

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori

1. Konsep Remaja

a. Pengertian Remaja

Masa remaja merupakan masa transisi perkembangan fisik. Ketika alat- alat kelamin maupun oragan tubuh lain memperoleh bentuknya yang sempurna. Masa pematangan fisik dimulai kurang lebih selama dua tahun biasanya dihitung mulai haid yang pertama pada wanita. (Apriyanti, 2018).

Menurut *World Health Organisation (WHO)*, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-19 tahun, rentang waktu usia remaja dibedakan menjadi tiga, yaitu masa remaja awal 12-15 tahun, masa remaja pertengahan 15-18 tahun, masa remaja akhir 18-21 tahun. Monks, Knoers, dan Harditono membedakan masa remaja menjadi empat bagian, yaitu masa pra-remaja 10-12 tahun, masa remaja awal 12-15 tahun, masa remaja peretngahan 15-18 tahun, dan masa remaja akhir 18-21 tahun (Salamah, 2019)

Berdasarkan luaran diatas dapat disimpulakn bahwa remaja yaitu idividu yang berusia 11-12 tahun sampai 20-21 tahun dimana individu tersebut mengalami perubahan – perubahan secara fisik, maupun psikologis.

b. Perkembangan Remaja

Masa remaja merupakan masa perkembangan pada diri remaja yang sangat penting, diawali dengan matangnya organ-organ fisik (seksual) sehingga nantinya mampu bereproduksi. Masa pubertas adalah masa remaja dimana terdapat perubahan – perubahan yang terjadi seperti perubahan hormonal, fisik, psikologis maupun sosial (Salamah, 2019)

Perkembangan atau perubahan kognitif yang terjadi selama masa transisi dari masa anak -anak ke masa remaja adalah peningkatan dalam berfikir abstrak, idealis, dan logis. Remaja mulai berpikir secara lebih egosentris, sering merasa bahwa mereka unik, dan tidak terkalahkan saat mereka melakukan transisi. Orangtua dalam menanggapi perubahan tersebut, memberikan lebih banyak tanggung jawab untuk pengambilan keputusan yang dilakukan oleh para remaja (Santrock, 2011).

Perubahan sosio – emosional yang dialami remaja adalah pencarian jati diri. Perubahan yang biasa dialami salah satunya konflik dengan orang tua, dan keinginan untuk menghabiskan lebih banyak waktu dengan teman sebaya. Percakapan dengan teman -teman menjadi lebih intim dan memasukan lebih banyak keterbukaan diri. Anak – anak memasuki masa remaja mereka akan mengalami kematangan seksual sehingga mereka akan mengalami ketertarikan yang lebih besar dalam hubungan dengan lawan jenis. Remaja akan

mengalami perubahan mood yang lebih besar daripada masa anak – anak (Santrock, 2011).

c. Pembagian Usia Remaja

Menurut Sa'id (2015) usia remaja dibagi tiga tahapan dalam tingkatan usia yang dilampaui remaja tersebut di antaranya:

1) Remaja awal (*early adolescence*)

Pada tahap awal pertama adalah umur remaja antara umur 12 tahun sampai dengan umur 15 tahun. Pada tahap ini biasanya remaja ada disekolah menengah pertama. Pada fase ini remaja mengalami perubahan fisik dari mulai ada rasa suka pada lawan jenis dan mudah sensitiv secara erotik.

2) Remaja pertengahan (*middle adolescence*)

Pada tahap berikutnya yaitu tahap pertengahan atau biasanya disebut dengan remaja madya. Pada fase ini remaja mulai berumur 15 tahun sampai umur 18 tahun dan sudah menduduki bangku sekolah SMA. Pada tahap berikutnya seorang remaja lebih mengutamakan datangnya seorang teman dalam kehidupan dan dengan seiringnya waktu mengalami perubahan bentuk tubuh yang hampir serupa dengan orang dewasa.

3) Remaja akhir (*late adolescence*)

Pada saat ini remaja akan menduduki tingkat umur terakhir yaitu dengan umur 18 tahun sampai umur 21 tahun. Di umur remaja pada saat ini akan menduduki perguruan tinggi bagi yang

meneruskan setelah duduk di bangku SMA, dan bagi yang tidak meneruskan memilih untuk bekerja. Pada fase ini remaja akan mengalami perubahan fisik mulai dari bersikap mengambil keputusan serta menjadi pantauan layaknya seorang dewasa dalam menyikapi akan sesuatu dalam kehidupannya.

d. Ciri – ciri Masa Remaja

1) Sebagai periode peralihan

Peralihan didefinisikan sebagai proses berkembangnya sebelumnya dari tahap sebelumnya ke tahap selanjutnya dan akan mengalami keadaan perubahan setelah itu.

