

**PERBEDAAN FUNGSI SEKSUAL
WANITA PERKOTAAN DAN PEDESAAN
DI KECAMATAN KEDATON DAN KECAMATAN PAGELARAN**

(Skripsi)

Oleh

GRECIA INGRID GULTOM



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDARLAMPUNG
2018**

**PERBEDAAN FUNGSI SEKSUAL
WANITA PERKOTAAN DAN PEDESAAN
DI KECAMATAN KEDATON DAN KECAMATAN PAGELARAN**

**Skripsi
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN**

Pada

**Fakultas Kedokteran
Universitas Lampung**

Oleh

GRECIA INGRID GULTOM



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDARLAMPUNG
2018**

ABSTRACT

THE DIFERENCES OF FEMALE SEXUAL FUNCTION IN URBAN AND RURAL WOMEN AT KECAMATAN KEDATON AND KECAMATAN PAGELARAN

By

GRECIA INGRID GULTOM

Background: Sexual functioning in women is the result of integration of biological structures, life experiences, knowledge, behaviors, and attitudes influenced by physical, psychological, interpersonal, and cultural factors. The purpose of this study was to determine the difference in the proportion of urban and rural women's sexual function in Kecamatan Kedaton and Kecamatan Pagelaran and determine the factors that related to female sexual function.

Methods: This study was done by cross sectional approach. This research was conducted in December 2017 until January 2018. Data collection was done at Puskesmas Kedaton and Puskesmas Pagelaran to women in Kecamatan Kedaton and Pagelaran. This study used the FSFI questionnaire. Sampling was done by purposive sampling in 172 total samples. The analyzes were univariate analysis and bivariate analysis.

Results: Based on the results of the univariate analysis, 49.4% of women have sexual dysfunction and 50.6% of women have good sexual function. The proportion of urban women sexual function in Kecamatan Kedaton was 51.2% and the proportion of rural female sexual function in Kecamatan Pagelaran was 47.7%. Factors that related to females sexual function in this study are last education, number of childern, income, and sexual activity.

Conclusion: There was no significant difference between urban and rural women sexual function in Kecamatan Kedaton and Kecamatan Pagelaran. Factors that related to female sexual function is education, income, number of children, and sexual activity.

Key words: Sexual Function, Urban Women, Rural Women

ABSTRAK

PERBEDAAN FUNGSI SEKSUAL WANITA PERKOTAAN DAN PEDESAAN DI KECAMATAN KEDATON DAN KECAMATAN PAGELARAN

Oleh

GRECIA INGRID GULTOM

Latar Belakang: Fungsi seksual pada wanita merupakan hasil integrasi dari struktur biologis, pengalaman hidup, pengetahuan, perilaku, dan sikap yang dipengaruhi oleh faktor fisik, psikologi, interpersonal, dan budaya. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan proporsi fungsi seksual wanita perkotaan dan pedesaan di Kecamatan Kedaton dan Kecamatan Pagelaran dan faktor yang berhubungan dengan fungsi seksual wanita.

Metode Penelitian: Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan pada Desember 2017 sampai Januari 2018. Pengumpulan data dilakukan di Puskesmas Kedaton dan Puskesmas Pagelaran pada wanita di Kecamatan Kedaton dan Pagelaran. Penelitian ini menggunakan kuisioner FSFI. Pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive sampling* pada 172 total sampel. Analisis yang dilakukan yaitu analisis univariat dan analisis bivariat.

Hasil Penelitian: Berdasarkan hasil analisis univariat didapatkan hasil berupa 49,4% wanita mengalami disfungsi seksual dan 50,6% wanita memiliki fungsi seksual yang baik. Proporsi fungsi seksual wanita perkotaan di Kecamatan Kedaton sebesar 51,2% dan proporsi fungsi seksual wanita pedesaan di Kecamatan Pagelaran sebesar 47,7%. Faktor yang berhubungan dengan fungsi seksual wanita pada penelitian ini yaitu pendidikan terakhir, jumlah anak, tingkat penghasilan, dan aktivitas seksual.

Simpulan: Tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara fungsi seksual wanita perkotaan dan pedesaan di Kecamatan Kedaton dan Kecamatan Pagelaran. Faktor yang berhubungan dengan fungsi seksual wanita adalah tingkat pendidikan, pendapatan, jumlah anak, dan aktivitas seksual.

Kata kunci: Fungsi Seksual, Wanita Perkotaan, Wanita Pedesaan.

Judul Skripsi : **PERBEDAAN FUNGSI SEKSUAL WANITA
PERKOTAAN DAN PEDESAAN DI
KECAMATAN KEDATON DAN
KECAMATAN PAGELARAN**

Nama Mahasiswa : **Grecia Ingrid Gultom**

No. Pokok Mahasiswa : **1418011094**

Program Studi : **Pendidikan Dokter**

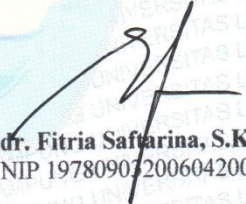
Fakultas : **Kedokteran**

MENYETUJUI

1. Komisi Pembimbing



Prof. Dr. Sutyarso, M. Biomed.

NIP 195704241987031001


dr. Fitria Safarina, S.Ked., M.Sc.

NIP 197809072006042001

2. Dekan Fakultas Kedokteran

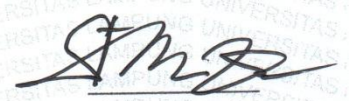

Dr. dr. Muhartono, S. Ked., M. Kes., Sp. PA

NIP 19701208 200112 1 001

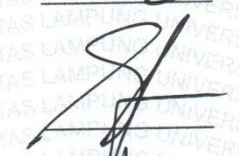
MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

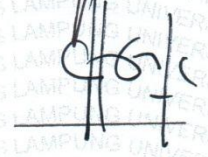
Ketua : Prof.Dr. Sutyarso, M.Biomed



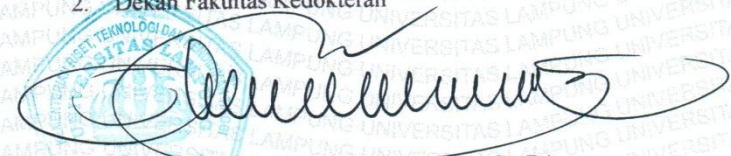
Sekretaris : dr. Fitria Saftarina, S.Ked, M.Sc.



**Penguji
Bukan Pembimbing : Dr. Dyah Wulan Sumekar RW, M.Kes.**



2. Dekan Fakultas Kedokteran



**Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA
NIP 197012082001121001**

Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 22 Januari 2018

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa:

1. Skripsi dengan judul “PERBEDAAN FUNGSI SEKSUAL WANITA PERKOTAAN DAN PEDESAAN DI KECAMATAN KEDATON DAN KECAMATAN PAGELARAN” 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 yang 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.

Bandarlampung, Januari 2018

Pembuat pernyataan



Grecia Ingrid Gultom

RIWAYAT HIDUP

Penulis lahir di Tangerang pada tanggal 3 Desember 1996. Penulis merupakan anak pertama dari 4 bersaudara dari pasangan Bapak Edward Gultom dan Ibu Serlina Repelita Simanjuntak.

Penulis menempuh pendidikannya di Sekolah Dasar (SD) di SD Strada Slamet Riyadi I Tangerang tahun 2002-2008, Sekolah Menengah Pertama (SMP) di SMP Strada Santa Maria I Tangerang tahun 2008-2010 dan Sekolah Menengah Atas (SMA) di SMA Negeri 1 Tangerang tahun 2011-2014.

Tahun 2014, Penulis diterima sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur Seleksi Bersama Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SBMPTN) tertulis. Selama menjadi mahasiswa, penulis aktif sebagai anggota Paduan Suara (Padus) Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

Kupersembahkan karya tulis ini
kepada Tuhan Yesus, Juruslamatku,
Ayah, dan Ibu
yang mengasihiku seperti sinar mentari,
tak pernah berubah

“Aku bersyukur kepadaMu, sebab Engkau telah menjawab aku dan telah menjadi keselamatanku”

Mazmur 118:21

SANWACANA

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yesus Kristus yang telah memberikan kasih, berkat, dan anugerah kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini.

Skripsi dengan judul “Perbedaan Fungsi Seksual Wanita Perkotaan dan Pedesaan di Kecamatan Kedaton dan Kecamatan Pagelaran” sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Kedokteran di Universitas Lampung.

Penulis meyakini pembuatan skripsi ini tidak akan selesai tanpa dukungan dan bantuan dari banyak pihak. Oleh karena itu, penulis sampaikan ucapan 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. Dr. dr. Asep Sukohar, S.Ked., M.Kes., dr. Fitria Saftarina, S.Ked., M.Sc., dan dr. Betta Kurniawan, S.Ked., M.Kes selaku Wakil Dekan I, Wakil Dekan II, dan Wakil Dekan III Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
4. Prof. Dr. Sutyarso, M.Biomed selaku pembimbing pertama atas kesediannya meluangkan waktu dan memberikan bimbingan, saran, dan kritik dalam proses penyelesaian skripsi ini.

5. dr. Fitria Saftarina, S.Ked, M.Sc. selaku pembimbing kedua atas kesediaannya meluangkan waktu dan memberikan bimbingan, saran, dan kritik dalam proses penyelesaian skripsi.
6. Dr. Dyah Wulan Sumekar RW, S.KM, M.Kes. selaku pembahas atas waktu, ilmu, saran, serta kritikan membangun yang telah diberikan dalam proses penyelesaian skripsi.
7. Dr. dr. Jhons Fatriyadi Suwandi, S.Ked, M.Kes. selaku Pembimbing Akademik penulis yang senantiasa mendukung dan membimbing penulis selama masa perkuliahan.
8. Bapak Edward Gultom dan Ibu Dra. Serlina Repelita Simanjuntak yang paling spesial dalam persembahan ini, orang tua penulis atas segala doa dan dukungan yang tidak pernah putus. Terimakasih sudah mengarahkan dan memotivasi penulis, telah mendukung penulis di dalam proses pendidikan yang tidak mudah ini, dan terimakasih untuk kerja keras dan perjuangannya bagi proses pendidikan penulis.
9. Adik-adik tercinta (Cindy Elisabeth, Pricilia Anastasya, Vanesa Cathy) yang selalu mendukung dan memotivasi penulis.
10. Seluruh dosen Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu dan bimbingan selama penulis menjalani masa perkuliahan.
11. Seluruh staf dan karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas bantuan selama penulis menjalani masa perkuliahan.
12. Pimpinan dan staf Puskesmas Kedaton dan Puskesmas Pagelaran atas izin dan kerjasamanya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian di puskesmas yang bersangkutan.

