelebihan energi.

Setiap kelebihan energi, akan diubah oleh tubuh dalam bentuk lain, salah satunya yaitu lemak. Kelebihan energi sebanyak 9,3 kalori, kira-kira 1 gram lemak akan disimpan oleh tubuh (Guyton and Hall, 2014).

2.1.3.2 Penurunan aktivitas fisik dan pola makan yang tidak baik

Di era globalisasi saat ini, perkembangan teknologi yang semakin canggih memudahkan masyarakat untuk dapat memperoleh segala sesuatu dengan cara yang instan. Akibatnya, seseorang akan malas untuk beraktivitas. Aktivitas fisik yang kurang dapat menyebabkan pengurangan massa otot dan peningkatan massa lemak tubuh. Selain itu, faktor lingkungan, sosial, dan psikologis juga ikut berperan dalam terjadinya obesitas. Misalnya dari sisi psikologis, berat badan seseorang seringkali meningkat selama atau setelah orang tersebut mengalami stres (Guyton and Hall, 2014).

2.1.3.3 Nutrisi berlebih pada masa kanak-kanak

Nutrisi berlebih akan disimpan dalam bentuk lemak di jaringan *adiposa*. Selama masa balita dan kanak-kanak, terjadi peningkatan jumlah dan ukuran adiposit. Makin besar kecepatan penyimpanan lemak, makin bertambah juga jumlah sel lemak. Akibatnya, kelebihan nutrisi pada anak dapat menimbulkan obesitas hiperplastik. Jumlah sel lemak pada anak *obese* tiga kali

lebih banyak dibanding anak dengan berat badan normal (Guyton and Hall, 2014).

2.1.3.4 Kelainan neurogenik

Pusat pengaturan makan di hipotalamus pada orang obesitas dapat berbeda dengan pengaturan pada orang dengan berat badan normal. Beberapa peneliti menyatakan bahwa pada orang obesitas, pusat di *hypothalamus* yang berperan dalam *homeostasis* energi diatur lebih tinggi. Itu artinya, seseorang dengan obesitas biasanya mengalami rasa lapar yang lebih hebat daripada orang normal (Sherwood, 2011).

2.1.3.5 Faktor sosiodemografi

Beberapa penelitian menyatakan bahwa wanita yang sudah menikah memiliki resiko obesitas 3 kali lebih tinggi dibandingkan wanita yang belum menikah. Karena mereka cenderung kurang peduli pada kenaikan berat badan. Selain itu, wanita yang berpendidikan rendah, berpenghasilan menengah keatas serta yang tinggal di perkotaan memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalami obesitas (Diana *et al.*, 2013).

2.1.4 Kategori Obesitas

Obesitas dibagi menjadi 2 kategori jika dilihat dari bentuk tubuh dan sel lemak, yaitu:

2.1.4.1 Obesitas berdasarkan bentuk tubuh

Berdasarkan bentuk tubuh, obesitas dibagi menjadi 2 kategori, yaitu:

a. Android/obesitas sentral

Pada tipe ini distribusi lemak berada di rongga perut sehingga disebut obesitas sentral. Akibatnya tubuh akan berbentuk seperti apel (Griesemer, 2008).

b. Ginoid/obesitas perifer

Pada tipe ini distribusi lemak berada di panggul dan paha, akibatnya tubuh akan berbentuk seperti pear. Laki-laki maupun perempuan dapat mengalami obesitas android atau ginoid (Griesemer, 2008).

2.1.4.2 Obesitas berdasarkan sel lemak

Berdasarkan sel lemak, obesitas dibagi menjadi 3 tipe, yaitu:

a. Obesitas tipe hipertrofi

Obesitas ini terjadi pada orang dewasa. Pada tipe ini obesitas timbul karena peningkatan ukuran sel lemak dibandingkan dengan sel lemak normal, namun jumlah sel lemak tidak bertambah. Hipertrofi pada sel lemak akan menyebabkan penurunan aliran darah dan peningkatan infiltrasi makrofag. Karena, sel lemak menghasilkan adiponektin yang lebih

sedikit dan adipokin inflamasi yang lebih banyak (Guyton and Hall, 2014).

b. Obesitas tipe hiperplasi

Pada tipe ini obesitas timbul karena peningkatan jumlah sel lemak dalam tubuh. Obesitas ini sering terjadi pada masa kanak-kanak. Oleh karena itu, kelebihan masukan energi pada anak dapat menimbulkan obesitas hiperplasi (Guyton and Hall, 2014).

c. Obesitas tipe hipertrofi dan hiperplasi

Pada tipe ini obesitas timbul karena peningkatan ukuran dan jumlah sel lemak dalam tubuh. Obesitas ini berlangsung dari masa kanak-kanak sampai dewasa. Karena, beberapa penelitian terkini menunjukkan bahwa sel lemak baru dapat terbentuk dari fibroblas yang mirip dengan preadiposit yang ada di segala usia. Akibatnya, ketika dewasa sel lemak dapat mengalami peningkatan jumlah dan ukuran (Drolet *et al.*, 2008).

2.1.5 Metode penentuan obesitas

Obesitas tidak hanya berkaitan dengan berat badan, namun juga akumulasi lemak yang tersimpan dalam tubuh. Banyak metode yang

dapat digunakan untuk menentukan akumulasi lemak dalam tubuh seseorang, antara lain:

2.1.5.1 Indeks Massa Tubuh (IMT)

Indeks massa tubuh (IMT) adalah salah satu teknik pengukuran sederhana dan telah direkomendasikan untuk menilai obesitas pada orang dewasa. Dibandingkan pemeriksaan lainnya, IMT memiliki spesifisitas yang tinggi yaitu 98-99%, dengan nilai prediksi positif sebesar 97% untuk memperkirakan kandungan total lemak tubuh. Menurut WHO, cut off point dalam penentuan obesitas adalah $IMT \geq 30.00$. (WHO, 2016).

Sedangkan, pada tahun 2000 Western Pacific Regional Office of WHO (WPRO) mengusulkan cut off point yang berbeda dalam penentuan obesitas untuk di kawasan Asia yaitu $IMT \geq 25.0$ (Wen *et al.*, 2009). Untuk mengetahui nilai IMT ini, dapat dihitung dengan rumus berikut:

$$IMT = \frac{\text{Berat Badan (Kg)}}{[\text{Tinggi Badan (m)}]^2}$$

Tabel 1. Klasifikasi IMT menurut WHO Kriteria Asia Pasifik (WPRO, 2000)

Klasifikasi	IMT (kg/m ²)
Underweight	< 18,5
Normal	18,5 – 22,9
Overweight	≥ 23,0
BB lebih dengan resiko	23,0 – 24,9
Obes I	25,0 – 29,9
Obes II	≥ 30

2.1.5.2 Lingkar pinggang (*Weist circumference*)

Pengukuran lingkar pinggang merupakan metode yang digunakan untuk mengukur obesitas sentral pada seseorang. Pengukuran ini dilakukan pada pertengahan antara *lower rib* dan *crista iliaca* dengan posisi penderita berdiri dan diukur pada akhir respirasi pelan dan dalam. Lingkar pinggang memiliki korelasi dengan tekanan darah, kadar *glukosa*, *trigliserida*, *HbA1C*, kolesterol *HDL*, dan *C-reactive protein*. Lingkar pinggang lebih dari 90 cm pada laki-laki dan lebih dari 80 cm pada perempuan meningkatkan resiko terhadap penyakit, hipertensi, diabetes, dan sindrom metabolik (Ma *et al.*, 2013).

2.1.5.3 Skin fold caliper

Sebagian besar lemak tubuh tersimpan didalam jaringan bawah kulit (*subcutan*), oleh karena itu disebut lemak subkutan. Pengukurannya dapat dilakukan pada lipatan kulit *trisept*, *subskapular*, *abdominal*, panggul, serta paha. Namun, beberapa penelitian menunjukkan bahwa pengukuran tebal lemak subkutan lebih akurat jika dilakukan pada lipatan kulit *trisept*. Dikatakan

obesitas jika tebal lemak subkutan >20 mm pada laki-laki dan >30 mm pada perempuan (Ma *et al.*, 2013).