2) Periode mencari identitas diri

Identitas diri remaja berguna untuk mendeskripsikan akan identitas dirinya dan menjelaskan akan siapa dirinya, dan pada kedudukannya, dia masih anak- anak dan apakah dia akan tumbuh seperti orang dewasa. Untuk selanjutnya remaja akan menghadapi tugas nanti ke depannya yang akan dihadapi seperti menemukan kejelasan akan pertanyaan yang mengenai identitasnya *sense of individual identity* mencakup ketentuan yang akan diambil dalam melakukan semua kegiatan (Pieter, 2010)

e. Perubahan pada Remaja

Pada tingkatan remaja ini tidak banyak terjadi mengalami masa peralihan seperti pergantian biologis, sosial, cara berfikir remaja, perubahan emosi, dan kejiwaan sebagai berikut :

1) Perubahan Biologis / fisik

Adanya lima perubahan yang berhubungan dengan biologis/ fisik remaja seperti : tubuh akan cepat mengalami perubahan ketinggian. Berkembangnya alat reproduksi dan mengalami perubahan bentuk tubuh dengan menyertai terjadinya perubahan pada sirkulasi dalam darah serta mengembangkan sistem pernafasan yang berhubungan dengan energi yang dibutuhkan oleh tubuh (Fauziah, 2015). Menurut Wong et al (2008), fisik pada remaja akan cepat mengalami banyak perubahan seperti perubahan alat reproduksi yang sudah mencapai tingkat kematangan. Dari teori diatas didapatkan perubahan biologis /fisik yang terjadi pada remaja yaitu :

- a) Munculnya tanda pubertas pada remaja : remaja putri akan mendapati terjadinya menstruasi pertama kali sedangkan mimpi basah untuk remaja laki -laki.
- b) Menurut pinem (2009) organ seks sekunder yang dialami oleh remaja akan muncul seperti:

- (1) Untuk laki -laki pada tahap ini mulai muncul seperti : tumbuhnya jakun yang membuat suara mengalami perubahan, dan bertambahnya ukuran penis dan buah zakar yang tampak menjadi lebih besar dari sebelumnya, mengalami ejakulasi dan ereksi secara dini, dada terlihat bidang, tubuhnya mulai tampak beroto, dan sudah mulai

muncul tumbuhnya rambut diarea diatas bibir, ketiak dan bahkan sekitar alat genitalia.

(2) Pada wanita : bokong akan tampak menjadi lebar, dan vagina akan mengalami pertumbuhan bertumbuhnya rambut disekitar pubis, dan ketiak. Dan buah dada tampak menjadi besar.

2) Perubahan Kognitif

Pada tahap ini tidak lagi dilampaui dengan kenyataanya yang fakta hak ini ciri berfikir yang konkrit. Remaja termotivasi akan hal memahami dan beradaptasi dengan lingkungan sekitar untuk berfikir mendapati pengetahuan terbaru (Wong, 2008). Cara berfikir seorang remaja dalam pandangan Piaget yang akan membangun perkembangan kognitif, dimana informasi mudah diperoleh secara langsung maupun tidak langsung dan tidak akan mudah dipersetujui sewenang- wenang (Jahja, 2013).

3) Perubahan sosial

Pada masa ini remaja mengharapkan dirinya bebas, tapi disisi lain mereka akan takut pada tanggung jawab, serta meragukan kemampuan yang dimilikinya dan menanggung beban tanggung jawab yang ada kaitannya dengan kemandirian (Jahja, 2013).

2. Konsep Nyeri

a. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman tidak menyenangkan secara sensori dalam tubuh maupun secara emosional. Nyeri yang dirasakan berupa subjektif. Dan individu yang mengalami nyeri mempersepsikannya berbeda-beda berdasarkan pengalaman yang mereka alami. Nyeri berkaitan dengan rusaknya selaput yang aktual atau potensial tubuh yang dirasakan dimana terjadinya kerusakan, Nyeri menjadi landasan paling umum bagi individu untuk menjalani pengobatan kepulihan karena nyeri yang dirasakan sangat mengganggu dan bahkan menyulitkan untuk mereka. Upaya untuk pengontrolan nyeri perawat perlu melakukan pendekatan yang efektif (Potter, 2016)

Kondisi berupa perasaan tidak nyaman dan menyenangkan, bersifat sangat subyektif dinamakan dengan nyeri. Persiana nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevakuasu rasa nyeri yang dialaminya (Tetty,2015).

Nyeri akut menunjukkan keadaan kerusakan jaringan yang akut atau cedera. Nyeri yang dirasakan ini akan berlangsung kurang dari 6 bulan dan umumnya terjadi berhubungan dengan adanya cedera spesifik maupun trauma. Nyeri kronis merupakan keadaan yang tidak

nyaman yang dialami individu yang berlanjut lama sekitar lebih dari enam bulan. Nyeri yang dirasakan ini akan berlangsung secara menetap sepanjang periode waktu, Nyeri kronis ini tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera fisik (Mutaqin, 2008)

b. Klasifikasi Nyeri

Menurut NANDA (2018), bahwa nyeri dibagi menjadi empat yaitu :

1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan sebagai kerusakan, awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat dengan berakhirnya dapat diantisipasi atau prediksi dengan durasi kurang dari 3 bulan.

2) Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan sebagai kerusakan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat. Terjadi konstan atau berulang yang berakhirnya tidak dapat diantisipasi atau diprediksi, dan berlangsung lebih dari 3 bulan.

3) Sindrom nyeri kronik

Sindrom nyeri kronik adalah nyeri berulang menetap yang telah berakhir sedikitnya tiga bulan, dan yang secara bermakna mempengaruhi fungsi sehari-hari dan kesejahteraan.

4) Nyeri persalinan

Nyeri persalinan adalah pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan samapi tidak menyenangkan, yang dikaitkan dengan persalinan dan melahirkan.

Menurut Herviana (2016), berdasarkan lokasinya nyeri dibedakan menjadi:

1) Nyeri perifer

Nyeri ini ada tiga macam:

- a) Nyeri *superfisial*, yaitu nyeri yang muncul akibat rangsang pada kulit dan mukosa.
- b) Nyeri *visceral*, yaitu rasa nyeri yang muncul akibat stimulasi dari reseptor nyeri di rongga abdomen, cranium dan toraks.
- c) Nyeri alih, yaitu nyeri yang dirasakna pada daerah lain yang jauh dari penyebab nyeri.

2) Nyeri sentral

Nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medulla spinalis, batang otak dan thalamus.

3) Nyeri psikogenik

Nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya. Nyeri ini timbul akibat pikiran dari seseorang itu sendiri.

c. Tingkatan Nyeri

Skala intensitas nyeri dan tipe menurut Potter & Perry (2012) :

- 1) 0 : tidak nyeri
- 2) 1 -3 : nyeri ringan (klien dapat berkomunikasi dengan baik)
- 3) 4-6 : nyeri sedang (klien mendesis, menyerigai, dapat mendeskripsikan nyeri, dapat menunjukkan lokasi nyeri, serta dapat mengikuti perintah dengan baik)
- 4) 7-9 : nyeri berat (klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap Tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikam, serta tidak dapat diatasi dengan nafas panjang atau distraksi)
- 5) 10 : nyeri sangat berat (pasien tidak mampu lagi berkomunikasi dan hanya menggunakan gerakan memukul)

d. Patofisiologi Nyeri

Menurut *international associtation for study of pain (IASP)* nyeri dapat digambarkan suatu pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan dan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang sudah atau berpotensi terjadi (Price dkk, 2012).

Peningkatan produksi prostaglandin dan pelepasannya (terutama PGP_{2a}) dari endometrium selama menstruasi menyebabkan kontraksi uterus yang tidak terkoordinasi tidak teratur sehingga menimbulkan nyeri. Selama periode menstruasi, wanita yang mempunyai Riwayat disminorea mempunyai tekanan intrauteri yang lebih tinggi dan memiliki kadar prostaglandin dua kali lebih banyak dalam darah (menstruasi) dibandingkan dengan wanita yang tidak mengalami nyeri. Uterus lebih sering berkontraksi dan tidak terkoordinasi atau tidak teratur. Akibat peningkatan uterus yang abnormal tersebut aliran darah menjadi berkurang sehingga terjadi iskemia atau hipoksia uterus yang menyebabkan timbulnya nyeri. Mekanisme nyeri lainnya disebabkan oleh prostaglandin (PGE₂) dan hormone lain yang membuat saraf sensoris nyeri diuterus menjadi hipersensitif terhadap kerja bradykinin serta stimulus nyeri fisik dan kimiawi lainnya (Reeder, 2013).

Kadar vasopressin mengalami peningkatan selama menstruasi pada wanita yang mengalami disminore primer. Peningkatan kadar oksitosin, kadar vasopressin yang lebih tinggi menyebabkan ketidakteraturan kontraksi uterus yang mengakibatkan adanya hipoksia dan iskemia uterus. Pada wanita yang mengalami disminore primer tanpa disertai peningkatan aktifitas alur 5- lipoksigenosa. Hal seperti ini menyebabkan peningkatan sintesis leukotriene,

vasokonstriktor sangat kuat yang menginduksi kontraksi otot uterus (Reeder, 2013).

e. Pengukuran Skala Nyeri

Menurut Hjermstad et al., (2011). Pada umumnya ada tiga metode pengukuran nyeri, yaitu :

1) *Verbal Rating Scale (VRS)*

Metode VRS adalah alat ukur yang menggunakan kata sifat untuk menggambarkan tingkat intensitas nyeri yang berbeda, tentang dari “no pain” sampai “*very severe*”. Jenis ini mempunyai keterbatasan di dalam mengaplikasikannya. Beberapa kelemahan VRS adalah adanya ketidak mampuan pasien untuk menghubungkan kata sifat yang cocok untuk tingkat intensitas nyeri dan ketidakmampuan pasiennya yang buta huruf untuk memahami kata sifat yang digunakan.