13. Responden di Kecamatan Kedaton dan Kecamatan Pagelaran terimakasih atas partisipasinya dalam penelitian ini.
14. Sahabat-sahabat ku Naomi, Gita, Oliv, Yona, Vero, Grace Angel, Febe, Donna, Tania, Sindi, Linda, Kak Mutia, Kak Rizqi, Febrina, Rico, Alfrido, Kak Anggy, Bang Nico, dan Pungky terimakasih atas doa, kerjasama, motivasi, dan kekeluargaan yang telah diberikan.
15. Teman-teman angkatan 2014 (CRAN14L), Permako Medis, A29ELS, dan Alter Singer yang tidak bisa disebutkan satu persatu, atas doa, dukungan, makna kebersamaan dan berbagi ilmu bersama.
16. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu yang telah memberikan bantuan dalam penulisan skripsi ini.

Penulis menyadari skripsi ini masih memiliki banyak kekurangan dan jauh dari sempurna, namun penulis berharap skripsi ini dapat memberikan manfaat dan pengetahuan baru kepada setiap orang yang membacanya.

Bandar Lampung, Januari 2018

Penulis

Grecia Ingrid Gultom

DAFTAR ISI

Halaman

DAFTAR ISI	i
DAFTAR GAMBAR	iii
DAFTAR TABEL	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Bagi Masyarakat.....	5
1.4.2 Bagi Pemerintah	5
1.4.3 Bagi Peneliti	5
1.4.4 Bagi Peneliti Selanjutnya	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Seksual.....	6
2.2 Fungsi Seksual.....	7
2.2.1 Definisi.....	7
2.2.2 Prevalensi Fungsi Seksual.....	8
2.2.3 Siklus Respon Seksual	9
2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi	13
2.2.5 Pengukuran dengan FSFI	14
2.3 Disfungsi Seksual	15
2.3.1 Definsi	15
2.3.2 Faktor Risiko	16
2.3.3 Klasifikasi	17
2.3.4 Dampak Disfungsi Seksual	20
2.3.5 Manajemen Disfungsi Seksual	21
2.4 Masyarakat Pedesaan	23
2.5 Masyarakat Perkotaan	24
2.6 Kerangka Teori.....	26
2.7 Kerangka Konsep	27
2.8 Hipotesis	28
2.8.1 Hipotesis Null (H ₀).....	28
2.8.2 Hipotesis Alternatif (H _a).....	28

BAB III METODE PENELITIAN	29
3.1 Desain Penelitian	29
3.2 Waktu dan Lokasi Penelitian.....	29
3.3 Subjek Penelitian	29
3.3.1 Populasi Penelitian	29
3.3.2 Sampel Penelitian.....	30
3.3.3 Besar Sampel.....	30
3.3.4 Teknik Sampling	32
3.4 Variabel Penelitian	32
3.4.1 Variabel Bebas	32
3.4.2 Variabel Tergantung.....	32
3.5 Definisi Operasional.....	32
3.6 Alat dan Cara Penelitian.....	34
3.6.1 Alat Penelitian.....	34
3.6.2 Cara Pengambilan Data.....	35
3.7 Alur Penelitian.....	36
3.8 Pengolahan Data.....	37
3.9 Analisis Statistika	37
3.9.1 Analisis Univariat.....	37
3.9.2 Analisis Bivariat.....	37
4.0 Etika Penelitian.....	38
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	39
4.1 Hasil Penelitian.....	39
4.1.1 Analisis Univariat.....	39
4.1.2 Analisis Bivariat.....	47
4.1 Pembahasan	55
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....	64
5.1 Simpulan.....	64
5.2 Saran	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Fisiologi Disfungsi Seksual	11
2. Kerangka Teori Penelitian	26
3. Kerangka Konsep Penelitian	27
4. Alur Penelitian	36

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Definisi Operasional	33
2. Karakteristik Subjek Penelitian.....	40
3. Perbedaan Karakteristik Responen Wanita Perkotaan dan Pedesaan.	43
4. Skor Total Fungsi Seksual Wanita Perkotaan dan Pedesaan di Kecamatan Kedaton dan Kecamatan Pagelaran	46
5. Perbedaan Fungsi Seksual Wanita Perkotaan dan Pedesaan	47
6. Hubungan Fungsi Seksual Wanita dengan Usia	48
7. Hubungan Fungsi Seksual Wanita dengan Tingkat Pendidikan Terakhir.....	49
8. Hubungan Fungsi Seksual Wanita dengan Lama Pernikahan	50
9. Hubungan Fungsi Seksual Wanita dengan Jumlah Anak	51
10. Hubungan Fungsi Seksual Wanita dengan Penghasilan	52
11. Hubungan Fungsi Seksual Wanita dengan Kontrasepsi	53
12. Hubungan Fungsi Seksual Wanita dengan Frekuensi Aktivitas Seksual.....	54
13. Hubungan Fungsi Seksual Wanita dengan Pekerjaan	55

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar <i>Informed Consent</i>
Lampiran 2	Lembar Pernyataan Persetujuan
Lampiran 3	Kuisisioner Penelitian
Lampiran 4	Kuisisioner Fungsi Seksual Wanita
Lampiran 5	Daftar Pertanyaan yang Berhubungan dengan Fungsi Seksual Wanita
Lampiran 6	Analisis Data dan Data Sebaran Responden
Lampiran 7	Dokumentasi Pengisian Kuisisioner
Lampiran 8	Lembar Persetujuan Etik
Lampiran 9	Surat Ijin Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seksualitas menurut WHO merupakan salah satu pusat aspek terpenting dalam hidup manusia yang mencakup jenis kelamin, identitas gender dan perannya, orientasi seksual, erotisme, kesenangan, keintiman dan reproduksi (WHO, 2002). Pemenuhan akan kebutuhan seksual dan aktivitas seksual merupakan salah satu komponen penting kualitas hidup pasangan suami istri pada orang dewasa (Allen & Desille, 2017).

Fungsi seksual pada wanita merupakan hasil integrasi dari struktur biologis, pengalaman hidup, pengetahuan, perilaku, dan sikap yang dipengaruhi oleh faktor fisik, psikologi, interpersonal, dan budaya (Nik-Azin *et al.*, 2013). Aspek biologis fungsi seksual wanita termasuk komponen vaskular, neurologis, dan organ lainnya, belum sepenuhnya dipahami. Penelitian mengenai fungsi seksual wanita juga masih terbatas, salah satunya oleh karena faktor budaya, namun demikian pemahaman mengenai fungsi seksual wanita terus berkembang (Murtagh, 2010).

Masalah fungsi seksual pada wanita merupakan masalah medis yang disebabkan banyak hal dan melibatkan banyak dimensi yakni komponen biologis dan psikososial (Berman, 2005). Hal ini dapat terjadi di tingkat manapun dan untuk mendiagnosis gangguan tersebut dibutuhkan penilaian yang hati-hati melalui riwayat kesehatan seksual (Murtagh, 2010). Penelitian menunjukkan 40% wanita tidak membicarakan masalah seksual dengan dokter dan masalah seksual ini berdampak besar terhadap kualitas hidup dan hubungan interpersonal (Boa, 2014).

Perkotaan merupakan daerah yang tinggi terhadap pembangunan dan lebih makmur sehingga masyarakat perkotaan memiliki gaya hidup yang berbeda dengan masyarakat pedesaan (Croucher *et al.*, 2007). Masyarakat pedesaan umumnya mengandalkan sumber daya alam dan pertanian dalam mata pencarian (Dasgupta, 2014). Perbedaan lain masyarakat perkotaan dan pedesaan terletak pada kesehatan (Baernholdt *et al.*, 2012). Menurut *World Health Organisation* (WHO), sehat didefinisikan sebagai kesehatan fisik dan mental, fungsi sosial, dan emosional yang baik (WHO, 1997). Penelitian sebelumnya mengatakan bahwa kesehatan fisik masyarakat pedesaan lebih buruk dibanding masyarakat perkotaan pada penelitian sebelumnya (Baernholdt *et al.*, 2012). Studi sebelumnya juga menyimpulkan bahwa terdapat perbedaan antara masyarakat perkotaan dan pedesaan mengenai lingkungan fisik dan sosial seperti kondisi perumahan, pengangguran, kemiskinan, dan tingkat pendidikan (Esmaeilzadeh *et al.*, 2013).

Pada penelitian di Amerika, masalah penurunan fungsi seksual wanita juga lebih besar prevalensinya dibanding pada pria, yaitu sebesar 43% sedangkan pada pria 31%. Penelitian di perkotaan dan pedesaan di Iran menunjukkan masalah fungsi seksual di pedesaan sebesar 59,9% sedangkan di perkotaan 36,5%. Lokasi tempat tinggal, pandangan mengenai seks, ekspresi seksual dan disfungsi turut berperan dalam perbedaan fungsi seksual pada penelitian tersebut (Javadifar *et al.*, 2016). Penelitian lain di Lampung mengenai fungsi seksual pada wanitadi Puskesmas Rajabasa, Bandar Lampung, proporsi disfungsi seksual mencapai 44,5% (Saputra dan Sutyarso, 2014).

Berdasarkan uraian diatas mengenai fungsi seksual dan masih jarang nya penelitian di Indonesia mengenai fungsi seksual, peneliti tertarik untuk mempelajari perbedaan fungsi seksual pada wanita pedesaan dan perkotaan di Kecamatan Kedaton dan Kecamatan Pagelaran.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah yang didapat adalah apakah ada perbedaan fungsi seksual pada masyarakat perkotaan dan pedesaan di Kecamatan Kedaton dan Kecamatan Pagelaran?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan fungsi seksual pada wanita perkotaan dan pedesaan di Kecamatan Kedaton dan Kecamatan Pagelaran.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini yaitu :

- a. Mengetahui proporsi fungsi seksual pada wanita perkotaan di Kecamatan Kedaton.
- b. Mengetahui proporsi fungsi seksual pada wanita pedesaan di Kecamatan Pagelaran.
- c. Mengetahui beberapa faktor yang berhubungan (usia, tingkat pendidikan, lama pernikahan, jumlah anak, penghasilan, kontrasepsi, frekuensi aktivitas seksual, dan pekerjaan) dengan perbedaan fungsi seksual pada wanita di Kecamatan Kedaton dan Kecamatan Pagelaran.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat menjadi pedoman bagi masyarakat di perkotaan dan pedesaan, untuk memahami fungsi seksual pada wanita.

1.4.2 Bagi Pemerintah

Hasil penelitian dapat menjadi data masukan untuk pemerintah mengenai proporsi fungsi seksual pada masyarakat perkotaan dan pedesaan di Kecamatan Kedaton dan Kecamatan Pagelaran.

