

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Remaja

2.1.1 Pengertian Remaja

Masa remaja merupakan periode transisi dari masa kanak-kanak ke tahap dewasa, ditandai dengan perkembangan signifikan secara biologis, mental, dan sosial. Remaja sering menghadapi masalah yang kompleks dan dapat berdampak pada diri sendiri maupun lingkungan. Masa remaja dikenal sebagai fase yang penuh dengan konflik yang memicu kegelisahan pada diri remaja.

Pada tahap ini, remaja memperlihatkan ciri khas masa peralihan yang jelas. Hal ini terjadi karena individu pada tahap ini belum sepenuhnya memasuki fase kedewasaan, namun juga tidak lagi dikategorikan sebagai anak-anak. Periode remaja secara umum berlangsung pada usia 12-21 tahun, yang dibagi menjadi tiga tahapan, yaitu remaja awal (12-15 tahun), remaja pertengahan (15-18 tahun), dan remaja akhir (18-21 tahun) (Swandari, 2022).

2.1.2 Perubahan pada remaja putri

Fase remaja adalah tahap di mana individu memasuki proses awal kematangan reproduksi, yang dikenal dengan istilah pubertas. Salah satu peristiwa yang paling signifikan bagi remaja perempuan adalah munculnya menstruasi pertama, yang disebut menarche. Pada periode ini, remaja perempuan mengalami perubahan yang cukup mencolok, karena mereka mulai memproduksi hormon-hormon seksual yang berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan sistem reproduksi mereka.

Tanda awal pubertas yang paling jelas terlihat pada remaja perempuan adalah pembesaran payudara.. Perubahan ini menandakan bahwa tubuh mereka tengah beradaptasi untuk menjalankan fungsi reproduksi yang lebih kompleks, serta menjadi bagian dari serangkaian perubahan fisik yang terjadi selama masa pubertas (Swandari, 2022).

2.2 Konsep Dasar Menstruasi

2.2.1 Pengertian menstruasi

Menstruasi merupakan proses fisiologis alami yang berlangsung secara berkala pada perempuan selama masa reproduktif. Ketika pembuahan tidak terjadi, lapisan endometrium akan mengalami pengelupasan dan dikeluarkan melalui vagina sebagai darah menstruasi. Proses ini berlangsung secara siklik dan berkaitan erat dengan aktivitas hormonal dalam sistem reproduksi wanita.

Menstruasi adalah proses fisiologis bulanan dalam siklus reproduksi wanita yang berlangsung sejak pubertas hingga menopause, sebagai hasil dari interaksi hormonal yang kompleks antara kelenjar hipofisis dan ovarium. Salah satu ciri utama proses ini adalah keluarnya darah disertai jaringan endometrium akibat tidak terjadinya fertilisasi sel telur. Secara fisiologis, menstruasi termasuk dalam proses katabolik yang dipengaruhi oleh regulasi hormonal.

Siklus menstruasi pada umumnya berlangsung kurang lebih 28 hari dengan kemungkinan variasi sesuai kondisi fisiologis setiap perempuan. Dalam konteks klinis, evaluasi menstruasi mencakup tiga aspek utama, yaitu:

1. Siklus menstruasi, merupakan jarak waktu antara hari pertama perdarahan pada suatu periode hingga hari pertama perdarahan periode selanjutnya dengan kisaran normal 24-35 hari.
2. Durasi Menstruasi, adalah rentang waktu perdarahan saat haid, yang pada umumnya berlangsung antara tiga hingga tujuh hari.
3. Volume Menstruasi, menggambarkan jumlah darah yang keluar selama satu siklus menstruasi, dengan batas fisiologis normal kurang dari atau sama dengan 80 ml.

Menstruasi pertama atau *menarche* biasanya terjadi sekitar usia 14 tahun, yang menjadi penanda berakhirnya masa pubertas. Pada periode tersebut, perempuan umumnya mulai mengalami siklus haid bulanan yang berlanjut hingga fase menopause, yaitu kondisi berhentinya menstruasi secara permanen, yang ditandai dengan tidak adanya perdarahan haid selama setidaknya satu tahun berturut-turut. Fase setelah menopause dikenal sebagai

pascamenopause, yang menunjukkan bahwa sistem reproduksi perempuan telah memasuki tahap akhir fungsionalnya (Swandari, 2022).

2.2.2 Anatomi fisiologi menstruasi

Pada masa menstruasi, terutama pada fase sekresi, korpus luteum berubah menjadi korpus luteum yang mengeluarkan progesteron. Di bawah pengaruh progesteron, kelenjar endometrium yang tumbuh berkeluk atau melengkung mulai bersekresi dan mengeluarkan getah yang mengandung glikogen dan lemak. Pada akhir fase ini, stroma endometrium berubah menjadi sel-sel desidua, terutama yang berada di sekitar pembuluh-pembuluh arteri. Keadaan ini memudahkan terjadinya nidasi (implantasi).

Proses ovulasi melibatkan interaksi kompleks antar komponen sistem endokrin, meliputi korteks serebri, hipotalamus, kelenjar hipofisis, tiroid, korteks adrenal, serta sejumlah kelenjar endokrin lainnya. Prostaglandin dan serotonin diketahui berkontribusi dalam mengatur ovulasi melalui pengaruhnya terhadap aktivitas hipotalamus dan hipofisis. Hormon adrenokortikotropik (ACTH) juga memiliki peran penting dalam merangsang aktivitas korteks adrenal, yang kemudian terlibat dalam mekanisme pengaturan sistem renin-angiotensin di ovarium selama proses ovulasi berlangsung.

Pada sistem endokrin, beberapa bagian dari sistem saraf pusat, misalnya kelenjar pineal, amigdala dan hipokampus memiliki keterkaitan fungsional dengan hipotalamus serta kelenjar hipofisis melalui mekanisme neurohumoral, yakni interaksi antara sistem saraf dan hormonal. Hipotalamus menghasilkan sejumlah hormon Pelepas (releasing hormone) yang berbentuk polipeptida, berperan dalam menghasilkan sekresi hormon dari kelenjar hipofisis. Beberapa di antaranya meliputi:

1. Follicle Stimulating Hormone Releasing Hormone (FSH-RH), yang menstimulasi pelepasan hormon FSH.
2. Luteinizing Hormone Releasing Hormone (LH-RH), yang memicu sekresi hormon LH.
3. Prolactin Inhibiting Hormone (PIH), yang menekan produksi prolaktin.

4. Hormon pelepas lain seperti somatotropin-releasing hormone dan thyroid stimulating hormone, releasing hormone (TSH-RH), dan adrenocorticotrophic hormone releasing hormone (ACTH-RH), yang berperan dalam mendukung fungsi regulasi sistem endokrin secara menyeluruh.

Pada setiap siklus menstruasi, Follicle Stimulating Hormone (FSH) dihasilkan oleh lobus anterior hipofisis dan berfungsi merangsang perkembangan folikel primer di ovarium hingga mencapai tahap folikel de Graaf yang menghasilkan hormon estrogen. Peningkatan kadar estrogen kemudian memberikan umpan balik negatif terhadap sekresi FSH, mekanisme ini memicu hipofisis anterior untuk mulai mensekresikan hormon gonadotropin lain, yaitu Luteinizing Hormone (LH).

Produksi FSH dan LH dikendalikan oleh hormon pelepas (releasing hormone) yang dilepaskan hipotalamus menuju hipofisis. Apabila mekanisme ini bekerja secara optimal, maka sekresi kedua hormon gonadotropin berlangsung seimbang, sehingga folikel de Graaf dapat berkembang secara matang dan terisi likuor folikuli yang mengandung estrogen dalam jumlah tinggi. Estrogen berfungsi mendorong regenerasi serta peningkatan ketebalan endometrium guna mempersiapkan uterus untuk proses implantasi. Dalam tahap selanjutnya, dengan pengaruh LH, folikel de Graaf semakin matang, Folikel yang telah mencapai kematangan akan bergerak menuju permukaan ovarium dan melepaskan sel telur melalui mekanisme yang dikenal sebagai ovulasi (Swandari, 2022).

