

**PERBANDINGAN EFEKTIFITAS ANTARA TEHNIK RELAKSASI
BENSON DENGAN TEHNIK RELAKSASI NAFAS DALAM
TERHADAP DISMINOREA PADA MAHASISWA
TINGKAT 1 SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai persyaratan
untuk memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan**



**DI SUSUN OLEH :
JAMIAH SANDI
1211308230545**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2016

Perbandingan Efektifitas antara Tehnik Relaksasi Benson dengan Tehnik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Disminorea pada Mahasiswa Tingkat 1 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda

Jamiah Sandi¹, Ismansyah², Andri Praja Satria³

INTISARI

Latar Belakang : *Dismenore* adalah perasaan nyeri pada waktu haid dapat berupa kram ringan pada bagian kemaluan sampai terjadi gangguan dalam tugas sehari-hari. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti Dari 10 Mahasiswi STIKES Muhammadiyah Samarinda yang mengalami Disminore 2 dari 10 mengalami nyeri dengan skala 1-3 nyeri ringan, 3 dari 10 mengalami nyeri dengan skala 4-6 nyeri sedang, dan 4 dari 10 mengalami nyeri dengan skala 7-9 nyeri berat namun dapat dikontrol dan sisanya mengalami nyeri dengan skala 10 sangat nyeri dan tidak dapat dikontrol. Kejadian Disminore di STIKES Muhammadiyah Samarinda Nyeri saat haid menyebabkan ketidaknyamanan dalam aktivitas fisik sehari-hari.

Metode : Desain ini menggunakan *quasi experiment* dengan desain *pre test and post test with nonequivalent control*. Sampel diambil dengan metode Total Sampling dan dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok tehnik relaksasi Benson dan tehnik relaksasi nafas dalam. Pada kelompok tehnik relaksasi Benson terdapat 20 responden dan pada kelompok tehnik relaksasi nafas dalam terdapat 20 responden. Analisa data yang digunakan adalah uji *Wilcoxon* dan *Mann Whitney U*.

Hasil : Hasil *Wilcoxon* pada kelompok tehnik relaksasi Benson diperoleh $p=0,000$ yaitu penurunan skala nyeri haid (*dismenorhea*) secara signifikan dan pada kelompok tehnik relaksasi nafas dalam diperoleh $p=0.000$ yaitu terjadi pula penurunan yang signifikan, sedangkan pada *Mann Whitney U* diperoleh $p=0.000$ yaitu terdapat perbedaan secara signifikan dan bermakna secara statistik antara kelompok tehnik relaksasi Benson dan kelompok tehnik relaksasi nafas dalam.

Kesimpulan : Teknik Relaksasi Benson efektif dalam menurunkan skala nyeri haid secara signifikan dan bermakna secara statistik.

Saran : Pemberian intervensi tehnik relaksasi Benson dan tehnik relaksasi nafas dalam dapat diberikan sebagai pengendalian nyeri haid (*dismenorhea*).

Kata Kunci : Nyeri haid (*dismenorhea*), Tehnik relaksasi Benson, tehnik relaksasi nafas dalam

¹ Mahasiswi Program Sarjana Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

² Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda

**The Effectiveness' Comparison between Benson Relaxation Technique with
Breath-in Relaxation Technique toward Disminorrhea at 1'st Degree
Students of Institute of Health Science Muhammadiyah
Samarinda**

Jamiah Sandi¹, Ismansyah², Andri Praja Satria³

ABSTRACT

Background: Dysmenorrhea is feeling the pain at the time of menstruation may be mild cramps in the genitals to an interruption in their daily tasks hari. Berdasarkan preliminary study conducted by researchers from 10 STIKES Muhammadiyah Student Samarinda experiencing Disminore 2 of 10 experienced pain relief with a scale of 1- 3 mild pain, 3 of the 10 had pain with a scale of 4-6 moderate pain, and 4 of 10 had pain with a scale of 7-9 severe pain but it can be controlled and the rest suffered pain with a scale of 10 is very painful and can not be controlled. Genesis Disminore in STIKES Muhammadiyah Samarinda pain during menstruation causing inconvenience in daily physical activity.

Methods: This design uses a quasi-experimental design with pre-test and post-test with nonequivalent control. Sampel taken with total sampling method and were divided into two groups: Benson relaxation techniques and deep breathing relaxation techniques. In the group of Benson relaxation techniques there are 20 respondents and the deep breathing relaxation techniques group there were 20 respondents. Analysis of the data used is the Wilcoxon test and Mann Whitney U.

Results: Wilcoxon group relaxation techniques Benson obtained $p = 0.000$ ie scaling back painful menstruation (dismenorhea) significantly and the group relaxation techniques deep breath obtained $p = 0.000$ which occur also decreased significantly, while the Mann Whitney U obtained $p = 0.000$ ie there is a significant difference and statistically significant between groups Benson relaxation techniques and deep breathing relaxation techniques groups.

Conclusion: Benson Relaxation techniques are effective in reducing menstrual pain scale significantly and was statistically significant.

Suggestion: Giving intervention Benson relaxation techniques and deep breathing relaxation techniques can be given as menstrual pain control (dismenorhea).

Keywords: Menstrual pain (dismenorhea), Benson relaxation techniques, deep breathing relaxation techniques

¹ Bachelor Science of Nursing Student of Institute of Health Science Muhammadiyah Samarinda

² Lecturer of institute of Health Science Muhammadiyah Samarinda

MOTTO

“Aku tidak menciptakan jin dan manusia melainkan agar mereka beribadah kepada-Ku” (Az-Zariyat - 56)

“Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya.....” (Al-Baqarah - 286)

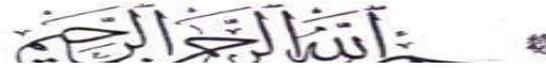
“Aku berada pada sangkaan hamba-Ku,.....”

(HR. Bukhari)

Man Jadda Wa Jada

(Siapa yang bersungguh-sungguh akan berhasil)

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Wr. Wb

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat, taufik dan hidayah-Nya yang diberikan kepada penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Shalawat serta salam tak lupa disampaikan kepada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW, Beserta keluarga, sahabat, serta pengikutnya hingga akhir zaman.

Skripsi Yang Berjudul “Perbandingan Efektifitas antara Tehnik Relaksasi Benson dengan Tehnik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Nyeri Disminorea pada Mahasiswa Tingkat 1 S1-Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda” ini dibuat atas dasar untuk memenuhi persyaratan lulus mata ajar Skripsi dan memperoleh gelar sarjana pada Program Studi Sarjana 1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.

Terselesaikannya skripsi ini adalah atas usaha maksimal dari penulis, tetapi dalam penyelesaiannya disadari banyak sekali mendapatkan bimbingan dan motivasi dari berbagai pihak. Maka dengan selesainya penyusunan skripsi ini, selayaknya penulis mengucapkan Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada

1. Allah SWT, yang Maha Pemurah, yang telah mengajarkan pada manusia apa yang tidak ia ketahui.

2. Bapak Ghozali MH, M.Kes Selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Samarinda.
3. Ibu Siti Khoiroh Muflihatun, M.Kep sebagai Ketua Prodi S1 Keperawatan.
4. Bapak Ns. Maridi M. Dirdjo,S.Kep., M.Kep sebagai penguji I
5. Bapak Ns. Ismansyah, S.Kep.,M.Kep sebagai penguji II sekaligus pembimbing I yang telah memberikan banyak pengarahan kepada penulis.
6. Bapak Ns. Andri Praja Satria,S.Kep.,MSc. sebagai penguji III sekaligus pembimbing II yang telah memberikan banyak pengarahan kepada penulis.
7. Bapak Ns.Farid Rahman S.Kep, M.Kep.,sebagai koordinator mata ajar Skripsi.
8. Kedua Orang tua tercinta Sandi Maenong (Alm) dan Surya S.(Almh) yang senantiasa mendoakan saya dari kejauhan dan menjaga saya,
9. Kedua kakakku beserta istri .Jamaluddin S. dan Siti Aminah,Jamlus S dan Eka Dina, mereka yang sekarang menjadi orang tuaku yang senantiasa menasehati, mendukung, serta mendoakan akan kemudahan dan kelancaran dalam menyusun proposal, kedua adikku Jamalmuhadi S. dan Jamitasari S., Kedua kakakku Jamariah S. dan Jamil S. keponakanku tersayang serta keluarga besarku yang selalu memberikan doa disetiap langkah, memberi semangat untuk tetap tegar, mencurahkan kasih sayang hingga saat ini, terima kasih pula

atas dukungan, motivasi dan materi yang telah diberikan tanpa pernah mengeluh.

10. Kepada Sahabatku Desi Anggreni, Norma Ardiansyah, Titin Setiawati, Fatimah, Ratna Juwita, Nursolekha Oktaviana, Dasri, dan Nurwansyah terima kasih karena selalu mendukung, memberikan motivasi, doa serta kasih sayangnya.
11. Saudara-saudariku di Ikatan Mahasiswa Muhammadiyah (IMM) yang telah memberikan dukungan, motivasi kepada peneliti dalam menyusun pembuatan skripsi ini.
12. Kepada Sahabat-sahabatku seperjuangan tercinta yang selama 4 tahun selalu bersama, dan semua pihak yang turut membantu dalam pelaksanaan pembuatan skripsi penelitian ini yang mana tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam skripsi penelitian ini masih terdapat kekurangan dan masih jauh dari sempurna. Oleh sebab itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan sehingga dapat bermanfaat secara maksimal untuk semua pihak dan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Billahi Fii Sabilil Haq, Fastabiqul Khairat

Wassalamualaikum. Wr. Wb

Samarinda, 23 Juni 2016

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Sampul	
Halaman Judul.....	
Halaman Pernyataan Keaslian Penelitian.....	i
Halaman Persetujuan.....	ii
Halaman Pengesahan.....	iii
Motto.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Daftar Isi.....	viii
Daftar Tabel.....	ix
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Lampiran.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
E. Keaslian Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Telaah Pustaka.....	13
B. Penelitian Terkait.....	59
C. Kerangka Teori Penelitian.....	61
D. Kerangka Konsep Penelitian.....	62
E. Hipotesis/ Pertanyaan Penelitian.....	63
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian.....	65
B. Populasi dan Sampel.....	66
C. Waktu dan Tempat Penelitian.....	69
D. Definisi Operasional.....	69
E. Instrumen Penelitian.....	71
F. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	72
G. Teknik Pengumpulan Data.....	72
H. Tehnik Analisa Data.....	73
I. Etika Penelitian.....	81
J. Jalannya Penelitian.....	84
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian.....	85
B. Pembahasan.....	95
C. Keterbatasan Penelitian.....	101
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	103
B. Saran.....	104
C. Jadwal Penelitian.....	106
DAFTAR PUSTAKA.....	107
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skala Nyeri Hayward.....	25
Tabel 2.2 Analgetik dan Indikasi Terapi.....	31
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	69
Tabel 4.1 Karakteristik-Usia Responden.....	86
Tabel 4.2 Karakteristik-Menarche.....	87
Tabel 4.3 Skala nyeri sebelum dan sesudah diberikan perlakuan relaksasi Benson.....	88
Tabel 4.4 Skala nyeri sebelum dan sesudah diberikan perlakuan relaksasi nafas dalam.....	88
Tabel 4.5 Skala Nyeri sesudah perlakuan pada tehnik relaksasi Benson dan tehnik relaksasi nafas dalam.....	89
Tabel 4.6 Analisis uji Wilcoxon berdasarkan mean rank kelompok relaksasi Benson.....	90
Tabel 4.7 Analisis Uji Wilcoxon berdasarkan test statistic kelompok relaksasi Benson.....	91
Tabel 4.8 Analisis uji Wilcoxon berdasarkan mean rank kelompok relaksasi nafas dalam.....	92
Tabel 4.9 Analisis Uji Wilcoxon berdasarkan test statistic kelompok relaksasi nafas dalam.....	92
Tabel 4.10 Gambaran selisih skala nyeri sebelum dan sesudah perlakuan intervensi relaksasi Benson dan relaksasi	

nafas dalam	93
Tabel 4.11 Hasil statistik analisis uji Mann Whitney U	
berdasarkan mean rank	94
Tabel 4.12 Analisa Uji Mann Whitney U berdasarkan	
test statistic	94
Tabel 4.13 Jadwal penelitian	106