2.2 Seksualitas

2.2.1 Definisi

Seksualitas merupakan aspek penting dalam kehidupan manusia yang merupakan kebutuhan dasar jasmani, rohani, dan sosial. Seksualitas memiliki makna yang cukup luas, meliputi dimensi biologis, sosial, dan budaya yang berkaitan dengan perilaku seksual. Berdasarkan dimensi biologis, seksualitas berkaitan dengan organ reproduksi termasuk bagaimana memfungsikan organ reproduksi dan menjaga kesehatan organ reproduksi. Berdasarkan dimensi sosial, berkaitan dengan pengaruh lingkungan sosial dalam membentuk perilaku seksual. Sedangkan, berdasarkan dimensi budaya, menunjukkan bahwa perilaku seks merupakan bagian dari budaya yang ada dimasyarakat (Munfarida, 2009).

2.2.2 Siklus Respon Seksual

Respon seksual merupakan bagian dari perilaku seseorang baik laki-laki maupun perempuan. Respon seksual secara umum terdiri dari 5 fase, yaitu :

2.2.2.1 Fase desire

Pada fase ini, wanita dalam keadaan istirahat (tidak terangsang). Hal tersebut ditandai oleh kondisi vagina dalam keadaan kering dan kendur (Janssen *et al.*, 2007).

2.2.2.2 Fase arousal

Fase ini dipicu oleh rangsangan fisik atau psikologis yang akan menimbulkan hasrat untuk berhubungan seksual. Hal tersebut ditandai dengan *vasokongesti* dan *myotonia*, yang akan menyebabkan peningkatan aliran darah pada organ genital serta peningkatan tonus otot pada daerah genitalia. Selama fase ini, ukuran *labiya mayor*, *labia mior*, *klitoris*, dan payudara akan meningkat serta menyebabkan basahnya vagina (*vaginal sweating*) (Janssen *et al.*, 2007).

2.2.2.3 Fase plateu

Fase dimana terjadi peningkatan hasrat seksual yang tidak disertai peningkatan kondisi *vasokongesti* dan *myotonia*. Lamanya fase plateu tergantung pada rangsangan dan hasrat seksual seseorang (Janssen *et al.*, 2007).

2.2.2.4 Fase orgasme

Pada fase orgasme, denyut nadi, frekuensi napas, dan tekanan darah akan meningkat. Ketegangan otot akan mencapai

puncak, kemudian tiba-tiba akan terjadi pelepasan ketegangan seksual (orgasme). Orgasme dipengaruhi oleh sejumlah faktor seperti usia individu, usia saat menikah, lamanya usia pernikahan, pendidikan, dan psikologi (Najafabady *et al.*, 2011).

2.2.2.5 Fase resolusi

Laki-laki atau perempuan akan memasuki fase resolusi atau istirahat setelah mengalami orgasme. Pada fase ini seseorang akan merasakan kenyamanan, ketenangan, dan kesejahteraan secara mental dan fisik (Najafabady *et al.*, 2011).

2.3 Disfungsi Seksual

2.3.1 Definisi

Disfungsi seksual adalah kelainan fungsi seksual yang ditandai dengan adanya gangguan pada satu atau beberapa siklus respon seksual normal. Istilah lain yang sering dikaitkan dengan disfungsi seksual, yaitu seksual komplain dan seksual *disorder*. Seksual komplain adalah ekspresi ketidakpuasan yang berkaitan dengan fungsi seksual. Sedangkan seksual *disorder* adalah disfungsi seksual yang masuk dalam kriteria DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) (Raina *et al.*, 2007).

2.3.2 Kategori

Berdasarkan DSM-IV, disfungsi seksual pada wanita dibagi menjadi lima kategori, yaitu *hypoactive sexual desire disorder*, *sexual arousal disorder*, *orgasmic disorder*, *dyspareunia*, dan *vaginismus*. Namun, pada tahun 2013 DSM-V mengklasifikasikan disfungsi seksual menjadi tiga kategori, yaitu:

2.3.2.1 *Sexual interest/arousal disorder*

Sexual interest/arousal disorder merupakan gabungan dari dua kategori disfungsi seksual DSM-IV yaitu *hypoactive sexual desire disorder* dan *sexual arousal disorder*. Pada kondisi ini terjadi penurunan atau hilangnya minat untuk berhubungan seksual dan ketidakmampuan mempertahankan kenikmatan seksual. Hal tersebut ditandai dengan berkurangnya cairan atau lendir vagina (lubrikasi). Faktor-faktor yang dapat menyebabkan gangguan tersebut adalah kondisi kesehatan, kurangnya komunikasi dengan pasangan, adanya permasalahan dalam rumah tangga, *body image*, dan lain-lain (American Psychiatric Association, 2013).

2.3.2.2 *Orgasmic disorder*

Orgasmic disorder merupakan kondisi dimana terjadi penurunan frekuensi atau ketidakmampuan untuk mencapai orgasme, meskipun sudah mendapatkan rangsangan yang

cukup. Seseorang dikatakan mengalami gangguan orgasme jika berlangsung lebih dari 6 bulan. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan gangguan orgasme adalah psikologis, kondisi kesehatan baik fisik maupun mental, sosialbudaya, genetik, dan permasalahan dalam rumah tangga. Gangguan orgasme dapat mempengaruhi minat seksual seseorang (American Psychiatric Association, 2013).

2.3.2.3 *Genito-pelvic pain/penetration disorder*

Genito-pelvic pain/penetration disorder merupakan gabungan dari dua kategori disfungsi seksual DSM-IV yaitu *dyspareunia* dan *vaginismus*. Gangguan ini ditandai dengan rasa nyeri pada bagian *vulvovaginal* atau panggul dan ketegangan pada otot dasar panggul setiap kali *intercourse*. Gangguan selama masa *intercourse* juga dapat menyebabkan gangguan pada aspek seksual lainnya yaitu *sexual interest/arousal disorder*. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti pengalaman traumatik insersi vagina (perkosaan atau pemeriksaan panggul yang tidak benar), permasalahan dalam rumah tangga, kondisi kesehatan, kurangnya komunikasi dengan pasangan, dan perbedaan minat seksual (American Psychiatric Association, 2013).

2.3.3 Faktor Resiko Disfungsi Seksual

2.3.3.1 Obesitas

Obesitas dapat mempengaruhi semua domain fungsi seksual. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa, masing-masing skor domain fungsi seksual pada wanita obesitas lebih rendah dibandingkan wanita dengan berat badan normal. Faktor patogenetik yang dapat mempengaruhi fungsi seksual pada wanita obesitas meliputi hiperlipidemia, peningkatan tekanan intra-abdominal, hormonal, dan psikologis. Hiperlipidemia pada perempuan obesitas ditunjukkan dengan peningkatan *Low Density Lipoprotein (LDL)* dan penurunan *High Density Lipoprotein (HDL)* (Ercho dkk, 2014).

Peningkatan profil lipid dalam darah termasuk LDL akan mempercepat pembentukan plak *ateroma* pada pembuluh darah. Hal tersebut akan meningkatkan resistensi vaskular termasuk arteri klitoris yang akan menyebabkan gangguan *vasomotor* pembuluh darah. Akibatnya, akan terjadi penurunan aliran darah pada klitoris yang akan menyebabkan hambatan dalam mengencangnya klitoris dan terjadi penurunan frekuensi orgasme selama *intercourse*. Selain itu, perubahan vaskular akibat hiperlipidemia juga akan menyebabkan gangguan hidrasi atau sekresi lendir pada jaringan vagina yang menyebabkan gangguan lubrikasi vagina. Sehingga, terjadi dispareunia. Hal

tersebut akan berakibat pada menurunnya gairah selama aktivitas seksual (Paradisi *et al.*, 2013).