1.4.3 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi sumber informasi peneliti mengenai proporsifungsi seksual pada masyarakat perkotaan dan pedesaan Kecamatan Kedaton dan Kecamatan Pagelaran.

1.4.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat menjadi sarana sumber informasi bagi peneliti lain terutama dalam mengembangkan penelitian mengenai fungsi seksual pada wanita.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Seksual

Definisi seksual menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) (2011) adalah sesuatu yang berkenaan dengan seks atau sesuatu yang berkenaan dengan persetubuhan antara laki – laki dan perempuan. Seksualitas dipengaruhi oleh interaksi biologis, psikologis, sosial, ekonomi, politik, budaya, etika, hukum, sejarah, agama dan spiritual (WHO, 2002).

Menurut *World Health Organisation* (WHO) kesehatan seksual adalah keadaan fisik, emosional, mental dan kesejahteraan sosial terkait dengan seksualitas, bukan hanya tidak adanya penyakit, disfungsi atau kelemahan. Kesehatan seksual membutuhkan pendekatan yang positif yang menghormati seksualitas dan tanggapan seksual, serta memungkinkan memiliki kesenangan dan keamanan pengalaman seksual, bebas dari paksaan, diskriminasi dan kekerasan (WHO, 2002). Kesehatan seksual merupakan bagian penting dalam kesehatan fisik dan emosional seseorang (Neal *et al.*, 2015).

Perilaku seksual merupakan suatu aktivitas yang kompleks yang berkaitan dengan masalah hukum, sosial, dan budaya. Perilaku seksual dapat mempengaruhi seluruh aspek kehidupan seseorang. Perilaku seksual yang berisiko dapat menyebabkan dampak negatif pada keluarga, hubungan, dan kesehatan seseorang (Mirzaei *et al.*, 2016). Penelitian sebelumnya mengatakan bahwa gaya hidup berkaitan dengan perilaku seksual seseorang. Semakin aktif gaya hidup seseorang, semakin tinggi juga aktivitas seksualnya (Allen dan Desille, 2017).

2.2 Fungsi Seksual

2.2.1 Definisi

Fungsi seksual wanita merupakan konsep mengenai respon wanita dalam hubungan seksual (Basson, 2005). Fungsi seksual wanita adalah kemampuan untuk mencapai gairah seksual, lubrikasi, orgasme, dan kepuasan seksual yang baik sehingga tercapai kesehatan dan kualitas hidup yang baik (Ibrahim *et al.*, 2013). Namun fungsi seksual pada wanita tidak mudah didefinisikan karena melibatkan banyak faktor seperti faktor psikologis, personal, budaya, dan biologis (Rosen *et al.*, 2000).

Normalnya, fungsi seksual wanita dikontrol oleh faktor psikologis dan hormonal (Kyan J. Allahdadi, Rita C.A. Tostes, 2010). Faktor hormonal seperti estrogen dan androgen berperan dalam libido, lubrikasi, dan orgasme (Pauls, 2010). Dalam rangka mencapai fungsi seksual yang

maksimal, diperlukan suplai darah yang cukup pada vagina dan klitoris sehingga pada saat fase gairah, orgasme, dan pasca orgasme terdapat perubahan tekanan pada vagina, labia, dan klitoris (Kyan J. Allahdadi dan Rita C.A. Tostes, 2010).

Fungsi seksual pada wanita terdiri dari 4 sub tipe yang dominan yaitu: hasrat (*desire*), gairah (*arousal*), orgasme, dan nyeri (*pain*) (Jiann *et al.*, 2009). Fase fungsi seksual ini menjadi dasar pembagian jenis disfungsi seksual. Seiring dengan perkembangan penelitian, terdapat pula beberapa perubahan klasifikasi dari disfungsi seksual pada wanita (Basson, 2005).

2.2.2 Prevalensi Fungsi Seksual

Fungsi seksual pada wanita merupakan hal yang kompleks. Pada penelitian sebelumnya di Amerika pada wanita usia 18-59 tahun 43% mengalami penurunan fungsi seksual sedangkan pada pria 31% (Ibrahim *et al.*, 2013).

Pada penelitian di Belanda dengan skor *Female Sexual Function Index* (FSFI), terdapat penurunan fungsi seksual pada wanita yang aktif secara seksual sebesar 28%. Penurunan fungsi seksual terjadi seiring dengan bertambahnya usia. Domain kepuasan menurun secara tidak signifikan seiring bertambahnya usia dan domain nyeri stabil hingga usia 70 tahun (Lammerink *et al.*, 2017). Penelitian lain di Timur Tengah penurunan fungsi seksual terjadi pada 59,1% wanita (Shaeer *et al.*, 2012).

Penelitian mengenai fungsi seksual wanita di Kelurahan Jati, Jakarta menunjukkan 15,2% wanita berusia 26-30 tahun mengalami masalah seksual dengan domain paling banyak yaitu gangguan gairah dan nyeri (Suryadi *et al.*, 2010). Penelitian lain pada guru sekolah dasar di Bandar Lampung, Lampung, menunjukkan 46% guru wanita memiliki fungsi seksual yang baik (Kanedi dan Sutyarso, 2014).

2.2.3 Siklus Respon Seksual

Siklus respon seksual wanita merupakan proses yang lebih kompleks daripada pria dan seringkali tumpang tindih (Chen *et al.*, 2013). Siklus respon seksual adalah rangkaian fisiologis yang terjadi selama aktivitas seksual. Banyak model yang dikembangkan untuk menjelaskan mengenai siklus respon seksual seperti: *Masters and Johnson Excitement, Plateau, Orgasm and Resolution (EPOR)* (1966), *Helen Singer Kaplan's Model of Sexual Response* (1979), dan *the David Reed's Erotic Stimulus Pathway (ESP)* (1998) (Mwampagatwa, 2015).

Pada model Kaplan, siklus respon seksual terdiri dari 4 tahap. Tahap 1 yaitu keinginan, terdiri dari 3 komponen yaitu : dorongan seksual, motivasi seksual, dan keinginan seksual. Dorongan seksual berasal dari sistem limbik dan preoptik daerah anterior-medial hipotalamus yang diyakini memainkan peran dalam dorongan seksual (Montgomery, 2008).

Tahap 2 yaitu gairah. Terdapat beberapa perubahan fisiologis. Terjadi perubahan berupa vasokongesti pada wanita yang menyebabkan pelumasan vagina, pembesaran klitoris, dan perubahan warna labial (Montgomery, 2008).

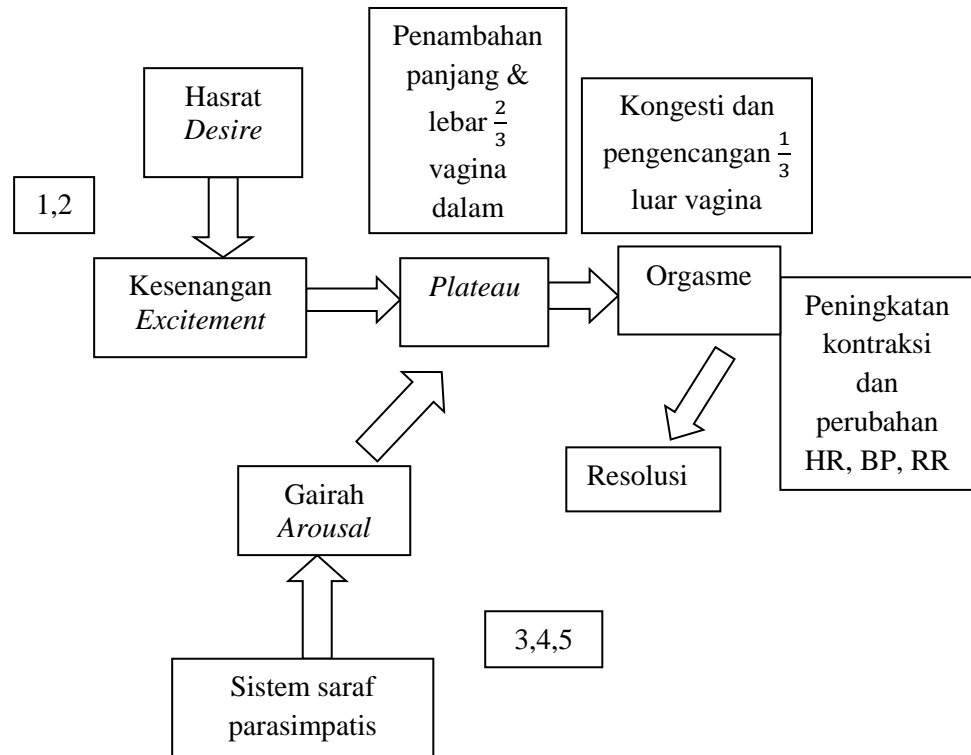
Tahap 3 yaitu orgasme, terjadi elevasi tingkat pernapasan, irama jantung, tekanan darah dan kontraksi otot. Tahap terakhir adalah resolusi. Tahap ini sangat tergantung pada apakah orgasme dicapai (Montgomery, 2008).

Model yang banyak digunakan saat ini adalah Masters *and* Jhonson. (Chen *et al.*, 2013). Pada model tersebut, siklus respon seksual terdiri dari 4 tahap yaitu: gairah, *plateau*, orgasme, dan resolusi (Terri L. Woodard dan Michael P. Diamond, 2009).

Respon seksual dimulai dengan fase gairah yang dimodulasi oleh pusat rangsang sensitif dopamin dan pusat inhibitor sensitif serotonin di otak (Chen *et al.*, 2013). Selama fase gairah seksual terjadi peningkatan darah mengalir ke alat kelamin, sehingga terjadi vasokongesti. Pelumasan vagina dapat terjadi sebagai akibat transudasi plasma melalui epitel vagina ke permukaan vagina, dan sekresi dari rahim, vestibular, dan kelenjar Bartholin. Vagina memanjang dan melebar karena relaksasi otot polos. Peningkatan aliran darah ke kavertus klitoris dan arteri labial mengakibatkan peningkatan tekanan intrakavernosus klitoris, pembesaran, penonjolan klitoris glans, dan eversi dan kendurnya labia minora. Selama orgasme, kontraksi otot

ritmik terjadi pada vagina, rahim dan anus (Terri L. Woodard dan Michael P. Diamond, 2009).

