

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Stres

2.1.1 Pengertian Stres

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia yang dimaksud dengan stres adalah gangguan atau kekacauan mental dan emosional yang disebabkan oleh faktor luar atau ketegangan. Stres adalah suatu kondisi atau keadaan tubuh yang terganggu karena tekanan psikologis. Biasanya stres dikaitkan bukan karena penyakit fisik, tetapi lebih karena masalah kejiwaan seseorang. Selanjutnya stres berakibat pada penyakit fisik, yang bisa muncul akibat lemahnya dan rendahnya daya tahan tubuh pada saat stres menyerang (Mumpuni & Wulandari, 2010).

Stres adalah cara tubuh kita bereaksi terhadap ketegangan, kegelisahan, dan tugas-tugas berat yang harus dihadapi sehari-hari. Ketika tekanan terhadap tubuh semakin besar, kadang-kadang kita jatuh sakit dan merasakan gangguan lainnya. Istilah “stres” mengacu kepada kondisi tubuh yang menjadi tegang saat berusaha menyesuaikan diri dengan aktivitas sehari-hari yang berat. Ketika seseorang menghadapi tekanan, baik fisik maupun psikis, tubuh menerima stimulasi berlebihan dan mencoba untuk mencegah terjadinya kelelahan (Trident Referensi Publishing, 2009).

Stres dapat didefinisikan sebagai keadaan atau ancaman terhadap homeostatis (*disharmoni*) dan keadaan ini akan mendapat umpan balik dari tubuh yang kompleks, melibatkan respon fisiologis dan perilaku, dalam tujuannya untuk

mengembalikan keadaan homeostatis (respon adaptif terhadap stres) (Mustofa, 2012).

2.1.2 Sumber Stres

Ada empat sumber atau penyebab stres psikologis, yaitu (Maramis, 1999 dalam, Sunaryo, 2004):

1. Frustrasi

Timbul akibat kegagalan dalam mencapai tujuan karena ada aral melintang, misalnya apabila ada perawat puskesmas lulusan SPK bercita-cita ingin mengikuti D3 Akper Program khusus Puskesmas, tetapi tidak diizinkan oleh istri/ suami, tidak punya biaya, dan sebagainya.

Frustrasi adalah yang bersifat *intrinsik* (cacat badan dan kegagalan usaha) dan *ekstrinsik* (kecelakaan, bencana alam, kematian orang yang dicintai, kegoncangan ekonomi, pengangguran, perselingkuhan, dan lain-lain).

2. Konflik

Timbul karena tidak bisa memilih antara dua atau lebih macam keinginan, kebutuhan, atau tujuan. Bentuknya *approach-approach conflict*, *approach-avoidance*, atau *avoidance-avoidance conflict*.

3. Tekanan

Timbul sebagai akibat tekanan hidup sehari-hari. Tekanan dapat berasal dari dalam diri individu, misalnya cita-cita atau norma yang terlalu tinggi. Tekanan yang berasal dari luar diri individu, misalnya tekanan orang tua menuntut anaknya agar di sekolah selalu ranking satu atau istri menuntut uang belanja yang berlebihan kepada suami.

4. Krisis

Krisis yaitu keadaan tekanan hidup yang mendadak, yang menimbulkan stres pada individu, misalnya kematian orang yang disayang, kecelakaan, dan penyakit yang harus segera operasi.

Keadaan stres dapat terjadi beberapa sebab sekaligus, misalnya frustrasi, konflik, dan tekanan.

2.1.3 Gejala-Gejala Stres

Gejala-gejala stres mencakup sisi mental, sosial, dan fisik. Hal-hal ini meliputi kelelahan, kehilangan, atau meningkatnya nafsu makan, sakit kepala, sering menangis, sulit tidur, dan tidur berlebihan (Mumpuni & Wulandari, 2010).

Reaksi terhadap stres dibagi menjadi empat bagian. Pertama adalah reaksi fisik,. Reaksi ini adalah reaksi yang paling terlihat. Contohnya adalah sakit kepala, jantung berdebar-debar lebih kencang dari kondisi normal, lidah menjadi kelu, kehilangan nafsu makan, insomnia atau sulit tidur, dan masih banyak lagi (Mumpuni & Wulandari, 2010).

Kedua adalah reaksi emosi, reaksi ini contohnya marah-marah, cemas, mudah tersinggung, menjadi pesimis, dan masih banyak lagi lainnya. Kondisi ini dipicu karena ketidakstabilan hormon di dalam tubuh penderita stres (Mumpuni & Wulandari, 2010).

Ketiga adalah reaksi kognitif, contohnya adalah berfikir negatif, sulit konsentrasinya, sulit berfikir, dan masih banyak lagi. Orang yang mengalami stres tidak sama dengan orang tanpa stres, itulah sebabnya reaksi kognitifnya juga tidak sama dengan orang yang normal (Mumpuni & Wulandari, 2010).

Keempat adalah reaksi tingkah laku, contohnya adalah menarik diri dari lingkungan (*withdrawal*), tidur berlebihan, jadi pendiam, jadi jutek, dan masih banyak lagi. Ini bergantung pada kondisi masing-masing individu dan juga lingkungannya (Mumpuni & Wulandari, 2010).

2.1.3.1 Tanda-Tanda Fisik Stres (*Physical Sign of Stress*)

Banyak tanda fisik stres yang langsung bisa dikenali. Umumnya tanda-tanda itu berupa sakit yang tidak biasa. Sakit ini hanya terjadi secara temporer pada saat stres. Namun demikian, kalau stres tersebut berlangsung lama, tidak ditangani secara serius, dan penderitanya juga tidak menjaga kesehatan secara menyeluruh, bukan tidak mungkin penyakit tersebut akan menjadi penyakit yang menetap. Penyakit-penyakit tersebut antara lain sebagai berikut: (Mumpuni & Wulandari, 2010).

1. Pertambahan kerja hati (*Increased heart rate*)
2. Sakit hati (*Pounding heart*)
3. Pertambahan tekanan darah (*Elevated blood pressure*)
4. Keluar keringat secara berlebihan (*Sweaty palms*)
5. Kaku di bagian dada, leher, dagu, dan punggung bagian belakang
(*Tightness of the chest, neck, jaw, and back muscles*)
6. Sakit kepala (*Headache*)
7. Diare (*Diarrhea*)
8. Sembelit (*Constipation*)
9. Kelainan urin (*Urinary hesitancy*)
10. Sulit konsentrasi (*Trembling*)
11. Gagap dan kesulitan bicara (*Stuttering and other speech difficulties*)

12. Gampang sakit (*Nausea*)
13. Tubuh terasa lemah (*Vomiting*)
14. Gangguan tidur (*Sleep Disturbances*)
15. Sendi kaku (*Fatigue*)
16. Bernafas berat atau kesulitan bernafas (*Shallow breathing*)
17. Kekeringan mulut atau kerongkongan (*Dryness of the mouth or throat*)
18. Rawan dengan penyakit-penyakit kecil (*Susceptibility to minor illness*)
19. Berkeringat dingin pada tangan (*Cold hands*)
20. Bersin-bersin (*Itching*)
21. Mudah merasa lemah dan sakit (*Being easily startled*)
22. Sakit kronis (*Chronic pain*)

2.1.3.2 Tanda-Tanda Emosi Stres (Emotional Sign of Stress)

Orang yang mengalami stres pasti secara emosi tidak stabil. Orang yang stres biasanya juga dapat dikenali dari sisi emosionalnya, antara lain seperti berikut (Mumpuni & Wulandari, 2010) :

1. Mudah marah (*Irritability*)
2. Ledakan amarah (*Angry outbursts*)
3. Kecemasan (*Hostility*)
4. Pecemburu (*Jealously*)
5. Kurang istirahat (*Restlessness*)
6. Perpindahan, tidak menentu (*Withdrawal*)
7. Menyendiri, antisosial (*Anxiousness*)
8. Tidak punya inisiatif (*Diminished initiative*)

9. Mereka tidak nyata, hidup di awang-awang (*Feelings of unreality or overalertness*)
10. Kelemahan kepribadian pada saat berinteraksi dengan orang lain (*Reduction of personal involvement with other*)
11. Tidak memiliki gairah (*Lack of interest*)
12. Mudah menangis (*Tendency to cry*)
13. Sangat kritis terhadap orang lain (*Being critical of others*)
14. Tidak senang dengan diri sendiri (*Self deprecation*)
15. Selalu bermimpi buruk (*Nightmares*)
16. Tidak sabaran, mudah emosi (*Impatience*)
17. Tidak memiliki persepsi positif (*Decreased preception of positive*)
18. Senang bersikap oportunistik (*Experience oppurtunities*)
19. Fokus sempit (*Narrowed focus*)
20. Banyak pikiran (*Obsessive rumination*)
21. Terfokus pada diri sendiri (*Reduced self esteem*)
22. Gangguan tidur, susah tidur walaupun sudah lelah (*Insomnia*)
23. Perubahan pola makan (*Change in eating yang positif habits*)
24. Tidak memiliki refleksi respons emosi yang positif, berkembang selalu dengan emosi negatif (*Weakened positive emotional response reflexes*)