Pengelolaan hiperlipidemia salah satunya adalah dengan pemberian obat golongan hipolipidemik seperti resin, asam nikotinat, statin, derivat asam fibrat, probukol, dan lain-lain. Saat ini penggunaan obat tradisional termasuk herbal telah direkomendasikan oleh WHO untuk pengobatan penyakit. Salah satu tanaman obat yang memiliki potensi antihiperlipidemi adalah cabe jawa (*Piper retrofractum Vahl*). Penelitian yang dilakukan pada hewan uji selama empat bulan menunjukkan bahwa pemberian ekstrak cabe pada kelompok perlakuan menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap kadar kolesterol total, LDL, HDL, dan gambaran histologi arteri koronaria tikus putih jantan (*Rattus norvegicus*) (Mustofa S dkk, 2014).

Selain akibat kondisi hiperlipidemia, penurunan fungsi seksual pada perempuan obesitas disebabkan oleh peningkatan tekanan *intra-abdominal*. Hal tersebut dapat menyebabkan peningkatan tekanan di dalam vesika urinari sehingga, menimbulkan inkontinensia urin. Inkontinensia urin adalah kondisi dimana seseorang tidak dapat mengontrol buang air kecil. Penderita obesitas memiliki faktor resiko 4-5 kali lebih besar untuk

mengalami inkontinensia urin dibanding orang normal. Apabila hal tersebut terjadi saat aktivitas seksual maka akan menimbulkan rasa ketidaknyamanan (Ramalingam and Monga, 2015).

Hormon seks utama yang berperan pada respon fungsi seksual wanita yaitu estrogen. Reseptor estrogen terdiri atas 2 jenis, yaitu reseptor estrogen α (ER α /NR3A1) dan reseptor estrogen β (ER β /NR3A2). Area utama reseptor estrogen (ER) dan reseptor leptin (LepRs) berada pada area yang sama di hipotalamus, yaitu di nukleus arkuata (ARC), *ventromedial nucleus hipotalamus* (VMH), dan *preoptic area* (POA). Sehingga, perubahan dalam fungsi seksual pada wanita obesitas seperti keluhan dispareunia, penipisan dinding vagina, hilangnya elastisitas, gangguan lubrikasi, payudara atrofi, dan kehilangan hasrat seksual disebabkan karena lesi fisik atau kimia pada area tersebut. Penelitian yang dilakukan di Polandia dengan 141 sampel menunjukkan, wanita dengan IMT tinggi memiliki kadar E2 lebih rendah dibandingkan dengan wanita dengan IMT rendah (Ziomkiewicz *et al.*, 2008).

1.3.3.2 Diabetes Melitus

Diabetes mellitus (DM) disebut sebagai silent killer karena gejalanya muncul secara perlahan dan tanpa disadari oleh

penderita. DM yang berlangsung lama dan tidak terkontrol dapat menyebabkan komplikasi makrovaskular dan mikrovaskular. Salah satu bentuk komplikasi mikrovaskular yang sering terabaikan adalah disfungsi seksual. Penelitian yang dilakukan di RSUD Ulin dan RSUD Dr. H. Moch. Ansari Banjarmasin menunjukkan bahwa dari 30 wanita DM yang menjadi subjek penelitian, terdapat 19 orang (63,3%) yang mengalami disfungsi seksual. Sedangkan pada wanita tanpa DM yang mengalami disfungsi seksual hanya 14 orang (46,7%). Namun kejadian disfungsi seksual pada penderita DM juga dipengaruhi oleh durasi penyakit DM yang dialami. Semakin lama seorang wanita menderita DM, maka semakin tinggi pula resiko untuk mengalami disfungsi seksual (Amelia H *et al.*, 2016).

1.3.3.3 Psikologis

Penelitian mengenai hubungan stres menurut skala *social readjustment rating scale* dengan kejadian disfungsi seksual pada wanita menunjukkan bahwa sebanyak 53 dari 66 orang wanita yang mengalami stres menderita disfungsi seksual. Hal tersebut disebabkan oleh stresor yang tinggi seperti masalah kematian anggota keluarga, penyakit, keuangan, keluarga, dan pekerjaan yang mengakibatkan seseorang menjadi depresi. Sehingga mengalami disfungsi seksual (Masri CS dan Sutyarso, 2013).

Wanita dengan obesitas memiliki persepsi negatif terhadap tubuhnya. Mereka merasa tidak percaya diri terhadap penampilannya dan sebagian besar pasangan mereka menganggap bahwa penampilan atau *body image* pada wanita obesitas tidak menarik. Hal tersebut menyebabkan penurunan gairah seksual (*arousal*) dan rasa ketidakpuasan saat berhubungan seksual yang ditandai dengan penurunan frekuensi orgasme atau *anorgasm* (Pujols, 2010).

1.3.3.4 Hormonal

Faktor lain yang berperan penting dalam mengatur respon seksual normal adalah keseimbangan hormon. Hormon adalah zat kimia yang diproduksi oleh kelenjar endokrin yang memiliki fungsi tertentu sesuai organ target dalam tubuh. Hormon seks dihasilkan oleh kelenjar seks dan kelenjar adrenal. Estrogen dan androgen merupakan hormon seks utama yang ada pada pria maupun wanita, namun dalam kadar yang berbeda. Pada wanita, androgen dihasilkan oleh ovarium dan kelenjar adrenal (Raina *et al.*, 2007).

Testosteron merupakan hormon androgen dominan pada wanita. Wanita memproduksi 0,5 mg testosteron per hari, sedangkan pria memproduksi 6-8 mg testosteron per hari. Akan tetapi, meskipun kadar hormon testosteron pada wanita lebih rendah,

tidak ada bukti yang menunjukkan bahwa wanita memiliki nafsu seks lebih rendah dibanding pria. Hormon ini mempengaruhi perilaku seksual individu karena berfungsi mempertahankan libido, lubrikasi, relaksasi otot vagina, serta perkembangan karakteristik seksual sekunder pada perempuan. Estrogen berfungsi menjaga elastisitas dan integritas epitel mukosa vagina untuk meningkatkan lubrikasi. Selain itu, menjaga tekstur dan fungsi payudara wanita. Tiga hormon estrogen alami utama yaitu estron (E1), estradiol (E2/17 β -estradiol), dan estriol (E3). Estradiol merupakan bentuk estrogen yang paling aktif (Raina *et al.*, 2007).

1.3.3.5 Sosiodemografi

Faktor sosiodemografi seperti usia, pendapatan, pendidikan terakhir, durasi pernikahan, dan jumlah anak memiliki korelasi terhadap angka kejadian disfungsi seksual. Usia merupakan faktor utama penyebab masalah seksual pada wanita karena terkait kadar hormon seks yang semakin menurun dengan bertambahnya usia. Selain itu, pendapatan dan pendidikan yang rendah juga memiliki korelasi negatif dengan kejadian disfungsi seksual (Neal *et al.*, 2015). Sedangkan, durasi pernikahan merupakan faktor protektif disfungsi seksual pada wanita. Semakin lama durasi pernikahan, maka resiko mengalami disfungsi seksual semakin rendah (Abidin A *et al.*, 2016).

1.3.3.6 Metode kontrasepsi

Prevalensi disfungsi seksual pada akseptor hormonal lebih tinggi dibandingkan akseptor IUD. Penelitian yang dilakukan di Puskesmas Rajabasa Bandar Lampung menunjukkan sebanyak 75 dari 110 akseptor hormonal (68,18%) yang diteliti mengalami disfungsi seksual. Sedangkan, pada akseptor IUD hanya 23 orang (20,91%) yang mengalami disfungsi seksual. Hal tersebut dipengaruhi oleh mekanisme kerja kontrasepsi hormonal yang dapat berpengaruh secara langsung pada penekanan produksi FSH sehingga, menghambat peningkatan hormon estrogen (Saputra dan Sutyarso, 2013). Namun, penelitian yang dilakukan di Puskesmas Wonosari Bondowoso menunjukkan dari 110 akseptor KB hormonal yang diteliti hanya 2 orang (1,8%) yang kepuasan seksualnya rendah (Agustina R, 2014).