2.2.3 Fase dalam siklus menstruasi

Secara fisiologis, siklus menstruasi dibagi menjadi empat fase utama, yang berlangsung secara berurutan dan berulang dalam satu siklus hormonal. 4 fase utama dalam siklus ini antara lain:

1. Fase Menstruasi

Tahapan awal dalam siklus menstruasi ditandai dengan pengeluaran darah dari vagina yang disebabkan oleh luruhnya lapisan endometrium bersama sel ovum yang tidak mengalami pembuahan. Proses tersebut terjadi akibat

penurunan drastis kadar hormon estrogen dan progesterone dalam aliran darah, yang dipicu oleh berhentinya fungsi hormonal dari korpus luteum.

2. Fase Proliferasi atau Fase Folikuler

Tahapan ini disebut fase folikular. Yang ditandai oleh menurunnya kadar hormon progesteron dalam tubuh sebagai penanda fase ini, yang selanjutnya merangsang kelenjar hipofisis untuk mengeluarkan Follicle Stimulating Hormone (FSH). Hormon FSH kemudian mendorong pertumbuhan folikel di ovarium. Folikel yang tumbuh akan membentuk Folikel de Graaf yang telah mencapai kematangan mulai menghasilkan hormon estrogen, kondisi tersebut selanjutnya berfungsi menstimulasi hipofisis untuk melepaskan hormon luteinizing Hormone (LH), juga berperan dalam proses regenerasi atau pembentukan kembali lapisan endometrium yang sebelumnya luruh. Meskipun estrogen berfungsi menekan sekresi FSH, perannya tetap penting dalam mempersiapkan rahim untuk kemungkinan terjadinya kehamilan.

3. Fase Ovulasi (Fase Luteal)

Sekitar hari ke-14 siklus menstruasi, wanita memasuki fase ovulasi, atau yang dikenal juga sebagai fase luteal, dalam siklus menstruasi dan ditandai dengan lonjakan kadar hormon Luteinizing Hormone (LH). Kenaikan kadar hormon tersebut memicu proses pematangan ovum sekaligus pelepasannya dari folikel. Pasca pelepasan sel telur, sisa folikel berkembang menjadi korpus luteum, suatu struktur yang memproduksi hormon progesteron. Hormon ini memiliki fungsi penting dalam menebalkan lapisan endometrium yang kaya vaskularisasi, sebagai persiapan untuk implantasi apabila terjadi pembuahan.

4. Fase Sekresi / Pasca-Ovulasi

Fase pasca-ovulasi, yang juga dikenal sebagai fase sekresi, merupakan tahap di mana korpus luteum mengalami degenerasi dan berubah menjadi korpus albicans. Ketika sekresi hormon estrogen dan progesteron mengalami penurunan, hipofisis anterior kemudian memberikan respons dengan mensekresikan kembali hormon FSH dan LH. Akibat tidak adanya progesteron, proses penebalan dinding endometrium terhenti. Hal ini menyebabkan lapisan endometrium menjadi kering, rapuh, dan akhirnya

terlepas, yang menjadi tanda awal fase menstruasi atau perdarahan dalam siklus haid (Swandari, 2022).

2.2.4 Tanda dan gejala menstruasi

Gejala dan tanda yang umum dialami remaja saat memasuki periode menstruasi meliputi:

1. Nyeri dan Sensasi Penuh pada Payudara

Gejala fisik yang umum dialami remaja putri adalah perubahan pada payudara berupa pembesaran, rasa penuh dan sensitivitas yang meningkat terhadap rangsangan, yang sering kali menyebabkan nyeri atau rasa tidak nyaman menjelang dan saat menstruasi. Selain itu, gejala lain yang umum muncul meliputi nyeri punggung dan perasaan penuh di area pelvis, yang berpotensi menambah ketidaknyamanan selama periode haid.

2. Sakit Kepala dan Munculnya Jerawat

Sebagian remaja mengalami keluhan sakit kepala serta timbulnya jerawat di wajah atau bagian tubuh tertentu yang dipengaruhi oleh fluktuasi hormon selama siklus menstruasi berlangsung.

3. Peningkatan Iritabilitas dan Sensitivitas Emosional

Perubahan kadar hormon selama siklus menstruasi dapat memicu peningkatan iritabilitas serta sensitivitas emosional pada remaja perempuan.

4. Peningkatan Metabolisme Tubuh dan Rasa Kelelahan

Selama siklus menstruasi, metabolisme tubuh remaja perempuan dapat meningkat, keluhan tersebut kerap disertai dengan rasa lelah atau keletihan yang cukup menonjol, sehingga dapat memengaruhi aktivitas harian remaja secara keseluruhan.

5. Rasa nyeri akibat kram Rahim, atau yang biasa disebut dismenore, menjadi salah satu gejala yang paling sering muncul pada remaja putri Ketika mengalami haid (Swandari, 2022).

2.3 Konsep Dasar Dismenore

2.3.1 Pengertian dismenore

Dismenore adalah nyeri haid yang dialami selama menstruasi, yang disebabkan oleh pengelupasan lapisan endometrium. Nyeri haid ini terjadi karena otot perut berkontraksi secara terus-menerus selama pendarahan menstruasi. Jika kontraksi ini terjadi terlalu sering, dapat menyebabkan ketegangan pada otot rahim.

Dismenore ditandai dengan nyeri yang terjadi selama menstruasi atau 1 hingga 3 hari sebelum menstruasi. Nyeri yang dirasakan umumnya disertai sensasi berupa rasa menusuk atau berdenyut, atau rasa sakit yang persisten di daerah suprapubik, dan dapat menyebar ke punggung bawah dan tungkai. Intensitas nyeri akibat dismenore umumnya mencapai puncaknya pada hari pertama atau kedua menstruasi. Rasa nyeri sering dimulai beberapa jam sebelum perdarahan dan mencapai tingkat tertinggi dalam 24 jam pertama. Kondisi ini dapat mengganggu aktivitas harian serta menurunkan kualitas hidup remaja yang mengalaminya (Fajria Lili, 2024).

2.3.2 Etiologi dismenore

Nyeri dismenorea dapat disebabkan oleh peningkatan prostaglandin. dapat dipicu oleh adanya penyakit seperti radang panggul, endometriosis, tumor, atau adanya kelainan pada rahim, termasuk kondisi ketika selaput darah pada uterus maupun vagina tidak mengalami proses perforasi, disertai tingkat stres atau kecemasan yang tinggi. Penyebab lain nyeri dismenore disebabkan oleh ketidakseimbangan hormon tanpa berkaitan dengan organ reproduksi (Darwis, 2022).

2.3.3 Klasifikasi dismenore

Klasifikasi dismenore dibagi menjadi 2 yaitu :

1. Dismenore Primer

Dismenore primer adalah nyeri haid yang terjadi akibat kontraksi otot rahim yang kuat, dan biasanya tidak dijumpai kelainan yang nyata pada alat-alat genital. Dismenore primer umumnya terjadi setelah menarche, biasanya sekitar 12 bulan atau lebih setelah menstruasi pertama. Nyeri ini sering kali

berhubungan dengan siklus haid yang bersifat ovulasi. Dismenore primer umumnya timbul bersamaan dengan terjadinya ovulasi dan sering muncul pada saat awal menstruasi. Rasa nyeri yang ditimbulkan dapat berlangsung beberapa jam, meskipun pada beberapa kasus dapat bertahan hingga beberapa hari. Keluhan umumnya dialami oleh wanita di bawah usia 20 tahun, setelah siklus menstruasi mereka menjadi teratur disertai ovulasi. Meskipun nyeri ini dapat sangat mengganggu, tidak terdapat kelainan struktural pada organ genital, sehingga dismenore primer biasanya dianggap sebagai bagian fisiologis normal dari siklus menstruasi (Swandari, 2022).

a. Penyebab Dismenore Primer

1) Faktor Endokrin

Penurunan kadar progesteron yang terjadi pada akhir fase korpus luteum berkontribusi terhadap perubahan aktivitas uterus. Progesteron memiliki peran dalam menghambat kontraktilitas otot uterus, sedangkan estrogen justru memiliki efek sebaliknya, yakni merangsang terjadinya kontraksi. Pada fase sekresi, endometrium menghasilkan prostaglandin F₂, yang berperan dalam meningkatkan kontraksi otot polos rahim. Apabila kadar prostaglandin meningkat secara signifikan dalam sirkulasi sistemik, hal ini tidak hanya menimbulkan nyeri, tetapi juga dapat disertai gejala lain seperti mual, muntah, diare, serta *flushing*, yaitu respons involunter dari sistem saraf otonom yang menyebabkan pelebaran kapiler kulit sehingga muncul sensasi panas atau perubahan warna kemerahan, sehingga muncul sensasi panas atau warna kemerahan. Oleh karena itu, peningkatan prostaglandin dianggap sebagai faktor utama dalam patofisiologi dismenore primer.