2) *Numerical Rating Scale*

Merupakan alat ukur yang digunakan pasien untuk mengukur rasa nyeri yang dialami sebanding dengan tingkat intensitas nyeri yang dirasakan yang menggunakan skala numeral dari angka 0-10 atau 0-100. Angka 0 yang berarti “no pain” tidak nyeri dan 10 atau 100 yang berarti “severe pain” (nyeri hebat). Skala nyeri pada angka 0 berarti tidak nyeri, angka 1-3 menunjukkan nyeri yang ringan (terasa kram pada perut bagian bawah, masih bisa ditahan, masih dapat beraktifitas, masih bisa

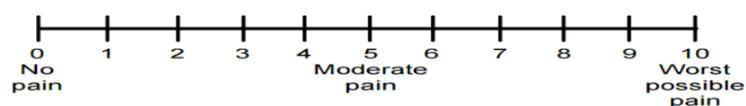
berkonsentrasi belajar), angka 4-6 termasuk kedalam nyeri sedang (terasa kram pada perut bagian bawah, nyeri menyebar ke pinggang, kurang nafsu makan, aktifitas terganggu dan konsentrasi belajar menurun), sedangkan angka 7-9 merupakan kategori nyeri berat (kram perut di bagian bawah, tidak ada nafsu makan, mual, badan lemas, tidak kuat beraktifitas) dan 10 berarti nyeri berat sekali (terasa kram yang berat sekali pada perut bagian bawah, nyeri menyebar ke pinggang, kaki dan punggung, tidak mau makan, mual muntah, tidak dapat beraktifitas terkadang sampai pingsan).

Menurut *American Medical Assosiation (AMA)* (2010), NRS dijelaskan kepada pasien secara verbal. Namun dapat disajikan secara visual. NRS dapat disajikan dalam horizontal maupun vertikal. Alat ini telah menunjukkan sensitifitas terhadap pengobatan dalam intensitas nyeri dan berguna untuk membedakan intensitas nyeri. NRS lebih digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik, skala ini juga dapat membantu dalam memberikan pengobatan berikutnya untuk memonitor keberhasilan terapi (Andarmoyo, 2016).

Variabel intensitas nyeri untuk kepentingan analisis dikategorikan menjadi dua berdasarkan *cut of pain*, yaitu nyeri ringan (<1) dan nyeri berat (>1). Penelitian Flaherty (2008), NRS

sudah teruji validitas realibilitas 0,56-0,90, dan nilai konsistensi interval dengan menggunakan Alpha-Cronbach di dapatkan 0,75-0,89. Kuesioner untuk hasil deskripsi nyeri pada tiap tingkatan NRS setelah diuji oleh peneliti didapatkan deskripsi nyeri mudah dan jelas diinterpretasikan oleh responden (Ningsih, 2013).

0–10 Numeric Pain Rating Scale



Gambar 2.1 skala nyeri

3) *Visual Analog Scale (VAS)*

Metode VAS adalah alat ukur intensitas nyeri lain, meliputi 10 cm garis, dengan setiap ujungnya ditandai dengan tingkat intensitas nyeri (ujung kiri diberi tanda “no pain” dan ujung kanan di beri tanda “bad pain”). Pasien diminta untuk menandai di sepanjang garis tersebut sesuai dengan tingkat intensitas nyeri yang dirasakan pasien, kemudian tanda yang diberi oleh pasien dan itulah tingkat intensitas nyeri pasien. Skor tersebut dapat dicatat untuk melihat kemajuan pengobatan/terapi selanjutnya. VAS lebih sensitive terhadap survei yang dilakukan oleh *Pain Management Service* di *Louisiana State University Health Sciences Center, Shreveport (LSUHSC-S)* tahun 2008 menunjukkan bahwa VRS menunjukkan korelasi yang sangat

kuat dengan VAS sehingga sering dilakukan kombinasi antar keduanya.



Gambar 2.2 Intensitas skala nyeri
(Magrinelli, Zanette & Tamburin,2013)

f. Manajemen Penatalaksanaan Nyeri

Menurut Andarmoyo (2013), manajemen penatalaksanaan nyeri dibagi menjadi dua yaitu

1) Manajemen Non Farmakologi

Manajemen nyeri non farmakologi merupakan Tindakan menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Dalam melakukan intervensi keperawatan/kebidanan, manajemen non farmakologi merupakan Tindakan dalam mengatasi respon nyeri klien.

2) Manajemen Farmakologis

Manajemen farmakologi merupakan metode yang menggunakan obat-obatan dalam praktik penanganannya. Cara dan metode ini memerlukan instruksi dari medis. Ada beberapa strategi menggunakan pendekatan farmakologis dengan manajemen nyeri dengan penggunaan analgetik maupun anestesi.