2.1.3.3 Tanda – Tanda Kognitif Stres (Cognitive Sign Of Stress)

Tindakan kognitif seseorang yang stres juga sering sangat merisaukan orang-orang lain di sekitarnya. Misalnya saja dia sangat mudah lupa. Tentu ini sangat mengganggu aktivitasnya secara keseluruhan. Berikut ini tindakan kognitif orang yang mengalami stres (Mumpuni & Wulandari, 2010):

1. Pelupa (*Forgetfulness*)
2. Kekhawatiran berlebihan (*Preoccupation*)
3. Tidak berkembang (*Blocking*)
4. Visinya kabur (*Blurred vision*)
5. Pengambilan keputusan sering salah (*Errors in Judging distance*)
6. Tidak memiliki keberanian menghadapi hidup (*Diminished or exaggerated fantasy*)
7. Kurang kreatif (*Reduced creativity*)
8. Kurang konsentrasi atau tidak fokus (*Lack of concentration*)
9. Tidak produktif (*Diminished Productivity*)
10. Tidak memiliki perhatian pada hal-hal detail (*Lack of attention to detail*)
11. Berorientasi pada masa lalu (*Orientation to the past*)
12. Psikomotoriknya memiliki reaksi yang sangat pesat (*Decreased psychomotor reactivity and coordination*)
13. Kurang perhatian terhadap sesuatu (*Attention deficit*)
14. Pemikirannya tidak terorganisasi (*Disorganization of thought*)
15. Memiliki citra diri yang negatif (*Negative self esteem*)
16. Kurang memiliki rasa berguna dalam hidupnya (*Diminished sense of meaning in life*)

17. Tidak bisa mengontrol emosinya (*Lack of control /need for too much control*)

18. Sering mengeluarkan pernyataan negatif dan evaluasi negatif terhadap setiap kejadian (*Negative self statements and negative evaluation of experiences*)

2.1.3.4 Tanda-Tanda Tingkah Laku Stres (Behavioural Sign Of Stress)

Selain tanda-tanda yang telah diuraikan sebelumnya, orang yang stres juga sering terlihat dari tingkah lakunya yang tidak seperti biasanya. Inilah tingkah laku orang yang stres antara lain (Mumpuni & Wulandari, 2010):

1. Sering merokok (*Increased smoking*)
2. Tindakan agresif, seperti mengemudi, road race, dan lain-lain (*Aggressive behaviors, such as driving, road rage, etc*)
3. Menggunakan alkohol atau obat-obatan (*Increased alcohol or drug use*)
4. Tidak peduli (*Carelessness*)
5. Tidak senang makan (*Under eating*)
6. Banyak makan (*over eating*)
7. Pendiannya tidak menetap, suka berubah-ubah (*Withdrawal*)
8. Tidak punya pedoman untuk hidup (*Listlessness*)
9. Kekhawatiran berlebihan (*Hostility*)
10. Mudah mengalami kecelakaan karena ceroboh (*Accident proneness*)
11. Tertawa dengan gugup (*Nervous laughter*)
12. Tindakan kompulsif (*Compulsive behavior*)
13. Tidak sabaran (*Impatience*)

2.1.4 Jenis – Jenis Stres

Apabila ditinjau dari penyebabnya stres digolongkan sebagai berikut (Sri Kusminati dan Desminarti, 1990 dalam Sunaryo, 2004):

1. Stress Fisik

Disebabkan oleh suhu atau temperatur yang terlalu tinggi atau rendah, suara amat bising, sinar yang terlalu terang, atau tersengat arus listrik.

2. Stress Kimiawi

Disebabkan oleh asam-basa kuat, obat-obatan, zat beracun, hormon atau gas.

3. Stress Mikrobiologik

Disebabkan oleh virus, bakteri, atau parasit yang menimbulkan penyakit.

4. Stres Fisiologik

Disebabkan oleh gangguan struktur, fungsi jaringan, organ, atau sistemik sehingga menimbulkan fungsi tubuh tidak normal.

5. Stress Proses Pertumbuhan dan Perkembangan

Disebabkan oleh gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada masa bayi hingga tua.

6. Stress Psikis/ Emosional

Disebabkan oleh gangguan hubungan interpersonal, sosial, budaya, atau keagamaan.

2.1.5 Penggolongan Stres

Stres digolongkan menjadi dua golongan. Penggolongan ini didasarkan atas persepsi individu terhadap stres yang dialaminya (Selye & Rice, 1992 dalam Sunaryo, 2004):

1. Distres (Stres Negatif)

Selye menyebutkan distres merupakan stres yang merusak atau bersifat tidak menyenangkan. Stres dirasakan suatu keadaan dimana individu mengalami cemas, ketakutan, khawatir atau gelisah.

2. Eustres (Stres Positif)

Eustres bersifat menyenangkan dan merupakan pengalaman yang memuaskan. Frase *joy of stress* untuk mengungkapkan hal-hal yang bersifat positif yang timbul dari adanya stres. Eustres dapat meningkatkan kesiagaan mental, kewaspadaan, kognisi dan performansi individu. Eustres juga dapat meningkatkan motivasi individu untuk menciptakan sesuatu misalnya menciptakan karya seni.

Stres ditinjau dari penyebabnya hanya dibedakan menjadi 2 macam yaitu (Brench Grand, 2000 dalam Sunaryo, 2004),:

1. Penyebab makro, yaitu menyangkut peristiwa besar dalam kehidupan, seperti kematian, perceraian, pensiunan, luka batin, dan kebangkrutan.
2. Penyebab mikro, yaitu menyangkut peristiwa kecil sehari-hari, seperti pertengkaran rumah tangga, beban pekerjaan, masalah apa yang akan dimakan dan antri.

2.1.6 Faktor Predisposisi Stres

Respons terhadap stressor yang diberikan pada individu akan berbeda, hal tersebut tergantung dari faktor stressor dan kemampuan coping yang dimiliki individu. Faktor predisposisi ini sangat berperan dalam menentukan apakah respon adaptif atau maladaptif. Faktor predisposisi menurut (Murphy & Moriarty, 1976 dalam Rasmun 2004) antara lain:

1. Pengaruh Genetik

Pengaruh genetik adalah keadaan kehidupan seseorang yang diperoleh dari keturunannya. Contoh riwayat kondisi psikologis dan fisik keluarga (kekuatan dan kelemahannya). Serta tempramen, karakteristik tingkah laku pada saat lahir dan masa pertumbuhan.

2. Pengaruh Masa Lalu

Pengaruh masa lalu seperti, kejadian-kejadian yang menghasilkan suatu pola pembelajaran yang dapat mempengaruhi respons penyesuaian individu, termasuk pengalaman sebelumnya terhadap tekanan stres tersebut atau tekanan lainnya, mempelajari respons penanggulangan dan tingkat penyesuaian pada tekanan stress sebelumnya.

3. Pengaruh Saat Ini

Kondisi saat ini yang meliputi faktor kerentanan yang mempengaruhi kesiapan fisik, psikologis, dan sumber-sumber sosial individu untuk menghadapi tuntutan menyesuaikan diri, contohnya status kondisi kesehatan saat ini, motivasi, perkembangan kedewasaan, berat dan lamanya stress, sumber keuangan dan pendidikan, umur, aktivitas, tersedianya penanggulangan saat ini, sistem penunjang perawatan lainnya.

2.1.7 Tahapan Stres

Menurut Sunaryo, 2004 tahapan stres dibagi menjadi enam yaitu:

1. Stres Tahap Pertama (Paling Ringan)

Stres yang, disertai perasaan nafsu bekerja yang besar dan berlebihan, mampu menyelesaikan pekerjaan tanpa memperhitungkan tenaga yang dimiliki, dan penglihatan menjadi tajam.

2. Stres Tahap Kedua

Stres tahap kedua yaitu stres yang disertai keluhan, seperti bangun pagi tidak segar atau letih, lekas capek pada saat menjelang sore, lekas lelah sesudah makan, tidak dapat rileks, lambung atau perut tidak nyaman (bowel discomfort), jantung berdebar, otot tengkuk, dan punggung tegang. Hal tersebut karena cadangan tenaga tidak memadai.