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skala Nyeri Hayward.....	23
Gambar 2.2 Skala Wajah.....	26
Gambar 2.3 Siklus Menstruasi.....	49
Gambar 2.4 Kerangka Teori.....	61
Gambar 2.5 Kerangka Konsep Penelitian.....	62
Gambar 3.1 Desain Penelitian.....	66

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1: Biodata peneliti
- Lampiran 2: Lembar penjelasan penelitian
- Lampiran 3: Lembar persetujuan responden
- lampiran 4: Lembar SOP Tehnik relaksasi Benson
- Lampiran 5: Lembar SOP Tehnik relaksasi nafas dalam
- Lampiran 6: Lembar biodata responden dan petunjuk pengukuran skala nyeri
- Lampiran 7: Lembar pengukuran nyeri pre-intervensi
- Lampiran 8: Lembar pengukuran nyeri post-intervensi
- Lampiran 9: Gambar pemberian intervensi Relaksasi
- Lampiran 10 : Hasil Uji Statistik Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Masa remaja adalah suatu fase perkembangan yang dinamis dalam kehidupan seseorang. Masa ini merupakan periode transisi dari masa anak ke masa dewasa yang ditandai dengan percepatan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial. Perubahan paling awal muncul yaitu perkembangan secara biologis. Salah satu tanda keremajaan secara biologi yaitu mulainya remaja mengalami menstruasi. Menstruasi dimulai saat pubertas dan kemampuan seorang wanita untuk mengandung anak atau masa reproduksi. Menstruasi biasanya dimulai antara usia 10 sampai 16 tahun, tergantung pada berbagai faktor, termasuk kesehatan wanita, status nutrisi dan berat tubuh relatif terhadap tinggi tubuh. Walaupun begitu, pada kenyataannya banyak wanita yang mengalami masalah menstruasi, diantaranya nyeri haid / dismenore (Puji, 2010).

Nyeri saat haid menyebabkan ketidaknyamanan dalam aktivitas fisik sehari-hari. Keluhan ini berhubungan dengan ketidakhadiran berulang di sekolah ataupun di tempat kerja, sehingga dapat mengganggu produktivitas. 40% hingga 70% wanita pada masa reproduksi mengalami nyeri haid, dan sebesar 10% mengalaminya hingga mengganggu aktivitas sehari-hari. Sekitar 70-90% kasus nyeri

haid terjadi saat usia remaja dan remaja yang mengalami nyeri haid akan terpengaruh aktivitas akademis, sosial dan olahraganya (Puji, 2010).

Disminore merupakan nyeri perut yang dirasakan wanita yang mengalami menstruasi. Keluhan ini sering kali akan mengganggu aktivitas dan memerlukan istirahat. Disminore dibagi menjadi beberapa tingkatan yaitu nyer ringan, sedang dan berat. Berdasarkan penyebabnya dibagi menjadi 2 yaitu disminore primer dan disminore sekunder. Disminor primer disebabkan oleh gangguan keseimbangan fungsional, sedangkan disminore sekunder yaitu nyeri yang timbul karena penyakit organik pelvis (Qittun, 2008).

Cara mengurangi dismenore dapat dilakukan dengan 2 cara yaitu farmakologi dan non farmakologi. secara nonfarmakologi dapat dilakukan kompres hangat atau mandi air hangat, massase, latihan fisik, tidur yang cukup, hipnoterapi, distraksi seperti mendengarkan musik serta relaksasi seperti yoga dan relaksasi nafas dalam (Lusa, 2010).

Relaksasi nafas dalam Teknik relaksasi merupakan intervensi keperawatan secara mandiri untuk menurunkan intensitas nyeri, meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan tegangan otot yang menunjang nyeri, ada banyak bukti yang menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam meredakan nyeri

(Smeltzer, 2002). Relaksasi secara umum sebagai metode yang paling efektif terutama pada pasien yang mengalami nyeri (National Safety Council, 2003) . Selain melakukan nafas dalam, klien diarahkan untuk berkonsentrasi pada daerah yang mengalami ketegangan otot (Potter & Pery, 2005). Relaksasi secara umum sebagai metode yang paling efektif terutama pada pasien yang mengalami nyeri (National Safety Council, 2003 dalam Ernawati dkk, 2010) sehingga perlu dilakukan penelitian pengaruh terapi relaksasi terhadap dismenore.

Relaksasi Benson merupakan pengembangan metode respon relaksasi pernafasan dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan yang lebih tinggi (Benson & Proctor 2000, dalam Purwanto, 2006). Kelebihan latihan tehnik relaksasi dari pada latihan yang lain adalah latihan relaksasi lebih mudah dilakukan bahkan dalam kondisi apapun serta tidak memiliki efek samping apapun (Deleon, 1999). Disamping itu kelebihan dari tehnik relaksasi lebih mudah dilaksanakan oleh pasien, dapat menekan biaya pengobatan, dan dapat digunakan untuk mencegah terjadinya stres. Sedangkan kita tahu pemberian obat-obatan kimia dalam jangka waktu lama dapat menimbulkan efek samping yang dapat membahayakan pemakainya seperti gangguan pada ginjal (Yosep, 2007).

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadi dismenore antara lain faktor psikis atau kejiwaan, faktor endokrin yang disebabkan karena kontraksi uterus yang berlebihan dan faktor prostaglandin yaitu teori yang menyatakan bahwa nyeri saat menstruasi timbul karena peningkatan produksi prostaglandin (oleh dinding rahim) saat menstruasi (Wiknjosastro, 2007).

Angka kejadian nyeri menstruasi/dismenore di dunia sangat besar. Rata-rata lebih dari 50% perempuan disetiap negara mengalami nyeri menstruasi. Di Indonesia angka kejadian prevalensi nyeri menstruasi berkisar 55% dikalangan usia produktif. Di Amerika Serikat, Klein dan Litt melaporkan prevalensi dismenore mencapai 59,7%, dan di Swedia sekitar 72%. Angka kejadian nyeri menstruasi berkisar 45-95% dikalangan wanita usia produktif dengan upaya penanganan dismenore dilakukan 51,2% dengan terapi obat, 24,7% dengan relaksasi dan 24,1% dengan distraksi atau pengalihan nyeri (Depkes RI, 2010). Prevalensi dismenore tertinggi pada remaja, dengan perkiraan antara 20 sampai 90 %. Studi prevalensi di Thailand melaporkan kejadian dismenore adalah 84,2% pada remaja perempuan pubertas.

Jumlah ketidakhadiran di sekolah sebesar 21,1% yang dihubungkan dengan beratnya gejala (Tangchai et al, 2004). Dismenore yang paling sering terjadi adalah dismenore primer, kemungkinan lebih dari 50% wanita mengalaminya dan 10-15%

diantaranya mengalami nyeri yang hebat sampai mengganggu aktivitas dan kegiatan sehari-hari. Biasanya dismenore primer timbul pada masa remaja, yaitu sekitar 2-3 tahun setelah haid pertama dan terjadi pada umur kurang dari 20 tahun (Melissa, 2011). Di Indonesia angka kejadian dismenore sebesar 64,25 % yang terdiri dari 54,89% dismenore primer dan 9,36 % dismenore sekunder (Harunriyanto, 2008).

Angka Kejadian Disminore di Kalimantan mencapai 56%, di Samarinda sendiri angka kejadian dismenore 68,4%. Walaupun pada umumnya tidak berbahaya, namun seringkali dirasa mengganggu bagi wanita yang mengalaminya. Derajat nyeri dan kadar gangguan tentu tidak sama untuk setiap wanita, ada yang masih bisa bekerja, beraktivitas walaupun dengan sesekali meringis adapula yang tidak mampu untuk beraktifitas karena rasa nyeri haid tersebut.

Dari 10 Mahasiswi Stikes Muhammadiyah Samarinda yang mengalami Disminore 2 dari 10 mengalami nyeri dengan skala 1-3 nyeri ringan, 3 dari 10 mengalami nyeri dengan skala 4-6 nyeri sedang, dan 4 dari 10 mengalami nyeri dengan skala 7-9 nyeri berat namun dapat dikontrol dan sisanya mengalami nyeri dengan skala 10 sangat nyeri dan tidak dapat dikontrol. Kejadian Disminore di Stikes Muhammadiyah Samarinda Nyeri saat haid menyebabkan ketidaknyamanan dalam aktivitas fisik sehari-hari. Keluhan ini berhubungan dengan ketidakhadiran berulang di kuliah ataupun di

tempat kerja, sehingga dapat mengganggu produktivitas. Dari 5-10 mahasiswi pada masa reproduksi mengalami nyeri haid, mengalami hingga mengganggu aktivitas sehari-hari. Sekitar 5-10 kasus nyeri haid terjadi saat usia remaja dan remaja yang mengalami nyeri haid akan terpengaruh aktivitas akademis, sosial dan olahraganya.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang ada pada latar belakang rumusan masalah pada penelitian ini adalah: “Bagaimana Perbandingan Teknik Relaksasi Benson dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Disminorea pada Mahasiswa Tingkat 1 STIKES Muhammadiyah Samarinda ?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui Perbandingan efektifitas Latihan relaksasi nafas dalam dengan relaksasi Benson terhadap perubahan skala nyeri disminore pada mahasiswa tingkat 1 STIKES Muhammadiyah Samarinda.

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden (usia, menarche).
- b. Mengidentifikasi skala Nyeri Menstruasi / Disminore.
- c. Menganalisis perbedaan Nyeri Menstruasi/Disminore pre-test dan post-test intervensi pada kelompok Teknik Relaksasi Benson.

- d. Menganalisis perbedaan Nyeri Menstruasi/Disminore pre-test dan post-test intervensi pada kelompok Teknik Relaksasi Nafas Dalam.
- e. Menganalisis beda efektifitas nyeri disminore antara kelompok intervensi Relaksasi Benson dengan Relaksasi Nafas Dalam.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Penelitian bagi Masyarakat dan atau Remaja Putri
Penelitian ini bermanfaat untuk menambah wawasan tentang menangani rasa Nyeri Disminore yang dialami pada remaja putri.
2. Manfaat Penelitian bagi Responden
Penelitian ini bermanfaat untuk menambah wawasan sampel penelitian (klien) terhadap manajemen nyeri disminore, khususnya menggunakan teknik relaksasi benson dan relaksasi nafas dalam, sehingga akan di praktikan oleh klien, pada saat klien mengalami nyeri disminore tersebut.
3. Manfaat Penelitian bagi Peneliti
Penelitian ini diharapkan akan dapat mengetahui lebih jauh apakah efektifitas relaksasi Benson dan relaksasi nafas dalam dapat mengatasi nyeri disminore. Pada Penelitian ini menjadi pengalaman dan pengembangan ilmu pengetahuan.
4. Manfaat bagi institusi STIKES Muhammadiyah
Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sbagai doumentaasi, bacaan dan acuan untuk menambah wawasan serta referensi

keperawatan di perpustakaan STIKES Muhammadiyah Samarinda terutama pemahaman tentang mengurangi skala nyeri saat disminore dengan menggunakan intervensi relaksasi Benson dan relaksasi nafas dalam.

5. Manfaat bagi mahasiswa Keperawatan

Dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dan masukan serta menambah pengetahuan bagi mahasiswa terutama tentang mengurangi rasa nyeri disminore dengan menggunakan intervensi relaksasi benson dan relaksasi nafas dalam. Sehingga mampu mengurangi rasa nyeri disminore tanpa menggunakan obat analgetik dan lain-lainnya.