3. Konsep Nyeri Disminore

a. Pengertian

Disminore dalam bahasa Inggris sering di sebut sebagai “*painfull period*” atau menstruasi yang menyakitkan (*American College of Obstetritian and Gynecologist, 2015*). Disminore adalah nyeri pada saat menstruasi, rasa nyeri ini biasanya dirasakna di bagian oerut bagian bawah atau pinggang di sertai dengan rasa mual, sakit kepala, perasaan mau pingsan dan tanpa disertai adanya tanda -tanda infeksi atau penyakit panggul (Hastuti, 2016).

Ketidakseimbangan hormon progesterone dalam darah, prostalglandin dan faktor stress/ psikologis mengakibatkan terjadinya nyeri Ketika menstruasi pada beberapa wanita yang juga dinamakan dengan disminore (Salamah, 2019).

Berdasarkan pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa disminore adalah nyeri pada daerah pinggul hingga menjalar kebawah yang di alami saat menstruasi yang ditandai dengan rasa mual, terbakar atau menusuk dan terjadi karena produksi zat prostalglandin.

b. Klasifikasi Disminore

Menurut Berlianawati (2016), ada dua tipe dari disminore, yaitu :

- 1) Disminore primer adalah nyeri haid yang dijumpai pada alat -alat genital yang nyata. Disminore primer terjadi beberapa waktu setelah *menarche*. Disminore primer adalah suatu kondisi yang dihubungkan dengan siklus ovulasi.

- 2) Disminore sekunder adalah nyeri saat menstruasi yang disebabkan oleh kelainan ginekologi atau kandungan. Pada umumnya terjadi pada wanita yang berusia lebih dari 25 tahun. Disminore sekunder yaitu nyeri menstruasi yang berkembang dari disminore primer yang terjadi sesudah 25 tahun dan penyebabnya karena kelainan pelvis.

c. Etiologi Disminore

Menurut Sinaga (2017) , penyebab disminore antara lain :

- 1) Disminore Primer

Disminore primer adalah proses normal yang dialami Ketika menstruasi. Kram menstruasi primer disebabkan oleh kontraksi otot Rahim yang sangat intens, yang dimaksudkan untuk melepaskan lapisan dinding Rahim yang tidak diperlukan lagi. Disminore primer disebabkan oleh zat kimia alami yang diproduksi oleh sel -sel lapisan dinding Rahim yang disebut prostaglandin. Prostaglandin akan merangsang otot -otot halus dinding Rahim untuk berkontraksi. Makin tinggi kadar prostaglandin maka kontraksi akan makin kuat, sehingga rasa nyeri yang dirasakan juga makin kuat. Hari pertama menstruasi kadar prostaglandin sangat tinggi. Pada hari kedua dan selanjutnya, lapisan dinding Rahim akan mulai melepas, dan kadar prostaglandin akan menurun. Rasa sakit dan nyeri haid akan berkurang seiring dengan makin menurunnya kadar

prostaglandin (Sinaga, 2017).

2) Disminore sekunder

Disminore sekunder umumnya disebabkan oleh kelainan atau gangguan pada sistem reproduksi, misalnya fibroid uterus, radang panggul, endometriosis atau kehamilan ektopik. Disminore sekunder dapat diatasi hanya dengan terapi non farmakologi atau menangani penyakit yang menyebabkannya (Salamah, 2019)

d. Manifestasi Klinik

Gejala nyeri menstruasi (Reeder, 2013) adalah :

- 1) Nyeri (kram) pada perut dimulai 24 jam sebelum terjadinya menstruasi
- 2) Nyeri yang terjadi 12 jam setelah proses menstruasi terjadi
- 3) Ada gejala nyeri pada punggung dan daerah ekstremitas
- 4) Nyeri juga dirasakan di paha bagian dalam
- 5) Mual dan muntah
- 6) Pucat dan lemas
- 7) Sakit kepala atau migran

e. Patofisiologi Disminore

Selama siklus menstruasi di temukan peningkatan dari kadar prostaglandin terutama PGF_2 dan PGE_2 . Pada fase proliferasi konsentrasi kedua prostaglandin ini rendah, namun pada fase sekresi konsentrasi PGF_2 lebih tinggi dibandingkan dengan konsentrasi PGE_2 .

Selama siklus menstruasi konsentrasi PGF_2 akan terus meningkat kemudian menurun pada masa *implantasi window*. Pada beberapa kondisi patologis konsentrasi PGF_2 dan PGE_2 pada remaja dengan keluhan menoragha secara signifikan lebih tinggi dibandingkan dengan kadar prostaglandin remaja tanpa adanya gangguan haid. Oleh karena itu baik secara normal maupun pada kondisi patologis prostaglandin mempunyai peranan selama siklus menstruasi (Reeder, 2013).