3. Stres Tahap Ketiga

Stress dengan keluhan, seperti defekasi tidak teratur (kadang-kadang diare), otot semakin tegang, emosional, insomnia, mudah terjaga dan sulit tidur kembali (*middle insomnia*), bangun terlalu pagi dan sulit tidur kembali (*late insomnia*), koordinasi tubuh terganggu, dan mau jatuh pingsan.

4. Stres tahap keempat

Stres dengan keluhan, seperti tidak mampu bekerja sepanjang hari (*loyo*), aktivitas pekerjaan terasa sulit dan menjenuhkan, respons tidak adekuat, kegiatan rutin terganggu, gangguan pola tidur, sering menolak ajakan, konsentrasi dan daya ingat menurun, serta timbul ketakutan dan kecemasan.

5. Stres Tahap Kelima

Stres yang ditandai dengan kelelahan fisik dan mental (*Physical and psychological exhaustion*), ketidakmampuan menyelesaikan pekerjaan yang sederhana dan ringan, gangguan pencernaan berat, meningkatnya rasa takut dan cemas, bingung, dan panik.

6. Stres Tahap Keenam

Stres dengan tanda-tanda, seperti jantung berdebar keras, sesak nafas, badan gemetar, dingin, dan banyak keluar keringat, loyo, serta pingsan atau *collaps*.

2.1.8 Tingkat Stres

(Perry & Potter, 2005) membagi stres menjadi 3 tingkatan yaitu:

1. Stres Ringan

Stresor yang dialami setiap orang teratur seperti terlalu banyak tidur, kemacetan lalu lintas dan kritikan dari atasan. Situasi seperti ini biasanya berlangsung beberapa menit atau jam. Stress ringan biasanya tidak menyebabkan kerusakan fisiologis kronis, namun jika stressor ringan yang banyak dalam waktu singkat dapat meningkatkan resiko penyakit.

2. Stres Sedang

Berlangsung lebih lama, dari beberapa jam sampai beberapa hari. Misalnya, perselisihan yang tidak terselesaikan dengan rekan kerja, anak yang sakit, atau ketidakhadiran yang lama dari anggota keluarga. Stres sedang dan berat dapat menimbulkan penyakit kronis.

3. Stres Berat

Situasi kronis yang dapat berlangsung beberapa minggu sampai beberapa tahun seperti perselisihan perkawinan terus menerus, kesulitan finansial yang berkepanjangan, dan penyakit fisik jangka panjang. Semakin sering dan semakin lama situasi stress, makin tinggi resiko penyakit yang ditimbulkan.

2.1.9 Pengukuran Tingkat Stres

Tingkat stres adalah hasil penilaian terhadap berat ringannya stres yang dialami seseorang. Tingkat stres ini diukur dengan menggunakan *Depression Anxiety Stress Scale 42* (DASS 42) oleh Lovibond & Lovibond (1995). Psychometric Properties of The Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS) terdiri dari 42. DASS adalah seperangkat skala subyektif yang dibentuk untuk mengukur status emosional negatif dari depresi, kecemasan dan stres. DASS 42 dibentuk tidak hanya untuk mengukur secara konvensional mengenai status emosional, tetapi untuk proses yang lebih lanjut untuk pemahaman, pengertian, dan pengukuran yang berlaku di manapun dari status emosional, secara signifikan biasanya digambarkan sebagai stres. skala DASS adalah sebagai berikut (Lam, 2005):

- 0 : Tidak pernah dialami
- 1 Diberikan apabila jarang dialami
- 2 Diberikan apabila sering dialami
- 3 Diberikan apabila keadaan selalu dialami

Tabel 2.1 Skala DASS (Lovibond, 1995 dalam Nursalam, 2008)

1	Menjadi marah karena hal-hal kecil/ sepele	0	1	2	3
2	Mulut terasa kering	0	1	2	3
3	Tidak dapat melihat hal yang positif dari suatu kejadian	0	1	2	3
4	Merasakan gangguan dalam bernafas (Nafas cepat, sulit bernafas)	0	1	2	3
5	Merasa sepertinya tidak kuat lagi untuk melakukan suatu kegiatan	0	1	2	3
6	Cenderung bereaksi berlebihan pada situasi	0	1	2	3
7	Kelemahan pada anggota tubuh	0	1	2	3
8	Kesulitan untuk relaksasi / bersantai	0	1	2	3
9	Cemas yang berlebihan dalam suatu situasi namun bias lega jika hal/ situasi itu berakhir	0	1	2	3
10	Pesimis	0	1	2	3
11	Mudah merasa kesal	0	1	2	3
12	Merasa banyak menghabiskan energi karena cemas	0	1	2	3
13	Merasa sedih dan depresi	0	1	2	3
14	Tidak sabaran	0	1	2	3
15	Kelelahan	0	1	2	3
16	Kehilangan minat pada banyak hal (Misal: makan, ambulasi, sosialisasi)	0	1	2	3
17	Merasa diri tidak layak	0	1	2	3
18	Mudah tersinggung	0	1	2	3
19	Berkeringat (Misal: tangan berkeringat) tanpa stimulasi oleh cuaca maupun latihan fisik	0	1	2	3
20	Ketakutan tanpa alasan yang jelas	0	1	2	3
21	Merasa hidup tidak berharga	0	1	2	3
22	Sulit untuk istirahat	0	1	2	3
23	Kesulitan dalam menelan	0	1	2	3
24	Tidak dapat menikmati hal-hal yang saya lakukan	0	1	2	3
25	Perubahan kegiatan jantung dan denyut nadi tanpa stimulus	0	1	2	3

	oleh latihan fisik				
26	Merasa hilang harapan dan putus asa	0	1	2	3
27	Mudah marah	0	1	2	3
28	Mudah panik	0	1	2	3
29	Kesulitan untuk tenang setelah sesuatu yang mengganggu	0	1	2	3
30	Takut diri terlambat oleh tugas-tugas yang tidak biasa dilakukan	0	1	2	3
31	Sulit antusias oleh banyak hal	0	1	2	3
32	Sulit mentoleransi gangguan-gangguan terhadap hal yang sedang dilakukan	0	1	2	3
33	Berada pada keadaan tegang	0	1	2	3
34	Merasa tidak berharga	0	1	2	3
35	Tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi anda untuk menyelesaikan hal yang sedang anda lakukan	0	1	2	3
36	Ketakutan	0	1	2	3
37	Tidak ada harapan untuk masa depan	0	1	2	3
38	Merasa hidup tidak berarti	0	1	2	3
39	Mudah gelisah	0	1	2	3
40	Khawatir dengan situasi saat diri anda mungkin menjadi panik dan mepermalukan diri anda	0	1	2	3
41	Gemetar	0	1	2	3
42	Sulit untuk meningkatkan inisiatif dalam melakukan sesuatu	0	1	2	3

2.2 Konsep Dasar Nyeri Menstruasi (Dysmenorrhea)

2.2.1 Pengertian Dismenore

Dismenore (*Dysmenorrhea*) berasal dari bahasa Yunani. Kata *dys* yang berarti sulit, nyeri, abnormal; *meno* yang berarti bulan; dan *orrhea* yang berarti aliran. Dismenore adalah kondisi medis yang terjadi sewaktu haid/ menstruasi yang dapat mengganggu aktivitas dan memerlukan pengobatan yang ditandai dengan nyeri atau rasa sakit di daerah perut maupun panggul (Judha, 2012).

Dismenore didefinisikan sebagai aliran menstruasi yang sulit atau menstruasi yang mengalami nyeri. Penanganan dismenore secara optimal sangat tergantung dari pemahaman terhadap faktor yang mendasarinya (Anurogo & Wulandari, 2011). Menurut manuaba (2010) dismenorea adalah rasa sakit yang menyertai menstruasi sehingga dapat menimbulkan gangguan pekerjaan sehari-hari.

Dismenore (*Dysmenorrhoea, dismenore*), yakni nyeri menstruasi yang memaksa wanita untuk istirahat atau berakibat pada menurunnya kinerja dan berkurangnya aktifitas sehari-hari (bahkan, kadang bisa membuat nglimbruk tidak berdaya) (Proverawati & Misaroh, 2009).

2.2.2 Jenis Dismenore

A. Dismenore Primer

Dismenore primer, (Disebut juga dismenore idiopatik, esensial, intrinsik) adalah nyeri menstruasi tanpa kelainan organ reproduksi (Tanpa kelainan ginekologi). Primer murni karena proses kontraksi rahim tanpa penyakit dasar sebagai penyebab. Dismenore primer adalah nyeri haid yang

terjadi sejak menarche dan tidak terdapat kelainan pada alat kandungan (Proverawati & Misaroh, 2009).