2) Kelainan Organik

Beberapa kondisi anatomi atau patologis yang dapat berkontribusi terhadap gangguan sistem reproduksi antara lain retrofleksi uterus (kelainan orientasi letak rahim ke arah posterior), hipoplasia uterus (perkembangan rahim yang tidak sempurna), obstruksi pada kanalis

servikalis (penyumbatan pada serviks dan keberadaan mioma submukosa bertangkai, yaitu tumor jinak yang terbentuk dari jaringan otot rahim dan tumbuh ke arah rongga endometrium), serta keberadaan polip pada lapisan endometrium.

3) Faktor kejiwaan atau gangguan psikis

Beberapa faktor psikologis yang dapat memengaruhi kondisi individu antara lain perasaan bersalah, kecemasan terkait aktivitas seksual, ketakutan terhadap kemungkinan kehamilan, kehilangan rasa aman atau perlindungan, konflik internal terkait identitas gender, serta tingkat kematangan emosional yang masih rendah (imaturitas).

4) Faktor konstitusional

Kondisi kesehatan dasar individu, seperti anemia dan penyakit kronis, bisa menjadi faktor yang meningkatkan kemungkinan munculnya dismenore.

5) Faktor alergi

Alergi yang terjadi pada sebagian individu diduga berkaitan dengan toksin yang dihasilkan selama menstruasi. Berdasarkan hasil penelitian, terdapat korelasi antara kondisi dismenore dengan kemunculan gejala alergi tertentu seperti urtikaria (biduran), migrain, serta asma..

b. Tanda dan gejala Dismenore Primer

Dismenore primer umumnya muncul pada siklus menstruasi yang terjadi bersamaan dengan ovulasi, dan sering kali mulai dirasakan dalam tahun pertama setelah menarche. Pada kasus dismenore primer yang bersifat klasik, nyeri muncul bersamaan dengan awal menstruasi atau sedikit sebelumnya, dengan durasi yang biasanya berkisar 1 hingga 2 hari. Rasa nyeri ini digambarkan sebagai nyeri spasmodik yang dapat menjalar ke area punggung bawah maupun paha bagian atas atau tengah.

Dismenore primer juga sering disertai keluhan sistemik lainnya, antara lain:

- 1) Rasa tidak nyaman atau *malaise*
- 2) Kondisi kelelahan (*fatigue*)
- 3) Keluhan gastrointestinal seperti mual dan muntah (*nausea* dan *vomiting*)
- 4) Diare
- 5) Nyeri pada punggung bagian bawah
- 6) Sakit kepala
- 7) Dalam beberapa kasus, dapat pula muncul keluhan seperti vertigo, sensasi seperti akan terjatuh, kecemasan, kegelisahan, hingga kehilangan kesadaran atau pingsan.

c. Gambaran Klinis Dismenore Primer

Dismenore primer umumnya mulai dirasakan segera setelah menarche dan biasanya berlangsung selama 48 hingga 72 jam. Nyeri biasanya terjadi beberapa jam sebelum menstruasi maupun setelah perdarahan dimulai.

Karakteristik khas dari dismenore primer antara lain:

- 1) Rasa nyeri umumnya dialami pada usia remaja.
- 2) Keluhan nyeri cenderung timbul ketika siklus menstruasi telah stabil dan teratur.
- 3) Kontraksi uterus menyerupai kejang menjadi bentuk nyeri yang umum, seringkali disertai gejala tambahan seperti mual, muntah, diare, kelelahan, dan sakit kepala.
- 4) Rasa nyeri menstruasi umumnya muncul beberapa saat sebelum menstruasi dan mencapai intensitas tertinggi pada hari pertama atau kedua haid.
- 5) Pemeriksaan ginekologis jarang menunjukkan adanya kelainan pada organ genitalia.

- 6) Dismenore primer umumnya memberikan respons yang cepat terhadap terapi yang diberikan (Darwis, 2022).

2. Dismenore sekunder

Dismenore Sekunder merupakan nyeri menstruasi yang disebabkan oleh kelainan atau gangguan pada organ reproduksi wanita. Kondisi ini umumnya terjadi pada perempuan berusia 25 tahun ke atas terkait dengan gangguan ginekologis. Gejala nyeri yang dirasakan mirip dengan dismenore primer, tetapi biasanya memiliki durasi lebih panjang dibandingkan menstruasi normal serta dapat muncul di luar periode menstruasi. Dismenore sekunder didefinisikan sebagai nyeri menstruasi yang timbul akibat gangguan pada sistem reproduksi atau kondisi medis lain sebagai faktor pemicunya. Beberapa kondisi patologis yang umum menyebabkan dismenore sekunder meliputi sindrom ovarium polikistik (PCOS), endometriosis, mioma atau fibroid uterus, adenomiosis, serta penyakit radang panggul kronis.

Tanda-tanda klinis pada dismenore sekunder beragam, bergantung pada faktor penyebabnya. Gejala umum yang dilaporkan mencakup keluhan sistem gastrointestinal meliputi mual, muntah, diare, gangguan urinasi, serta rasa nyeri di punggung. Menstruasi yang disertai nyeri hebat sering kali berhubungan dengan adanya perubahan bentuk atau struktur uterus seperti adenomiosis, mioma, atau polip. Nyeri panggul yang intens dan perubahan kontur perut juga dapat menjadi tanda adanya neoplasma intraabdominal, sedangkan pada dismenore sekunder muncul akibat kelainan penyebabnya, terutama pada sistem reproduksi. Walaupun gejala dapat muncul sejak menarche pada beberapa individu, biasanya keluhan ini berkembang secara progresif seiring waktu (Darwis, 2022).

a. Penyebab Dismenore Sekunder

Dismenore sekunder dapat timbul akibat berbagai kondisi ginekologis maupun faktor lain yang memicu sistem reproduksi wanita, antara lain:

- 1) Penggunaan alat kontrasepsi intrauterin (AKDR), yang dapat memicu reaksi inflamasi lokal atau iritasi pada endometrium.