2.3.4 Pengukuran FSFI (*Female Sexual Function Index*)

FSFI (*female sexual functionn index*) merupakan alat ukur berupa kuesioner atau pertanyaan yang valid dan akurat yang untuk menilai fungsi seksual perempuan. Kuesioner ini terdiri dari 19 pertanyaan yang mencakup 6 domain yaitu hasrat seksual, rangsangan seksual, lubrikasi, orgasme, kepuasan, dan rasa nyeri. FSFI dapat digunakan untuk menilai fungsi seksual pada perempuan dengan kondisi diabetes melitus, *obstructive sleep apnea*, *tinnitus*, *spinal cord injury*, setelah operasi panggul atau operasi *elective aorta* (Rehman *et al.*, 2015).

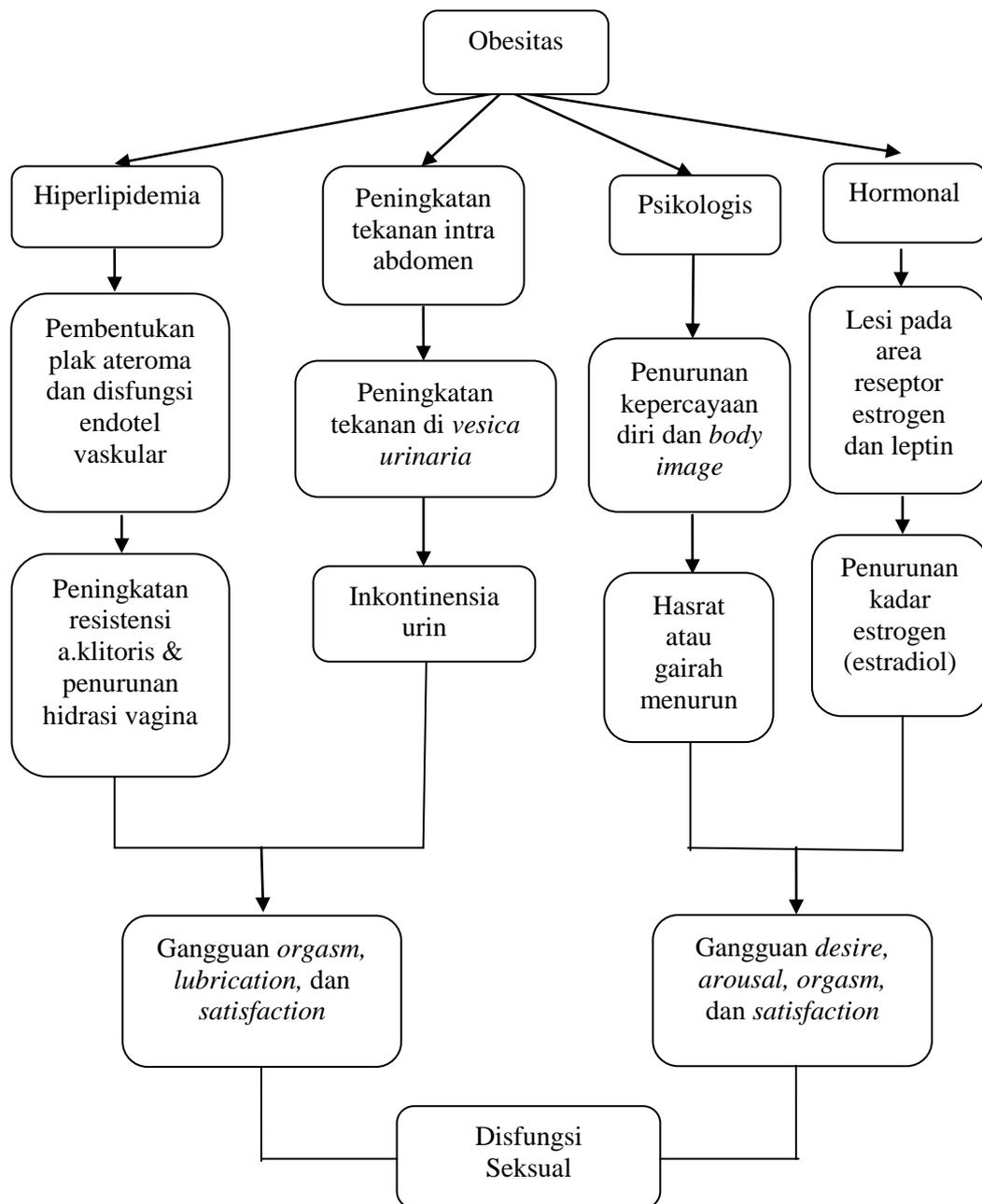
FSFI adalah kuesioner yang telah divalidasi oleh WHO dan banyak diterjemahkan dan dalam bahasa lain seperti China, Arab, Persia, Turki, Jepang, Pakistan dan Malaysia. Malaysia merupakan salah satu negara yang masuk kawasan Asia Tenggara oleh karena itu, kuesioner FSFI dapat digunakan alat ukur untuk menilai fungsi seksual perempuan di Asia Tenggara seperti Indonesia, Brunei Darussalam, dan lain-lain. Karena, memiliki karakteristik budaya dan bahasa yang hampir sama (Rehman *et al.*, 2015).

Skor domain individu dan skor keseluruhan mengenai fungsi seksual diperoleh dari tabel yang sudah ditetapkan FSFI. Setiap domain dinilai dengan skor 0-5. Skor keseluruhan diperoleh dari penjumlahan skor masing-masing domain. Skor yang lebih tinggi menunjukkan level fungsi seksual yang lebih baik dibandingkan dengan skor yang rendah. Perempuan yang memiliki skor total FSFI ≤ 26.5 atau skor setiap domain ≤ 3.6 dinyatakan mengalami disfungsi seksual (Rosen *et al.*, 2000).

2.4 Kerangka penelitian

2.4.1 Kerangka teori

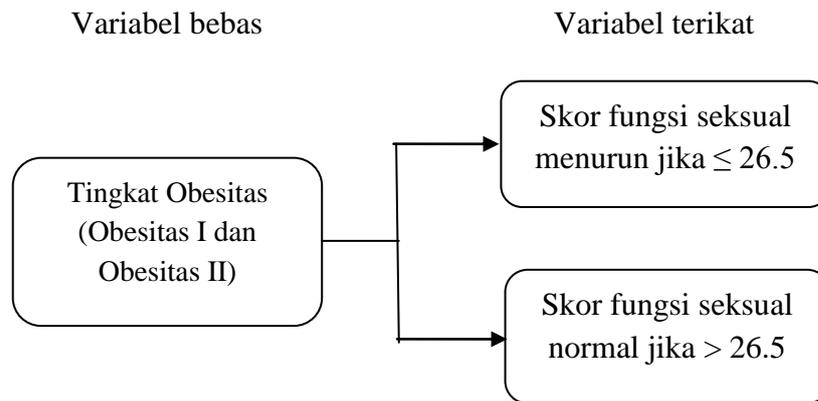
Adapun kerangka teori pada penelitian ini terlihat pada gambar 1 :



Gambar 1. Kerangka teori tentang fungsi seksual (Mozafari *et al.*, 2015; Ramalingam and Monga, 2015)

2.4.2 Kerangka konsep

Setelah dilakukan tinjauan pustaka, maka diperoleh kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 2. Kerangka konsep disfungsi seksual pada obesitas

2.5 Hipotesis

1. Terdapat hubungan tingkat obesitas terhadap fungsi seksual wanita usia subur di Kota Bandar Lampung.

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode analitik observasional dengan pendekatan *cross-sectional*, yaitu suatu penelitian yang dilakukan tanpa intervensi untuk mempelajari hubungan antara variabel satu dengan variabel lainnya melalui pendekatan, observasi, dan pengumpulan data yang dilakukan dalam satu waktu (Notoatmodjo, 2012).