Dismenore primer terjadi sesudah 12 bulan atau lebih pasca menarche (Menstruasi yang pertama kali). Hal itu karena siklus menstruasi pada bulan-bulan pertama setelah menarke biasanya bersifat anovulatoir yang tidak disertai nyeri. Rasa nyeri timbul sebelum atau bersama-sama dengan menstruais dan berlangsung untuk beberapa jam, walaupun pada beberapa kasus dapat berlangsung sampai beberapa hari (Judha, 2012)

B. Dismenore Sekunder

Dismenore Sekunder, (disebut juga sebagai dismenore ekstrinsik, *acquired*) adalah nyeri menstruasi yang terjadi karena kelainan ginekologik misalnya: endometriosis (Sebagian Besar), fibroids, adenomyosis. Terjadi pada wanita yang sebelumnya tidak mengalami dismenore. Hal ini terjadi pada kasus infeksi, *mioma submucosa*, *polip corpus uteri*, *endometriosis*, *retroflexio uteri fixata*, *gynatresi*, *stenosis kanalis servikalis*, *adanya AKDR*, *tumor ovarium* (Proverawati & Misaroh, 2009).

Dismenore sekunder berhubungan dengan kelainan kongenital atau kelainan organik di *pelvis* yang terjadi pada masa remaja. Rasa nyeri yang timbul disebabkan karena adanya kelainan *pelvis*, misalnya *endometriosis*, *mioma uteri* (tumor jinak kandungan), *stenosis serviks*, dan *malposisi uterus*. Dismenore yang tidak dapat dikaitkan dengan suatu gangguan tertentu biasanya dimulai sebelum usia 20 tahun, tetapi jarang terjadi pada tahun-tahun pertama setelah menarke. Dismenore merupakan nyeri bersifat kolik dan dianggap disebabkan oleh kontraksi uterus oleh *progesteron* yang

dilepaskan saat pelepasan *endometrium*. Nyeri yang hebat dapat menyebar dari panggul ke punggung dan paha, seringkali disertai mual pada sebagian perempuan (Judha, 2012).

2.2.3 Etiologi Dysmenorrhea

Banyak teori yang telah dikemukakan untuk menerangkan penyebab dismenore primer tetapi, patofisiologinya belum jelas di mengerti. Rupanya beberapa faktor memegang peranan sebagai penyebab dismenorrhea primer antara lain:

1. Faktor Kejiwaan

Gadis remaja yang secara emosional tidak stabil, apalagi jika mereka tidak mendapat penerangan yang baik tentang proses menstruasi, mudah mengalami dismenore primer. Faktor ini bersama dismenore merupakan kandidat terbesar penyebab gangguan insomnia (Wikinjosastro, 1999 dalam Judha, 2012)

2. Faktor Konstitusi

Faktor ini erat hubungannya dengan faktor kejiwaan yang dapat juga menurunkan ketahanan terhadap nyeri. Faktor-faktor ini adalah anemia, penyakit menahun, dan sebagainya (Wikinjosastro, 1999 dalam Judha, 2012)

3. Faktor Obstruksi Kanalis Servikalis (Leher Rahim)

Salah satu teori yang paling tua untuk menerangkan dismenore primer adalah stenosis kanalis servikalis. Sekarang hal tersebut tidak lagi dianggap sebagai faktor penting sebagai penyebab dismenore primer, karena banyak perempuan menderita dismenore primer tanpa stenosis servikalis dan tanpa uterus dalam hiperantefleksi, begitu juga sebaliknya. Mioma submukosum

bertangkai atau polip endometrium dapat menyebabkan dismenore karena otot-otot uterus berkontraksi kuat untuk mengeluarkan kelainan tersebut (Judha, 2012).

4. Faktor Endokrin

Umumnya ada anggapan bahwa kejang yang terjadi pada dismenore primer disebabkan oleh kontraksi uterus yang berlebihan. Hal itu disebabkan karena endometrium dalam fase sekresi (Fase pramenstruasi) memproduksi prostaglandin F2 alfa yang menyebabkan kontraksi otot polos. Jika jumlah prostaglandin F2 alfa berlebihan dilepaskan dalam peredaran darah, maka selain dismenore, dijumpai pula efek umum seperti diare, mual, dan muntah (Wikinjosastro, 1999 dalam Judha, 2012).

5. Faktor Alergi

Teori ini di kemukakan setelah memperhatikan adanya asosiasi antara dismenore dengan urtikaria, migraine atau asma bronkhiale. Smith menduga bahwa sebab alergi ialah toksin haid (Judha, 2012).

Beberapa faktor penyebab dari dysmenorrhea sekunder (Anurogo & Wulandari, 2011)

1. *Intra contraceptive devices* (Alat kontra sepsi dalam rahim)
2. *Adenomyosis* (Adanya enometrium selain di rahim)
3. *Uterine myoma* (Tumor jinak rahim yang terdiri dari jaringan otot), terutama *mioma submukosum* (bentuk mioma uteri)
4. *Uterine polyps* (tumor jinak dirahim)
5. *Adhesions* (Pelekatan)

6. *Stenosis* atau *striktur serviks*, *striktur kanalis servikalis*, *varikosis pelvik*, dan adanya AKDR (Alat kontrasepsi dalam rahim)
7. *Ovarian cysts* (Kista ovarium)
8. *Ovarian torsion* (Sel telur terpuntir atau terpelintir)
9. *Pelvic congestion syndrome* (Gangguan atau sumbatan di panggul)
10. *Uterine leiomyoma* (Tumor jinak otot rahim)
11. *Mittelschmerz* (Nyeri saat pertengahan siklus ovulasi)
12. *Psychogenic pain* (Nyeri psikogenik)
13. *Endometriosis pelvis* (Jaringan endometrium yang berada di panggul)
14. Penyakit radang panggul kronis
15. Tumor ovarium, polip endometrium
16. Kelainan letak uterus seperti *retrofleksi*, *hiperaterfleksi*, dan *retrofleksi terfiksasi*
17. Faktor psikis, seperti takut tidak punya anak, konflik dengan pasangan, gangguan libido
18. *Allen Masters Syndrome* (Kerusakan lapisan otot dipanggul sehingga pergerakan serviks (Leher Rahim) meningkat abnormal). *Sindrome Masters Allen* ditandai dengan : nyeri perut bagian bawah yang akut, nyeri saat bersenggama (*dyspareunia*), kelelahan yang sangat (*excessive fatigue*), nyeri panggul secara umum (*general pelvice pain*), dan nyeri punggung (*backache*). Selain itu, dokter juga menjumpai adanya tanda-tanda peradangan di lapisan perut (*Peritoneal inflammation*). Semua penderita memiliki riwayat pernah hamil.

Dalam literatur, sindrome ini disebut juga dengan istilah *Traumatic Laceration Of Uterine Support*.

2.2.4 Faktor Resiko Dismenore

Faktor-faktor resiko berikut ini berhubungan dengan episode dismenorea (Harlow, 1996 dalam Judha, 2012):

1. Menstruasi pertama pada usia amat dini <11 tahun (*Earlier Age at Menarche*)

Pada usia < dari 11 tahun jumlah folikel – folikel ovary primer masih dalam jumlah sedikit sehingga produksi estrogen masih sedikit juga.

2. Kesiapan dalam menghadapi Menstruasi

Kesiapan sendiri lebih banyak dihubungkan dengan faktor psikologis. Semua nyeri tergantung pada hubungan susunan saraf pusat, khususnya talamus dan korteks. Derajat penderitaan yang dialami akibat rangsangan nyeri sendiri dapat tergantung pada latar belakang pendidikan penderita. Pada dismenore, faktor pendidikan dan faktor psikologis sangat berpengaruh. Nyeri dapat ditimbulkan atau diperberat oleh keadaan psikologis penderita. Seringkali setelah perkawinan dismenore hilang, dan jarang menetap setelah melahirkan. Mungkin kedua keadaan tersebut (perkawinan dan melahirkan) membawa perubahan fisiologis pada genitalia maupun perubahan psikis (Sarwono, 1999 dalam Judha, 2012).

3. Periode Menstruasi yang Lama (*Long Menstrual Periods*)

Siklus haid yang normal adalah jika seorang wanita memiliki jarak haid yang setiap bulannya relatif tetap yaitu selama 28 hari. Jika meleset pun, perbedaan waktunya juga tidak terlalu jauh berbeda, tetap pada kisaran 21 hingga 35 hari, dihitung dari hari pertama haid sampai bulan berikutnya.