Disminore diakibatkan karena tingginya kadar prostaglandin. Respon terhadap produksi progesterone, asam lemak di dalam fosfolipid membrane sel bertambah setelah ovulasi. Asam arakidonat dilepaskan dan memulai kaskade prostaglandin dalam uterus. Prostaglandin akan menimbulkan iskemia dan nyeri. Kadar prostaglandin, lebih tinggi selama dua hari pertama menstruasi pada perempuan dengan disminore primer. Konsentrasi vasopresin dan leukotriene juga ditemukan lebih tinggi pada perempuan dengan nyeri ringan (Anisa, 2015).

Menurut Reeder (2013) disminore disebabkan karena peningkatan produksi prostaglandin dan pelepasannya (terutama PGF_{2a}) dari endometrium selama menstruasi menyebabkan kontraksi uterus yang tidak terkoordinasi dan tidak teratur sehingga timbul nyeri. Selama periode menstruasi, remaja yang mempunyai disminore mempunyai tekanan intra uteri yang lebih tinggi dan memiliki kadar

prostaglandin dua kali lebih banyak dalam darah menstruasi di bandingkan remaja yang tidak mengalami nyeri. Akibat peningkatan aktivitas uterus yang abnormal ini, aliran darah menjadi berkurang sehingga terjadi iskemia atau hipoksia uterus yang menyebabkan nyeri. Mekanisme nyeri lainnya disebabkan oleh serat sensoris prostaglandin (PGF_{E_2}) dan hormon lainnya yang membuat saraf sensoris nyeri di uterus menjadi hipersensitif terhadap kerja bradikinin serta stimulasi fisik dan kimiawi lainnya (Reeder,2013).

f. Penatalaksanaan

Menurut Reeder (2013),penatalaksanaan pada disminore yaitu :

1) Disminore primer

Penatalaksanaan medis pada disminore primer terdiri atas pemberian kontrasepsi oral dan NSAIDs. Pada kontrasepsi oral bekerja dengan mengurangi volume darah menstruasi dengan menekan endometrium dan ovulasi, sehingga kadar prostaglandin menjadi rendah. Golongan obat NSAIDs yang diberikan pada pasien disminore primer yaitu ibuprofen, naproksen dan asam mefenamat. Medikasi diberikan setelah nyeri dirasakan dan dilanjutkan selama 2 sampai 3 hari pertama pada saat menstruasi.

2) Disminore sekunder

Penatalaksanaan atau terapi fisik untuk disminore sekunder bergantung dengan penyebabnya. Pemberian terapi NSAIDs,

karena nyeri yang disebabkan oleh peningkatan prostalglandin. Antibiotic dapat diberikan ketika ada infeksi dan pembedahan dapat dilakukan jika terdapat abnormalitas anatomi dan structural.

g. Pencegahan Disminore

Pencegahan disminore menurut Yasin (2016), yaitu :

- 1) Menghindari stress
- 2) Miliki pola makan yang teratur dengan asupan gizi yang memadai, memenuhi standar 4 sehat 5 sempurna.
- 3) Hindari makanan yang cenderung asam dan pedas saat menjelang haid
- 4) Istirahat yang cukup, menjaga kondisi agar tidak terlalu lelah, dan tidak menguras energi yang berlebihan.
- 5) Melakukan olahraga ringan secara teratur.

4. Konsep Terapi Musik

a. Pengertian Terapi Musik

Terapi musik adalah suatu proses yang menggabungkan antara aspek penyembuhan musik itu sendiri dengan kondisi dan situasi : fisik/ tubuh, emosi, mental, spiritual, kognitif dan kebutuhan sosial seseorang. Terapi music adalah metode penyembuhan dengan music melalui energi yang dihasilkan dari musik itu sendiri (Yasin, 2016).

Kegiatan yang terdapat dalam setiap perwujudan keagamaan

seseorang disebut dengan dzikir. Kekuatan spiritual dan kegiatan mengingat nama Allah SWT yang dapat dilakukan tidak mengenal Batasan waktu(Rofiqah, 2015)

b. Jenis terapi musik

Menurut Yasin (2016), terapi musik terdiri dari dua jenis :

1) Aktif- kreatif

Terapi musik diterapkan dengan melibatkan seseorang secara langsung untuk ikut aktif dalam sebuah sesi terapi melalui cara: menciptakan lagu (coping) yaitu klien diajak untuk menciptakan lagu sederhana ataupun membuat lirik atau terapis yang akan melengkapi secara harmoni, improvisasi yaitu klien membuat musik secara spontan dengan menyanyi ataupun bermain musik pada saat itu juga atau membuat improvisasi dari musik yang diberikan oleh terapis. Improvisasi dapat juga sebagai ungkapan perasaan klien akan suasana hatinya, situasi yang dihadapi maupun perasaan terhadap seseorang; dan re-creating musik yaitu klien menyanyi dan akan melatih pernafasan, pengucapan kata-kata yang teratur, artikulasi dan juga dapat menjadi bahan diskusi yang mengungkapkan perasaan klien(Hertha, 2017).