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Oktober - November 2017 di Kota Bandar Lampung.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi merupakan sejumlah besar subjek yang memiliki karakteristik tertentu. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh wanita usia subur yang sudah bersuami dan mengalami obesitas tingkat I atau obesitas tingkat II serta bertempat tinggal di Kota Bandar Lampung.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan teknik *sampling* tertentu sehingga dapat mewakili populasi. Teknik *sampling* dalam penelitian ini menggunakan metode *probability sampling* yaitu *cluster sampling* dimana pengambilan sampel dilakukan secara acak pada kelompok individu dalam populasi yang terjadi secara alamiah. Cara ini sangat efisien jika populasi tersebar luas sehingga tidak mungkin untuk membuat daftar seluruh populasi tersebut.

Perhitungan besar sampel dilakukan dengan menggunakan rumus (Dahlan SM, 2010) :

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha} \sqrt{2PQ} + Z_{\beta} \sqrt{P_1 Q_1 + P_2 Q_2}}{P_1 - P_2} \right)^2$$

Keterangan :

- n : Besar sampel
- Z_{α} : Kesalahan tipe 1 (1,96)
- Z_{β} : Kesalahan tipe 2 (0,84)
- P_1 : Proporsi pada beresiko = 0,938
- Q_1 : $1 - P_1 = 1 - 0,938 = 0,062$
- P_2 : Proporsi pada kelompok tidak terpajan = 0,738
- Q_2 : $1 - P_2 = 1 - 0,738 = 0,262$
- P : Proporsi total = $\frac{P_1 + P_2}{2} = 0,838$
- Q : $1 - P = 1 - 0,838 = 0,162$
- $P_1 - P_2$: Perbedaan proporsi minimal yang dianggap bermakna = $\frac{20}{100} = 0,2$

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha} \sqrt{2PQ} + Z_{\beta} \sqrt{P_1 Q_1 + P_2 Q_2}}{P_1 - P_2} \right)^2$$

$$n = \left(\frac{1,96 \sqrt{2(0,84)(0,16)} + 0,84 \sqrt{(0,94)(0,06) + (0,74)(0,26)}}{0,2} \right)^2$$

$$n = 49$$

Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan di Iran, proporsi disfungsi seksual pada wanita usia subur dengan IMT normal sebesar 73,8% (P_2) (Rabiepoor *et al.*, 2016). Perbedaan proporsi yang dianggap bermakna sebesar 20%. Sehingga, diperoleh proporsi disfungsi seksual pada perempuan obesitas (P_1) sebesar 93,8%. Berdasarkan hasil perhitungan dengan rumus tersebut, maka diperoleh jumlah sampel minimal untuk penelitian ini yaitu 49 orang untuk kelompok kontrol, obesitas I, dan obesitas II.

Untuk mengantisipasi kesalahan dalam penelitian, ditambahkan 10% dari besar sampel yang diperoleh, hasilnya adalah 54 orang per kelompok. Sehingga, jumlah seluruh sampel dalam penelitian ini adalah 162 orang. Pengambilan sampel sekurang-kurangnya diperoleh dari tujuh kecamatan di Kota Bandar Lampung, yaitu Kecamatan Kedaton, Tanjung Karang Timur, Kemiling, Sukarame, Tanjung Karang Barat, dan Sukabumi.

3.3.2.1 Kriteria inklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian memenuhi syarat sebagai sampel dalam penelitian (Nursalam, 2011). Kriteria inklusi dalam penelitian ini meliputi :

1. Wanita usia 15-49 tahun.
2. Tinggal satu rumah dengan suami.
3. IMT 25-29.9 atau ≥ 30 .
4. Bersedia menjadi subjek penelitian.

3.3.2.2 Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi bukan merupakan suatu kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel penelitian karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian, seperti adanya keadaan atau penyakit lain yang mengganggu pengukuran (Sastroasmoro dan Ismael, 2014). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini meliputi :

1. Wanita Hamil.
2. Menderita diabetes mellitus, stroke, penyakit jantung, trauma pelvis, *polycystic ovarian syndrome (PCOS)*, dan neoplasma.
3. *Amenorrhea* lebih dari 6 bulan.
4. Riwayat merokok dan konsumsi alkohol.
5. Tidak ada aktivitas seksual dalam 4 minggu terakhir.

3.4 Variabel Penelitian

Variabel penelitian merupakan ciri, sifat, atau karakteristik subjek penelitian yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga dapat diperoleh informasi dan kesimpulan (Notoatmodjo, 2012). Jenis variabel yang digunakan yaitu :

3.4.1 Variabel bebas (*independent*)

Variabel bebas (*independent variable*) adalah variabel yang dapat mempengaruhi variabel lain. Variabel ini sering disebut sebagai prediktor, resiko, atau kausa. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah tingkat obesitas yaitu obesitas I dan obesitas II yang diperoleh dari perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT).

3.4.2 Variabel terikat (*dependent*)

Variabel terikat (*dependent variable*) adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas. Variabel ini sering disebut efek, hasil, efek, *outcome*, atau *event*. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah fungsi seksual yang diperoleh dari perhitungan skor total FSFI.

3.5 Definisi Operasional

Tabel 2. Definisi Operasional (WPRO, 2000 dan Rosen R *et al.*, 2000)

Varibel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
<i>Independent</i>				
Tingkat Obesitas	Derajat obesitas berdasarkan nilai Indeks Massa Tubuh (IMT) menurut kriteria Asia-Pasifik	Timbangan berat badan dan <i>microtoise</i>	1.Obesitas I: IMT 25-29.9 2.Obesitas II: IMT ≥ 30	Ordinal
<i>Dependent</i>				
Fungsi Seksual	Kemampuan perempuan dalam membangun hasrat seksual, rangsangan seksual, lubrikasi vagina, orgasme,nyeri, dan kepuasan selama <i>intercouse</i>	Kuesioner <i>Female Sexual Function Index</i> (FSFI)	1.Normal, jika skor >26.5 2.Menurun, jika skor ≤ 26.5	Ordinal

3.6 Pengumpulan Data

3.6.1 Langkah Kerja

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan secara langsung dengan melakukan pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT) dan memberikan kuesioner FSFI kepada perempuan yang mengalami obesitas dengan prosedur sebagai berikut:

1. Langkah pertama yang dilakukan peneliti yaitu dengan mengajukan surat permohonan izin kepada institusi pendidikan yaitu Fakultas Kedokteran Universitas Lampung sebagai landasan permohonan untuk mengadakan penelitian di Kota Bandar Lampung.
2. Setelah peneliti memperoleh izin untuk melakukan penelitian, maka selanjutnya peneliti melakukan pendekatan serta memberikan

- penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian kepada responden.
3. Responden yang bersedia kemudian diminta untuk mengisi lembar persetujuan dan *informed consent* telah disediakan.
 4. Kemudian peneliti melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan responden untuk memperoleh nilai IMT.
 5. Pengukuran berat badan menggunakan timbangan injak yang sudah dikalibrasi terlebih dahulu. Responden diminta untuk menggunakan pakaian seringan mungkin serta melepaskan alas kaki atau aksesoris yang digunakan (jam, cincin, gelang, kalung, dan lain-lain yang memiliki berat ataupun berbahan logam).
 6. Responden selanjutnya diminta naik ke timbangan, lalu berdiri tegak pada bagian tengah timbangan dengan pandangan lurus kedepan.
 7. Setelah pengukuran berat badan, dilanjutkan dengan pengukuran tinggi badan. Pengukuran tinggi badan menggunakan *microtoise* (*stature meter*). Langkah awal yaitu memilih bidang vertikal yang datar untuk meletakkan *microtoise*. Setelah itu, *microtoise* diletakkan pada dasar lantai kemudian ditarik ujung meteran hingga dua meter ke atas secara vertikal hingga *microtoise* menunjukkan angka nol.
 8. Responden selanjutnya diminta untuk melepaskan alas kaki yang digunakan dan mempersilahkan untuk berdiri di bawah *microtoise* dengan posisi tegap, pandangan lurus kedepan, kedua lengan berada

- disamping, posisi lutut tidak menekuk, dan telapak tangan menghadap ke paha.
9. Memastikan posisi kepala, punggung, bokong, betis, dan tumit responden menempel pada bidang vertikal/dinding. Kemudian *microtoise* diturunkan hingga menyentuh rambut responden namun tidak terlalu menekan kepala.
 10. Hasil pengukuran yang telah diperoleh, kemudian dicatat dalam lembar formulir penelitian.
 11. Setelah diperoleh nilai IMT, kemudian peneliti memberikan lembar kuesioner FSFI kepada responden. Pengisian kuesioner dilakukan sendiri oleh responden dengan cara terbimbing.