Perubahan fisiologis respon seksual dapat dijelaskan dengan gambar berikut :



Gambar 1. Fisiologi Disfungsi Seksual
(Sumber : Chen et al., 2013)

Keterangan:

1 : Serotonin sensitif inhibitor

2 : Dopamin sensitif exhibitor

3 : Pemanjangan klitoris

4 : Dilatasi arteri perivaginal

5 : Pelebaran $\frac{2}{3}$ vagina dalam

HR : Denyut jantung / *heart rate*

BP : Tekanan darah / *blood pressure*

RR : Laju pernapasan / *respiratory rate*

Hormon steroid mengaktifkan eksitasi respon seksual dengan mensintesis enzim dan reseptor termasuk dopamin (DA), norepinefrin (NE), melanocortin (MC), dan oksitosin (OT). Norepinefrin dan oksitosin merangsang gairah / *sexual arousal* sedangkan melanokortikoid dan dopamin merangsang hasrat / *sexual desire* (Pfaus, 2009).

Selain yang bersifat eksitasi, terdapat juga hormon yang menghambat yang dirilis pada korteks, sistem limbik, hipotalamus, dan otak tengah selama orgasme yaitu: endocannabinoid (ECBs), yang memediasi sedasi; dan serotonin (5-HT) (Pfaus, 2009). *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI) merupakan penghambat ECBs sehingga mampu meningkatkan fungsi seksual bahkan penelitian lain mengatakan bahwa SSRI dapat mengobati *hypoactive sexual desire disorder* (HSDD) (Corona *et al.*, 2009).

Selama fase rangsangan, sistem saraf parasimpatis memediasi kemburnya pembuluh darah dan perubahan genital, termasuk pembesaran klitoris, pelebaran arteriol perivaginal, dan perluasan dalam dua-pertiga vagina. Estrogen juga mengatur transudasi di mukosa vagina dan menyebabkan pelumasan vagina (Chen *et al.*, 2013).

Pada fase plateau, panjang dan lebar dari dua-pertiga dari bagian dalam vagina bertambah, dan sepertiga bagian luar vagina menjadi padat dengan darah (Chen *et al.*, 2013).

Selama orgasme, detak jantung, tekanan darah, dan laju pernapasan meningkat. Setelah fase orgasmik, tubuh kembali ke keadaan tereksitasi, yang disebut fase refraktori (Chen *et al.*, 2013).

2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi

Ada beberapa hal yang mempengaruhi fungsi seksual wanita yaitu:

a. Fisiologis

Banyak penelitian sebelumnya mengidentifikasi bahwa faktor hormonal merupakan faktor utama pendorong kegiatan seksual. Perubahan hormonal seperti pada pemakaian kontrasepsi pil, ibu menyusui, hamil, wanita *menopause*, dan pembedahan seperti hiserektomi atau ovariectomi mempengaruhi fungsi seksual (Burri *et al.*, 2008).

b. Psikososial

Terdiri dari emosional, afektif, faktor psikis, hubungan, dan komitmen (Jiann *et al.*, 2009). Belakangan ini penelitian mengungkapkan ketidakseimbangan hubungan, konflik perkawinan, kurang percaya, dan keintiman juga telah dilaporkan mempengaruhi seksualitas wanita, seperti halnya komunikasi yang buruk, penampilan seksual suami / pasangan, wanita ketidakmampuan untuk mengungkapkan keinginannya, dan kekurangan (Burri *et al.*, 2008).

c. Genetik

Genetik berperan karena sebagian besar perilaku manusia dipengaruhi oleh genetik dan lingkungan termasuk seksualitas pada wanita (Burri *et al.*, 2008).

Peneliti lain menambahkan bahwa gaya hidup juga berpengaruh dalam fungsi seksual seperti: konsumsi buah dan sayur, aktivitas fisik, pola tidur, dan konsumsi alkohol. Hasil penelitian tersebut mengungkapkan bahwa konsumsi makanan yang sehat seperti buah dan sayur, aktivitas fisik seperti olahraga dan aktivitas lain yang memerlukan energi tinggi, konsumsi alkohol yang minimal, dan kualitas tidur yang baik akan meningkatkan fungsi seksual (Allen dan Desille, 2017).

2.2.5 Pengukuran dengan FSFI

Beberapa instrumen telah dikembangkan untuk mengukur fungsi seksual pada wanita. *Female Sexual Function Index* (FSFI) merupakan salah satu media pengukur fungsi seksual pada wanita yang paling banyak digunakan saat ini (Thomas dan Thurston, 2016). FSFI dikembangkan untuk menilai 6 domain fungsi perempuan seksual yaitu: gairah seksual, keinginan seksual, lubrikasi, orgasme, kepuasan, dan rasa sakit selama 4 minggu terakhir (Rosen *et al.*, 2000).

FSFI terdiri dari 19 pertanyaan yang mudah dipahami, singkat, dan telah direplikasi di sejumlah bahasa (Rosen *et al.*, 2000). Pertanyaan pada FSFI dinilai dengan skala Likert (Thomas dan Thurston, 2016).

FSFI juga telah diuji validitas dan reliabilitasnya di beberapa negara (Ryding dan Blom, 2015).

Penelitian sebelumnya telah mengevaluasi hasil pada FSFI. Penelitian tersebut mengevaluasi dengan mencari hubungan fungsi seksual pada wanita terhadap usia, tekanan psikologis, kontrasepsi hormonal, alkohol, pelecehan seksual anak atau *Child Sexual Abuse* (CSA), dan pelecehan seksual dewasa. Hasil evaluasi tersebut mendukung penggunaan FSFI untuk menilai fungsi seksual wanita tidak hanya dalam sampel klinis tetapi juga pada populasi (Witting *et al.*, 2008).

FSFI memiliki angka *cutpoint* 26,5 untuk membatasi apakah seseorang disfungsi seksual atau tidak. Namun angka tersebut tidak dapat memberikan gambaran apakah terjadi penurunan pada setiap domain (Gerstenberger *et al.*, 2010).

2.3 Disfungsi Seksual

2.3.1 Definsi

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) IV, disfungsi seksual adalah kelompok kelainan heterogen yang biasanya ditandai dengan gangguan klinis yang signifikan pada kemampuan seseorang untuk merespons secara seksual atau untuk mengalami kenikmatan seksual. Seseorang mungkin mengalami beberapa disfungsi seksual pada saat bersamaan. Dalam kasus tersebut, semua bentuk disfungsi harus didiagnosis.

Disfungsi seksual pada wanita disebabkan oleh banyak hal dan dapat berdampak pada kesehatan fisik dan emosional. Disfungsi seksual juga dapat berakibat pada kualitas hidup seseorang (Jaafarpour *et al.*, 2013).

Disfungsi seksual merupakan masalah yang umum terjadi pada wanita. Menurut survei, setiap tahun beberapa wanita atau pasangan datang ke dokter dengan keluhan disfungsi seksual bahkan lebih jika dokter bertanya mengenai kesehatan seksual (Basson, 2005).

2.3.2 Faktor Risiko

Berdasarkan anatomi normal dan fisiologi, beberapa etiologi dari disfungsi seksual wanita yang mungkin dapat terjadi yaitu: penyimpangan dari proses fisiologis mungkin melibatkan penurunan aliran darah, kelemahan otot panggul, hipertonisitas, vaginismus, dan kurangnya pelumasan dan atrofi genital juga dapat mengganggu fungsi seksual (Terri L. Woodard dan Michael P. Diamond, 2009).

Faktor risiko lain yang dapat menyebabkan terjadinya disfungsi seksual antara lain: faktor interpersonal dan kontekstual, yaitu mengenai hubungan dengan pasangan, faktor psikologis, dan faktor biologis (Basson, 2005). Salah satu yang termasuk faktor biologis adalah penggunaan obat antidepresan. Disfungsi seksual merupakan efek samping yang umum dari antidepresan, khususnya golongan selektif serotonin reuptake inhibitor (SSRI) dan serotonin norepineprin reuptake inhibitor (SNRIs) (Higgins *et al.*, 2010). Disfungsi seksual

juga dapat disebabkan oleh berbagai penyakit seperti: penyakit jantung (Schwarz, 2007), diabetes melitus, dan penyakit gagal ginjal kronik (Satta *et al.*, 2014).

2.3.3 Klasifikasi

Menurut DSM –IV TR disfungsi seksual baik pada laki – laki maupun perempuan dibagi menjadi 4 yaitu : gangguan keinginan seksual (*sexual desire*), gangguan gairah seksual (*sexual arousal*), gangguan orgasme, dan gangguan nyeri seksual (Gudarzi, 2014).

a. *Sexual Desire Disorder*

Sexual desire disorder atau gangguan keinginan seksual adalah perasaan dimana minat, pikiran, fantasi, dan respon seksual yang berkurang atau bahkan tidak ada (Basson, 2005). *Sexual desire disorder* dibagi menjadi *Hypoactive Sexual Dysfunction Disorder* (HSDD) dan *sexual aversion disorder* (SAD) (Goldstein *et al.*, 2017).

HSDD merupakan disfungsi seksual yang paling sering pada wanita. HSDD adalah keadaan kekurangan fantasi seksual atau keinginan seksual terus – menerus atau berulang – ulang minimal selama 6 bulan. Hal ini disebabkan oleh obat-obatan yang mengurangi dopamin otak, melanocortin, oksitosin, dan norepinefrin dan meningkatkan serotonin otak, endocannabinoid, prolaktin, dan opioid (Goldstein *et al.*, 2017). Penurunan hasrat seksual pada

HSDD menyebabkan stress pribadi dan/atau kesulitan interpersonal (Nappi *et al.*, 2010).

Sexual Aversion Disorder (SAD) menurut DSM IV adalah keengganan ekstrim dan menghindari semua atau hampir semua kontak seksual genital dengan pasangan yang terjadi secara persisten maupun rekuren (Brotto, 2010).

SAD dapat disebabkan oleh efek samping tatalaksana medis, penyakit panggul, gangguan saraf, atau masalah vaskular. SAD menyebabkan berkurangnya rasa sensasi genital, penurunan relaksasi otot – otot polos vagina, dan pelumasan atau lubrikasi (Chen *et al.*, 2013).

b. *Sexual Arousal Disorder* (SAD)

SAD atau gangguan gairah seksual didefinisikan sebagai ketidakmampuan persisten atau berulang untuk mencapai atau mempertahankan gairah seksual yang cukup sehingga menyebabkan kesulitan pribadi (Leiblum, 2003).

Gangguan gairah seksual biasanya disebabkan oleh gangguan biopsikososial. Faktor biologis yang dapat menyebabkan gangguan gairah adalah faktor hormonal (menurunnya kadar estrogen), neurologis, infeksi vagina dan traktus urinarius, dan tatalaksana medis. Faktor psikososial biasanya berupa depresi dan kegelisahan (Giraldi *et al.*, 2013). Prevalensi dari gangguan gairah seksual ini

bervariasi sesuai dan meningkat sesuai dengan bertambahnya usia, terutama pada saat menopause (Giraldi *et al.*, 2013).

c. Gangguan orgasmik

Gangguan orgasmik pada wanita didefinisikan sebagai penundaan persisten atau berulang, atau tidak adanya, orgasme setelah fase gairah seksual yang normal (Gudarzi, 2014). Gangguan orgasmik diduga berkaitan dengan gangguan saraf atau trauma saraf spinal. Gangguan orgasmik ini dapat menyebabkan stres pada seseorang (Chen *et al.*, 2013).

d. Gangguan nyeri

Gangguan nyeri seksual atau *pain sexual disorder* merupakan nyeri pada pelvis / panggul atau vagina selama fase hubungan seksual yang normal, termasuk saat *arousal*, *desire*, dan orgasme (Chen *et al.*, 2013). Gangguan nyeri seksual pada wanita dibagi menjadi 2 yaitu : dispareunia dan vaginismus (Basson, 2005).