2) Pasif -Resertif

Pada sesi reseptif: seseorang akan mendapatkan terapi dengan mendengarkan musik. Terapi ini akan menekankan pada physical, emotional intellectual, *aesthetic or spiritual* dari musik itu

sendiri, sehingga seseorang akan merasakan ketenangan atau relaksasi. Musik yang digunakan dapat bermacam jenis dan gaya tergantung dengan kondisi yang dihadapi seseorang(Yasin,2016).

c. Metode Terapi Musik

Penggunaan metode terapi musik secara pasif -reaktif lebih efektif dalam proses penyembuhan. Memberi dampak yang besar pada pasien karena terdapat faktor -faktor yang memperngaruhi motorik, emotional, kognitif, sosial dan pembentukan kepribadian(Herth,2016).

1) Motorik

Terapi musik mempengaruhi perasaan klien yang berakibat pada perubahan hormone, sehingga dapat menstabilkan emosional seseorang.

2) Emosional

Terapi musik mempengaruhi perasaan klien yang berakibat pada perubahan hormon, sehingga dapat menstabilkan emosional seseorang.

3) Kognitif

Mengerti suatu lagu harus diperlukan pemahaman akan lagu tersebut. Hal ini bisa dilihat dari lirik lagu dan irama lagu. Secara tidak langsung akan dituntut memahami lagu secara menyeluruh sehingga dapat mengungkapkan perasaanya melalui lagu tersebut.

4) Sosial

Hubungan saling percaya antara terapis dan klien melalui komunikasi langsung maupun komunikasi lewat lagu(Yasin,2016).

d. Terapi Musik Murottal

1) Terapi musik murottal Ar-Rahman dan terjemahannya

a) Definisi

Menurut Musbikin (2007), bacaan Al-Qur'an dengan murottal merupakan bacaan dengan irama yang teratur, tidak ada perubahan yang mencolok, nada rendah dan tempo antara 60-70 bpm, sesuai dengan standar musik sebagai terapi. Dengan demikian, bacaan Al-Qur'an dapat dibandingkan sama dengan irama musik. Bahkan memiliki nilai spiritual yang jauh lebih besar daripada musik.

Terapi murottal Al-Qur'an akan membawa gelombang suara dan mendorong otak untuk memproduksi zat kimia yang disebut neuropeptide ketika diperdengarkan. Molekul tersebut akan mempengaruhi reseptor-reseptor dalam tubuh sehingga hasilnya tubuh merasa nyaman dan rileks. Hal tersebut akan menyebabkan nadi dan denyut jantung mengalami penurunan (Al-Kaheel, 2010).

b) Efek Terapi murottal Al Qur'an pada tubuh

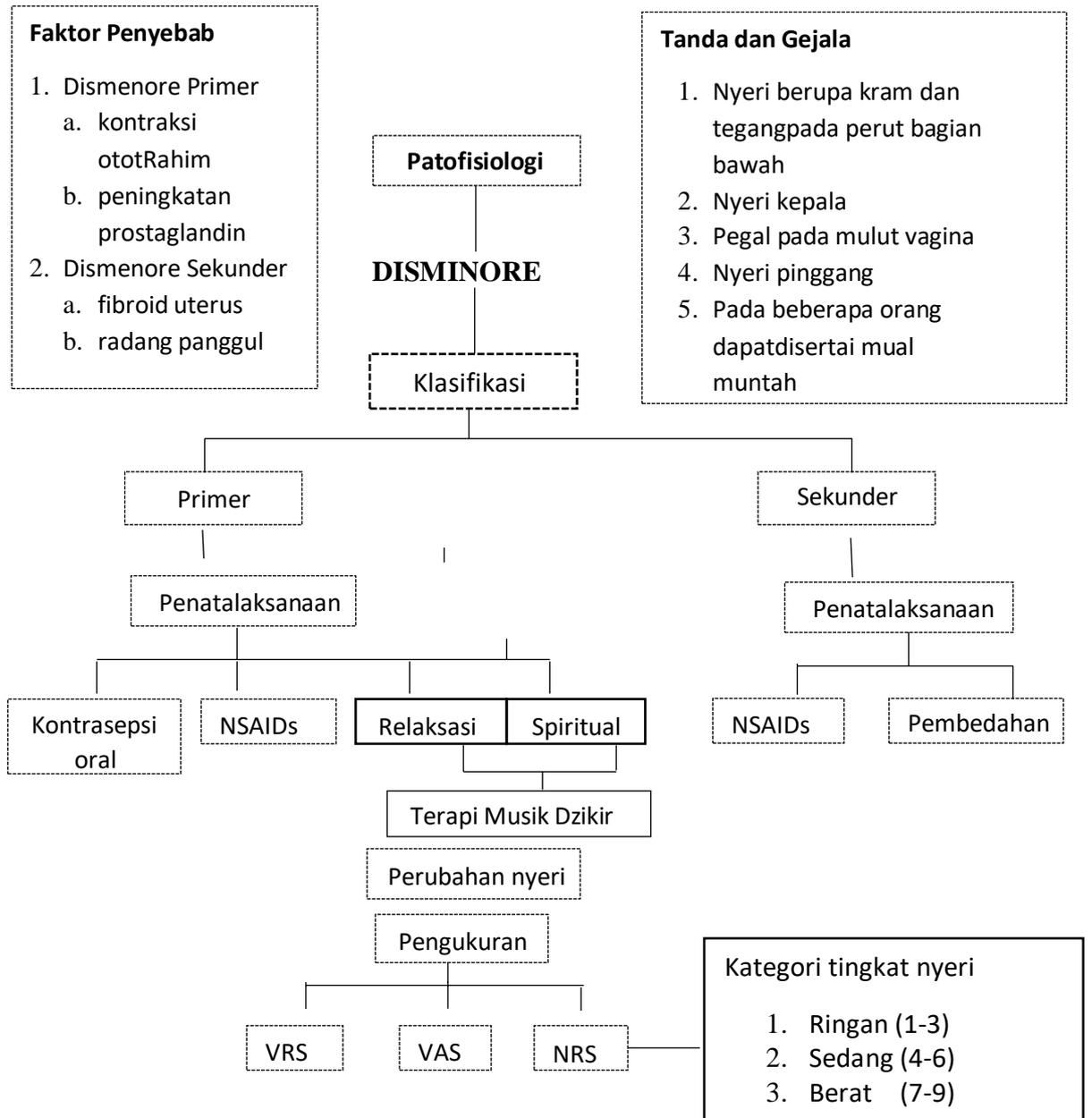
Al Qur'an memiliki pengaruh luar biasa bukan hanya sekedar maknanya semata yang bisa diketahui oleh orang yang