- 2) Adenomyosis, yakni suatu keadaan ketika jaringan endometrium berkembang dan menyusup ke dalam jaringan otot rahim atau miometrium.
- 3) Mioma rahim tipe submukosa merupakan tumor non-kanker yang terbentuk dari otot polos uteri dan berpotensi menyebabkan rasa nyeri yang intens selama haid.
- 4) Polip uterus, yakni pertumbuhan jinak di lapisan endometrium yang berpotensi menimbulkan perdarahan abnormal dan keluhan nyeri.
- 5) Adhesi (pelekatan) antar jaringan di area panggul akibat infeksi atau prosedur bedah, yang dapat menimbulkan nyeri kronis.
- 6) Striktur serviks, atau stenosis, merupakan kondisi di mana saluran servikalis mengalami penyempitan, termasuk varikosis panggul dan penggunaan AKDR yang dapat memperburuk gejala.
- 7) Kista ovarium, yang merupakan kantung berisi cairan pada ovarium dan dapat menyebabkan ketidaknyamanan atau nyeri.
- 8) Torsi ovarium, kondisi di mana ovarium terpelintir, mengganggu suplai darah dan menimbulkan nyeri akut.
- 9) Pelvic Congestion Syndrome, yaitu Gangguan sirkulasi pada pembuluh vena panggul yang memicu nyeri tumpul dengan sifat kronis.
- 10) Leiomyoma uteri, yaitu tumor jinak dari jaringan otot rahim kerap menjadi penyebab perdarahan menstruasi berlebihan dan nyeri.
- 11) Mittelschmerz, yaitu nyeri tengah siklus yang berkaitan dengan proses ovulasi.
- 12) Nyeri psikogenik, adalah rasa sakit yang muncul akibat pengaruh faktor emosional atau kondisi psikologis.
- 13) Endometriosis panggul, yakni pertumbuhan jaringan endometrium di luar rahim, terutama di daerah panggul.
- 14) Penyakit radang panggul kronis, yang berpotensi merusak organ reproduksi dan menimbulkan nyeri jangka panjang.

- 15) Tumor ovarium dan polip endometrium, yang mengganggu fungsi reproduksi dan memicu nyeri menstruasi.
- 16) Kelainan posisi rahim, seperti retrofleksi, hiper antefleksi, dan retrofleksi terfiksasi, yang dapat mengganggu aliran menstruasi dan menimbulkan rasa nyeri.
- 17) Faktor psikologis, termasuk kecemasan akan infertilitas, konflik dalam hubungan, atau gangguan libido.
- 18) Sindrom Allen-Masters, yaitu kerusakan pada struktur otot dasar panggul yang menyebabkan mobilitas serviks berlebihan. Kondisi ini biasanya ditandai dengan rasa sakit yang signifikan di perut bagian bawah, nyeri saat berhubungan seksual (dyspareunia), kelelahan ekstrem, nyeri di seluruh panggul, dan nyeri punggung bawah (Darwis, 2022).

b. Manifestasi Klinis Dismenore Sekunder

Pada dismenore sekunder, pola nyeri berbeda dari dismenore primer, dengan rasa sakit yang umumnya muncul menjelang atau selama menstruasi, dan sering disertai gejala tambahan seperti distensi abdomen (perut terasa membesar atau kembung), rasa berat di area panggul disertai nyeri pada punggung bagian bawah. Secara klinis, intensitas nyeri biasanya meningkat secara bertahap selama fase luteal dan mencapai puncaknya pada awal menstruasi.

Gejala klinis khas dari dismenore sekunder antara lain:

- 1) Nyeri haid dapat timbul mulai dari siklus menstruasi pertama atau kedua pasca menarche.
- 2) Nyeri menstruasi umumnya mulai dirasakan setelah usia 25 tahun.
- 3) Pemeriksaan fisik menunjukkan adanya kelainan pada daerah pelvis, yang mengarah pada kemungkinan kondisi patologis seperti endometriosis, penyakit radang panggul (*pelvic*

inflammatory disease), atau perlengketan organ-organ panggul (*pelvic adhesions*).

- 4) Respons terhadap terapi konvensional seperti obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID), kontrasepsi oral, atau kombinasi keduanya, Seringkali gejala tersebut minimal atau bahkan tidak muncul sama sekali (Darwis, 2022).

c. Ciri-ciri Dismenore Sekunder

Berbeda dengan dismenore primer, dismenore sekunder cenderung memiliki gejala yang khas, antara lain sebagai berikut:

- 1) Nyeri menstruasi mulai timbul pada rentang usia 20 hingga 30 tahun, setelah sebelumnya siklus menstruasi berlangsung tanpa keluhan nyeri.
- 2) Terdapat keluhan infertilitas atau kesulitan dalam memperoleh keturunan.
- 3) Perdarahan menstruasi yang berlebihan atau terjadi dengan pola yang tidak teratur.
- 4) Dyspareunia, yaitu timbulnya nyeri saat berhubungan seksual merupakan gejala yang sering ditemukan.
- 5) Adanya keluhan pada area vagina, seperti keputihan abnormal, sensasi iritasi maupun ketidaknyamanan, yang dapat berkaitan dengan kondisi patologis pada organ reproduksi (Darwis, 2022).

d. Karakteristik Dismenore Sekunder

Dismenore sekunder memiliki sejumlah karakteristik khusus yang dapat diidentifikasi, antara lain:

- 1) Keluhan ini sering terjadi pada wanita yang berada dalam rentang usia dewasa, khususnya setelah dua tahun siklus menstruasi berjalan normal tanpa adanya keluhan..
- 2) Nyeri umumnya mulai muncul bersamaan dengan awal menstruasi dan cenderung meningkat seiring berlangsungnya perdarahan haid.

- 3) Keluhan nyeri sering berhubungan dengan kelainan atau kondisi patologis pada organ reproduksi wanita.
- 4) Kondisi ini kerap memerlukan penanganan medis lanjutan, termasuk tindakan pembedahan, menyesuaikan dengan penyebab yang mendasarinya (Darwis, 2022).

2.3.4 Faktor risiko dismenore

Faktor risiko terjadinya dismenore primer sebagai berikut :

1. Faktor Internal

a. Usia Menarche Dini

Menarche, yaitu haid pertama yang dialami oleh perempuan, terjadinya kondisi ini pada usia lebih muda dari biasanya dapat meningkatkan risiko dismenore primer. Remaja yang mengalami menarche dini cenderung lebih lama terpapar prostaglandin zat yang berperan dalam timbulnya nyeri menstruasi dibandingkan mereka yang menarche pada usia normal.

Selain itu, apabila menarche terjadi saat sistem reproduksi belum mencapai kematangan penuh, termasuk kondisi saluran serviks yang masih sempit, maka proses menstruasi dapat menimbulkan rasa nyeri. Hasil penelitian oleh Febrianti (2023) menunjukkan bahwa remaja yang mengalami menarche sebelum usia 12 tahun memiliki risiko lebih tinggi mengalami dismenore dibandingkan dengan mereka yang menarche setelah usia 12 tahun.

b. Riwayat Keluarga

Riwayat dismenore dalam keluarga merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan risiko seseorang mengalami dismenore. Perempuan dengan riwayat dismenore pada ibu atau saudara perempuan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami dismenore. Beberapa studi menunjukkan bahwa adanya faktor genetik dan pola biologis dalam keluarga berperan dalam peningkatan kerentanan terhadap dismenore.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa individu dengan riwayat keluarga penderita dismenore memiliki risiko hingga tiga kali lipat lebih besar untuk mengalami nyeri haid dibandingkan mereka yang tidak memiliki riwayat tersebut. Korelasi ini secara signifikan ditemukan pada kelompok remaja, mengindikasikan adanya pengaruh hereditas terhadap kejadian dismenore.

c. Masa Menstruasi Panjang / Hipermenorea

Kondisi hipermenorea ditandai oleh lamanya perdarahan haid yang melebihi durasi normal, yakni lebih dari tujuh hari. Perdarahan yang berkepanjangan ini memicu kontraksi uterus secara terus-menerus, yang pada akhirnya merangsang peningkatan produksi prostaglandin. Nyeri menstruasi dipengaruhi oleh tingginya kadar prostaglandin, sementara kontraksi uterus yang berulang dapat mengurangi aliran darah ke jaringan uterus. Kondisi ini menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya dismenore akibat iskemia dan sensitivitas jaringan terhadap nyeri yang meningkat.

d. Faktor Endokrin

Dismenore primer biasanya disebabkan oleh kontraksi uterus yang berlebihan, yang terkait dengan peningkatan tonus dan aktivitas otot rahim, dipengaruhi oleh hormon, terutama prostaglandin yang meningkat selama menstruasi. Kadar prostaglandin yang tinggi berkontribusi terhadap meningkatnya nyeri haid.