Dispareunia, atau nyeri daerah panggul selama hubungan seksual. Dispareuni merupakan salah satumasalah yang paling sering terjadi pada wanita pascamenopause (Kao *et al.*, 2008).

Vaginismus digambarkan sebagai kesulitan persisten atau berulang bagi perempuan untuk memungkinkan masuknya penisatau antisipasi, takut, atau pengalaman rasa sakit, bersama dengan kontraksi involunter variabel otot panggul (Saadat, 2014).

Gangguan nyeri saat berhubungan seksual biasanya berhubungan dengan trauma psikologis atau penyakit panggul fisiologis (Chen *et al.*, 2013).

Pada tahun 2014 DSM-IV mengalami revisi menjadi DSM-V. Perubahan tersebut menghapus gangguan hasrat seksual (*female sexual desire disorder*); gangguan gairah seksual berubah menjadi *female sexual interest/arousal disorder*; vaginismus berubah menjadi gangguan penetrasi; dan dispareuni berubah menjadi nyeri panggul genital atau *genital pelvic pain* (Chen *et al.*, 2013).

2.3.4 Dampak Disfungsi Seksual

Fungsi seksual yang memadai baik pada wanita maupun pria dapat terlihat dari kesejahteraan pribadi dan stabilitas hubungan dalam keluarga (Heiman, 2002). Sementara fungsi seksual yang kurang baik dapat mengganggu kualitas hidup seseorang (Kyan J. Allahdadi dan Rita C.A. Tostes, 2010). Hal ini terkait dengan kesehatan mental individu, kualitas hubungan, dan fungsi keluarga (Heiman, 2002).

Masalah seksual pada wanita dapat menyebabkan dampak yang signifikan pada suasana hati, harga diri, kualitas hidup, penderitaan emosional, dan menyebabkan masalah pada hubungan dengan pasangan. Bahkan masalah seksual antara pasangan telah dilaporkan menjadi penyebab utama kedua perceraian di negara - negara muslim (Aslan *etal.*, 2008).

2.3.5 Manajemen Disfungsi Seksual

Disfungsi seksual walaupun disebabkan oleh banyak faktor, bukanlah suatu penyakit. Disfungsi seksual dapat menjadi gejala dari salah satu penyakit atau merupakan efek samping dari suatu tatalaksana medis (Basson, 2005).

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa hanya 40% wanita yang membicarakan masalah seksualnya dengan penyedia layanan kesehatan (Boa, 2014). Hal ini disebabkan oleh rasa malu untuk membicarakan seks, kurangnya pelatihan dan kesadaran dokter mengenai masalah seksual (Aslan *et al.*, 2008), kekhawatiran menyinggung atau mempermalukan pasien, meremehkan prevalensi disfungsi seksual, dan meremehkan dampak keluhan seksual terhadap kesehatan pasien (Boa, 2014).

Pada dasarnya manajemen dari disfungsi seksual bergantung pada faktor penyebab (Buster, 2013). Berdasarkan klasifikasi disfungsi seksual, manajemen dibagi menjadi:

a. Sexual desire / interest disorder

Mengatasi masalah yang terkait misalnya dengan motivasi seksual, keintiman emosional pasangan, mereka keterampilan seksual, rangsangan seksual, termasuk gangguan biologis seperti kelelahan, depresi atau obat-obatan (Basson, 2005).

Jika terdapat defisiensi estrogen, dapat diberi estrogen. Defisiensi androgen dapat diatasi dengan transdermal T. Jika diperlukan

pemberian SSRI dapat dilakukan sebagai anti - depresan (Buster, 2013).

b. Sexual arousal disorder

Jika terdapat masalah psikososial dapat diatasi dengan konseling. Defisiensi androgen dapat diatasi dengan pemberian androgen bersamaan dengan pemberian estrogen. Jika terdapat masalah vasokongesti vagina dapat diberi inhibitor *phosphodiesterase* (Basson, 2005).

c. Gangguan orgasmik

Masalah orgasmik lebih banyak mengenai daya tarik. Oleh karena itu manajemen orgasmik mencakup stimulasi yang baik dari pasangan (Basson, 2005).

d. Sexual pain disorder

Vaginismus biasanya disebabkan oleh ketakutan. Sehingga dalam hal ini psikoterapi dibutuhkan (Buster, 2013). Dispareunia diatasi sesuai dengan faktor yang mendasari (Basson, 2005). Jika rasa sakit berasal dari spasme pelvis, pengobatan biasanya dimulai dengan dukungan psikologis. Jika rasa sakit berasal dari endometriosis atau vestibulitis, pengobatan penyakit tersebut dapat membantu untuk meringankan disfungsi seksual. Jika disebabkan oleh atrofi vulva dapat diatasi dengan estrogen intravagina atau sistemik (Buster, 2013).

2.4 Masyarakat Pedesaan

Pedesaan umumnya berupa daerah – daerah terbuka dan pemukiman kecil. Pada negara berkembang, daerah pedesaan umumnya ditandai dengan bergantung pada pertanian dan sumber daya alam, isolasi dan marginalitas tinggi, prevalensi kemiskinan yang tinggi, serta masyarakat yang kurang berkembang (Dasgupta, 2014).

Menurut Koentjaraningrat (1967), masyarakat pedesaan masyarakat yang umumnya hidup dari pertanian. Masyarakat pedesaan ditandai dengan adanya ikatan batin yang kuat antara sesama warga desa. Sehingga dapat disimpulkan bahwa masyarakat pedesaan adalah masyarakat yang memiliki hubungan kekeluargaan dan kerjasamanya masih kental dan umumnya bekerja sebagai petani (Astuti Djafar, 2014).

Ciri masyarakat desa antara lain : hubungan dalam 1 desa lebih dalam dibanding dengan desa lain, sistem kehidupan pedesaan umumnya kekeluargaan, sebagian besar warga bekerja sebagai petani, dan masyarakatnya homogen dalam hal mata pencarian, agama, adat istiadat, dan lain-lain (Rahardjo, 1999).

Penelitian di China pada tahun 2006 mengenai disfungsi seksual wanita pada masyarakat pedesaan di Dengfeng County, Henan, China menunjukkan hanya 38,7% saja wanita yang merasa puas dengan kehidupan seksualnya. Hal ini karena tidak memadainya pengetahuan mengenai seksual atau adanya anggapan bahwa kehidupan seksual tidak

penting. Padahal fungsi seksual sangat berkaitan dengan kesehatan mental dan kualitas hidup seseorang (Lau *et al.*, 2006).

Penelitian lain telah dilakukan di Iran mengenai perbedaan disfungsi seksual wanita pedesaan dan perkotaan pada tahun 2016. Pada penelitian tersebut angka disfungsi seksual wanita pedesaan mencapai 59% dan wanita perkotaan mencapai 36,5%. Perbedaan ini disebabkan oleh perbedaan kondisi demografis pada masing – masing tempat (Javadifar *et al.*, 2016).

2.5 Masyarakat Perkotaan

Perkotaan merupakan tempat dimana orang – orang tinggal dan tidak bekerja dibidang pertanian (Weeks, 2010). Perkotaan juga ditandai dengan kepadatan yang tinggi dan hal tersebut sebanding dengan penyebaran informasi yang cepat (Pan *et al.*, 2013).

Masyarakat perkotaan sulit didefinisikan secara pasti karena adanya urbanisme. Masyarakat perkotaan pada umumnya memiliki ciri: memiliki kesibukan masing – masing sehingga nilai kekeluargaan sudah mulai berkurang, nilai kerjasama juga sudah berkurang, cepat menerima pengaruh dari luar, dan kehidupan keagamaan sudah mulai berkurang (Astuti Djafar, 2014).

Penelitian pada tahun 2014 di Rumah Sakit Pendidikan Nanjing, yang berada di salah satu perkotaan di China mengenai fungsi seksual pada

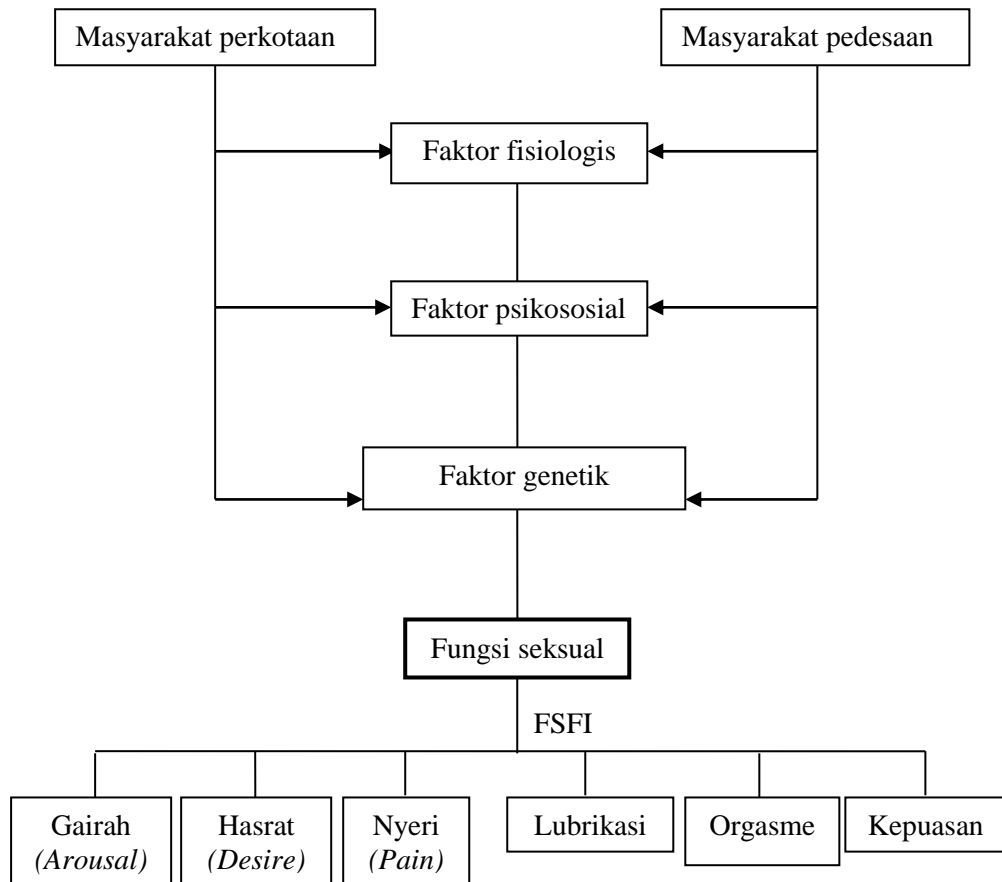
wanita menunjukkan angka 37%. Angka ini lebih rendah dibandingkan dengan negara lain (Ma *et al.*, 2014).