Lama haid dilihat dari darah keluar sampai bersih, antara 2-10 hari. Darah yang keluar dalam waktu sehari belum dapat dikatakan sebagai haid. Namun bila telah lebih dari 10 hari, dapat dikategorikan sebagai gangguan.

4. Aliran Menstruasi yang Hebat (*heavy menstrual flow*)

Jumlah darah haid biasanya sekitar 50 ml hingga 100ml, atau tidak lebih dari 5 x ganti pembalut per harinya. Darah menstruasi yang dikeluarkan seharusnya tidak mengandung bekuan darah, jika darah yang dikeluarkan sangat banyak dan cepat enzim yang dilepaskan di endometriosis mungkin tidak cukup atau terlalu lambat kerjanya.

5. Merokok (*smoking*)

Gangguan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi tersebut dapat bermacam-macam bentuknya, mulai dari gangguan haid, early menopause (lebih cepat berhenti haid) hingga sulit untuk hamil. Pada wanita perokok terjadi pula peningkatan risiko munculnya kasus kehamilan di luar kandungan dan keguguran. Nikotin pula yang menjadi biang kerok timbulnya gangguan haid pada wanita perokok. Zat yang menyebabkan seseorang ketagihan merokok ini, ternyata mempengaruhi metabolisme estrogen. Sebagai hormon yang salah satu tugasnya mengatur proses haid, kadar estrogen harus cukup dalam tubuh. Gangguan pada metabolisme akan menyebabkan haid tidak teratur. Bahkan dilaporkan bahwa wanita perokok akan mengalami nyeri perut yang lebih berat saat haid tiba (Kisromantoro, 2009 dalam Judha, 2012).

6. Riwayat Keluarga yang Positif (*positive family history*)

Endometriosis dipengaruhi oleh faktor genetik. Wanita yang memiliki ibu atau saudara perempuan yang menderita endometriosis memiliki resiko lebih besar terkena penyakit itu juga. Hal ini disebabkan adanya gen abnormal yang diturunkan dalam tubuh wanita tersebut. Gangguan menstruasi seperti hipermenorea dan menoragia dapat mempengaruhi sistem hormonal tubuh. Tubuh akan memberikan respon berupa gangguan sekresi estrogen dan progesteron yang menyebabkan gangguan pertumbuhan sel endometrium. Sama halnya dengan pertumbuhan sel endometrium biasa, sel-sel endometriosis ini akan tumbuh sering dengan peningkatan kadar estrogen dan progesteron dalam tubuh (James, 2002 dalam Judha, 2012).

7. Nulliparity (belum pernah melahirkan anak)

8. Kegemukan (obesity)

Perempuan obesity biasanya mengalami anovulatory chronic atau haid tidak teratur secara kronis. Hal ini mempengaruhi kesuburan, di samping juga faktor hormonal yang ikut berpengaruh (Karyadi, 2009 dalam Judha 2012). Perubahan hormonal atau perubahan pada sistem reproduksi bisa terjadi akibat timbunan lemak pada perempuan obesitas. Timbunan lemak memicu pembuatan hormon, terutama estrogen (Kadarusman, 2009 dalam Judha, 2012).

9. Faktor Stres

Faktor stress adalah respon dari tubuh yang sifatnya nonspesifik terhadap setiap tuntutan beban atasnya. Bila seseorang setelah mengalami stres mengalami gangguan pada satu atau lebih organ tubuh sehingga yang bersangkutan tidak lagi dapat menjalankan fungsi pekerjaannya dengan baik, maka ia disebut mengalami distress. Pada gejala stres, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan-keluhan somatik (fisik), tetapi dapat pula disertai keluhan-keluhan psikis. Disisi lain saat stres, tubuh akan memproduksi hormon adrenalin, estrogen, progesteron serta prostaglandin yang berlebihan. Estrogen dapat menyebabkan peningkatan kontraksi uterus secara berlebihan, sedangkan progesteron bersifat menghambat kontraksi. Peningkatan kontraksi secara berlebihan ini menyebabkan rasa nyeri. Selain itu hormon adrenalin juga meningkat sehingga menyebabkan otot tubuh tegang termasuk otot rahim dan dapat menjadikan nyeri ketika menstruasi (Proverawati & Misaroh, 2009).

2.2.5 Potret Klinis Dismenore

Dismenore primer haruslah dibedakan dengan dismenore sekunder dari manifestasi atau gambaran klinisnya.

A. Potret Klinis Dismenore Primer

Dismenore primer hampir terjadi saat siklus ovulasi (ovulatory cycles) dan biasanya muncul dalam setahun setelah haid pertama. Pada dismenore primer, klasik, nyeri dimulai bersamaan dengan onset haid atau hanya sesaat sebelum haid dan bertahan atau menetap selama 1-2 hari. Nyeri

dideskripsikan sebagai spasmodik dan menyebar ke bagian belakang (punggung) atau paha atas atau tengah (Anurogo & Wulandari, 2011).

Berhubungan dengan gejala-gejala umum, seperti berikut:

- a. *Malaise* (rasa tidak enak badan)
- b. *Fatigue* (lelah)
- c. *Nausea* (mual) dan *vomiting* (muntah)
- d. Diare
- e. Nyeri punggung bawah
- f. Sakit kepala
- g. Kadang-kadang dapat juga disertai vertigo atau sensasi jatuh, perasaan cemas, gelisah, hingga jatuh pingsan.
- h. Potret klinis dismenore primer termasuk onset segera setelah haid pertama dan biasanya berlangsung sekitar 48-72 jam, sering mulai beberapa jam sebelum atau sesaat setelah haid. Selain itu juga terjadi nyeri perut atau nyeri seperti saat melahirkan dan hal ini sering ditemukan pada pemeriksaan pelvis yang biasa atau pada rektum.

Dismenore primer memiliki ciri khas sebagai berikut (Laurel D. Edmundson, 2006 dalam Anurogo & Wulandari, 2011):

1. Onset dalam 6-12 bulan setelah haid pertama
2. Nyeri pelvis atau perut bawah dimulai dengan onset haid dan berakhir selama 8-72 jam.
3. Nyeri punggung
4. Nyeri paha di medial atau anterior
5. Sakit kepala

6. Diare
7. Nausea (mual) atau vomiting (muntah)

Karakteristik dismenore primer dapat diuraikan seperti berikut (Ali Badziad, 2003 dalam Anurogo & Wulandari, 2011):

1. Nyeri sering ditemukan pada usia muda
2. Nyeri sering timbul segera setelah haid mulai teratur
3. Nyeri sering terasa sebagai kejang uterus dan kadang disertai mual, muntah, diare, kelelahan, dan nyeri kepala
4. Nyeri haid timbul mendahului haid dan meningkat pada hari pertama atau kedua haid
5. Jarang ditemukan kelainan genitalia pada pemeriksaan ginekologis
6. Cepat memberikan respons terhadap pengobatan medikmatosa

B. Potret Klinis Dismenore Sekunder

Nyeri dengan pola yang berbeda didapatkan pada dismenore sekunder yang terbatas pada onset haid. Ini biasanya berhubungan dengan perut besar atau kembung, pelvis terasa berat, dan nyeri punggung. Secara khas, nyeri meningkat secara progresif selama fase luteal dan akan sekitar onset haid.

Berikut adalah potret klinis dismenore sekunder:

1. Dismenore terjadi selama siklus pertama atau kedua setelah haid pertama.
2. Dismenore dimulai setelah usia 25 tahun
3. Terdapat ketidaknormalan pelvis dengan pemeriksaan fisik, pertimbangan kemungkinan endometriosis, pelvic inflammatory disease (penyakit radang panggul), dan pelvic adhesion (perlengketan pelvis).

4. Sedikit atau tidak ada respons terhadap obat golongan NSAID (nonsteroidal anti inflammatory drug) atau obat anti-inflamasi non-steroid, kontrasepsi oral, atau keduanya.