2. Faktor Eksternal

a. Kondisi Stress

Kondisi stres merupakan respons tubuh secara fisiologis terhadap berbagai tekanan atau tuntutan dari lingkungan, dengan risiko meningkat 2–3 kali lipat mengalami dismenore dibandingkan mereka yang tidak mengalami stres. Hasil studi menunjukkan korelasi antara stress psikologis yang tinggi dan meningkatnya kejadian dismenore, menandakan bahwa stress memengaruhi intensitas nyeri menstruasi.

Secara fisiologis, stres memicu peningkatan produksi hormon-hormon seperti adrenalin, estrogen, progesteron, dan prostaglandin. Kenaikan kadar estrogen dan prostaglandin yang berlebihan berperan dalam meningkatkan intensitas dan frekuensi kontraksi uterus, sehingga memperparah nyeri menstruasi dan memicu dismenore.

b. Kualitas Tidur

Gangguan kualitas tidur diketahui berperan dalam meningkatkan sensitivitas terhadap nyeri atau *hiperalgesia*. Wanita yang mengalami gangguan tidur, seperti insomnia, memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk mengalami dismenore dengan tingkat keparahan yang lebih tinggi. Studi menunjukkan bahwa gangguan tidur yang berlangsung lama berpotensi memicu inflamasi sistemik, sehingga memperburuk rasa nyeri haid.

c. Aktivitas Fisik

Kurangnya aktivitas fisik dapat menyebabkan penurunan distribusi oksigen dalam sirkulasi sistemik, yang pada akhirnya meningkatkan sensitivitas tubuh terhadap rasa nyeri, termasuk nyeri menstruasi atau dismenore. Sebaliknya, melakukan latihan fisik, terutama yang melibatkan teknik peregangan, mampu memperbaiki aliran darah serta mengurangi ketegangan otot, sehingga hal ini berperan dalam mengurangi intensitas nyeri selama menstruasi.

d. Status Gizi

Status gizi berperan signifikan dalam regulasi dan kelancaran proses menstruasi, khususnya dalam kaitannya dengan kejadian dismenore primer. Nyeri haid yang umum dialami oleh perempuan, terutama pada masa remaja. Keseimbangan gizi yang baik dapat membantu mengurangi gejala dismenore, sedangkan pola makan yang kurang sehat dikaitkan dengan peningkatan risiko nyeri menstruasi.

Kondisi gizi kurang (*underweight*) sering kali disebabkan oleh asupan nutrisi yang tidak mencukupi, khususnya zat besi. Hal ini dapat diperburuk oleh kehilangan darah menstruasi yang terjadi setiap bulan.

Jika perdarahan berlangsung dalam durasi yang lama, maka risiko terjadinya anemia meningkat akibat kekurangan sel darah merah, yang kemudian dapat memperparah gejala dismenore.

Di sisi lain, status gizi lebih (overweight atau obesitas) juga berkontribusi terhadap timbulnya dismenore. Akumulasi jaringan lemak berlebih dapat menyebabkan hiperplasia pembuluh darah, mengganggu aliran darah di area reproduksi, dan menimbulkan nyeri selama menstruasi.

e. Merokok

Kebiasaan merokok, baik sebagai perokok aktif maupun pasif, merupakan salah satu faktor risiko yang berkontribusi terhadap terjadinya dismenore. Paparan asap rokok dapat memengaruhi metabolisme hormon estrogen, yang pada akhirnya dapat menimbulkan gangguan fungsi sistem reproduksi dan meningkatkan insidensi nyeri haid.

Selain itu, merokok juga diketahui berhubungan dengan peningkatan risiko berbagai penyakit sistemik, seperti diabetes melitus, dan turut memperburuk kesehatan reproduksi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa individu yang mengonsumsi lebih dari 20 batang rokok per hari memiliki kecenderungan lebih tinggi mengalami dismenore dibandingkan dengan mereka yang tidak merokok.

Beberapa faktor risiko yang berkaitan dengan dismenore sekunder antara lain:

1) Kondisi Endometriosis

Kondisi endometriosis ditandai oleh adanya jaringan serupa endometrium di luar Rahim, yang berpotensi menyebabkan dismenore sekunder. Pertumbuhan ini biasanya memicu peradangan dan nyeri intens pada saat menstruasi. Endometriosis dapat menyebabkan nyeri panggul yang parah dan dismenorea pada sekitar 176 juta wanita di seluruh dunia.

Endometriosis memicu peningkatan produksi prostaglandin, hormon yang berfungsi memperkuat kontraksi otot rahim. Kadar prostaglandin yang tinggi ini dapat memperparah nyeri menstruasi, karena sitokin turut meningkatkan respon inflamasi (pro-inflamasi). Di antara faktor inflamasi, kadar TNF-alpha yang tinggi pada endometriosis menyebabkan nyeri panggul dan memperburuk dismenore, sehingga kualitas hidup wanita dapat terganggu akibat rasa nyeri yang berkepanjangan atau dismenore intens.

2) Pelvic Inflammatory Disease (PID)

Dismenore sekunder merupakan nyeri haid yang disebabkan oleh adanya kondisi medis tertentu, salah satunya adalah penyakit radang panggul Pelvic Inflammatory Disease (PID).

PID merupakan infeksi pada organ reproduksi wanita termasuk rahim, tuba falopi, dan ovarium, yang dapat menimbulkan inflamasi dan fibrosis jaringan, yang berkontribusi pada nyeri menstruasi. Peradangan yang disebabkan oleh PID dapat meningkatkan sensitivitas nyeri, karena adanya jaringan parut dan adhesi yang terbentuk akibat peradangan. Jaringan parut ini dapat mengganggu fungsi normal organ reproduksi dan menyebabkan nyeri yang lebih hebat selama menstruasi.

PID sering kali dapat dipicu oleh adanya infeksi menular seksual (IMS), seperti infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Chlamydia trachomatis* dan *Neisseria gonorrhoeae*, yang dapat menimbulkan peradangan pada organ reproduksi wanita

3) Kista Ovarium

Kista ovarium adalah pertumbuhan abnormal yang dapat terjadi di ovarium dan sering kali berhubungan dengan dismenore, terutama dismenore sekunder. Kista ovarium terdiri dari beberapa jenis, antara lain kista fungsional, kista dermoid, dan kista endometriosis. Kista fungsional, seperti kista folikel dan kista korpus luteum, umumnya tidak menimbulkan keluhan, tetapi apabila kista

tersebut pecah atau menyebabkan komplikasi yang dapat menyebabkan nyeri yang signifikan selama menstruasi.

Selain itu, Kista endometriosis yang berhubungan dengan endometriosis cenderung lebih sering menimbulkan dismenore, karena pertumbuhan jaringan endometrium di luar rahim dapat memicu peradangan dan rasa nyeri. Kista ovarium dapat menyebabkan nyeri perut yang menjalar ke punggung dan kaki, yang sering kali diperburuk saat menstruasi. Peradangan ini berperan dalam memperkuat sensitivitas terhadap nyeri, sehingga nyeri haid menjadi lebih intens.

4) Polip Uterus

Polip uterus merupakan pertumbuhan abnormal pada lapisan endometrium yang dapat menimbulkan berbagai gejala termasuk dismenore. Nyeri haid akibat oleh polip uterus umumnya diklasifikasikan sebagai dismenore sekunder karena oleh kondisi medis yang mendasarinya

Polip uterus dapat menyebabkan dismenore melalui beberapa mekanisme, yakni:

- Polip dapat memicu perdarahan menstruasi yang tidak teratur serta nyeri haid, sehingga berperan dalam timbulnya dismenore. Selain itu, keberadaan polip dapat mengganggu kontraksi normal otot rahim, yang meningkatkan intensitas nyeri selama menstruasi.
- Selain itu, polip berpotensi mengganggu kontraksi normal otot rahim, sehingga nyeri menstruasi dapat menjadi lebih intens.
- Polip uterus berhubungan dengan penyakit lain pada Rahim, seperti hiperplasia endometrium maupun kanker endometrium, Penelitian oleh Sabre et al. menunjukkan bahwa polip dapat menjadi tanda adanya kelainan struktural dalam rahim yang dapat menyebabkan dismenorea.