E. Keaslian Penelitian

1. Penelitian yang dilakukan oleh Noor Azizah, (2013), dengan judul penelitian “Aplikasi Relaksasi Nafas Dalam Sebagai Upaya Penurunan Skala Nyeri Disminore Pada Siswi Mts. Ibtidaul Falah Sumirejo Dawe Kudus Tahun 2013”. Dengan Desain penelitian *pre experimental, pre-post test one group design*. Sampel penelitian adalah 25 siswi yang telah mengalami menstruasi dan nyeri haid. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar usia responden 13 tahun (56%), usia menarche sebagian besar usia 10 tahun (44%). Pengetahuan tentang menstruasi dengan kategori cukup 48% dan kategori kurang 44%. Hasil *uji wilcozon* nilai $z = -4,472$ ($p < 0,05$) ada perbedaan yang bermakna penurunan skala

nyeri sebelum dilakukan relaksasi dan setelah dilakukan relaksasi. Rata-rata skala nyeri sebelum dilakukan relaksasi 4,52 dan setelah dilakukan relaksasi 2,56. Hal ini menunjukkan ada pengaruh yang signifikan terhadap penurunan skala nyeri remaja.

Perbedaannya dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah peneliti meneliti tentang perbandingan efektifitas antara tehnik relaksasi Benson dengan relaksasi nafas dalam terhadap nyeri disminore pada mahasiswi tingkat 1 prodi S1-Keperawatan Stikes Muhammadiyah Samarinda. Metode yang digunakan yaitu *quasi experiment pre test and post test non equivalent control group*. Tehnik pengambilan sampel menggunakan *Tehnik Total sampling*. Sampel peneliti yaitu Mahasiswi tingkat 1 prodi S1-Keperawatan dengan jumlah populasi 77 Mahasiswi.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Ernawati (2010), dengan judul penelitian “Perbedaan Pengaruh Tehnik Relaksasi Nafas Dalam Dan Kompres Hangat Dalam Menurunkan Dismnore Pada Remaja Sma 3 Padang”. Dengan desain Penelitian ini menggunakan *Quasi eksperimental* dengan rancangan *Non Equivalent Control Group Design*. Pengambilan subyek dilakukan berdasarkan *Proporsional Random Sampling* dan yang memenuhi syarat inklusi yaitu sebanyak 50 orang . Usia responden berkisar antara 17 – 28 tahun, sebelum dilakukan terapi relaksasi nafas dalam mengalami

nyeri sedang sebanyak 31 orang (62,0%) dan sesudah dilakukan teknik relaksasi sebagian besar kategori nyeri ringan sebanyak 35 orang (70,0%). dengan *uji Wilcoxon* diketahui nilai significant difference $p = 0,000, < \alpha (0,05)$. Sehingga ada perbedaan yang bermakna antara nyeri dismenore sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam pada mahasiswi S-1 Keperawatan UNIMUS dan ada pengaruh teknik relaksasi nafas dalam relaksasi dengan nyeri dismenore.

Perbedaannya dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah peneliti meneliti tentang perbandingan efektifitas antara tehnik relaksasi Benson dengan relaksasi nafas dalam terhadap nyeri disminore pada mahasiswi tingkat 1 prodi S1-Keperawatan Stikes Muhammadiyah Samarinda. Metode yang digunakan yaitu *quasi experiment pre test and post test non equivalent control group*. Tehnik pengambilan sampel menggunakan *Tehnik Total sampling*. Sampel peneliti yaitu Mahasiswi tingkat 1 prodi S1-Keperawatan dengan jumlah populasi 77 Mahasiswi.

3. Penelitian yang dilakukan oleh Ike Yuyun Mardiani (2014), dengan judul “Perbedaan Efektifitas Teknik Relaksasi Benson Dan Nafas Dalam terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Bedah Abdomen Di Rsud Kota Salatiga”. Dengan desain penelitian adalah *Quasy Experiment* dengan rancangan penelitian *two group*

pretest-posttest design. Jumlah sampel sebanyak 42 responden dengan *teknik total sampling*. Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner STAI (*State Anxiety Inventory for Adults*). Uji statistik yang digunakan dalam penelitian adalah *Paired t-test* dan *Unpaired t-test*. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan tingkat kecemasan sebelum dan sesudah diberikan teknik relaksasi Benson maupun nafas dalam ($p\text{-value}=0,000$) dan tidak ada perbedaan efektifitas antara teknik relaksasi Benson dan nafas dalam ($p\text{-value}=0,215$). Rekomendasi hasil penelitian ini adalah agar peneliti selanjutnya meneliti faktor-faktor fisiologis yang mempengaruhi kecemasan seperti tekanan darah, nadi, dan frekuensi nafas.

Perbedaannya dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah peneliti meneliti tentang perbandingan efektifitas antara tehnik relaksasi Benson dengan relaksasi nafas dalam terhadap nyeri disminore pada mahasiswi tingkat 1 prodi S1-Keperawatan Stikes Muhammadiyah Samarinda. Metode yang digunakan yaitu *quasi experiment pre test and post test non equivalent control group*. Tehnik pengambilan sampel menggunakan *Tehnik Total sampling*. Sampel peneliti yaitu Mahasiswi tingkat 1 prodi S1-Keperawatan dengan jumlah populasi 77 Mahasiswi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Disminore

a. Definisi Dismiore

Menstruasi adalah pelepasan dinding rahim (*endometrium*) yang disertai dengan pendarahan dan terjadi secara berulang setiap bulan kecuali pada saat kehamilan. Menstruasi merupakan pertanda masa reproduktif pada kehidupan seorang wanita, yang dimulai dari menarka sampai menopause. Menstruasi adalah wanita dewasa yang sehat dan tidak hamil yang setiap bulan secara teratur mengeluarkan darah dari alat kandungannya.

Menstruasi bisa menjadi salah satu pertanda bahwa seseorang perempuan sudah memasuki masa suburnya, karena secara fisiologis menstruasi terdiri sebagian besar darah sekitar $\frac{2}{3}$. Sisanya $\frac{1}{3}$ adalah lendir, pecahan-pecahan lapisan uterus dan sel-sel dari lapisan vagina. Darah menstruasi berbeda dari sirkulasi darah yang melalui tubuh vagina yang terdiri lebih banyak zat kapur dan tidak memiliki kemampuan untuk membeku, karena darah tersebut harus melalui leher rahim dan mengalir keluar dari

tubuh tanpa mengumpal. Mikroorganisme yang berada dalam mens yang bisa menginfeksi tubuh wanita jika mereka mens tersebut tidak dibuang keluar dari uterus. berdasarkan uraian di atas, penulis akan membahas mengenai gangguan menstruasi yaitu Disminore.

Dismenore adalah perasaan nyeri pada waktu haid dapat berupa kram ringan pada bagian kemaluan sampai terjadi gangguan dalam tugas sehari-hari. Gangguan ini ada dua bentuk yaitu dismenorre primer dan dismenorre sekunder.

Dismenore (nyeri haid) merupakan gejala yang timbul menjelang dan selama menstruasi ditandai dengan gejala kram pada abdomen bagian bawah (Djuanda Adhi dkk, 2008).

b. Klasifikasi disminore

Dismenore dibedakan menjadi 2 jenis yaitu Dismenore Primer dan Dismenore Sekunder. Dismenorre primer yaitu nyeri haid yang terjadi tanpa terdapat kelainan anatomis alat kelamin. Dismenore primer timbul beberapa waktu setelah menarche (> 12 tahun) dengan gejala mules pada perut bawah, menyebar ke pinggang, paha, mual, muntah, sakit kepala, diare.

Dismenorre sekunder adalah nyeri haid yang berhubungan dengan kelainan anatomi yang jelas, kelainan anatomis ini kemungkinan adalah haid disertai infeksi, endometriosis,

mioma uteri, polip endometrial, polip servik, pemakai IUD atau AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim). Dismenore sekunder merupakan dismenore yang disebabkan oleh kelainan ginekologis, oleh karena endometriosis, salpingitis, mioma uteri, dll.

c. Etiologi

Secara umum, nyeri haid timbul akibat kontraksi disritmik miometrium yang menampilkan satu gejala atau lebih, mulai dari nyeri yang ringan sampai berat di perut bagian bawah, bokong, dan nyeri spasmodik di sisi medial paha.

1. Penyebab Dismenore Primer:

- a) Faktor endokrin : Rendahnya kadar progesteron pada akhir fase korpus luteum. Menurut Novak dan Reynolds, hormon progesteron menghambat atau mencegah kontraktilitas uterus sedangkan hormon estrogen merangsang kontraktilitas uterus.
- b) Kelainan organik seperti: retrofleksia uterus, hipoplasia uterus, obstruksi kanalis servikalis, mioma submukosum bertangkai, polip endometrium.
- c) Faktor kejiwaan atau gangguan psikis seperti: rasa bersalah, ketakutan seksual, takut hamil, hilangnya tempat berteduh, konflik dengan kewanitaannya, dan imaturitas.

- d) Faktor konstitusi seperti: anemia, penyakit menahun, dsb dapat memengaruhi timbulnya dismenore.
- e) Faktor alergi Menurut Smith, penyebab alergi adalah toksin haid. Menurut riset, ada asosiasi antara dismenorea dengan urtikaria, migren, dan asma bronkiale.

2. Penyebab Disminore Sekunder:

- a) Infeksi : nyeri sudah terasa sebelum haid.
- b) Myoma submucosa, polyp corpus uteri: nyeri bersifat kolik.
- c) Endometriosis: nyeri disebabkan tekanan oleh tumor atau perlekatan. Nyeri masih ada setelah haid berhenti.
- d) Retroflexio uteri fixata.
- e) Gynatresi

d. Manifestasi klinis

Menurut klasifikasi disminore :

- 1) Disminore primer
 - a) Usia muda (sebelum berusia 25 tahun)
 - b) Timbul setelah terjadinya siklus haid yang teratur
 - c) Sering pada nulipara
 - d) Nyeri sering terasa sebagai kejang uterus dan spastik

- e) Tidak dijumpai keadaan patologik pelvik
 - f) Hanya terjadi pada siklus haid anovulatorik.
 - g) Sering disertai mual, muntah, kelelahan, low back pain, dan nyeri kepala
- 2) Disminore sekunder
- a) Usia lebih tua (setelah berusia 25 tahun)
 - b) Cenderung timbul setelah 2 tahun siklus haid teratur
 - c) Tidak berhubungan dengan paritas
 - d) Nyeri sering terasa terus-menerus dan tumpul. Nyeri dimulai saat haid dan meningkat bersamaan dengan keluarnya darah
 - e) Berhubungan dengan kelainan pelvik
 - f) Tidak berhubungan dengan adanya ovulasi
 - g) Sering disertai demam (adanya proses inflamasi)

e. Patofisiologi

1) Dismenorea Primer

Disminore Primer (*Primary Dysmenorrhea*) biasanya terjadi dalam 6-12 bulan pertama setelah menarche (haid pertama) segera setelah siklus ovulasi teratur (*Regular Ovulatory Cycle*) ditetapkan/ditentukan. Selama menstruasi, sel-sel endometrium yang terkelupas (*Sloughing Endometrial Cells*) melepaskan prostaglandin, yang

menyebabkan iskemia uterus melalui kontraksi miometrium dan vasokonstriksi. Peningkatan kadar prostaglandin telah terbukti ditemukan pada cairan haid (*Menstrual Fluid*) pada wanita dengan dismenorea berat (*Severe Dysmenorrhea*). Kadar ini memang meningkat terutama selama dua hari pertama menstruasi. Vasopressin juga memiliki peran yang sama. Riset terbaru menunjukkan bahwa patogenesis dismenorea primer adalah karena prostaglandin F₂alpha (*PGF₂alpha*), suatu stimulan miometrium yang kuat (*a Potent Myometrial Stimulant*) dan vasoconstrictor, yang ada di endometrium sekretori. Respon terhadap inhibitor prostaglandin pada pasien dengan dismenorea mendukung pernyataan bahwa dismenorea diperantarai oleh prostaglandin (*Prostaglandin Mediated*). Banyak bukti kuat menghubungkan dismenorea dengan kontraksi uterus yang memanjang (*Prolonged Uterine Contractions*) dan penurunan aliran darah ke miometrium. Kadar prostaglandin yang meningkat ditemukan di cairan endometrium (*Endometrial Fluid*) wanita dengan dismenorea dan berhubungan baik dengan derajat nyeri.