Penelitian disfungsi seksual wanita di perkotaan di Iran menunjukkan angka diatas 52% dan penelitian ini mengatakan semakin rendah keadaan ekonomi masyarakat semakin tinggi juga prevalensi kesulitan seksualnya. Domain disfungsi seksual setiap tempat juga berbeda sesuai dengan kebudayaan masing – masing (Goshtasebi *et al.*, 2009).

Penelitian lain di perkotaan Mesir, angka disfungsi seksual wanita mencapai 52,8% (Ibrahim *et al.*, 2013). Penelitian pada wanita usia muda dan usia pertengahan di Hongkong menunjukkan angka 37,9% dan dalam penelitian ini dimuat beberapa faktor yang mempengaruhi seperti pendidikan, riwayat pengalaman seksual, dan riwayat pernikahan (Zhang & Yip, 2012).

2.6 Kerangka Teori

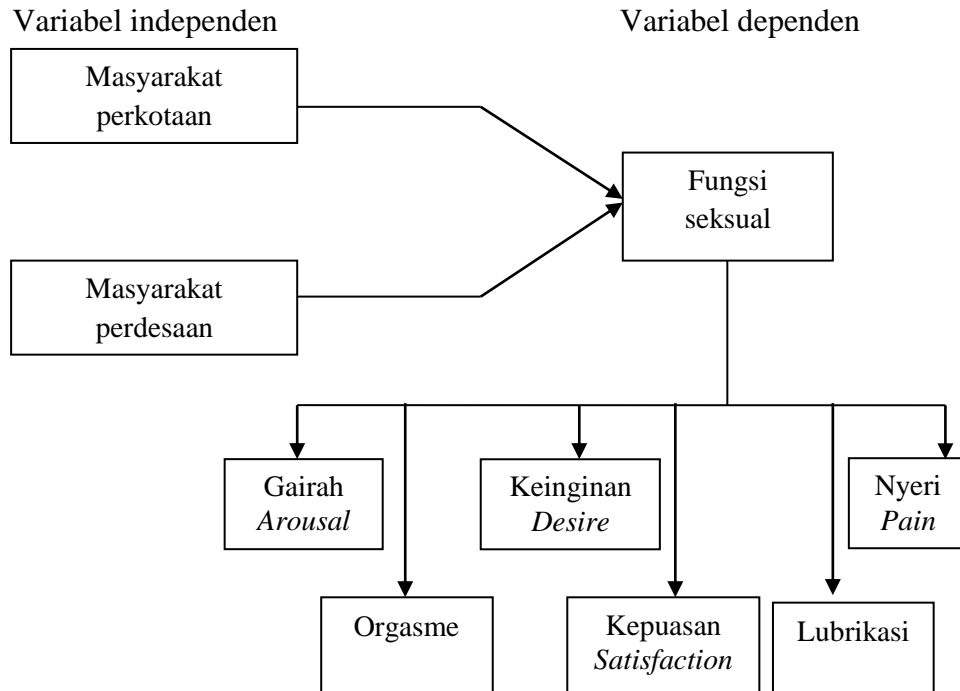
Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah dipaparkan diatas dapat diambil agris besar berupa kerangka teori seperti pada **Gambar 2**.



Gambar 2. Kerangka Teori Penelitian(Burri et al. 2009, Rosen *et al.* 2000)

2.7 Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini dijelaskan dengan **Gambar 3**.



Gambar 3. Kerangka Konsep Penelitian

2.8 Hipotesis

2.8.1 Hipotesis Null (H_0)

Tidak terdapat perbedaan antara fungsi seksual wanita perkotaan dan pedesaan.

2.8.2 Hipotesis Alternatif (H_a)

Terdapat perbedaan antara fungsi seksual wanita perkotaan dan pedesaan.

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan pendekatan potong lintang (*cross sectional*). Pendekatan ini digunakan dengan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (Notoatmodjo, 2002). Pengambilan data dilakukan dengan membagikan kuisioner kepada sampel penelitian.

3.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Desember 2017 sampai Januari 2018. Penelitian dilakukan di wilayah kerja puskesmas Kedaton dan puskesmas Pagelaran.

3.3 Subjek Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian ini adalah seluruh wanita diKecamatan Kedaton dan Kecamatan Pagelaran.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian ini adalah wanita di Kecamatan Kedaton dan Kecamatan Pagelaranyang memenuhi kriteria inklusi.

a. Kriteria Inklusi :

- Wanita yang telah menikah dan tinggal bersama pasangan
- Wanita berusia 18 – 50 tahun

b. Kriteria eksklusi :

- Tidak bersedia menjadi sampel penelitian
- Telah memasuki masa *menopause*
- Memiliki penyakit diabetes mellitus, stroke, kanker, dan gagal ginjal

3.3.3 Besar Sampel

Besar sampel penelitian ini ditetapkan berdasarkan rumus analitik katégorik tidak berpasangan:

$$n_1 = n_2 = \left(\frac{Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2}}{P_1 - P_2} \right)^2$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel

$z\alpha$ = Derivat baku alfa (1,645 dengan menggunakan $\alpha = 0,1$)

$z\beta$ = Derivat baku beta (0,84 dengan $\beta = 0,2$)

P_2 = Proporsi standar (dari pustaka = 0,37)(Ma et al., 2014)

$P_1 - P_2$ = Selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna (20%)

P_1 = Proporsi pada kelompok yang ditetapkan peneliti

$P_1 - P_2 = 0,2$

$$P_1 = 0,2+0,37$$

$$P_1 = 0,57$$

$$P = \frac{P_1+P_2}{2}$$

$$P_2 = \frac{0,57+0,37}{2} = 0,47$$

$$Q = 1-P$$

$$n_1 = n_2 = \left(\frac{Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P_1Q_1+P_2Q_2}}{P_1-P_2} \right)^2$$

$$n_1 = n_2 = \left(\frac{1,645\sqrt{2 \cdot 0,47 \cdot (1-0,47)} + 0,84\sqrt{0,57 \cdot (1-0,57) + 0,37 \cdot (1-0,37)}}{0,2} \right)^2$$

$$n_1 = n_2 = \left(\frac{1,645\sqrt{2 \cdot 0,47 \cdot 0,53} + 0,84\sqrt{0,57 \cdot 0,43 + 0,37 \cdot 0,63}}{0,2} \right)^2$$

$$n_1 = n_2 = \left(\frac{1,645\sqrt{0,4982} + 0,84\sqrt{0,2451+0,2331}}{0,2} \right)^2$$

$$n_1 = n_2 = \left(\frac{1,645\sqrt{0,4982} + 0,84\sqrt{0,4782}}{0,2} \right)^2$$

$$n_1 = n_2 = \left(\frac{1,645 \cdot 0,7058 + 0,84 \cdot 0,6915}{0,2} \right)^2$$

$$n_1 = n_2 = \left(\frac{1,161041+0,5808}{0,2} \right)^2$$

$$n_1 = n_2 = \left(\frac{1,741841}{0,2} \right)^2$$

$$n_1 = n_2 = 8,709205^2$$

$$n \approx 76 \text{ orang}$$

Sampel minimum yang dibutuhkan dalam penelitian ini sejumlah 76 orang. Untuk menghindari ketidaklengkapan data, maka besar sampel ditambah 10% sehingga dibutuhkan 85 sampel dalam penelitian ini, meliputi 85 wanita pedesaan dan 85 wanita perkotaan. Jadi jumlah

sampel total minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 170 orang.

3.3.4 Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel dari penelitian ini adalah *purposive sampling*. Pada pengambilan sampel dengan cara memilih responden yang sesuai dengan karakteristik dari kriteria inklusi dan eksklusi. Responden merupakan wanita yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Kedaton dan Puskesmas Pagelaran, yang sedang berkunjung ke puskesmas.

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Variabel Bebas

Variabel bebas dari penelitian ini adalah wanita perkotaan dan pedesaan di kota Bandar Lampung dan Kabupaten Pringsewu.

3.4.2 Variabel Tergantung

Variabel tergantung dari penelitian ini adalah fungsi seksual.

3.5 Definisi Operasional

Definisi operasional penelitian ini dituliskan pada **Tabel 1**.

Tabel 1. Definisi Operasional.

Variabel	Definisi	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Masyarakat perkotaan	Masyarakat yang tinggal di kota dengan karakteristik: masyarakat heterogen dan non-agraris	1. Kartu identitas seperti KTP, SIM, dan lain – lain.	Masyarakat Kecamatan Kedaton	Nominal
Masyarakat pedesaan	Masyarakat yang tinggal di desa dengan karakteristik: masyarakat homogen dan kekeluargaan erat	1. Kartu identitas seperti KTP, SIM, dan lain – lain.	Masyarakat Kecamatan Pagelaran	Nominal
Usia	Usia responden pada saat penelitian dilakukan	Kartu identitas seperti KTP, SIM, dan lain – lain	1. 18–29 tahun 2. 30-39 tahun 3. 40-50 tahun (Zhang dan Yip, 2012)	
Tingkat pendidikan terakhir	Tingkat pendidikan terakhir yang ditempuh responden	Kartu keluarga	1. Dasar 2. Menengah 3. Tinggi (Suryadi <i>et al.</i> , 2010)	Ordinal
Lama pernikahan	Lama pernikahan responden dengan pasangannya saat penelitian dilakukan		1. ≥ 10 tahun 2. < 10 tahun	Ordinal
Jumlah anak	Jumlah anak yang dimiliki responden saat penelitian		1. < 2 anak 2. ≥ 2 anak (Umran dan Melike Rn, 2016)	Ordinal
Tingkat penghasilan	Penghasilan bersih keluarga responden per bulan		1. $\leq 1.500.000$ 2. $> 1.500.000$	Ordinal
Penggunaan kontrasepsi	Kontrasepsi yang digunakan responden saat penelitian		1. Tidak ada 2. Hormonal 3. IUD 4. Lainnya (Ibrahim, Ahmed dan Ahmed, 2013)	Ordinal
Aktivitas seksual	Frekuensi aktivitas seksual responden		1. ≤ 2 kali sebulan 2. > 2 kali sebulan (Suryadi <i>et al.</i> , 2010)	Ordinal