5) Cervical Stenosis atau Sumbatan Serviks

Cervical stenosis adalah kondisi di mana saluran serviks mengalami penyempitan, yang berpotensi menimbulkan berbagai komplikasi kesehatan, termasuk dismenorea sekunder.

Cervical stenosis dapat menyebabkan dismenorea dengan menghambat aliran darah menstruasi dari rahim. Peningkatan tekanan akibat aliran menstruasi yang terhambat dapat menimbulkan nyeri berat, yang memengaruhi kualitas kehidupan sehari-hari wanita. Biasanya Cervical stenosis disebabkan oleh komplikasi dari prosedur medis seperti konisasi serviks, prosedur ini merupakan tindakan operasi yang bertujuan mengangkat jaringan abnormal pada serviks guna memeriksa kemungkinan kanker serviks atau displasia serviks (Fajria Lili, 2024)

2.3.5 Dampak dismenore

Nyeri haid atau dismenore dapat berdampak besar terhadap penurunan kualitas hidup perempuan. Dampak ini meliputi berbagai aspek, termasuk keterbatasan aktivitas fisik, gangguan pola tidur, perubahan mood, kesulitan berkonsentrasi, serta absensi dari sekolah atau pekerjaan akibat nyeri yang intens. Ketidakstabilan emosi yang ditimbulkan juga berpotensi memunculkan gangguan kecemasan bahkan depresi. Dismenore juga sering berhubungan dengan periode menstruasi yang lebih panjang serta meningkatnya jumlah darah yang keluar (Darwis, 2022).

2.3.6 Penatalaksanaan dismenore

Pencegahan Pencegahan dismenore dapat dilakukan dengan menekan atau menghambat transmisi rangsangan nyeri agar tidak mencapai pusat pengolahan nyeri di otak. Peningkatan prostaglandin dalam sirkulasi darah dapat memicu kontraksi rahim yang intens, sehingga menimbulkan nyeri menstruasi. Hal ini menyebabkan penurunan sirkulasi darah serta oksigenasi pada jaringan rahim (iskemia), yang kemudian memicu timbulnya nyeri. Penghantaran nyeri dikendalikan oleh mekanisme sistem saraf pusat, di mana impuls nyeri diteruskan saat sensasi nyeri muncul dan mekanisme pengatur nyeri bekerja, namun dapat

ditekan saat mekanisme ini tertutup. Salah satu cara untuk menutup gerbang nyeri adalah dengan merangsang produksi endorfin, yaitu senyawa alami tubuh yang mampu menekan pelepasan zat pemicu nyeri.

Strategi manajemen nyeri bertujuan untuk menurunkan ketegangan uterus melalui penghambatan sensasi nyeri dan menciptakan rasa nyaman bagi individu. Strategi ini dapat diimplementasikan melalui pendekatan farmakologis maupun nonfarmakologis (Kusmiyati, 2020).

1. Pendekatan Farmakologis

- a. Obat penenang (Sedatif), Fungsi sedatif adalah menenangkan, menurunkan tingkat kecemasan, dan memfasilitasi istirahat
- b. Obat anti nyeri (Analgesik), bekerja dengan menekan transmisi impuls nyeri menuju sistem saraf pusat, mencakup penggunaan obat, metode relaksasi dan aktivitas yang memberikan rasa tenang.

2. Pendekatan Non-Farmakologis

- a. Terapi pijat, pijatan di area nyeri berperan dalam merangsang tubuh untuk melepaskan endorfin, yang berfungsi sebagai analgesik alami. Dampaknya meliputi penurunan spasme otot dan terciptanya sensasi menenangkan.
- b. Kompres Hangat, berfungsi untuk meningkatkan peredaran darah lokal sekaligus meredakan otot yang tegang, dan meredakan nyeri akibat spasme otot. Secara fisiologis, intervensi ini meningkatkan permeabilitas kapiler, mempercepat metabolisme jaringan, dan menurunkan kekakuan otot.
- c. Kompres dingin, digunakan untuk menurunkan peradangan jaringan, mengurangi ketegangan otot, dan memperlambat transmisi impuls nyeri melalui jalur sensorik.
- d. Teknik Distraksi, merupakan metode pengalihan perhatian dari sensasi nyeri menuju stimulus lain yang lebih menyenangkan, seperti visual (menonton televisi), auditorik (mendengarkan musik), ataupun teknik pernapasan yang menenangkan.

Sedangkan beberapa cara dalam mengatasi nyeri haid antara lain :

1. Teknik Relaksasi
2. Terapi Pijat
3. Akupresure
4. Aromaterapi
5. Terapi Musik
6. Terapi Suhu
7. Yoga
8. Olahraga/senam
9. Nutrisi dan gizi
10. Bahan bahan herbal (Darwis, 2022).

2.3.7 Derajat nyeri

1. Nyeri Ringan

Nyeri ringan merupakan kondisi yang ditandai dengan adanya ketidaknyamanan yang masih dalam batas toleransi dan biasanya hanya timbul pada saat melakukan aktivitas tertentu. Individu yang mengalami nyeri ringan umumnya masih mampu berinteraksi dan berkomunikasi dengan baik tanpa menunjukkan tanda ketidaknyamanan yang mencolok secara fisik.

2. Nyeri Sedang

Nyeri dengan tingkat sedang biasanya bersifat lebih menetap dan mulai mengganggu aktivitas sehari-hari. Secara klinis, individu dengan tingkat nyeri sedang dapat memperlihatkan rasa tidak nyaman secara jelas, misalnya meringis atau menyeringai. Penderita umumnya masih mampu mengidentifikasi secara spesifik lokasi nyeri serta mendeskripsikan karakteristik sensasi yang dirasakan, serta mengikuti instruksi dengan baik. Umumnya, keluhan ini dapat berkurang ketika penderita beristirahat.

3. Nyeri berat

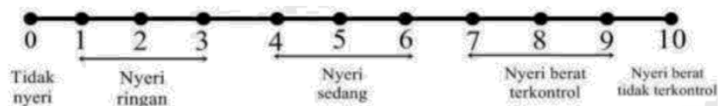
Nyeri berat adalah nyeri dengan intensitas tinggi yang dapat berlangsung sepanjang hari secara terus menerus. Pada kondisi ini penderita terkadang mengalami hambatan dalam mengikuti instruksi, namun masih mampu memberikan respons terhadap stimulasi yang diberikan serta dapat menunjukkan lokasi nyeri yang dirasakan. Namun, sering kali mereka tidak

mampu menjelaskan sensasi nyeri dengan kata-kata, dan perubahan posisi maupun teknik relaksasi seperti napas dalam tidak mampu meredakan rasa sakit. Intensitas nyeri yang tinggi kerap memengaruhi kualitas tidur serta menimbulkan ketidaknyamanan yang cukup signifikan (Ningtyas. & Al, 2023).