Peningkatan endometrial prostaglandin sebanyak 3 kali lipat terjadi dari fase folikuler menuju fase luteal, dengan peningkatan lebih lanjut yang terjadi selama menstruasi.

Peningkatan prostaglandin di endometrium yang mengikuti penurunan progesterone pada akhir fase luteal menimbulkan peningkatan tonus miometrium dan kontraksi uterus yang berlebihan. Leukotriene juga telah diterima (*Postulated*) untuk mempertinggi sensitivitas nyeri serabut (*Pain Fibers*) di uterus .

Jumlah leukotriene yang bermakna (*Significant*) telah dipertunjukkan di endometrium wanita dengan dismenorea primer yang tidak berespon terhadap pengobatan dengan antagonis prostaglandin. Hormon pituitari posterior, vasopressin, terlibat pada hipersensitivitas miometrium, mereduksi (mengurangi) aliran darah uterus, dan nyeri (*Pain*) pada penderita dismenorea primer. Peranan vasopressin di endometrium dapat berhubungan dengan sintesis dan pelepasan prostaglandin.

2) Disminorea Sekunder

Dismenorea sekunder (*Secondary Dysmenorrhea*) dapat terjadi kapan saja setelah menarche (haid pertama), namun paling sering muncul di usia 20-an atau 30-an, setelah tahun-tahun normal, siklus tanpa nyeri (*Relatively Painless Cycles*). Peningkatan prostaglandin dapat berperan pada dismenorea sekunder, namun, secara pengertian (*By*

Definition), penyakit pelvis yang menyertai (*Concomitant Pelvic Pathology*) haruslah ada. Penyebab yang umum termasuk: endometriosis, leiomyomata (*fibroid*), adenomyosis, polip endometrium, chronic pelvic inflammatory disease, dan penggunaan peralatan kontrasepsi atau IUD (*intrauterine device*). sejumlah faktor yang terlibat dalam patogenesis dismenorea sekunder.

2. Konsep Nyeri

a. Definisi Nyeri

Nyeri terutama adalah mekanisme protektif untuk menimbulkan kesadaran akan kenyataan bahwa sedang atau akan terjadi kerusakan jaringan. Selain itu, simpanan pengalaman yang menimbulkan nyeri dalam ingatan membantu kita menghindari kejadian-kejadian yang berpotensi berbahaya dimasa mendatang (Sherwood, 2012).

Nyeri adalah mekanisme pertahanan tubuh, rasa nyeri timbul bila ada jaringan tubuh yang rusak, dan hal ini akan menyebabkan individu bereaksi dengan cara memindahkan stimulus rasa nyeri. Nyeri bisa dibagi menjadi 2 rasa nyeri utama : rasa nyeri cepat dan rasa nyeri lambat, bila diberikan stimulus nyeri, maka rasa nyeri timbul setelah 1 detik atau lebih dan kemudian secara perlahan bertambah selama beberapa detik dan kadang kala bahkan beberapa menit. Rasa nyeri juga dapat digambarkan dengan

banyak nama pengganti seperti : rasa nyeri tajam , rasa nyeri tertusuk, rasa nyeri akut dan rasa nyeri elektrik. Rasa nyeri lambat juga mempunyai banyak nama tambahan seperti : rasa nyeri terbakar lambat. Nyeri pegal, nyeri berdenyut, nyeri mual dan nyeri kronik. Nyeri merupakan suatu fenomena yang kompleks.

Nyeri merupakan mekanisme pertahanan tubuh yang dapat mengidentifikasi bahwa seseorang mengalami masalah. Nyeri adalah suatu yang abstrak yang ditimbulkan oleh adanya perasaan terluka pada diri seseorang misalnya, adanya stimulus yang merusak jaringan tubuh dan nyeri merupakan pola respon yang dilakukan seseorang untuk melindungi organisme dari kerusakan (Tamher & Haryati,2008).

b. Fisiologi nyeri

Terdapat kategori reseptor nyeri atau nosiseptor. Nosiseptor mekanisme berespon terhadap kerusakan mekanisme misalnya tersayat, terpukul atau cubitan : noreseptor suhu berespon terhadap suhu ekstrim, terutama panas : dan nosiseptor polimodal yang berespon sama kuat terhadap semua jenis rangsangan yang merusak, termasuk bahan kimia iritan yang dikeluarkan oleh jaringan yang cidera. Semua reseptor dapat ditingkatkan kepekaannya oleh adanya *prostaglandin*, yang sangat meningkatkan respon reseptor terhadap rangsangan yang mengganggu (yaitu, terasa lebih sakit jika ada

prostaglandin). Prostaglandin adalah kelompok turunan khusus asam lemak yang berasal dari lapis ganda lemak membran plasma dan bekerja lokal setelah dibebaskan (Tamher & Haryati,2008).

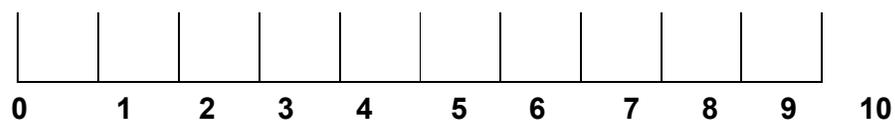
c. Asal nyeri

Nyeri berdasarkan asalnya ada 2 yaitu nyeri somatik dan nyeri viseral. Nyeri somatik berasal dari lapisan dinding tubuh dan nyeri viseral berasal dari organ-organ internal yang berada dalam rongga torak, abdomen dan kranium. Nyeri dapat berasal dari fisik dan psikologis dan dapat terjadi secara “*concomitants*”. Nyeri memiliki suatu ambang dan ambang ini dicapai secara berbeda. Ambang ini dicapai oleh karena adanya hambatan transmisi impuls nyeri dari spinal cord ke otak. Mekanisme ini terjadi pada sel-sel substansia gelatinosa pada kornu dorsalis spinal cord (Tamher & Haryati, 2008).

d. Pengukuran nyeri

Untuk mengkaji lokasi nyeri, kita meminta klien untuk menunjukkan semua daerah yang dirasa tidak nyaman. Untuk melokalisasi nyeri dengan baik spesifik, kita meminta klien melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri (Patricia, 2006). Beberapa alat pengkajian yang dapat kita gunakan untuk mengukur nyeri yaitu:

1. Skala Nyeri Hayward



Gambar 2.1 Skala Nyeri Hayward

Sumber : Potter & Perry, 2006

Keterangan :

0 = Tidak Ada Nyeri

1-3 = Nyeri Ringan

4-6 = Nyeri Sedang

7-9 = Sangat Nyeri, masih bisa dikontrol dengan aktivitas yang dilakukan

10 = Sangat Nyeri Dan Tidak Bisa Dikontrol

Skala analog visual (*visual analog scale, VAS*) tidak melabel subdivisi. VAS merupakan satu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus yang memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian daripada dipaksa memilih salah satu kata atau satu angka.

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif, pendeskripsi verbal (*verbal descriptor scale*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini dirangking dari “tidak terasa nyeri” sampai

“nyeri yang tidak tertahankan”. Kita menunjuk kan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Kita juga menanyakan seberapa jauh nyeri tersa yang paling menyakitkan dan sebrapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsi nyeri, McGuird (1948, dalam Patricia,2006).

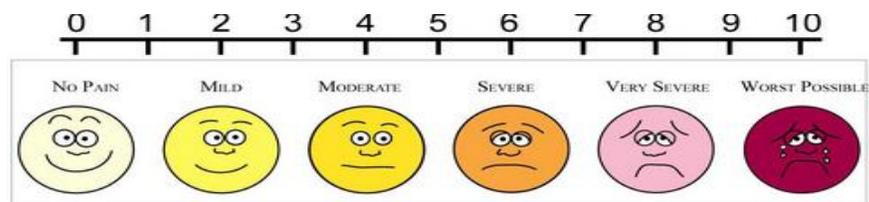
Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak banyak mengonsumsi banyak waktu saat klien melengkapinya. Apabila klien dapat membaca dan memahami skala, maka deskripsi nyeri akan lebih akurat. Skala deskriptif bermanfaat bukan saja dalam upaya mengkaji tingkat keparahan tetapi juga mengevaluasi perubahan kondisi klien. Kita dapat menggunakan skala setelah terapi atau saat gejala terjadi lebih memburuk untuk menilai apakah nyeri mengalami peningkatan atau penurunan (Patricia, 2006).

Skala	Keterangan
0	Tidak Nyeri
1-3	Nyeri Ringan
4-6	Nyeri Sedang
7-9	Sangat Nyeri, tetapi masih dapat dikontrol dengan aktifitas yang dapat dilakukan
10	Sangat Nyeri dan tidak bisa dikontrol

Tabel 2.1 Skala Nyeri Hayward

2. Skala Wajah

Wong-Baker Faces Rating Scale yang ditunjukkan untuk klien yang tidak mampu menyatakan intensitas nyerinya melalui skala angka (Mubarak, 2007).



Gambar 2.2 : Skala Wajah

Sumber : Mediskus, 2012

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Patricia (2006) yaitu:

1) Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perbedaan perkembangan, yang ditemukan di antara kelompok usia ini dapat mempengaruhi dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil mempunyai penyulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat yang menyebabkan nyeri. Nyeri bukan merupakan bagian dari proses penuaan yang tidak dapat dihindari.

2) Jenis kelamin

Pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri. Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin (Misalnya: menganggap bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu, tanpa memperhatikan jenis kelamin, Gil(1990 dalam Patricia,2006).

3) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Calvillo dan Flaskerd (1991,dalam Patricia, 2006).

Cara individu mengekspresikan nyeri merupakan sifat kebudayaan yang lain beberapa kebudayaan yakni bahwa memperlihatkan nyre adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan melatih perilaku tertutup (introvert), martinelli (1989,dalam Patricia,2006). Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fiisiologis opiat endogen dan

sehingga terjadilah persepsi nyeri. Clancy dan Mc Vivar (1992,dalam Patricia,2006).

4) Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu tersebut. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan. Misalnya, seorang wanita yang bersalin akan mempersepsikan nyeri berbeda dengan seorang wanita yang dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri (Patricia,2006).

5) Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan distraksi dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Konsep ini merupakan salah satu konsep yang kita lakukan iberbagai terapi untuk menghilangkan nyeri, seperti relaksasi, tehnik imajinasi terbimbing dan masasse. Dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus lain. Gil ,(1990, dalam Patricia,2006).

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas sangat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Individu yang sehat secara emosional, biasanya lebih mampu mentoleransi nyeri sedang sehingga berat daripada individu yang memiliki status emosional yang kurang stabil. Nyeri yang tidak kunjung hilang seringkali menyebabkan psikosis dan gangguan kepribadian (Patricia,2006).

7) Keletihan

Keletihan 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 keletihan disertai kesulitan tidur. Nyeri seringkali berkurang setelah individu mengalami suatu periode tidur yang lelap di banding pada akhir hari yang melelahkan (Patricia,2006).

8) Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Apabila seseorang klien tidak pernah mengalami nyeri, persepsi pertama nyeri dapat mengganggu coping terhadap nyeri. (Patricia,2006)

9) Gaya koping

Nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan, baik sebagian maupun keseluruhan. klien sering kali menemukan berbagai cara untuk mengembangkan koping terhadap efek fisik dan psikologis nyeri. Penting untuk memahami sumber sumber koping klien selama mengalami nyeri (Patricia, 2006)

10) Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain dalam mempengaruhi respon nyeri ialah kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. (Mainhart dan McCaffery, 1983) dalam (Mosby, 2006) menjelaskan bahwa individu yang mengalami nyeri sering kali tergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan dan perlindungan. Walaupun nyeri tetap klien rasakan, kehadiran orang yang dicintai klien akan meminimalkan kesepian dan ketakutan (Patricia, 2006).

Dalam patologi untuk mahasiswa keperawatan (Tamher & Haryati, 2008) menuliskan beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri yaitu:

- 1) Budaya
- 2) Agama
- 3) Strategi menyelesaikan masalah
- 4) Dukungan dari lingkungan

5) Kecemasan atau stressor lain

6) Pengalaman sakit yang lalu

f. Management Nyeri

1) Management Farmakologi

Managemen Famokologi terbagi mejadi 3 yaitu:

Ada tiga jenis analgetik,yakni :

a) Non-narkotik dan nonsteroid anti inflamasi drug (NSAID)

b) Analgetik narkotik atau opiat

c) Obat tambahan (adjuvan) atau koanalgesik

(Patricia,2006).

Tabel 2.2 Analgetik dan indikasi terapi

Kategori obat	Indikasi
Analgetik non narkotik 1. Asitomenofen 2. Asam asetilsalisilat	1. Nyeri pasca operasi ringan 2. Demam
NSAID 1. Ibuprofen (motrin, nuprin) 2. Ketorolac (toradol)	1. Disminore 2. Nyeri pasca operasi
Analgetik non narkotik 1. Metilmorfinc (kodein)	1. Nyeri kanker
Adjuvan 1. Amitriptilin (elavin) 2. Hidroksin 3. klopomazil	1. Cemas 2. Depresi 3. Mual

2) Management Non Farmakologi

Dalam (Patricia,2006) manajemen non farmakologi terbagi menjadi:

(a) Bimbingan antisipasi

Memodifikasi secara langsung cemas yang berhubungan dengan nyeri menghilangkan nyeri dan menambah efek tindakan untuk menghilangkannya yang lain. perawat memberi informasi pada klien dan mencegah salah interpretasi tentang peristiwa nyeri, informasi yang di berikan kepada pasien termasuk menjelaskan hal-hal berikut:

- (1) Kualitas,keperahan,dan lokasi nyeri
- (2) Informasi tentang cara keamanan klien telah dipastikan
- (3) Penyebab nyeri
- (4) Metode mengatasi nyeri yang di gunakan perawat dan klien. Bimbingan antisipasi memberikan penjelasan yang jujur tentang pengalaman nyeri. Perawat juga memberikan interuksi tentang tehnik menghilangkan nyeri sehingga klien siap untuk menghadapi rasa tidak nyaman yang akan ia hadapi.

(b) Distraksi

Salah satu distraksi yang efektif adalah dengan musik, yang dapat menurunkan nyeri fisiologis, Stress, dan kecemasan dengan mengalihkan perhatian seseorang dari nyeri. Musik terbukti menunjukkan efek yaitu menurunkan frekuensi denyut jantung, mengurangi kecemasan, dan depresi, menghilangkan nyeri menurunkan tekanan darah.

(c) Biofeedback

Biofeedback merupakan terapi perilaku yang dilakukan dengan memberikan individu informasi tentang respon fisiologis nyeri misalnya tekanan darah, dan cara memilih kontrol volunter terhadap respon tersebut (NIH,1986) dalam Patrisia,2006).

(d) Hipnotis-Diri

Hipnotis dapat membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. suatu pendekatan kesehatan holistik. Hipnotis-diri menggunakan sugesti diri dan kesan tenang perasaan rileks dengan menggunakan berbagai ide pikiran dan kemudian kondisi-kondisi yang menghasilkan respon tertentu bagimereka (Edekmann dan Mandel, dalam (Patricia, 2006).

(e) Stimulasi kuteneus

Stimulasi kuteneus adalah stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri. Massase, mandi air hangat, komres menggunakan kantong es, dan stimulasi saraf elektik transkutan (TENS) (Patricia, 2006).

3. Konsep Remaja

a. Definisi remaja

Masa remaja merupakan masa peralihan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa yang dimulai pada saat terjadinya kematangan seksual yaitu antara usia 11 atau 12 tahun sampaidengan 20 tahun. Menurut WHO (World Health Organitation) batasan usia remaja adalah 12 sampai 24 tahun.

Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) tahun 2007, remaja adalah laki-laki dan perempuan yang belum kawin dengan batasan usia meliputi 15-24 tahun. Remaja perempuan mengalami masa pubertas lebih cepat dibandingkan laki-laki. Pubertas pada remaja perempuan di tandai dengan *menarche* yaitu mendapatkan mensturasi (haid) pertama (Wong, 2008).

Menstruasi dikatakan sebagai proses alamiah yang akan terjadi pada setiap remaja, dimana terjadinya proses

pengeluaran darah yang menandakan bahwa organ dalam kandungan telah berfungsi dengan matang (Kusmiran,2011).

Masa remaja terdiri dari masa remaja awal (10 – 14 tahun), masa remaja pertengahan (14 - 17 tahun), dan masa remaja ahir (17 – 19 tahun). Remaja sering kali diharapkan dapat berperilaku seperti orang dewasa, meskipun belum siap dalam psikologi. Pada masa ini sering terjadi konflik, karena remaja ingin mulai bebas mengikuti teman sebaya yang erat kaitannya dengan pencarian identitas. Sedangkan di pihak lain mereka masih tergantung dengan orang tua. (Sarwono, 2011)

Salah satu faktor masalah seksualitas pada remaja terjadi perubahan-perubahan hormonal yang meningkat hasrat seksual (libido seksualitas) remaja. Peningkatan hasrat seksual ini membutuhkan penyaluran dalam bentuk tingkah laku tertentu. Penyaluran itu tidak dapat segera dilakukan karena adanya penundaan usia perkawinan. Selanjutnya remaja akan berkembang lebih jauh terhadap hasrat seksual kepada tingkah laku yang lain seperti berciuman dan masturbasi.

b. Bentuk-bentuk perubahan fisik remaja

Adapun perubahan-perubahan fisik yang penting dan terjadi pada masa remaja adalah sebagai berikut:

1) Perubahan ukuran tubuh

Irama pertumbuhan fisik berubah menjadi cepat sekitar dua tahun sebelum anak mencapai taraf kematangan alat kelaminnya. Setahun sebelum pematangan ini, anak akan bertambah tinggi 10 sampai 15 cm dan bertambah berat 5 sampai 10 kg. pertumbuhan tubuh masih terus terjadi, tetapi dalam tempo yang sedikit lebih lambat. Selama empat tahun, pertumbuhan tinggi badan anak akan bertambah 25% dan berat tubuhnya hampir mencapai dua kali lipat. Anak laki-laki akan mencapai bentuk tubuh orang dewasa pada usia 19 sampai 20 tahun, sedangkan anak perempuan pada usia 18 tahun.

2) Perubahan proporsi tubuh

Ciri tubuh yang kurang proporsional pada masa remaja ini tidak sama untuk seluruh tubuh. Ada pula bagian tubuh yang semakin proporsional. Proporsi yang tidak seimbang ini akan berlangsung terus sampai seluruh masa puber dilalui sepenuhnya, sehingga proporsi tubuhnya mulai tampak seimbang menjadi proporsi orang dewasa. Perubahan ini terjadi, baik di dalam maupun bagian luar tubuh anak.

3) Ciri kelamin yang utama

Pada masa kanak-kanak, alat kelamin yang utama belum berkembang secara sempurna. Memasuki masa remaja, alat kelamin mulai berfungsi, yaitu pada saat ia berumur 14 tahun ketika pertama kali anak laki-laki mengalami "mimpi basah". Pada anak perempuan, indung telurnya mulai berfungsi pada usia 13 tahun, yaitu pada saat pertama kali mengalami menstruasi atau haid. Bagian lain dari alat perkembangbiakan pada anak perempuan saat ini masih belum mampu untuk mampu untuk mengandung. Masa interval ini disebut sebagai "saat steril" masa remaja.

4) Ciri kelamin kedua

Ciri kelamin kedua pada anak perempuan adalah membesarnya buah dada dan mencuatnya puting susu, pinggul lebih lebar daripada lebar bahu, tumbuh rambut disekitar alat kelamin, tumbuh rambut di ketiak, dan suara bertambah nyaring. Ciri kelamin kedua pada anak laki-laki adalah tumbuh kumis dan jenggot, nada suara membesar, bahu melebar lebih besar daripada pinggul, timbul bulu dada dan bulu di sekitar alat kelamin, serta perubahan jaringan kulit menjadi lebih kasar dan pori-pori membesar.

Ciri-ciri kelamin kedua inilah yang membedakan bentuk fisik anak laki-laki dan perempuan. Ciri ini pula yang sering menjadi daya tarik antar jenis kelamin. Pertumbuhan tersebut berjalan seiring dengan perkembangan ciri kelamin yang utama dan keduanya akan mencapai taraf kematangan pada tahun pertama atau tahun kedua masa remaja. Adapun urutan perubahan fisik menurut Sarlito Wiraman (dalam Fatimah, 2010:48) adalah sebagai berikut:

- a) Urutan perubahan fisik pada anak perempuan, misalnya
 - (1) Terjadi pertumbuhan tulang-tulang (badan menjadi tinggi, anggota badan menjadi panjang)
 - (2) Terjadi pertumbuhan payudara
 - (3) Tumbuh bulu yang halus berwarna gelap di tangan dan kakinya,
 - (4) Mencapai pertumbuhan ketinggian badan yang maksimal setiap tahunnya,
 - (5) Bulu kemaluan menjadi keriting,
 - (6) Terjadi haid,
 - (7) Tumbuh bulu-bulu pada ketiak

b) Urutan perubahan fisik pada anak laki-laki

- (1) Terjadi pertumbuhan tulang-tulang,
- (2) Testis membesar,
- (3) Tumbuh bulu-bulu berwarna gelap pada kemaluan,
- (4) Terjadi awal perubahan nada suara, Mengalami ejakulasi (keluarnya air mani),
- (5) Bulu kemaluan menjadi keriting,
- (6) Pertumbuhan tinggi badan mencapai tingkat yang maksimal setiap tahunnya,
- (7) Tumbuh rambut-rambut halus di wajah (kumis, jambang, dan jenggot),
- (8) Tumbuh bulu ketiak,
- (9) Terjadi akhir perubahan suara

c. Penyebab perubahan fisik pada remaja

Penyebab perubahan fisik pada remaja adalah adanya dua kelenjar yang menjadi aktif bekerja dalam sistem endoktrin. Kelenjar pituitari yang terletak di dasar otak mengeluarkan dua macam hormon yang erat hubungannya dengan perubahan masa remaja. Kedua hormon itu adalah hormon pertumbuhan yang menyebabkan terjadinya perubahan ukuran tubuh dan hormon gonadotropik atau sering disebut hormon yang merangsang gonad agar mulai

aktif bekerja. Tidak berapa lama sebelum saat remaja dimulai, kedua hormon ini sudah mulai diproduksi dan pada saat remaja semakin banyak dihasilkan. Seluruh proses ini dikendalikan oleh perubahan yang terjadi dalam kelenjar endoktrin. Kelenjar ini diaktifkan oleh rangsangan yang dilakukan kelenjar hipotalamus, yaitu kelenjar yang dikenal sebagai kelenjar untuk merangsang pertumbuhan pada saat remaja dan terletak di otak. Meskipun kelenjar gonad atau kelenjar kelamin sudah ada dan aktif sejak dilahirkan, kelenjar ini seolah-olah tidur dan baru aktif setelah diaktifkan oleh hormon gonadotropik dari kelenjar pituitari pada saat si anak memasuki tahap remaja. Segera setelah tercapai kematangan alat kelamin, hormon gonad akan menghentikan aktifitas hormon pertumbuhan.