3.6.2 Metode Pengumpulan Data

3.6.2.1 Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data untuk mempermudah peneliti dalam menguji hipotesis atau memecahkan suatu persoalan. Instrumen penelitian yang digunakan untuk menilai fungsi seksual pada perempuan obesitas yaitu kuesioner FSFI. Kuesioner FSFI terdiri dari 19 pertanyaan yang mencakup 6 domain, yaitu hasrat seksual (*desire*), rangsangan (*arousal*), lubrikasi vagina (*lubrication*), orgasme (*orgasm*), kepuasan (*satisfaction*), dan kesakitan (*pain*). Setiap domain berisikan 2-4 pertanyaan. Untuk menilai skor domain individu, jumlahkan skor pada pertanyaan

masing-masing domain yang telah dikalikan dengan faktor. Setelah itu, jumlahkan seluruh skor setiap domain untuk memperoleh nilai keseluruhan. Selain kuesioner, instrumen lain yang dibutuhkan yaitu timbangan dan *microtoise*.

Tabel 3. Skor Penilaian FSFI (Rosen R *et al.*, 2000)

No	Domain	Pertanyaan	Rentang Skor	Faktor	Skor Minimal	Skor Maksimal
1.	Hasrat seksual (<i>desire</i>)	1,2	1-5	0,6	2	10
2.	Rangsangan (<i>arousal</i>)	3,4,5,6	0-5	0,3	0	20
3.	lubrikasi vagina (<i>lubrication</i>)	7,8,9,10	0-5	0,3	0	20
4.	Orgasme (<i>orgasm</i>)	11,12,13	0-5	0,4	0	15
5.	Kepuasan (<i>satisfaction</i>)	14,15,16	0/1-5	0,4	2	15
6.	Kesakitan (<i>pain</i>)	17,18,19	0-5	0,4	0	15

3.6.2.2 Validitas dan reliabilitas instrumen

Validitas atau kesahihan menunjukkan seberapa dekat alat ukur menyatakan apa yang seharusnya diukur. Kesahihan suatu pengukuran dipengaruhi oleh bias pengukuran. Makin besar bias, maka makin kurang sah pengukuran tersebut. Terdapat tiga kelompok bias pengukuran, yaitu bias subyek, bias pemeriksa, dan bias instrument. Sedangkan, reliabilitas atau keandalan menunjukkan seberapa andal pengukuran tersebut apabila pemeriksaan dilakukan berulang-ulang. Biasanya

ditunjukkan dengan nilai yang hampir sama dalam setiap kali pemeriksaan (Sastroasmoro dan Ismael, 2014).

Timbangan dan *microtoise* merupakan alat ukur yang sah atau valid untuk menilai berat badan dan tinggi badan. Dalam penelitian ini jenis timbangan yang akan digunakan yaitu timbangan injak. Sebelum digunakan, alat tersebut dikalibrasi terlebih dahulu. Penilaian fungsi seksual, selain menggunakan kuesioner FSFI juga dapat dinilai menggunakan *Changes in Sexual Functioning Questionnaire*, *Brief Index of Sexual Functioning for Women*, *The Derogatis Interview for Sexual Functioning*, dan *The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction*. Namun, ke-empat kuesioner tersebut belum divalidasi (Lee Y *et al.*, 2014).

Kuesioner *Female Sexual Function Index (FSFI)* merupakan kuesioner yang telah teruji validitas dan reliabilitasnya sejak tahun 2000. Kuesioner ini telah banyak digunakan dalam penelitian-penelitian sebelumnya dan menunjukkan hasil yang konsisten. FSFI memiliki sensitivitas dan spesifitas yang cukup tinggi yaitu 89.9% dan 86.3% (Lee Y *et al.*, 2014).

3.7 Pengolahan dan Analisa Data

3.7.1 Pengolahan data

Data yang telah diperoleh dari hasil pengukuran dan pengisian kuesioner akan diubah kedalam bentuk tabel atau grafik, kemudian di analisa menggunakan program statistik pada komputer. Proses pengolahan data terdiri dari beberapa langkah :

1. *Editing*

Proses *editing* meliputi langkah-langkah mengecek nama dan identitas responden, data hasil pengukuran serta isi kuesioner. Klarifikasi ini diharapkan dapat mencegah bias penafsiran sehingga tidak mengganggu proses analisa data.

2. *Coding*

Setelah semua data diedit, selanjutnya mengubah data berbentuk huruf atau kalimat menjadi bentuk angka atau bilangan. Tujuannya adalah untuk mempermudah saat *entry* data dan analisa data.

3. *Entry Data*

Proses memasukan data-data penelitian kedalam program komputer.

4. *Cleaning*

Pengecekan data kembali untuk melihat kemungkinan apakah terdapat kesalahan dalam *coding* atau ketidaklengkapan data.

3.7.2 Analisis Data

Analisis statistik yang dilakukan untuk mengolah data menggunakan program statistik meliputi :

3.7.2.1 Analisis Univariat

Analisi univariat dalam penelitian ini bertujuan untuk menentukan distribusi frekuensi karakteristik responden, nilai IMT, serta skor fungsi seksual.

3.7.2.3 Analisis Bivariat

Analisi bivariat merupakan analisis yang dilakukan untuk mengetahui hubungan atau pengaruh antara variabel bebas dengan variabel terikat menggunakan uji statistik :

1. Uji normalitas data

Uji ini digunakan untuk mengetahui distribusi suatu data apakah normal atau tidak. Hal tersebut akan menentukan uji statistik yang akan digunakan. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan uji normalitas secara analitik dengan menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov karena jumlah sampel > 50 . Data terdistribusi normal jika $p\text{ value} > 0.05$ jika $p\text{ value} < 0.05$ maka data tidak normal.