Variabel	Definisi	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Pekerjaan	Pekerjaan responden saat penelitian	Kartu identitas seperti KTP, SIM, dan lain lain	1. Bekerja 2. Tidak bekerja (Suryadi <i>et al.</i> , 2010)	Ordinal
Fungsi seksual	Kemampuan seseorang dalam melakukan siklus seksual	Kuisisioner FSFI	1. Tidak disfungsi, bila skor > 26,5 2. Disfungsi, bila skor ≤ 26,5 (Rosen <i>et al.</i> , 2000)	Ordinal

3.6 Alat dan Cara Penelitian

3.6.1 Alat Penelitian

Alat yang digunakan dalam penelitian ini yaitu :

a. Kuisisioner FSFI

Kuisisioner FSFI terdiri dari 19 pertanyaan dan setiap pertanyaan dinilai dengan skala Likert dan setiap domain diberi bobot yang berbeda dan setiap domain dijumlahkan sehingga memberikan skor total sebesar 2-36 (Thomas dan Thurston, 2016). Skor *cut off point* untuk menilai fungsi seksual pada FSFI adalah 26,5 (Gerstenberger *et al.*, 2010).

b. Lembar *informed consent*

c. Alat tulis

3.6.2 Cara Pengambilan Data

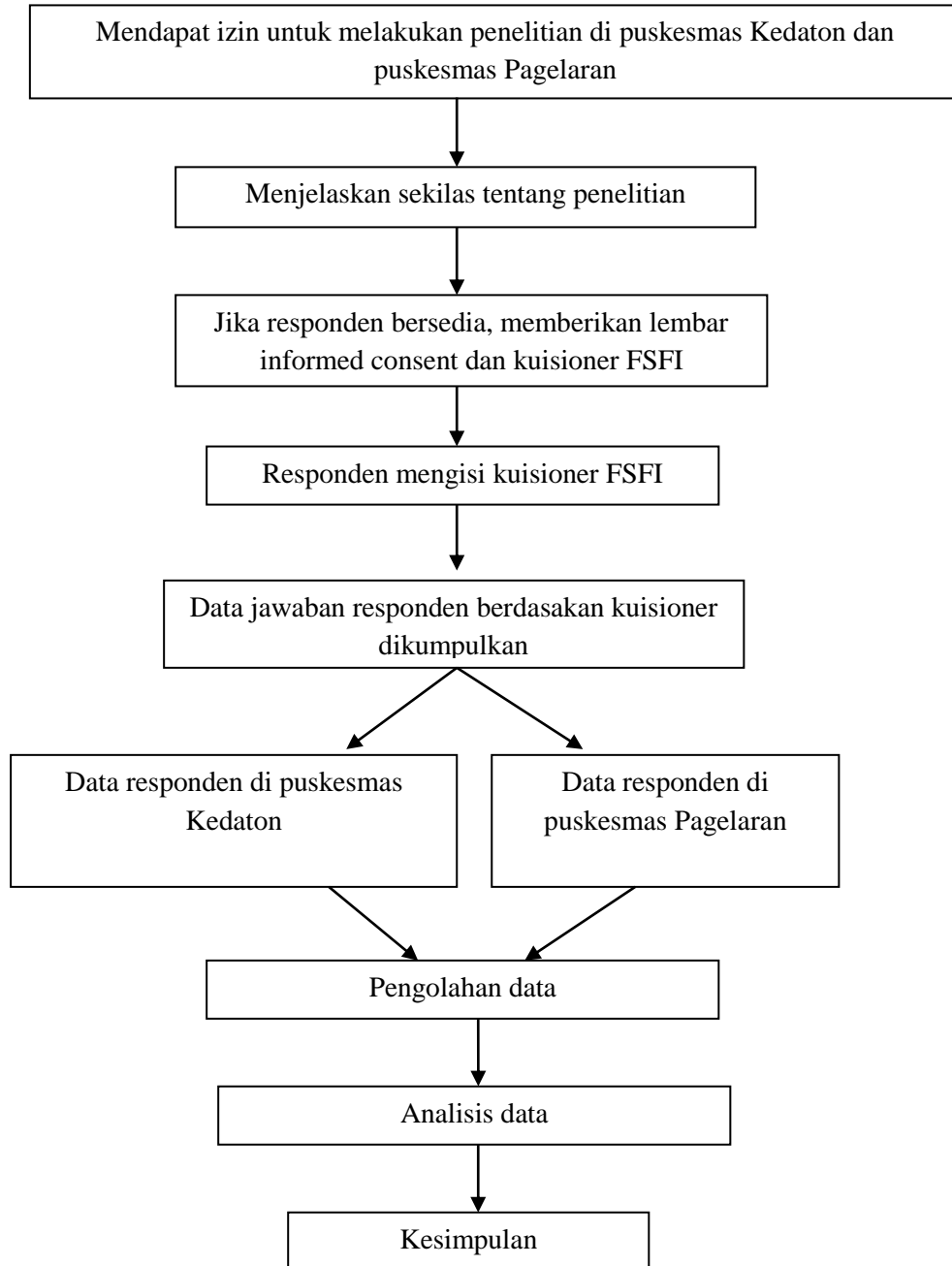
Data pada penelitian ini merupakan data primer, yaitu data yang diambil langsung dari responden. Adapun data penelitian ini dikumpulkan dengan langkah – langkah :

- a. Penjelasan mengenai maksud dan tujuan dari penelitian
- b. Jika responden bersedia, maka responden mengisi lembar persetujuan atau *informed consent*
- c. Responden mengisi kuisisioner FSFI

Pada penelitian untuk wanita pedesaan di Puskesmas Pagelaran, peneliti dibantu oleh bidan desa setempat dalam menjelaskan mengenai pengisian kuisioner kepada responden, dengan sebelumnya bidan desa telah diberikan penjelasan terlebih dahulu dari peneliti mengenai pengisian kuisisioner.

3.7 Alur Penelitian

Adapun alur dari penelitian ini terdapat pada **Gambar 4**.



Gambar 4 Alur Penelitian

3.8 Pengolahan Data

Data – data yang diperoleh dari proses pengumpulan data akan diubah menjadi bentuk tabel, kemudian data diolah dengan menggunakan program statistik yang dilanjutkan dengan pengolahan dengan komputer yang terdiri dari beberapa langkah :

- a. Koding, yaitu proses mengubah data menjadi kode agar dapat dianalisis
- b. *Data entry*, data yang telah diubah menjadi kode dimasukkan kedalam komputer
- c. Analisis data yang telah dimasukkan kedalam komputer
- d. *Output data*, data yang telah dianalisis kemudian dicetak

3.9 Analisis Statistika

Pada penelitian ini, dilakukan 2 analisis statistik, yaitu : analisis univariat dan bivariat.

3.9.1 Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menganalisis karakteristik dari variabel bebas.

3.9.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menilai perbedaan pada variabel bebas dan terikat. Uji yang digunakan yaitu *chi-square*. Uji ini

digunakan karena skala pengukuran pada penelitian ini merupakan data kategorik-kategorik dan kelompok data penelitian ini tidak berpasangan.

4.0 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada wanita di Kecamatan Kedaton dan Kecamatan Pagelaran dengan memperhatikan aspek etika dalam penelitian. Sebelum dilakukan penelitian, peneliti meminta responden untuk mengisi lembar ketersediaan menjadi responden (*informed consent*) dan penelitian menjamin kerahasiaan identitas, melindungi dan menghormati hak responden. Penelitian ini telah disetujui oleh tim Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan nomor surat No: 4318/UN26.8/DL/2017.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan didapatkan beberapa simpulan yaitu :

1. Proporsi fungsi seksual wanita perkotaan di Kecamatan Kedaton sebesar 51,2%
2. Proporsi fungsi seksual wanita pedesaan di Kecamatan Pagelaran sebesar 47,7%
3. Tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara fungsi seksual wanita perkotaan dan pedesaan
4. Faktor yang berhubungan dengan fungsi seksual wanita pada penelitian ini yaitu pendidikan terakhir, jumlah anak, tingkat penghasilan, dan aktivitas seksual.

5.2 Saran

Adapun saran dari peneliti yaitu :

1. Penelitian mengenai fungsi seksual pada wanita dilakukan lebih mendalam lagi terutama mengenai dampaknya terhadap kualitas hidup dan dapat digunakan untuk ilmu kedokteran bidang ginekologi.

2. Adanya edukasi rutin kepada masyarakat baik di perkotaan maupun di pedesaan mengenai fungsi seksual agar masyarakat lebih memperhatikan kehidupan seksualnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdoly, M., Pourmousavi, L. 2013. The Relationship Between Sexual Satisfaction and Education Levels in Women. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 1(2): 39–44.
- Allen, M. S., Desille, A. E. 2017. Health-related lifestyle factors and sexual functioning and behavior in older adults. *International Journal of Sexual Health*. 7611.
- Ambler, D. R., Bieber E. J., Diamond, M. P. 2012. Sexual function in elderly women: a review of current literature. *Reviews in obstetrics & gynecology*. 5(1): 16–27.
- Aslan, E. Nezihe K., Ilkay G., Ates K., Birsen K. 2008. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: A study of 1,009 women in an outpatient clinic of a University Hospital in Istanbul. *Journal of Sexual Medicine*. 5(9): 2044–52.
- Baernholdt, M., Guofen Y., Ivora H., Karen R., Meghan M. 2012. Quality of life in rural and urban adults 65 years and older: findings from the National Health and Nutrition Examination survey. *The Journal of rural health : official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*. 28(4): 339–47.
- Basson, R. 2005. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. 172(10).
- Berman, J. R. 2005. Physiology of female sexual function and dysfunction. *International journal of impotence research*. 17 (Suppl 1): S44–S51.
- Boa, R. 2014. Female sexual dysfunction. *South African Medical Journal*. 104(6): 446.
- Brotto, L. A. 2010. The DSM diagnostic criteria for sexual aversion disorder. *Archives of sexual behavior*. 39(2): 271–7.
- Burri, A. V, Cherkas, L. M, Spector, T. D. 2009. The Genetics and Epidemiology of Female Sexual Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*. 6: 646–57.
- Buster, J. E. 2013. Managing female sexual dysfunction. *Fertility and Sterility*. Elsevier Inc. 100(4): 905–915.
- Chen, C.-H., Chin Y., Li-Hsuan C., Yuan-Hsiang, Fang-Fu R., Wei-Min L., et al. 2013. Female sexual dysfunction: Definition, classification, and debates. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. Elsevier Taiwan LLC. 52(1): 3–7.