Dengan demikian, pertumbuhan fisik akan berhenti. Keseimbangan yang tepat antara kelenjar pituitari dan gonad akan menimbulkan perkembangan fisik yang tepat pula. Sebaliknya, bila terjadi gangguan dalam keseimbangan ini, akan timbul penyimpangan pertumbuhan. Selama masa remaja, seluruh tubuh mengalami perubahan struktur tubuh maupun fungsinya. Dalam kenyataannya, hampir semua perubahan bagian tubuh mengikuti irama yang tetap, sehingga waktu kejadiannya dapat diperkirakan sebelumnya.

Perubahan tersebut tampak jelas pada bagian pertama masa remaja.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan fisik remaja

Adapun faktor-faktor yang memengaruhi pertumbuhan fisik remaja adalah sebagai berikut:

1) Pengaruh keluarga

Pengaruh keluarga meliputi faktor keturunan maupun faktor lingkungan. Karena faktor keturunan, seorang anak dapat lebih tinggi atau panjang daripada anak lainnya, jika ayah dan ibu atau kakeknya tinggi dan panjang. Faktor lingkungan akan membantu menentukan tercapai tidaknya perwujudan potensi keturunan yang dibawa anak. Pada setiap tahapan usia, lingkungan lebih banyak pengaruhnya terhadap berat tubuh daripada tinggi tubuh.

2) Pengaruh gizi

Anak-anak yang memperoleh gizi yang cukup biasanya akan lebih tinggi tubuhnya dan sedikit lebih cepat mencapai masa remaja dibanding dengan mereka yang memperoleh giziburuk. Lingkungan dapat memberikan pengaruh bagi remaja sedemikian rupa,

sehingga menghambat atau mempercepat potensi untuk pertumbuhan di masa remaja.

3) Gangguan emosional

Anak yang sering mengalami gangguan emosional akan mengalami terbentuknya steroid adrenal yang berlebihan, dan ini akan membawa akibat berkurangnya pembentukan hormon pertumbuhan di kelenjar pituitari. Bila terjadi hal demikian, pertumbuhan awal remajanya akan terhambat dan tidak tercapai berat tubuh yang seharusnya.

4) Jenis kelamin

Anak laki-laki cenderung lebih tinggi dan lebih berat daripada anak perempuan, kecuali pada usia antara 12 dan 15 tahun. Anak perempuan biasanya akan sedikit lebih tinggi dan lebih berat daripada anak laki-laki. Terjadi perbedaan berat dan tinggi tubuh ini karena bentuk tulang dan otot pada anak laki-laki memang berbeda dari anak perempuan.

5) Status sosial ekonomi

Anak-anak yang berasal dari keluarga dengan status ekonomi rendah, cenderung lebih kecil daripada anak yang berasal dari keluarga yang status sosial ekonominya tinggi. Keluarga yang kaya akan dapat

memenuhi kebutuhan primer anak-anaknya. Sebaliknya, keluarga miskin tidak akan dapat memenuhi sembilan kebutuhan primernya secara memadai.

6) Kesehatan

Anak-anak sehat dan jarang sakit biasanya akan memiliki tubuh yang lebih berat daripada anak yang sakit-sakitan. Kurangnya perawatan kesehatan akan menyebabkan anak mudah terserang penyakit. Cara makan yang salah dalam arti makan tanpa memerhatikan keseimbangan gizi dan vitamin juga dapat menyebabkan tubuh menjadi sakit.

7) Pengaruh bentuk tubuh

Bentuk tubuh mesomorf, ektomorf, atau endomorf akan memengaruhi besar kecilnya tubuh anak. Misalnya, anak yang bentuk tubuhnya mesomorf akan lebih besar daripada yang endomorf atau eksomorf, karena memang mereka lebih gemuk dan berat.

e. Pengaruh pertumbuhan fisik terhadap tingkah laku remaja

Perubahan-perubahan fisik itu menyebabkan kecanggungan bagi para remaja karena ia harus menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan yang

terjadi pada dirinya. Pertumbuhan badan yang mencolok misalnya, atau pembesaran payudara yang terlalu cepat akan membuat remaja merasa malu atau kurang percaya diri. Demikian pula dalam menghadapi haid dan “mimpi” yang pertama. Anak-anak remaja itu perlu mengadakan penyesuaian tingkah laku dan dukungan dari pihak lain orang tua.

Perubahan fisik selalu disertai oleh perubahan sikap dan perilaku. Keadaan ini sering menjadi sedikit parah karena perbedaan sikap orang-orang di sekelilingnya dan sikapnya sendiri dalam menanggapi perubahan fisik tersebut. Dalam masa remaja, perubahan yang terjadi sangat mencolok, sehingga dapat mengganggu keseimbangan yang sebelumnya sudah terbentuk. Perilaku mereka mendadak semakin sulit diduga dan sering agak melawan nilai dan norma sosial yang berlaku. Oleh karena itu masa ini sering dinamakan sebagai masa negatif atau masa pancaroba. Pada saat irama pertumbuhan sedikit lambat dan perubahan tubuhnya telah sempurna maka akan terjadi keseimbangan kembali. Meskipun pengaruh pubertas terhadap remaja berbeda-beda, cara mereka melampirkan gangguan ketidakseimbangan itu hampir sama.

Beberapa bentuk pelampiasan yang dapat terlihat adalah ia menjadi mudah tersinggung, sangat pemalu, ada kecenderungan menarik diri dari keluarga atau teman, lebih senang menyendiri, menentang otorita orang tua dan guru, mendambakan kemandirian, sangat kritis terhadap orang lain, tidak suka melakukan tugas di rumah ataupun di sekolah, dan sangat tampak bahwa dirinya tertekan dan tidak bahagia.

4. Menarche

a. Definisi menarche

Menarche adalah saat haid/menstruasi yang datang pertama kali pada seorang wanita yang sedang menginjak dewasa. Usia remaja putri pada waktu mengalami *menarche* berbeda-beda, sebab hal itu tergantung kepada faktor genetik (keturunan), bentuk tubuh, serta gizi seseorang. Umumnya menarche terjadi pada usia 10 – 15 tahun, tetapi rata-rata terjadi pada usia 12,5 tahun. Namun, ada juga yang mengalami lebih cepat/dibawah usia tersebut. Menarche yang terjadi sebelum usia 8 tahun disebut menstruasi *precox* (Sarwono, 2007).

Menurut Waryana (2010), menarche yaitu biasanya terjadi pada usia 12-13 tahun. Cepat atau lambatnya kematangan seksual meliputi menstruasi, dan kematangan

fisik individual, juga di pengaruhi faktor ras atau suku bangsa, faktor iklim, cara hidup yang melingkungi anak. Usia menarche adalah menstruasi pertama yang biasanya terjadi pada perempuan umur 12-13 tahun dalam rentang umur 10-16 tahun. Dalam keadaan normal menarche diawali dengan periode pematangan yang dapat memakan waktu 2 tahun. Menarche merupakan tanda diawalinya masa puber pada perempuan.

Seiring dengan perubahan pola hidup saat ini ada kecenderungan anak perempuan mendapatkan menstruasi yang pertama kali usianya makin lebih muda. Ada 2 faktor yang menyebabkan terjadinya menstruasi datang lebih dini, yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal biasanya terjadi karena adanya ketidakseimbangan hormonal yang dibawa sejak lahir. Kondisi ini kemudian dipicu pula oleh faktor eksternal, seperti makanan (terutama junkfood), lingkungan yang modern serta tingkat kemakmuran masyarakat di suatu daerah (Waryana, 2010).

Kejadian yang penting dalam pubertas adalah pertumbuhan badan yang cepat, timbulnya ciri-ciri kelamin sekunder, menarche, dan perubahan psikis. Menarche merupakan perbedaan yang mendasar antara pubertas pria dan pubertas wanita. Pengaruh peningkatan hormon yang

pertama-tama nampak adalah perubahan badan anak yang lebih cepat terutama ekstremitasnya, dan badan lambat laun mendapat bentuk sesuai dengan jenis kelamin. Walaupun ada pengaruh hormon somatotropin, diduga pada wanita kecepatan pertumbuhan terutama disebabkan oleh estrogen. Estrogen ini pula yang pada suatu waktu menyebabkan penutupan garis epifis tulang-tulang, sehingga pertumbuhan badan berhenti.

Pengaruh esterogen yang lain ialah pertumbuhan genetalia interna, genetalia eksterna, dan ciri-ciri kelamin sekunder. Dalam masa pubertas genetalia interna dan genetalia eksterna lambat laun tumbuh untuk mencapai bentuk dan sifat seperti pada masa dewasa. Perkembangan dalam bidang rohani ialah penyesuaian diri dalam alam terlindung serta aman menuju ke arah alam berdiri sendiri dan bertanggung jawab, dari alam pikiran egosentrik ke alam pikiran yang lebih matang (Sarwono, 2007).

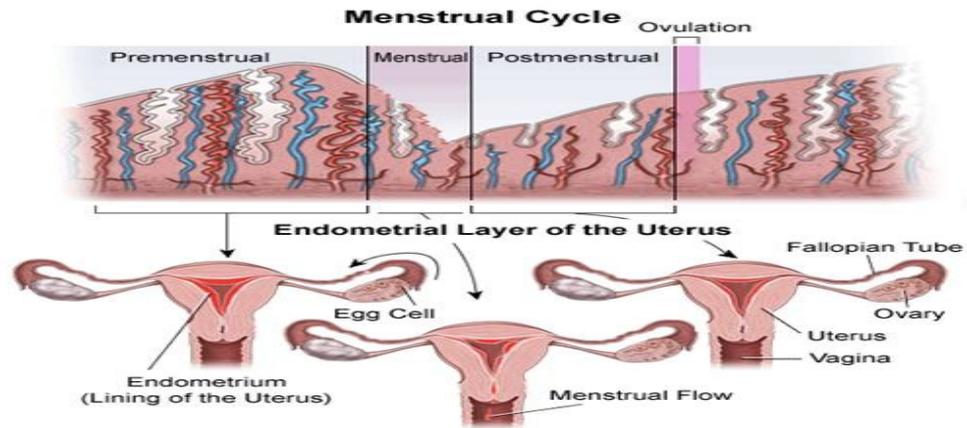
5. Menstruasi

a. Definisi menstruasi

Pada umumnya wanita yang berusia antara 8-13 tahun akan mengalami menstruasi (haid) untuk pertama kalinya atau biasa disebut dengan *menarche*. Menstruasi merupakan proses luruhnya dinding rahim yang terdiri dari darah dan

jaringan tubuh. Menstruasi akan dialami oleh wanita setiap bulan dengan kata lain menstruasi merupakan fungsi fisiologis pada wanita dan merupakan proses katabolisme yang terjadi dibawah pengaruh hormon hipofisis dan ovarium (Benson, 2008). Disminorre merupakan gangguan yang paling sering dialami oleh para wanita dalam siklus menstruasi. Dismenore adalah nyeri di daerah perut, mulai terjadi pada 24 jam sebelum menstruasi serta mampu bertahan hingga 36 jam (Hendrik, 2006).

Pada siklus menstruasi normal, terdapat produksi hormon-hormon yang paralel dengan pertumbuhan lapisan rahim untuk mempersiapkan implantasi (perlekatan) dari janin (proses kehamilan). Siklus menstruasi normal berlangsung selama 21-35 hari, 2-8 hari adalah waktu keluarnya darah haid yang berkisar 20-60ml per hari. Penelitian menunjukkan wanita dengan siklus menstruasi normal hanya terdapat pada 2/3 wanita dewasa, sedangkan pada usia reproduksi yang ekstrim (setelah menarche dan menopause) lebih banyak mengalami siklus yang tidak teratur atau siklus yang tidak mengandung sel telur. Siklus menstruasi ini melibatkan kompleks hipotalamus – hipofisis - ovarium.