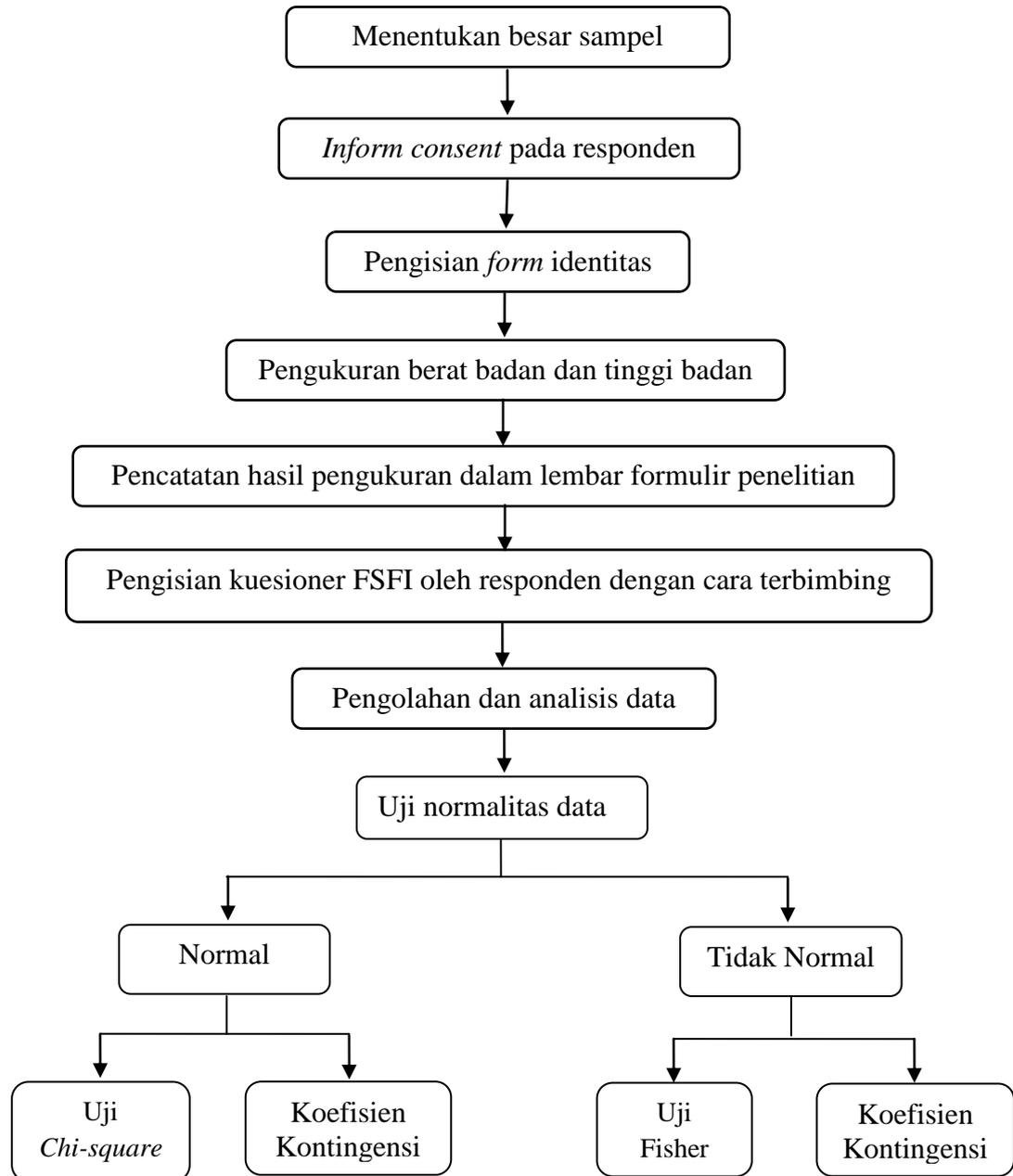
2. Uji *Chi-square*

Uji *Chi-square* merupakan uji hipotesis komparatif variabel kategorik tidak berpasangan. Uji *Chi-square* dilakukan untuk mengetahui pengaruh atau perbedaan fungsi seksual wanita pada kelompok obesitas I dan obesitas II. Syarat uji *chi-square* adalah jumlah sel yang mempunyai nilai *expected* kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel yang ada. Bila syarat uji *chi-square*, tidak terpenuhi maka akan menggunakan uji fisher.

3. Koefisien Kontingensi

Koefisien kontingensi adalah uji hipotesis korelatif variabel kategorik. Melalui uji ini peneliti ingin mengetahui kekuatan hubungan antara variabel tingkat obesitas dengan fungsi seksual wanita.

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3. Alur Penelitian

3.9 Etik Penelitian

Sebelum dilakukan pengisian kuesioner oleh responden, peneliti akan meminta responden untuk mengisi lembar ketersediaan menjadi responden (informed consent) dan peneliti akan menjamin kerahasiaan identitas, melindungi serta menghormati hak responden. Untuk mendapatkan lulus kaji etik penelitian, penelitian ini diajukan pengujian etik kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dan telah lulus kaji etik penelitian dengan No: 3655/UN26.8/DL/2017.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Berdasarkan analisis data dan pembahasan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Tidak terdapat hubungan antara tingkat obesitas dengan fungsi seksual wanita usia subur di Kota Bandar Lampung.
2. Terdapat hubungan negatif antara indeks massa tubuh (IMT) dengan fungsi seksual wanita usia subur di Kota Bandar Lampung.
3. Skor rata-rata fungsi seksual wanita usia subur di Kota Bandar Lampung yang mengalami obesitas tingkat I lebih rendah dibandingkan kelompok kontrol.
4. Skor rata-rata fungsi seksual wanita usia subur di Kota Bandar Lampung yang mengalami obesitas tingkat II lebih rendah dibandingkan kelompok kontrol dan kelompok obesitas I.

4.2 Saran

Berdasarkan pada kesimpulan yang telah diuraikan oleh peneliti diatas, saran yang mungkin dapat dijadikan pertimbangan dan masukan adalah sebagai berikut:

1. Untuk peneliti lain agar dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor lain yang mempengaruhi fungsi seksual pada wanita obesitas seperti pekerjaan suami, usia suami, sosial, dan faktor psikologis.
2. Untuk masyarakat khususnya wanita obesitas agar lebih mewaspadaı sedini mungkin untuk mencegah komplikasi akibat obesitas agar tidak mempengaruhi fungsi seksual.
3. Untuk tenaga kesehatan agar dapat memberikan konseling atau penyuluhan terkait kesehatan seksual pada masyarakat serta dapat mendiagnosis secara tepat dan tepat sehingga penurunan fungsi seksual pada wanita obesitas dapat dicegah dan diatasi agar tidak menurunkan kualitas hidup pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Abidin A, Draman N, Ismail BS, Mustaffa I, Ahmad I. 2016. Female sexual dysfunction among overweight and obese women in. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 11(2):159–67.

Agustina DR. 2014. Hubungan Lama Pemakaian KB Hormonal dengan Kepuasan Seksual Pada Akseptor KB Hormonal di Wilayah Kerja Puskesmas Wonosari Bondowoso. *Jurnal Ilmiah Universitas Muhammadiyah Jember*.

Akbar TM. 2015. Perbedaan keintiman keluarga antara wanita pekerja *shift* malam dan ibu rumah tangga di Kecamatan Kartasura [Skripsi]. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Amelia H, Khatimah H, Istiana. 2016. Perbedaan Kejadian Disfungsi Seksual Pada Wanita dengan Diabetes Melitus dan Tanpa Diabetes Melitus. *Jurnal Berkala Kedokteran*. 12(2):133–41.

American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. Edisi ke-5. USA: American Psychiatric Association. pp:690-95.

Asiah MD. 2013. Hubungan tingkat pendidikan dengan pengetahuan kesehatan reproduksi ibu rumah tangga di Desa Rukoh Kecamatan Syiah Kuala Banda Aceh. *Jurnal Biologi Edukasi*. 1(2):1-4.

Batlaery J, Hamidah, Mardiana. 2015. Penggunaan metode kontrasepsi suntikan DMPA berhubungan dengan disfungsi seksual wanita pada akseptor KB suntik. *Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan*. 2(2):49-56.

Carrilho FJP et al. 2015. Sexual dysfunction in obese women is more affected by psychological domains than that of non obese. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 37(12):552-8.

Cheong WS. 2014. *Overweight and Obesity in Asia*. Edisi ke-2. Singapore: General Reinsurance.

Dahlan SM. 2010. *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Edisi ke-3. Jakarta: Salemba Medika. Hlm:165-87.

Dewi AT, Sutyarso, Berawi MM, Angraini ID. 2014. Prevalensi disfungsi seksual pada ibu-ibu pengguna kontrasepsi impant di Kecamatan Gunung Sugih Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2013. *Juke Unila*. 3(6):41-6.