2.3.8 Skala pengukuran nyeri

Pendekatan objektif yang paling memungkinkan dalam mengukur nyeri adalah dengan mengamati respons fisiologis tubuh terhadap rasa nyeri tersebut. Beberapa skala dipakai sebagai instrumen penilaian nyeri, diantaranya:

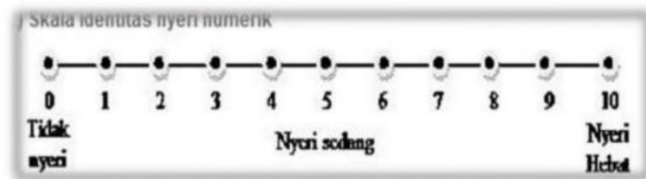
1. Skala Deskriptif



2.1 Gambar Skala Deskriptif

Dalam proses penilaian nyeri, peneliti memperlihatkan skala nyeri kepada partisipan dan meminta mereka untuk menunjukkan tingkat nyeri terakhir yang dirasakan. Skala ini biasanya menggunakan rentang nilai untuk menilai keparahan nyeri, digunakan skala 0-10 dengan rentang dari tidak nyeri sampai nyeri sangat berat. Skala numerik verbal dianggap lebih efektif pada fase pascabedah karena penyampaiannya berbasis kata-kata sehingga tidak terlalu menuntut koordinasi visual maupun motorik. Skala verbal digunakan untuk menilai intensitas nyeri melalui deskripsi, mulai dari tidak ada nyeri, nyeri sedang, hingga nyeri berat. Perubahan nyeri diukur menggunakan kategori deskriptif, seperti tidak ada penurunan, berkurang ringan, berkurang sedang, hingga nyeri hilang sepenuhnya (Ningtyas. & Al, 2023).

2. Skala Numerik



2.2 Gambar Skala Numerik

Skala yang dinilai paling efektif dalam mengukur intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan intervensi terapeutik adalah skala deskriptif numerik, karena memiliki karakteristik yang mudah digunakan, mudah dimengerti, serta cukup sensitif terhadap variasi dosis, gender, dan latar belakang etnis. Dibandingkan dengan Visual Analog Scale (VAS), skala ini dianggap lebih unggul dalam mengidentifikasi nyeri akut. Meskipun demikian, skala ini memiliki keterbatasan, khususnya dalam hal pilihan kata yang tersedia untuk mendeskripsikan nyeri, sehingga kurang mampu menggambarkan variasi tingkat nyeri secara lebih rinci. Selain itu, terdapat asumsi bahwa setiap kategori kata memiliki rentang yang sama dalam menunjukkan efek analgesik, padahal persepsi nyeri bersifat subjektif dan bervariasi. Penilaian terhadap intensitas nyeri yang dialami responden dilakukan dengan mengacu pada deskripsi berikut:

- a. 0 Tidak ada nyeri; kondisi tubuh terasa normal
- b. 1 Nyeri sangat ringan, hampir tidak terasa, menyerupai sensasi gigitan nyamuk. Sebagian besar klien tidak memperhatikan adanya rasa sakit.
- c. 2 Nyeri ringan umumnya mulai dirasakan sebagai sensasi tidak nyaman yang menyerupai cubitan halus pada permukaan kulit.
- d. 3 Nyeri tergolong cukup kuat, namun tidak menimbulkan gangguan signifikan, biasanya digambarkan sebagai sensasi sakit akibat injeksi atau benturan ringan pada hidung.
- e. 4 Nyeri kuat dan mulai mengganggu, menyerupai nyeri sakit gigi atau sengatan serangga.
- f. 5 Nyeri sangat kuat dan menusuk, seperti saat mengalami keseleo pada pergelangan kaki.
- g. 6 Nyeri intens yang cukup dalam, dapat mengganggu konsentrasi dan komunikasi.
- h. 7 Rasa nyeri yang intens menguasai persepsi sepenuhnya, membuat individu sulit untuk berbicara atau merawat diri sendiri.

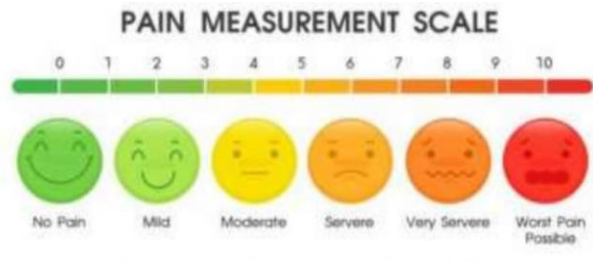
- i. 8 Nyeri ekstrem pada tingkat ini dapat mengganggu kemampuan rasional serta kemungkinan menimbulkan perubahan suasana hati maupun kepribadian jika berlangsung lama.
- j. 9 Nyeri sangat menyiksa dan Sensasi nyeri yang luar biasa hebat dapat memicu individu menempuh berbagai strategi penghilangan rasa sakit, termasuk yang berisiko bagi kesehatan.
- k. 10 Nyeri ekstrem yang tak terbayangkan, di luar kapasitas persepsi fisiologis, kerap memicu kehilangan kesadaran, Seringkali muncul pada kasus trauma yang parah, misalnya akibat kecelakaan berat (Ningtyas. & Al, 2023).

3. Skala Wajah (Wong-Baker Faces Pain Rating Scale)

Penggunaan Skala Wong-Baker Faces dalam mengukur tingkat nyeri tergolong sederhana dan praktis, namun tetap membutuhkan ketelitian dari pihak penilai. Hal ini disebabkan karena metode ini mengandalkan pengamatan terhadap ekspresi wajah pasien secara langsung, tanpa perlu menanyakan secara verbal mengenai tingkat nyeri yang dirasakan. Oleh karena itu, keakuratan penilaian sangat bergantung pada kepekaan pengamat dalam menginterpretasikan ekspresi wajah penderita.

Skala Wong-Baker Faces sendiri menggunakan gambar ekspresi wajah yang mewakili tingkatan nyeri dari kondisi tanpa keluhan nyeri hingga rasa nyeri dengan intensitas sangat parah. Skala ini biasanya terdiri dari angka 0 hingga 10 dengan ilustrasi wajah yang menggambarkan perasaan senang hingga menggambarkan tingkat nyeri yang berat, dengan efektivitas tinggi khususnya pada kelompok usia anak atau pada mereka yang mengalami kesulitan berkomunikasi verbal.

Berikut ini merupakan tampilan dari skala Wajah (Wong-Baker Faces Pain Rating Scale):



2.3 Gambar Skala Wajah

- a. Skor 0: Individu tampak dalam kondisi normal tanpa indikasi rasa nyeri
- b. Skor 1: Terlihat adanya ketidaknyamanan masih tergolong ringan dan tidak mengganggu aktivitas sehari-hari
- c. Skor 2: Muncul rasa nyeri yang mulai terasa, namun belum cukup menghambat fungsi harian
- d. Skor 3: Pada tahap ini, nyeri mulai berdampak pada aktivitas serta menimbulkan penurunan signifikan pada tingkat kenyamanan
- e. Skor 4: Intensitas nyeri meningkat dan telah cukup mengganggu aktivitas
- f. Skor 5: Keluhan nyeri sangat jelas dan menyebabkan ketidaknyamanan yang berat.
- g. Skor 6: Nyeri pada tingkat ini sangat intens dan dapat menimbulkan respon emosional, seperti menangis juga ketidakmampuan menahan rasa sakit (Ningtyas. & Al, 2023).

2.4 Konsep Dasar Terapi Musik

2.4.1 Definisi terapi musik

Terapi musik merupakan perpaduan dari dua konsep utama, yakni “terapi” dan “musik”. Terapi sendiri diartikan sebagai suatu metode intervensi yang bertujuan memberikan dukungan baik secara fisik maupun psikologis kepada individu.

Menurut American Music Therapy Association (AMTA), terapi musik adalah layanan profesional di bidang kesehatan yang memanfaatkan musik atau aktivitas musikal sebagai alat intervensi. Tujuannya Adalah membantu individu menghadapi bergai permasalahan fisik, psikologis, kognitif, maupun sosial, terutama bagi mereka yang memiliki keterbatasan fisik.