Gambar 2.3 Siklus Menstruasi

Sumber : Wingerd,1994

6. Konsep relaksasi Benson

a. Definisi Relaksasi Benson

Relaksasi pertama kali diperkenalkan oleh Jacobson, seorang psikolog dari Chicago. Metode ini dikembangkan untuk melawan ketegangan dan kecemasan yang disebut relaksasi progresif, yaitu teknik yang mengurangi ketegangan otot. Jacobson berpendapat bahwa semua bentuk ketegangan termasuk ketegangan mental didasarkan pada ketegangan otot (Sheridan & Radmacher, 1992 dalam Purwanto & Zulaekah, 2007). Relaksasi mengaktifkan saraf parasimpatis dan menstimulasi turunya aktifitas tubuh yang ditingkatkan oleh saraf simpatis, dimana peningkatan salah satu sistem akan menghambat atau menekan fungsi sistem yang lainnya (Utami, 1993 dalam Purwanto & Zulaekah, 2007). Relaksasi

benson pertama kali dikembangkan oleh Benson di Harvard's Thorndike Memorial Laboratory dan Boston's Beth Israel Hospital. Teknik ini dapat dilakukan sendiri, bersama-sama atau dengan bimbingan mentor.

Relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi yang digabung dengan keyakinan yang dianut oleh pasien. Formula kata atau kalimat tertentu yang dibaca berulang-ulang dengan melibatkan unsur keimanan dan keyakinan akan menimbulkan respon relaksasi yang lebih kuat dibandingkan dengan hanya relaksasi tanpa melibatkan unsur keyakinan. Ungkapan yang dipakai dapat berupa nama Tuhan, atau kata-kata lain yang memiliki makna menenangkan bagi pasien (Benson & Proctor, 2000).

Disamping itu kelebihan dari teknik relaksasi lebih mudah dilakukan oleh pasien, dapat menekan biaya pengobatan, dan dapat digunakan untuk mencegah terjadinya stres sedangkan kita tahu pemberian obat-obatan kimia dalam jangka waktu lama dapat menimbulkan efek samping yang dapat membahayakan pemakainya seperti gangguan pada ginjal (Yosep, 2007).

Teknik relaksasi Benson suatu prosedur untuk membantu individu berhadapan pada situasi yang penuh stres

dan usaha untuk menghilangkan stres (Dalimarta 2008). Relaksasi ada beberapa macam (Miltnerbarger,2004) mengemukakan ada 4 macam relaksasi yaitu relaksasi otot (*progresive muscle relaxation*), penafasan (*diaphragmatic breathing*) meditasi (*attention-focussing exercises*), dan relaksasi perilaku (*Behavioral Relaxation Training*).

b. Cara Relaksasi Benson

1. Petunjuk pelaksanaan relaksasi Benson

Lingkungan tenang merupakan hal yang harus diperhatikan dalam relaksasi Benson disamping mengendorkan otot-otot secara sadar, memusatkan diri selama 10-20 menit pada ungkapan yang dipilih, bersifat pasif pada pikiran-pikiran yang mengganggu

a) Suasana Tenang

Suasana tenang yang membantu efektifitas pengulangan kata atau kelompok kata, demikian akan mudah menghilangkan pikiran yang mengganggu.

b) Perangkat mental

Untuk memindahkan pikiran-pikiran yang berada diluar diri, harus ada suatu rangsangan

yang konstan. Rangsangan tersebut dapat berupa kata atau frase yang singkat yang diulang dalam hati sesuai dengan keyakinan. Kata atau frase yang singkat yang diulang dalam melakukan relaksasi Benson. Fokus terhadap kata atau frase tertentu akan meningkatkan kekuatan dasar respon relaksasi dengan memberi kesempatan faktor keyakinan untuk mempengaruhi penurunan aktivitas saraf simpatik (Benson & Proctor, 2000).

Relaksasi Benson dilakukan satu atau dua kali sehari selama 10-20 menit. Waktu yang baik untuk melakukannya adalah sebelum makan atau beberapa jam setelah makan, karena selama relaksasi di harapkan darah mengalir ke kulit, otot ekstremitas, otak, sementara setelah makan, darah lebih banyak dialirkan ke organ pencernaan sehingga mengakibatkan mekanisme yang berlawanan (Benson, 1975).

c) Sikap pasif

Sikap pasif merupakan elemen paling penting dalam relaksasi benson. Sikap ini dapat

dijaga dengan mengabaikan pikiran-pikiran yang mengacau dengan tetap berfokus pada pengulangan kata atau frase. Tidak perlu cemas seberapa baik melakukannya karena perasaan itu akan mencegah terjadinya respon relaksasi.

d) Posisi nyaman

Posisi tubuh yang nyaman penting agar tidak menyebabkan ketegangan otot. Posisi yang digunakan biasanya duduk atau berbaring di tempat tidur.

(1). Langkah melakukan Teknik Relaksasi Benson dengan modifikasi Dzikir

- (a) Usahakan situasi ruangan atau lingkungan relatif tenang
- (b) Atur posisi nyaman
- (c) Relaksasi Benson yang akan dilakukan dengan modifikasi dzikir. Pilih salah satu kata atau ungkapan yang memiliki arti khusus seperti nama ALLAH, atau bisa menggunakan dzikir atau mengucapkan “Laa Illaha ilallah, Ahamdulillah, Subhanallah, Allahu Akbar, Astagfirullah.”

- (d) Pejam kan kedua mata, hindari menutup mata terlalu kuat.
- (e) Bernafas lambat dan wajar sambil melemaskan otot mulai dari kaki, betis, paha, perut, dan pinggang. Kemudian disusul melemaskan kepala, leher, pundak dengan memutar kepala dan mengangkat pundak perlahan-lahan. Ulurkan kedua lengan dan tangan, kemudian kendurkan dan biarkan terkulai diatas lutut dengan tangan terbuka dalam posisi berdoa (jika posisi duduk).
- (f) Perhatikan nafas dan mulailah menggunakan kata fokus yang berakar pada keyakinan. Tarik nafas dari hidung, pusatkan kesadaran pada pengembangan perut. Lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan ungkapan yang telah dipilih.
- (g) Pertahan kan sikap pasif.
- (h) Lakukan selama 15 menit

c. Manfaat Dzikir

Selalu berada dalam pengawasan dan penjagaan Allah ,selama berdzikir.



Artinya : Karena itu, ingatlah kamu kepada-Ku niscaya Aku ingat (pula) kepadamu, dan bersyukurlah kepada-Ku, dan janganlah kamu mengingkari (nikmat)-Ku. [QS. AL BAQARAH 2:152]

1. Adapun Hadist riwayat Abu Hurairah R.A., Ia berkata : Rasulullah saw. Bersabda: Allah Ta'ala berfirman : aku sesuai dengan persangkaan hamba-Ku terhadap-Ku dan Aku selalu bersamanya ketika Ia mengingatKu. Apabila dia mengingat-Ku dalam dirinya, maka Aku pun akan mengingatnya dalam diri-Ku. Apabila dia mengingat-Ku dalam suatu jemaah manusia, maka Akupun akan mengingatnya dalam suatu kumpulan makhluk yang lebih baik dari mereka. Apabila dia mendekati-Ku sejengkal, maka Aku akan mendekatinya sehasta. Apabila dia mendekati-Ku sehasta, maka Aku mendekatinya sedepa. Dan apabila dia datang kepada-Ku dengan berjalan, maka Aku akan datang kepadanya dengan berlari. (Shahih Mulim. 4832).
2. Ibnu Katsir dalam kitab tafsirnya menyatakan bahwa sesungguhnya al-Quran itu merupakan obat (penawar) dan rahmat bagi kaum yang beriman. Bila seseorang mengalami keraguan, penyimpangan dan kegundahan yang terdapat dalam hati, maka al-Quran-lah yang menjadi obat (penawar) semua itu. Di samping itu al-Quran merupakan rahmat yang

membuahkan kebaikan dan mendorong untuk melakukannya.

3. Kegunaan itu tidak akan didapatkan kecuali bagi orang yang mengimani (membenarkan) serta mengikutinya. Bagi orang yang seperti ini (beriman), al-Quran akan berfungsi menjadi obat (penawar) dan sekaligus rahmat baginya. Adapun bagi orang kafir yang telah dengan sengaja mezalimi diri sendiri dengan sikap kufurnya, maka tatkala mereka mendengarkan dan membaca ayat-ayat al-Quran, tidaklah bacaan ayat-ayat al-Quran itu tidak akan berguna bagi mereka, melainkan mereka bahkan akan semakin jauh dan semakin bersikap kufur, karena hati mereka telah tertutup oleh dosa-dosa yang mereka perbuat. Dan yang menjadi sebab bagi orang kafir menjadi semakin jauh dari kesembuhan dari penyakit dan rahmat Allah itu bukanlah karena (kesalahan) bacaan aya-ayat (al-Quran)-nya, tetapi karena (disebabkan oleh) sikap mereka yang salah terhadap al-Quran. Sebagiana firman Allah Subhanâhu wa Ta'âla

يَا قَالُوا لَوْلَا فَصَّلَتْ أَيْنُهُمْ أَجْمَعِي وَعَرَبِي
 هُدَىٰ وَشِفَاءٌ وَالَّذِينَ لَا يُؤْمِنُونَ فِي
 .. .

Katakanlah: Al-Quran itu adalah petunjuk dan obat (penawar) bagi orang-orang yang beriman. Dan orang-orang yang tidak beriman pada telinga mereka ada sumbatan sedang al-Quran itu suatu kegelapan bagi mereka. Mereka itu adalah orang-orang yang dipanggil dari tempat yang jauh.” (QS Fushshilat/41: 44).

7. Konsep Teknik Relaksasi Nafas Dalam

a. Definisi

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress. Teknik relaksasi memberikan individu control diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri. Teknik relaksasi dapat digunakan, saat individu dalam kondisi sehat atau sakit. Supaya relaksasi dapat dilakukan dengan efektif, maka diperlukan partisipasi, edelmen dan mandle (1994, dalam Potter 2006).

Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan mata dan bernafas dengan perlahan dan

nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi (hirup, dua, tiga”) dan ekshalasi (“hembuskan, dua, tiga”). Hampir semua orang dengan nyeri kronis mendapatkan manfaat dari metode-metode relaksasi. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengannyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri (Smeltzer & Bare, 2002)

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress. Teknik relaksasi memberikan individu control diri ketika terjadi rasa tidak nyaman, atau nyeri. Stress fisik dan emosi pada nyeri. Teknik relaksasi digunakan saat kondisi klien sehat atau sakit. Teknik relaksasi merupakan upaya pencegahan untuk membantu tubuh segar. Supaya relaksasi dapat dilakukan dengan efektif maka diperlukan partisipasi individu dan kerjasama. Perawat bertindak sebagai pelatih, mengarahkan klien dengan perlahan melalui tahap-tahap latihan. Lingkungan harus bebas dari keributan dan stimulan lain yang mengganggu. Kien dapat duduk dikursi yang nyaman atau berbaring ditempat tidur (Patricia, 2006).

b. Cara Relaksasi Nafas Dalam

Cara relaksasi nafas dalam yang di latih perawat kepada pasien. Di mulai dengan mencari posisi-posisi yang paling nyaman, letakan lengan klien disamping, jangan silangkan kaki, gerakan sampai anda merasa tenang. Tarik nafas dalam rasakan dada dan perut terangkat perlahan, rileks, sekarang keluarkan nafas dengan perlahan-lahan dan rileks , tarik nafas sampai hitungan 1 dan 2 keluarkan nafas, keluarkan nafas pada hitungan 3 dan 4, lanjutkan bernafas dengan perlahan, tubuh anda mulai rileks, pikiran rileks. Konsentrasi pada wajah anda, rahang anda, leher anda, perhatikan setiap kesulitan nafas. Sekarang buat kepalan-kepalan di tangan yang kuat, saat anda mulai mengeluarkan nafas, relaksasikan kepalan tangan anda, apabila klien merasa tidak nyaman dan terganggu maka perawat menghentikan latihan tersebut (Patricia, 2006)