- Corona, G. Valdo R., Elisa B., Edoardo M., Francesco L., Valentina B. et al. 2009. Selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*. 6: 1259–69.
- Croucher, K. Housing P., Sheila B. 2007. Health and the Physical Characteristics of Urban Neighbourhoods : a Critical Literature Review Final Report.
- Dasgupta, P., J. F. M. 2014. Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Part A: Global and Sectoral Aspects. Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. p. 613–57.
- Esmaeilzadeh, S. Mouloud Agajani. Mohammad H. 2013. Assess Quality of Life among Iranian Married Women Residing in Rural Places. *Global Journal of Health Science*. 5(4): 182–8.
- Gerstenberger, E. P. Raymond C. Jessica. Cindy M. Lori A. Markus.W. 2010. Sexual Desire and the Female Sexual Function Index (FSFI): A Sexual Desire Cutpoint for Clinical Interpretation of the FSFI in Women with and without Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Journal of Sexual Medicine*. 7(9): 3096–103.
- Giraldi, A., Alessandra H. James P., Ellen. L. 2013. Female Sexual Arousal Disorders. *Journal of Sexual Medicine*. 10(1): 58–73.
- Goldstein, I., Noel N., Anita. Leonard R., Annamaria G, Sharon J. 2017. Hypoactive Sexual Desire Disorder : International. *Mayo Clinic Proceedings*. Mayo Foundation for Medical Education and Research. 92(1): 114–28.
- Goshtasebi, A., Vahdaninia, M. and Rahimi Foroshani, A. 2009. Prevalence and potential risk factors of female sexual difficulties: An urban Iranian population-based study. *Journal of Sexual Medicine*. 6(11): 2988–96.
- Gudarzi, S. 2014. Female Orgasmic Disorder Treatment Using Cognitive-behavioral Approach. *Advances in Life Sciences*. 4(4): 196–9.
- Heiman, J. R. 2002. Sexual dysfunction : Overview of prevalence, etiological factors, and treatments Sexual Dysfunction : Overview of Prevalence, Etiological Factors, and Treatments. *Journal of Sex Research*. 39(1): 73–78.
- Higgins, A., Nash, M. and Lynch, A. M. 2010. Antidepressant-associated sexual dysfunction: Impact, effects, and treatment. *Drug, Healthcare and Patient Safety*. 2(1): 141–50.
- Ibrahim, Z. M., Ahmed, M. R., Ahmed, W. A. S. 2013. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Egyptian women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 287(6): 1173–80.
- Jaafarpour, Ali K., Javaher K., Zeinab. 2013. Female Sexual Dysfunction : Prevalence and Risk Factors. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 7(September 2011). pp. 2877–80.

- Javadifar, N., Farideh P., Parvaneh M., Mohammad Hussein. 2016. Comparing Sexual Function in Females of Reproductive Age Referred to Rural and Urban Healthcare Centers in Ahvaz Iran. *Jundishapur Journal Of Chronic Disease Care*. 5(4).
- Jiann, B. P. Cheng Chen, Chia Cheng, Tony T.Jong Khing. 2009. Risk factors for individual domains of female sexual function. *Journal of Sexual Medicine*. 6(12): 3364–75.
- Kanedi, M., Sutyarso. 2014. Effects of Sexual Dysfunction on Female Teachers Performance. *American Journal of Public Health Research*. 2(6): 244–7.
- Kao, A., Yitzchak M., Anita K., Samir K. 2008. Dyspareunia in postmenopausal women: A critical review. *Pain Research and Management*. 13(3): 243–54.
- Koentjaraningrat. 1967. *Beberapa pokok Antropologi Sosial*. Jakarta: Dian Rakjat.
- Kyan J. Allahdadi, Rita C.A., Tostes R. C. W. 2010. Female Sexual Dysfunction: Therapeutic Options and Experimental Challenges. *Cardiovascular & hematological agent in medicinal chemistry*. 7(4): 1–17.
- Lammerink, E. A. G., Geertruida H De, Astrid P., Andre P Van, Alfons C M Van, Margriet G Aet al. 2017. A Survey of Female Sexual Functioning in the General Dutch Population. *The Journal of Sexual Medicine*. Elsevier Inc. 14(7): 937–49.
- Lau, J. T. F. Cheng, Wang, Yang. 2006. Prevalence and correlates of sexual dysfunction among young adult married women in rural China: a population-based study. *International journal of impotence research*. 18(1): 89–97.
- Leiblum, S. R. 2003. Arousal disorders in women: complaints and complexities. *The Medical Journal of Australia*. 178(June): 638–40.
- Ma, J. Lianjun P., Yu Lei., Aixia Z., Yanjing K.,. 2014. Prevalence of female sexual dysfunction in urban chinese women based on cutoff scores of the chinese version of the female sexual function index: A preliminary study. *Journal of Sexual Medicine*. 11(4): 909–19.
- McCool, M. E., Andrea Z., Melissa A., Helge K., Cristian R., Christian A. 2016. Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Sexual Medicine Reviews*. Elsevier Inc. 4(3): 197–212.
- Mirzaei, M., Khodabakhsh A., SeyedHassan S., Mohammad R. 2016. Instruments of High Risk Sexual Behavior Assessment: a Systematic Review', *Materia Socio Medica*. 28(1): 46.
- Montgomery, K. A. 2008. Sexual Desire Disorders. *Psychiatry (Edgmont)*. 5(6): 50–5.
- Murtagh, J. 2010. Female Sexual Function, Dysfunction, and Pregnancy: Implications for Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 55(5): 438–46
- Mwampagatwa, I. H. 2015. Sexuality and sexual dysfunction in women : A review of current

- knowledge and areas for further research. 3(2): 14–23.
- Nappi, R. E., Ellis M., Erica T., Francesca A., Valentina S., Silvia T. 2010. Management of hypoactive sexual desire disorder in women: Current and emerging therapies. *International Journal of Women's Health*. 2(1): 167–75.
- Neal, K. L. Stephanie T., Mazvita N., Victoria G., Alexis B., Brett W. 2015. Socioeconomic Variables Effecting Female Sexual Function in an Urban, Community Setting. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. 5(April): 195–202.
- Nik-Azin, A., Nainian M. R., Zamani, M., Bavojudan M. R., Motlagh, M J. 2013. Evaluation of sexual function, quality of life, and mental and physical health in pregnant women. *Journal of Family and Reproductive Health*. 7(4): 171-6.
- Notoatmodjo. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Pan, W. Gourab G., Coco K., Manuel C., Alex P. (2013) Urban characteristics attributable to density-driven tie formation.
- Pauls, R. N. 2010. Impact of gynecological surgery on female sexual function. *International journal of impotence research*. Nature Publishing Group. 22(2): 105–14.
- Pfaus, J. G. 2009. Pathways of sexual desire. *Journal of Sexual Medicine*. 6(6): 1506–33.
- Pusat Bahasa 2011. *Kamus Besar Bahasa Indonesia Online*. <http://kamusbahasaonline.org/> diunduh pada 8 april 2017
- Rahardjo. 1999. *Pengantar Sosiologi Pertanian dan Pedesaan*. Gadjah Mada University Press.
- Rosen, R., C Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh. 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(2): 191–208.
- Ryding, E. L., Blom, C. 2015. Validation of the Swedish Version of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Journal of Sexual Medicine*. 12(2): 341–9.
- Saadat, S. H. 2014. Vaginismus : A Review of literature and Recent Updated Treatments. *International Journal of Medical Reviews*. 1(3): 97–100.
- Saputra, M. and Sutyarso. 2014. The Comparison of the Incidence of Sexual Dysfunction According to the FSFI Scoring on IUD and Hormonal Acceptor at Puskesmas Rajabasa Bandar Lampung. *majority*. 3(1): 69–78.
- Satta, E. Magno, C. Galì, A. Inferrera, Antonino. Granese, R. Aloisi, C. et al. 2014. Sexual Dysfunction in Women with Diabetic Kidney. *International Journal of Endocrinology*. 2014.
- Schwarz, E. R. 2007. Sexual function in women with heart disease and coronary artery

- disease. *International journal of impotence research*. 19(4): 341–2.
- Shaeer, O., Shaeer, K. and Shaeer, E. 2012. The Global Online Sexuality Survey (GOSS): Female Sexual Dysfunction among Internet Users in the Reproductive Age Group in the Middle East. *Journal of Sexual Medicine*. 9(2): 411–24.
- Suryadi, A. J. Parlautan, A. Putri, A. Yuvensia, A. M. Pratama, Agung N. Falaivi, A. F. et al. 2010. Prevalence of Sexual Dysfunction Based on Female Sexual Function Index and Perception of Newly Bride in Jati Village and Its Related Factors. *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology*. 3(4): 170–4.
- Terri L. Woodard, Michael P. Diamond, M. D. 2009. Physiologic Measures of Sexual Function in Women: A Review. *Fertil Steril*. 92(1): 19–34.
- Thomas, H. N. and Thurston, R. C. 2016. Maturitas Review article A biopsychosocial approach to women’ s sexual function and dysfunction at midlife : A narrative review. *Maturitas*. Elsevier Ireland Ltd. 87. p. 49–60.
- Umran, O., Melike Rn, D. 2016. Effect of the Contraceptive Methods on Female Sexual Function. *International Journal of Caring Sciences*. 10(3): 1–366.
- Wallwiener, C. W. Wallwiener, Lisa-Maria. Seeger, H. Schönfisch, B. Mueck, Alfred O. Bitzer, J. et al. 2017. Sexual Function, Contraception, Relationship, and Lifestyle in Female Medical Students. *Journal of Women’s Health*. 26(2): 169–77.
- Weeks, J. R. 2010. remote sensing of urban and suburban areas. San diego: Springer.
- WHO. 1997. WHOQOL Measuring Quality of Life. WHO.
- WHO. 2002. Defining Sexual Health. (January).
- Witting, K., Santtila, P., Jern, P., Varjonen, M., Wager, I., Höglund, M., et. al. 2008. Evaluation of the Female Sexual Function Index in a population based sample from Finland. *Archives of Sexual Behavior*. 37(6): 912–24.
- Witting, K., Santtila, P., Alanko, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A. et. al. 2008. Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction’, *Journal of Sex and Marital Therapy*. 34(2): 89–106.
- Wolpe, R. E., K. Zomkowski, Silva, Fabiana P., Queiroz, Ana Paula A. Sperandio, Fabiana F. 2017. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*. Elsevier Ireland Ltd. 211. p. 26–32.
- Zhang, H., P. S. F. Yip. 2012. Female Sexual Dysfunction among Young and Middle-Aged Women in Hong Kong: Prevalence and Risk Factors. *Journal of Sexual Medicine*. 9(11): 2911–8.