membaca dan memahaminya. Pengaruh al Qur'an bahkan pada bunyi lafadh yang hanya didengarkan sekalipun. Dr. Al-Qadhi, melalui penelitiannya di Klinik Besar Florida Amerika Serikat, berhasil membuktikan bahwa dengan mendengarkan bacaan ayat Al Qur'an, seorang muslim baik mereka yang berbahasa arab maupun bukan, dapat merasakan perubahan fisiologis yang sangat besar (Choli, 2014).

Bacaan Murottal Al-Qur'an sebagai penyembuh penyakit jasmani dan rohani melalui suara, intonasi, makna ayat -ayat yang dapat menimbulkan perubahan baik terhadap organ tubuh manusia (Handayani, 2014). Membaca atau mendengarkan Al-Qur'an akan memberikan efek relaksasi, sehingga memperlambat laju pembuluh darah, nadi, dan denyut jantung. Terapi AL-Qur'an ketika didengarkan pada manusia akan membawa gelombang suara dan mendorong otak untuk memproduksi zat kimia *neuropeptide*. Molekul ini akan mempengaruhi reseptor didalam tubuh sehingga hasilnya, tubuh merasa nyaman (Al-Kaheel, 2012). Al Qur'an mampu memacu sistem saraf parasimpatis yang mempunyai efek berlawanan dengan saraf simpatis. Sehingga terjadi keseimbangan pada kedua sistem saraf otonom tersebut. Hal inilah yang menjadi prinsip dasar timbulnya respon relaksasi, yaitu terjadinya keseimbangan antara sistem saraf simpatis dan sistem saraf non simpatis (Handayani, 2014).

Surat Ar-Rahman terbukti mampu meningkatkan kadar β -*endorphin* yang berpengaruh terhadap ketenangan (Whida, 2015). Hormone yang bermanfaat bagi tubuh diantaranya adalah β -*endorphin*, hormon ini bereaksi sebagaimana morfin. Dia membuat kita merasa tenang, nyaman, dan rileks. Efek positif dari hormon ini adalah kebalikan dari *noradrenalin* (Haruyama, 2014).

B. Kerangka Teori

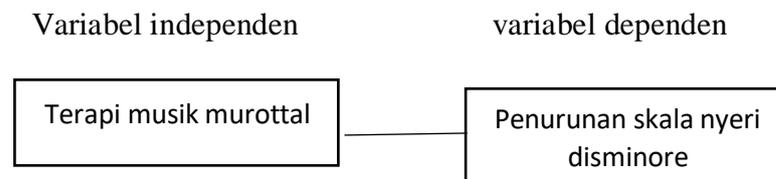


Gambar 2.2 Kerangka Teori

(Yasin, 2016; Sinaga *et al*, 2017; Reeder, Martin, & Griffin, 2011; Reeder, 2013)

C. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori diatas maka dapat digambarkan kerangka konsep penelitian ini sebagai berikut :



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah. Karena sifatnya masih sementara, maka perlu dibuktikan kebenarannya melalui data empirik yang terkumpul. Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H_a : Ada pengaruh terapi musik murottal terhadap penurunan skala nyeri disminore pada remaja didesa Waru