Dismenore sekunder memiliki ciri khas sebagai berikut (Laurel D Edmundson, 2006 dalam Anurogo & Wulandari, 2011):

1. Onset pada usia sekitar 20-30 tahun, setelah siklus haid yang relatif tidak nyeri di masa lalu
2. *Infertilitas*
3. Darah haid yang banyak atau perdarahan yang tidak teratur
4. Rasa nyeri saat berhubungan sex
5. *Vaginal discharge* (keluar cairan yang tidak normal dari vaginal)
6. Nyeri perut bawah atau pelvis selama waktu selain haid
7. Nyeri yang tidak kurang dengan terapi NSAID

Karakteristik dismenore sekunder dapat dirumuskan sebagai berikut (Ali Badziad, 2003 dalam Anurogo & Wulandari, 2011):

1. Lebih sering ditemukan pada usia tua dan setelah dua tahun mengalami siklus haid teratur.
2. Nyeri dimulai saat haid dan meningkat bersamaan dengan keluarnya darah haid.
3. Sering ditemukan kelainan ginekologi.
4. Pengobatan sering kali memerlukan tindakan operatif.

Perbedaan dismenore primer dan sekunder menurut Anurogo & Wulandari, 2010.

2.2 Tabel Perbedaan Dismenore Primer dan Dismenore Sekunder (Anurogo & Wulandari, 2010)

Dismenore Primer	Dismenore Sekunder
Onset (serangan pertama) secara mendadak terjadi setelah <i>menarche</i> (menstruasi pertama).	Onset dapat terjadi di waktu apapun setelah <i>menarche</i> (umumnya setelah usia 25 tahun).
Nyeri perut atau panggul bawah biasanya berhubungan dengan onset airan menstruasi dan berlangsung selama 8-72jam.	Wanita dapat mengeluh mengalami perubahan waktu serangan pertama nyeri selama siklus haid atau dalam intensitas nyeri.
Dapat terjadi nyeri pada paha dan punggung, sakit/ nyeri kepala, diare, <i>nausea</i> (mual), dan <i>vomiting</i> (muntah).	Gejala <i>ginekologis</i> (kelainan kandungan) lainnya dapat terjadi misalnya nyeri saat bersenggama (<i>dyspareunia</i>) dan siklus haid memanjang (<i>menorrhagia</i>).
Tidak dijumpai kelainan pada pemeriksaan fisik	Ada kelainan panggul (<i>pelvic</i>) pada pemeriksaan fisik.

2.2.6 Komplikasi

Ada 2 komplikasi yang mungkin terjadi pada penderita nyeri haid, yaitu sebagai berikut (Anurogo & Wulandari, 2011):

1. Jika diagnosis dismenore sekunder diabaikan atau terlupakan maka patologis (kelainan atau gangguan) yang mendasari dapat memicu kenaikan angka kematian, termasuk kemandulan
2. Isolasi sosial (merasa terasing atau dikucilkan) dan atau depresi

2.2.7 Patofisiologi

1. Dismenore Primer

Dismenore primer adalah nyeri haid yang dijumpai tanpa kelainan alat-alat genital yang nyata. Dismenore primer biasanya terjadi dalam 6-

12 jam pertama setelah haid pertama, segera setelah siklus ovulasi teratur ditentukan. Selama menstruasi, sel-sel endometrium yang terkelupas melepaskan prostaglandin (kelompok persenyawaan mirip hormon kuat yang terdiri dari asam lemak esensial. Prostaglandin merangsang otot uterus (rahim) dan mempengaruhi pembuluh darah; biasa digunakan untuk menginduksi aborsi atau kelahiran yang menyebabkan iskemia uterus (penurunan suplai darah ke rahim) melalui kontraksi myometrium (otot dinding rahim) dan *vasoconstriction* (penyempitan pembuluh darah). Peningkatan kadar prostaglandin telah terbukti ditemukan pada cairan haid pada perempuan yang dismenore berat. Kadar ini memang meningkat terutama selama dua hari pertama haid. *Vasopressin* (disebut juga: antidiuretic hormon, suatu, suatu hormon yang disekresi oleh lobus posterior kelenjar pituitari yang menyempitkan pembuluh darah, meningkatkan tekanan darah, dan mengurangi pengeluaran *excretion* = air seni) juga memiliki peran yang sama (Anurogo & Wulandari, 2011).

Riset terbaru menunjukkan bahwa patogenesis dismenore primer adalah karena prostaglandin F₂ alpha (PGF₂alpha), suatu stimulan miometrium yang kuat dan *vasoconstrictor* (penyempitan pembuluh darah) yang ada di endometrium sekretori. Respon terhadap inhibitor (penghambat) prostaglandin pada pasien dengan dismenore mendukung pernyataan bahwa dismenore diperantari oleh prostaglandin. Banyak bukti kuat menghubungkan dismenore dengan kontraksi uterus yang memanjang dan penurunan aliran darah ke miometrium (Anurogo & Wulandari, 2011).

Kadar prostaglandin yang meningkat ditemukan di cairan endometrium perempuan dengan dismenore dan berhubungan baik dengan derajat nyeri. Peningkatan endometrial prostaglandin sebanyak tiga kali lipat terjadi dari fase folikuler menuju fase luteal, dengan peningkatan lebih lanjut yang terjadi selama haid. Peningkatan prostaglandin di endometrium yang mengikuti penurunan progesterone pada akhir fase luteal menimbulkan peningkatan tonus miometrium dan kontraksi uterus yang berlebihan. Leukotrine (suatu produk perubahan metabolisme asam arakidonat, bertanggung jawab atas terjadinya contraction (penyusutan atau penciuman) otot polos (smooth muscle) proses peradangan) juga telah diterima ahli untuk mempertinggi sensitivitas nyeri serabut di uterus. Jumlah leukotrine yang signifikan telah ditunjukkan di endometrium perempuan penderita dismenore primer yang tidak merespons terapi antagonis prostaglandin (Anurogo & Wulandari, 2011).

Hormon pituitaria posterior, vasopressin terlibat pada hipersensitivitas miometrium, mengurangi aliran darah uterus, dan nyeri pada penderita dismenore primer. Peranan vasopressin di endometrium dapat berhubungan dengan sintesis dan pelepasan prostaglandin. Hipotesis neuronal juga telah direkomendasikan untuk patogenesis dismenore primer. Neuron nyeri tipe C distimulasi oleh metabolit anaerob yang diproduksi oleh ischemic endometrium (berkurangnya suplay oksigen ke membran mukosa kelenjar yang melapisi rahim) (Anurogo & Wulandari, 2011).

Dismenore primer kini telah dihubungkan dengan faktor tingkah laku dan psikologis. Meskipun faktor – faktor ini belum diterima sepenuhnya sebagai kausatif, tetapi dapat dipertimbangkan jika pengobatan secara medis gagal (Anurogo & Wulandari, 2011).

2. Dismenore Sekunder

Dismenore sekunder dapat terjadi kapan saja setelah haid pertama, tetapi yang paling sering muncul di usia 20-30 tahunan, setelah tahun-tahun normal dengan siklus nyeri. Peningkatan prostaglandin dapat berperan pada dismenore sekunder. Namun penyakit pelvis yang menyertai haruslah ada. Penyebab yang umum, di antaranya termasuk endometriosis (kejadian di mana jaringan endometrium berada di luar rahim, dapat ditandai dengan nyeri haid) , adenomyosis (bentuk endometriosis yang inasive), polip endometrium (tumor jinak di endometrium , chronic pelvis inflamantory disease (penyakit radang panggul menahun), dan penggunaan peralatan kontrasepsi atau IU (C)D (Intrauterine (contraceptive) device) (Anurogo & Wulandari, 2011).

Hampir semua proses apapun yang mempengaruhi pelvic viscera (bagian organ panggul yang lunak) dapat mengakibatkan nyeri pelvis siklik (Anurogo & Wulandari, 2011)

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial. Nyeri alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. *Internasional Association for the Study of Pain (IASP)* mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian di mana terjadi kerusakan (Smeltzer & Bare, 2002 dalam Judha, 2012).

Nyeri adalah segala sesuatu yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja ketika seseorang mengatakan bahwa ia merasa nyeri. Nyeri merupakan sensasi tidak menyenangkan yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh. Nyeri seringkali dijelaskan dalam istilah proses destruktif jaringan seperti ditusuk-tusuk, panas terbakar, melilit seperti emosional, pada perasaan takut, mual dan mabuk. Terlebih lagi, setiap perasaan nyeri dan intensitas sedang sampai kuat disertai oleh rasa cemas dan keinginan kuat untuk melepaskan diri dari atau meniadakan perasaan itu (Judha, 2012).

Secara umum nyeri digambarkan sebagai keadaan yang tidak nyaman, akibat dari ruda paksa pada jaringan terdapat pula yang menggambarkan nyeri sebagai suatu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial atau menggambarkan suatu istilah kerusakan (Judha, 2012).

2.3.2 Fisiologi Nyeri

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada viscera, persendian, dinding arteri, hati, dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulus atau rangsangan. Stimulus tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigen. Stimulus yang lain dapat berupa termal, listrik, atau mekanis (Long, 1996).