Diana R, Yuliana I, Yasmin G, Hardiansyah. 2013. Faktor Risiko Kegemukan Pada Wanita Dewasa Indonesia. *Jurnal Gizi dan Pangan*. 8(1):1-8.

Drolet R et al. 2008. Hypertrophy and hyperplasia of abdominal adipose tissues in women. *International journal of obesity*. 32(2):283-91.

Ellulu M, Abed Y, Rahmat A, Ranneh Y, Ali F. 2014. Epidemiology of obesity in developing countries: challenges and prevention. *Global Epidemic Obesity*. 2(1):1-6.

Ercho CN, Berawi K, Susantiningsih T. 2014. Hubungan obesitas dengan kadar LDL dan HDL pada mahasiswa preklinik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung Tahun 2013. *Juke Unila*. 3(1):87-92.

Erenel AŞ and Kilinc FN. 2012. Does obesity increase sexual dysfunction in women. *Springer*. 31(1): 53-62.

Esposito K, Ciotola M, Marfella R, Tommaso D, Cobellis L, Giugliano. 2005. The metabolic syndrome: a cause of sexual dysfunction in women. *Int J Impot Res*.17:224-6.

Griesemer RL. 2008. Index of Central Obesity as a Parameter to Evaluate Metabolic Syndrome for White, Black, and Hispanic Adults in the United States [Thesis]. Georgia State University.

Guyton and Hall. 2014. *Fisiologi Kedokteran*. Edisi ke-12. Singapore : Elsevier. Hlm: 918-23

Janssen E, Prause N, Geer JH. 2007. The Sexual Response. *Handbook of Psychophysiology*. Hlm: 245-66.

Kemenkes RI. 2012. *Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Kegemukan dan Obesitas pada Anak Sekolah*. Jakarta: Kemenkes RI.

Khor GL. 2012. Food availability and the rising obesity prevalence in Malaysia. *IeJSME*. 6(1): 61-8.

Lee Y et al. 2014. Development and Validation of the Korean Version of The Female Sexual Function Index-6 (FSFI-6K). *Yonsei Medical Journal*. 55(5): 1442-46.

Ma WY et al. 2013. Measurement of waist circumference: Midabdominal or iliac crest. *Diabetes Care*. 36(6): 1660-66.

Martins ES, Rego LM, Galvao MA, Florencio TM, Cavalcane JC. 2013. Incidence of sexual dysfunction in patients with obesity and overweight. *Revista do Brasileiro de Cirurgiões*. 40(3):196–202.

Masri CS dan Sutyarso. 2014. Hubungan Stres menurut Skala Social Readjustment Rating Scale dengan kejadian Disfungsi Seksual pada Wanita Pasangan Usia Subur di Puskesmas Kota Karang Teluk Betung Bandar Lampung. *Juke Unila*. 3(1):46–53.

Meston MC and Stanton MA. 2017. "Treatment of female sexual interest/arousal disorder" in *Facilitators and Barriers in Sexual History Taking*. pp:155-63.

Mostafa MA, Khamis Y, Helmy KH, Arafa EA, Abbas MA. 2017. Prevalence and patterns of female sexual dysfunction among overweight and obese premenopausal women in Upper Egypt; a cross sectional study. *Middle East Society Journal*. pp:1-4.

Mozafari M, Khajavikhan J, Molouk J, Khani A, Moghadam DA, Najafi F. 2015. Association of Body Weight and Female Sexual Dysfunction: A Case Control Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 17(1):1–6.

Munfarida E. 2009. Kritik Wacana Seksualitas Perempuan. *Jurnal Studi Gender dan Anak*. 4(1):122-139.

Mustofa S, Anindito AA, Pratiwi A, Putri AA, Maulana M. 2014. The influence of *Piper retrofractum Vahl* (Java's chili) extract towards lipid profile and histology of rats coronary artery with high-fat diet. *Juke Unila*. 4(7):52-9.

Najafabady MT, Salmani Z, Abedi P. 2011. Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in Hesarak, Iran. *Clinics Sao Paulo Brazil*. 66(1):83–6.

Neal KL, Teng S, Mazvita N, Victoria G, Braverman A, Worly B. 2015. Socioeconomic Variables Effecting Female Sexual Function in an Urban. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. (5):195–202.

Ningsi A, Seweng A, Amiruddin R. 2012. Pengaruh penggunaan metode kontrasepsi suntikan DMPA terhadap kejadian disfungsi seksual. *JTS Kesehatan*. 2(1):36-47.

Notoatmodjo S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu*. Edisi ke-2. Jakarta: Salemba Medika.

Ogden LC, Hales MC, Carroll DM, Fryar DC. 2015. Prevalence of Obesity Among Adults and Youth: United States, 2011-2014. *NCHS CDC* (219):1–8.

Paradisi R et al. 2013. Body Mass Index, Stunkard Figure Rating Scale, and Sexuality in Young Italian Women : A Pilot Study. *Journal Sexual Medicine*. 7:905-16.

Putra MGI. 2012. Dampak kehamilan dan persalinan terhadap dasar panggul. Bagian/SMF Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana: Bali.

Rating Scale, and Sexuality in Young Italian Women : A Pilot Study. *Journal Sexual Medicine*. (10):1034-43.

Rabiepoor S, Khalkhali HR, Sadeghi E. 2016. What kind of sexual dysfunction is most common among overweight and obese women in reproductive age. *International Journal of Impotence Research*. pp:1-4.

Raina R et al. 2007. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management. *Fertility and Sterility*. 88(5): 1273-84.

Ramalingam K and Monga A. 2015. Obesity and Pelvic Floor Dysfunction. Elsevier. 29:541-47.

Rehman KU et al. 2015. The Female Sexual Function Index (FSFI): Translation, Validation, and Cross-Cultural Adaptation of an Urdu Version "FSFI-U." *Sexual Medicine*. 3(4):244-50.

Riskesdas. 2010. Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI. Hlm:1-306.

Riskesdas. 2013. Riset Kesehatan Dasar: RISKESDAS. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI. Hlm:1-384.

Riskesdas Provinsi Lampung. 2009. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Provinsi Lampung Tahun 2007. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Hlm:1-232.

Rosen R et al. 2000. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 26:191-208.

Saputra MAR dan Sutyarso. 2013. Perbandingan angka kejadian disfungsi seksual menurut skoring FSFI pada akseptor IUD dan hormonal di Puskesmas Rajabasa Bandar Lampung. *Juke Unila* 2014. 3(1):69-78.

Sastroasmoro S dan Ismael S. 2014. Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis. Jakarta: Bina Rupa Aksara. Hlm:35-41.

Sherwood L. 2011. Keseimbangan Energi dan Pengaturan Suhu Tubuh. Dalam: Fisiologi Manusia dari Sel ke Sistem. Edisi ke-6. Jakarta: Penerbit Kedokteran EGC. Hlm:701-109.

Sutyarso dan Kanedi M. 2011. Disfungsi Seksual Perempuan dan Kemungkinan Dampaknya Pada Kinerja Profesional Mereka. Asosiasi Seksologi Indonesia. Hlm:9-13.

Wen CP et al. 2009. Are Asians at greater mortality risks for being overweight than Caucasians. Redefining obesity for Asians. Public Health Nutrition, 12(4): 497.

World Health Organization. 2016. Obesity and Overweight [internet]. Geneva: WHO [Disitasi tanggal 7 Maret 2017]. Tersedia dari <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

WHO/IASO/IOTF. 2000. The Asia-Pacific Perspective: Redefining Obesity and its Treatment. Health Communications Australia.

Yaylali GF, Tekekoglu S, Akin F. 2010. Sexual dysfunction in obese and overweight women. Int J Impot Res. 22(4): 220–26.

Ziomkiewicz A, Ellison PT, Lipson SF, Thune I, Jasienska G. 2008. Body fat , energy balance and estradiol levels: a study based on hormonal profiles from complete menstrual cycles. Oxford Journal, 23(11):2555–63.