Sementara itu, World Federation of Music Therapy (WFMT) mendefinisikan terapi musik sebagai penggunaan musik yang dilakukan oleh terapis profesional, baik secara individu maupun kelompok, untuk membangun komunikasi, memperkuat hubungan interpersonal, mendukung proses pembelajaran, meningkatkan keterampilan motorik, memfasilitasi ekspresi emosi, serta membantu individu dalam pengelolaan diri. Kegiatan terapi musik disusun agar dapat memenuhi kebutuhan fisik, emosional, mental, sosial, dan kognitif, baik dalam konteks pencegahan, rehabilitasi, maupun intervensi terapeutik. Pendekatan ini bertujuan mengembangkan potensi individu, meningkatkan regulasi diri, serta memperkuat interaksi sosial sehingga mendukung peningkatan kualitas hidup (Widiyono, 2021)

Terapi musik termasuk salah satu bentuk intervensi non-farmakologis yang efektif dalam mengurangi nyeri dismenore pada wanita. Relaksasi yang ditimbulkan oleh musik berkontribusi pada pengurangan persepsi nyeri pada individu. Selain itu, mendengarkan musik merangsang peningkatan sekresi endorfin, senyawa endogen yang berperan sebagai analgesik alami dalam meredakan nyeri internal. Hormon ini bekerja dengan menghambat transmisi rangsangan nyeri di sistem saraf pusat sekaligus memengaruhi sistem limbik, yang terlibat dalam regulasi kontraksi otot sebelum sinyal nyeri mencapai pusat kendali rasa sakit. Mekanisme ini berperan dalam mengurangi intensitas nyeri sekaligus meningkatkan kenyamanan individu (Lestari & Ningsih, 2025)

2.4.2 Tujuan terapi musik

Terapi musik adalah intervensi yang memanfaatkan bunyi atau pola irama tertentu sebagai media, dengan tujuan mendukung perbaikan atau peningkatan kondisi fisik, emosional, kognitif, maupun sosial pada individu. Sebagai metode distraksi, musik mampu mengalihkan fokus dari rasa nyeri, sehingga intensitas nyeri menurun (Fitrah & Nursanti, 2021)

2.4.3 Prosedur pemberian terapi musik

Standar Operasional Prosedur Terapi Musik	
Peralatan	1. Headset / handphone

	2. Alat Musik yang sesuai
Prosedur	A. Tahap Pra Interaksi 1. Siapkan alat-alat 2. Identifikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontradiksi
	B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam terapeutik 2. Mengecek identitas klien 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada klien 4. Menanyakan persetujuan dan kesiapan diri klien 5. Menjaga privasi klien dengan menutup pintu atau menutup tirai atau menutup jendela 6. Menetapkan ketertarikan klien terhadap musik 7. Identifikasi pilihan musik klien
	C. Tahap kerja 1. Bantu klien untuk mendapatkan posisi yang nyaman 2. Batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjug, panggilan telepon selama mendengarkan musik 3. Dekatkan headset/handphone di dekat klien 4. Pastikan alat-alat yang disiapkan dalam kondisi baik 5. Pilih-pilihan musik yang mewakili pilihan musik klien 6. Nyalakan musik dan lakukan terapi musik yang diberikan 15 hingga 20 menit, 7. Pastikan volume musik sesuai, tidak terlalu keras atau kecil 8. Saat klien mendengarkan musik, arahkan untuk fokus dan rileks

	10. Setelah musik berhenti/selesai, pasien dipersilahkan mengungkapkan perasaan yang muncul serta dirasakan responden setelah mendengarkan musik.
	D. Tahap Terminasi 1. Evaluasi respon klien 2. Mendokumentasikan pelaksanaan Tindakan keperawatan tersebut 3. Bereskan alat-alat

2.1 Tabel SOP Terapi Musik

2.4.4 Indikasi dan kontraindikasi terapi musik

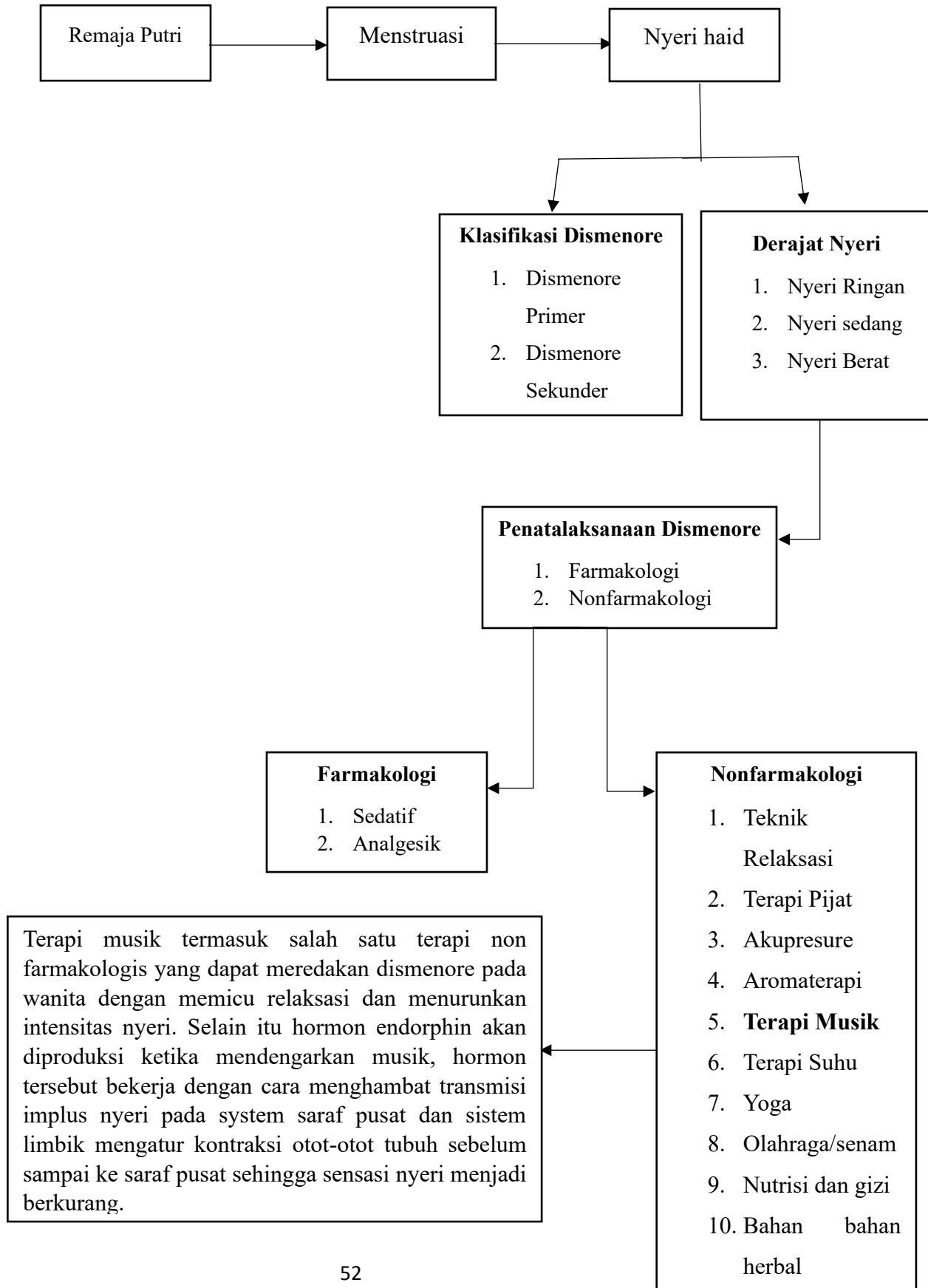
1. Indikasi

- a. Klien yang memiliki kemampuan mendengar secara normal (tidak mengalami gangguan pendengaran)
- b. Klien yang menyukai musik
- c. Bersedia terlibat dalam penelitian

2. Kontraindikasi

- a. Klien yang mengalami gangguan pendengaran
- b. Klien yang tidak menyukai musik
- c. Klien yang tidak kooperatif
- d. Klien yang tidak bersedia mengikuti terapi musik

2.4.5 Kerangka teori



2.4.6 Kerangka konsep

Kerangka konsep menggambarkan keterkaitan antar konsep atau variabel yang menjadi fokus pengukuran dalam penelitian. Adapun kerangka konsep dalam studi ini adalah sebagai berikut:

Variabel independen/ Variabel Bebas

Variabel dependen/ Variabel Terikat