Selanjutnya, stimulus yang diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa impuls-impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang bermielin rapat atau serabut A (delta) dan serabut lambat (serabut C). Impuls-impuls yang ditransmisikan ke serabut A mempunyai sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Serabut-serabut aferen masuk ke dalam spinal melalui akar dorsal (Dorsal Root) serta sinaps pada dorsal horn. Dorsal Horn terdiri atas beberapa lapisan atau laminae yang paling bertautan. Di antara lapisan dua dan tiga terbentuk substantia gelatinosa yang merupakan saluran utama impuls. Kemudian, impuls nyeri menyeberangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal ascendens yang paling utama, yaitu jalur spinothalamic tract (STT) atau jalur spinothalamus dan spinoreticular tract (SRT) yang membawa informasi tentang sifat dan lokasi nyeri. Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terjadinya nyeri, yaitu jalur opiate dan jalur nonopiate. Jalur opiate ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak yang terdiri

atas jalur spinal desendens dari thalamus yang melalui otak tengah dan medula ke tanduk dorsal dari sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan nociceptor implus supresif. Serotonin merupakan neurotransmitter dalam implus supresif. Sistem supresif lebih mengaktifkan stimulus nociceptor yang ditransmisikan oleh serabut A. Jalur nonopioid merupakan jalur desendens yang tidak memberikan respons terhadap naloxone yang kurang banyak diketahui mekanismenya (Long, 1996).

Nyeri merupakan campuran reaksi fisik, emosi dan perilaku. Cara yang paling baik untuk memahami pengalaman nyeri, akan membantu untuk menjelaskan 3 komponen fisiologi berikut, yakni: resepsi, persepsi dan reaksi. Stimulus penghasil nyeri mengirimkan implus melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai di dalam massa berwarna abu-abu di medulla spinalis. Terdapat pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks serebral. Sekali stimulus nyeri mencapai korteks serebral, maka otak menginterpretasikan kualitas nyeri dan memproses tentang pengalaman dan pengetahuan yang lalu serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersepsikan nyeri (Long, 1996)

2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Respon Nyeri

Adapun beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Perry & Potter (2005), antara lain:

1. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak dan lansia. Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri.

2. Jenis Kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara makna dalam respon terhadap nyeri. Diragukan apakah hanya jenis kelamin saja yang merupakan suatu faktor dalam mengekspresikan nyeri. Toleransi nyeri sejak lama telah sejak lama telah menjadi subjek penelitian yang melibatkan pria dan wanita, akan tetapi toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin.

3. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai – nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Menurut Perry & Potter, (2005) menyatakan bahwa sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologis opiat endogen dan sehingga terjadilah persepsi nyeri.

4. Makna Nyeri

Pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu tersebut. Individu akan mempresepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberikan kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan. Misalnya seorang wanita yang melahirkan akan mempresepsikan nyeri, akibat cedera karena pukulan pasangannya. Derajat dan kualitas nyeri yang dipresepsikan nyeri klien berhubungan dengan makna nyeri.

5. Perhatian

Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain. Biasanya hal ini menyebabkan toleransi nyeri individu meningkat, khususnya terhadap nyeri yang berlangsung hanya selama waktu pengalihan.

6. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Perry & Potter, (2005) melaporkan suatu bukti bahwa stimulus nyeri mengakibatkan bagian sistem limbik dapat memproses reaksi emosi seseorang, khususnya ansietas. Sistem limbik dapat memproses reaksi seseorang terhadap nyeri, yakni memperburuk atau menghilangkan nyeri.

7. Kelelahan

Keluhan meningkatkan persepsi nyeri, rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Hal ini dapat menjadi masalah umum pada setiap individu yang menderita penyakit dalam jangka lama. Apabila kelelahan disertai kesulitan tidur, maka persepsi nyeri terasa lebih berat dan jika mengalami suatu proses periode tidur yang baik maka nyeri berkurang.

8. Pengalaman Sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabilah individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh maka takut akan muncul, dan juga sebaliknya. Akibatnya klien lebih siap untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri.

9. Gaya Coping

Pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman yang membuat merasa kesepian, gaya coping mempengaruhi mengatasi nyeri.

10. Dukungan Keluarga dan Sosial

Faktor lain yang bermakna mempengaruhi respon nyeri adalah kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. Walaupun nyeri dirasakan, kehadiran orang yang bermakna bagi pasien akan meminimalkan kesepian dan ketakutan. Apabilah tidak ada keluarga atau teman, seringkali pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan, sebaliknya tersedianya seseorang yang memberi dukungan sangatlah

berguna karena akan membuat seseorang merasa lebih nyaman. Kehadiran orang tua sangat penting bagi anak-anak yang mengalami nyeri.

2.3.4 Klasifikasi Nyeri

1. Berdasarkan Jenisnya

a. Nyeri Akut

Nyeri Akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melenihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot (Hidayat, 2012). Nyeri akut terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu yang singkat. Nyeri akut akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak. Klien yang mengalami nyeri akut merasa takut dan khawatir dan mereka berharap akan kembali pulih dengan cepat (Perry & Potter, 2005).

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrome nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis. Nyeri kronis berlangsung lama, intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari enam bulan. Nyeri kronis disebabkan oleh kanker yang tidak dapat terkontrol atau pengobatan kanker tersebut, atau gangguan progresif lain yang disebut nyeri yang membandel atau nyeri maligna. Nyeri ini dapat berlangsung terus sampai kematian (Perry & Potter, 2005).

2.3 Tabel Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis (*Judha, 2012*)

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronik
Tujuan/ Keuntunga	Memperingatkan adanya atau masalah	Tidak ada
Awitan	Mendadak	Terus /menerus atau intermiten
Letaknya	Superfisial, pada permukaan kulit, bersifat lokal	Dapat bersifat superfisial ataupun dalam, dapat berasal dari organ-organ dalam mulai dari otot, dab bagian lain
Manajemen tatalaksana	Obat analgetik sebagai alternatif	Mengobati dan memperbaiki penyebab sebagai alternatif utama
Intensitas	Ringan-Berat	Ringan-Berat
Durasi	Singkat (beberapa detik-6 bulan)	Lama (>6 bulan)
Respon otonom	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsisten dengan respon stress simpatis 2. Frekuensi jantung meningkat 3. Volume sekuncup meningkat 4. Tekanan darah meningkat 5. Dilatasi pupil 6. Otot-otot menegang 7. Motilitas usus turun 8. Saliva berkurang 	Sisitem tubuh mulai beradaptasi dapat berupa lokal adaptasi sindrom ataupun general adaptasi sindrom
Komponen psikologis	Ansietas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depresi 2. Mudah marah 3. Menarik diri 4. Gangguan tidur 5. Libido turun 6. Nafsu makan turun
Contoh	Nyeri bedah, trauma	Nyeri kanker, neuralgia trigeminal

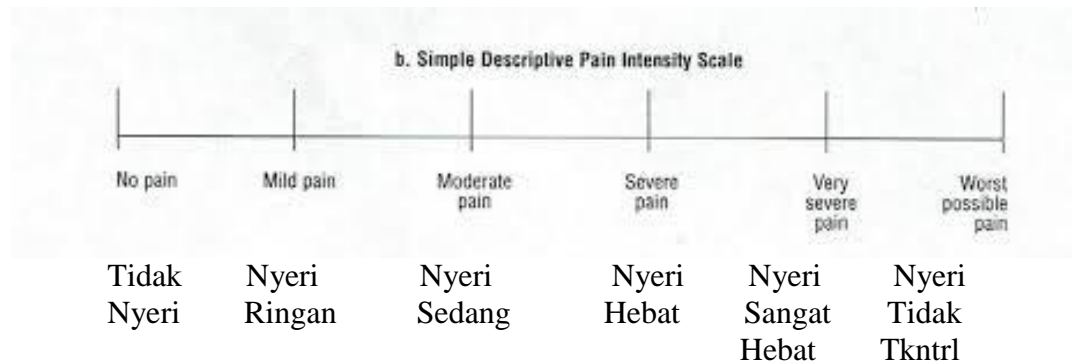
2. Berdasarkan Sumbernya

Berdasarkan sumbernya nyeri dibagi menjadi lima yaitu (Judha, 2012) :

- a. Nyeri Kulit, adalah nyeri yang berasal dari struktur-struktur superficial kulit dan jaringan subkutis, misalnya nyeri ketika tertusuk jarum atau luka lecet. Nyeri dirasakan menyengat, tajam, meringis atau seperti terbakar.
- b. Nyeri Somatic, adalah nyeri yang ditimbulkan karena kerusakan pada otak, tendon, ligamentum, tulang, sendi dan arteri, misalnya karena arthritis, nyeri yang dirasakan nyeri pegal tumpul yang disertai seperti tertusuk.
- c. Nyeri Visera, adalah nyeri yang ditimbulkan karena kerusakan pada organ yang berongga, nyeri ini terletak di dinding-dinding otot polos. Nyeri ini terjadi karena adanya perengangan atau distensi abnormal dinding atau kapsul organ, iskemi, dan peradangan.
- d. Nyeri Neuropati, adalah nyeri yang terjadi karena kerusakan atau disfungsi sistem saraf pusat yang disebabkan karena adanya lesi pada SSP, nyeri ini dirasakan seperti terbakar, perih atau seperti tersengat listrik.
- e. Nyeri Alih, adalah nyeri yang berasal dari salah satu daerah di tubuh tetapi dirasakn terletak di daerah lain. Nyeri ini di alihkan ke dermatom, nyeri ini dirasakan menyebar ke seluruh daerah sekitar dirasakan nyeri.

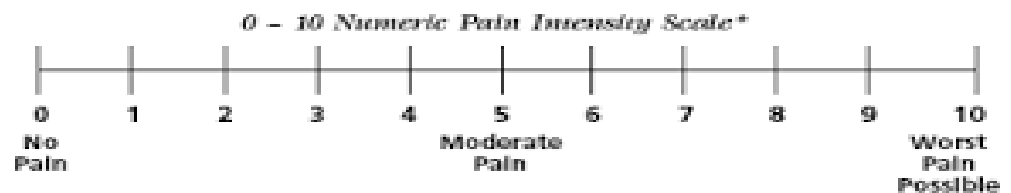
2.3.5 Pengukuran Tingkat Nyeri

1. Skala Deskripsi Intensitas Nyeri Sederhana



2. Skala Intensitas Nyeri Numberik

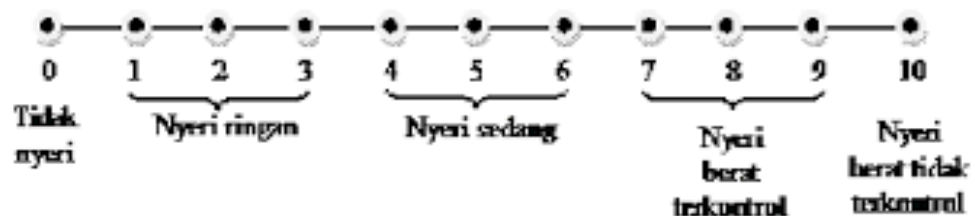
0-10 Numeric Pain Intensity Scale



Visual Analog Scale (VAS)



3. Skala Nyeri Menurut Bourbanis



- 0 : Tidak nyeri
- 1-3 : Nyeri Ringan: secara obyektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik.
- 4-6 : Nyeri Sedang: secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik.
- 7-9 : Nyeri Berat Terkontrol: secara obyektif terkadang pasien tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.
- 10 : Nyeri Sangat Berat Tidak Terkontrol: pasien sudah tidak mampu Lagi berkomunikasi, memukul (Judha, 2012).

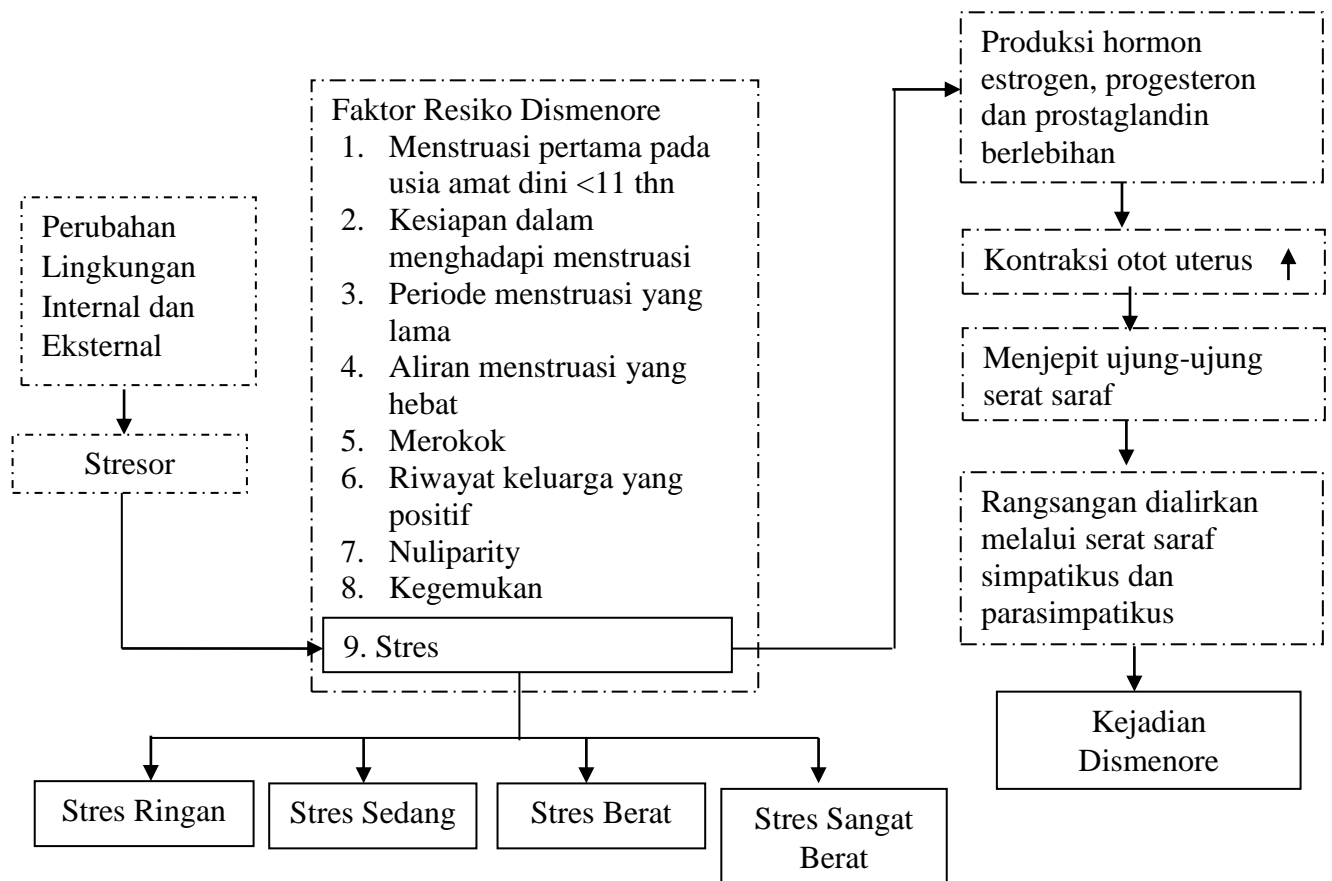
4. Skala Nyeri “Muka”



2.3 Gambar Pengukuran Tingkat Nyeri (Judha, 2012)

2.4 Kerangka Konseptual dan Hipotesis

2.4.1 Kerangka Konsep



Keterangan:

= Diteliti
 = Tidak Diteliti
 —————> = Arah Hubungan Variabel

Gambar 2.4 Kerangka konsep Hubungan Tingkat Stres dengan Kejadian dismenore pada mahasiswi prodi S1-Keperawatan Universitas Muhammadiyah

Terdapat salah satu faktor resiko terjadinya dismenore yaitu faktor stres, stres sendiri muncul karena adanya perubahan lingkungan eksternal dan internal yang dapat menyebabkan stresor (Sumber Stres) maka dari itu dapat munculkan terjadinya stres. Pada saat stres tubuh akan memproduksi hormon adrenalin, estrogen, progesteron dan prostaglandin yang berlebihan. Makin banyak terbentuk prostaglandin dan vasosopressin menjadikan kontraksi otot uterus meningkat makin menjepit ujung-ujung serat saraf, rangsangannya dialirkan melalui serat saraf simpatikus dan parasimpatikus maka dirasakan dismenore (Manuaba, 2010). Peningkatan stres dapat menyebabkan nyeri haid serta peningkatan aktivitas saraf simpatis juga dapat menyebabkan peningkatan dismenore (Sari, 2015).

2.4.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ada hubungan tingkat stres dengan kejadian dismenore pada mahasiswi prodi S1-Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surabaya.