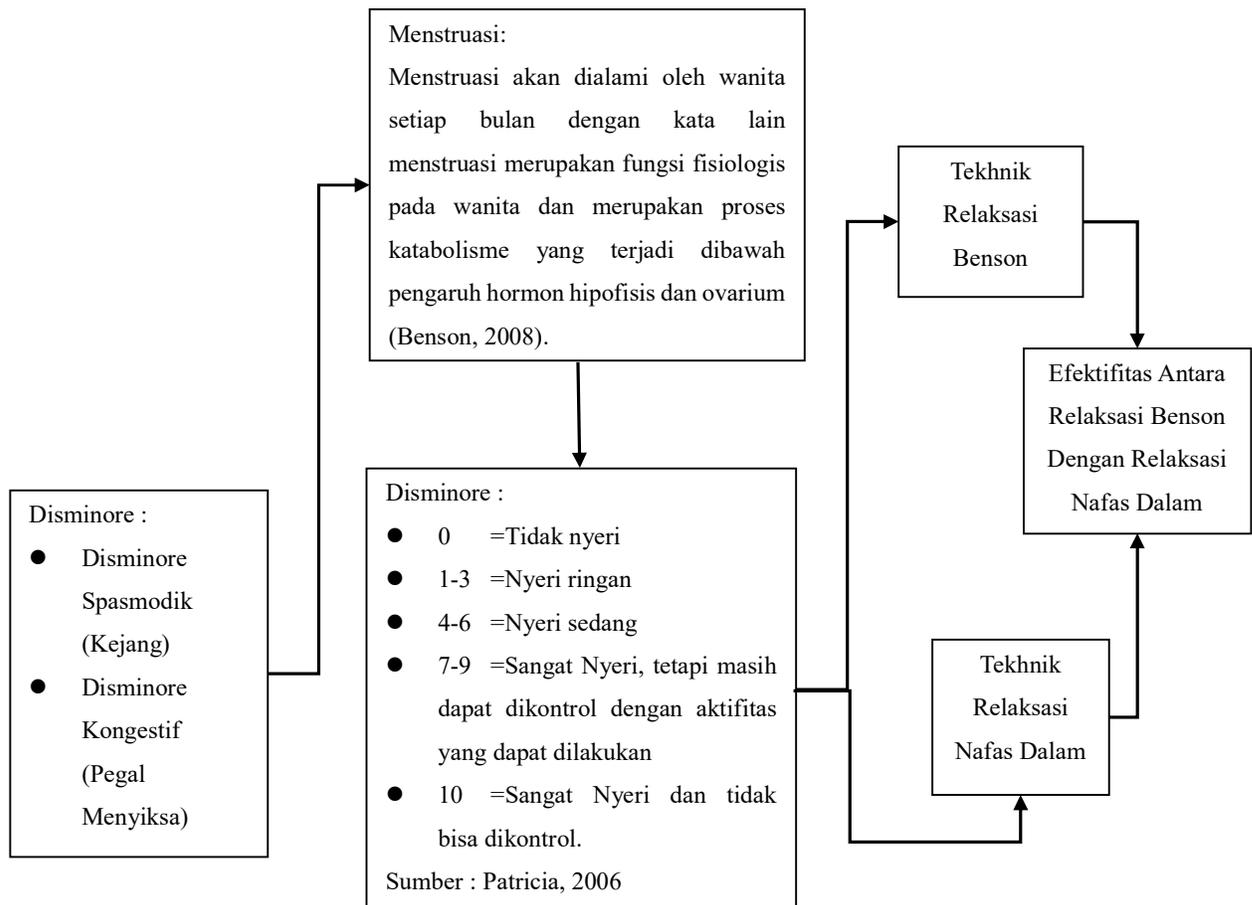
B. Penelitian Terkait

Penelitian yang dilakukan oleh Noor Azizah (2013), dengan judul “Aplikasi Relaksasi Nafas Dalam Sebagai Upaya Penurunan Skala Nyeri Menstruasi (*Dismenorrhea*) Pada Siswi Mts. Ibtidaul Falah Samirejo Dawe Kudus”. Desain penelitian *pre experimental, pre-post test one group design*. Sampel penelitian adalah 25 siswi yang telah mengalami

menstruasi dan nyeri haid. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar usia responden 13 tahun (56%), usia menarche sebagian besar usia 10 tahun (44%). Pengetahuan tentang menstruasi dengan kategori cukup 48% dan kategori kurang 44%. Hasil *uji wilcoxon* nilai $z = -4,472$ ($p < 0,05$) ada perbedaan yang bermakna penurunan skala nyeri sebelum dilakukan relaksasi dan setelah dilakukan relaksasi. Rata-rata skala nyeri sebelum dilakukan relaksasi 4,52 dan setelah dilakukan relaksasi 2,56. Hal ini menunjukkan ada pengaruh yang signifikan terhadap penurunan skala nyeri remaja. Disarankan bagi pendidikan dapat memberikan informasi sehingga nyeri haid tidak mengganggu aktifitas pembelajaran.

C.

D. Kerangka Teori Penelitian



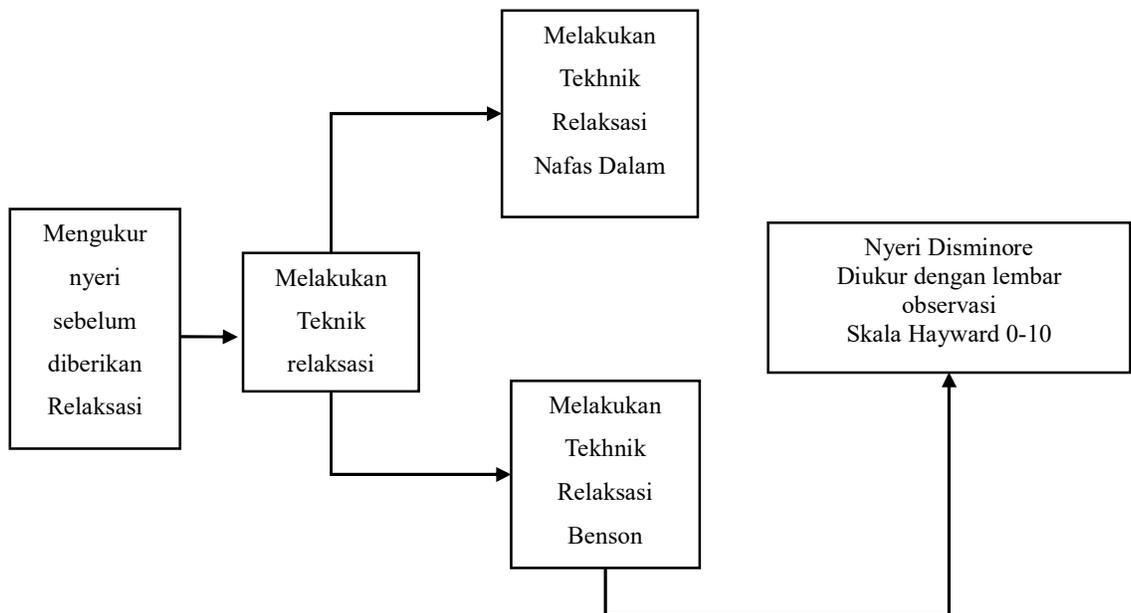
Skema 2.4 Kerangka Teori

E. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah kerangka hubungan antara konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan, Notoatmojo (1993, dalam Wasis, 2008). Kerangka konsep penelitian ini menggunakan teori proses, tingkat nyeri

disminore sebelum diberikan tehnik relaksasi merupakan input, pemberian tehnik relaksasi pernafasan merupakan proses dan tingkat nyeri disminore setelah diberikan tehnik relaksasi nafas dalam dan relaksasi benson. Setelah diberikan tehnik relaksasi pernafasan merupakan output.

Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Skema 2.5 Kerangka konsep

F. Hipotesis / Pernyataan Penelitian

“Hipotesis adalah pernyataan atau dugaan yang masih lemah. Karena, hipotesis sifatnya lemah, maka perlu dilakukan pembuktian daengan data emprisis untuk menguji kebenarannya” (Wasis, 2008).

Adapun hipotesis dalam penilitian ini adalah.

H₀ :

1. Tidak terdapat perbedaan efektifitas antara tehnik relaksasi Benson terhadap nyeri disminorea pada mahasiswa tingkat 1 Stikes Muhammadiyah Samarinda sebelum dan sesudah diberikan diberikan intervensi.
2. Tidak terdapat perbedaan efektifitas antara tehnik relaksasi nafas dalam terhadap nyeri disminorea pada mahasiswa tingkat 1 Stikes Muhammadiyah Samarinda sebelum dan sesudah diberikan intervensi.
3. Tidak terdapat perbedaan efektifitas antara tehnik relaksasi Benson dengan tehnik relaksasi nafas dalam terhadap nyeri disminorea pada mahasiswa tingkat 1 Stikes Muhammadiyah Samarinda sesudah diberikan intervensi.

H_a :

1. Terdapat perbedaan efektifitas antara tehnik relaksasi Benson terhadap nyeri disminorea pada mahasiswa tingkat 1 Stikes Muhammadiyah Samarinda sebelum dan sesudah diberikan intervensi.
2. Terdapat perbedaan efektifitas antara tehnik relaksasi nafas dalam terhadap nyeri disminorea pada mahasiswa tingkat 1 Stikes Muhammadiyah Samarinda sebelum dan sesudah diberikan intervensi.

3. Terdapat perbedaan efektifitas antara tehnik relaksasi Benson dengan tehnik relaksasi nafas dalam terhadap nyeri disminorea pada mahasiswa tingkat 1 STIKES Muhammadiyah Samarinda sesudah diberikan intervensi

BAB III
METODE PENELITIAN

BAB IV
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

Jl. Ir. H. Juanda No. 15

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan dalam bab IV dapat diambil beberapa kesimpulan dan saran yang berkaitan dengan penelitian tentang Perbandingan Efektifitas antara Tehnik Relaksasi Benson Dengan Relaksasi Nafas Dalam terhadap Nyeri Disminorre pada Mahasiswa Tingkat 1 S1-Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda.

A. Kesimpulan

Dari tujuan penelitian ini dapat diambil beberapa kesimpulan, diantaranya sebagai berikut :

1. Hasil pengukuran skala nyeri responden sebelum dilakukan intervensi (*pretest*) didapatkan hasil nilai rata-rata (*mean*) 7,85 pada kelompok relaksasi Benson dan 6,90 pada kelompok Relaksasi Nafas Dalam.
2. Hasil pengukuran skala nyeri responden sesudah dilakukan intervensi (*posttest*) didapatkan hasil nilai rata-rata (*mean*) 5,10 pada kelompok Relaksasi Benson dan 5,30 pada kelompok Relaksasi Nafas Dalam.
3. Terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik antara skor nyeri sebelum dan setelah diberikan intervensi relaksasi benson

dan relaksasi nafas dalam , ditunjukkan dengan hasil uji *Wilcoxon Signed rank* $Z = -4.134^a$, p value 0.000 (<0.05)

4. Terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik antara skor nyeri pada pengukuran pertama (*pretest*) dan pengukuran kedua (*posttest*) pada kelompok relaksasi nafas dalam ditunjukkan dengan hasil Uji *Wilcoxon Signed Rank* $Z = -3.987^a$, p value= 0.000 (< 0.05).
5. Terdapat perbedaan yg signifikan secara statistik antara penurunan skor nyeri pada kelompok relaksasi Benson dengan kelompok relaksasi nafas dalam, penurunan skor nyeri pada kelompok relaksasi Benson secara signifikan lebih besar dibanding penurunan skor nyeri pada kelompok relaksasi nafas dalam, ditunjukkan dengan hasil uji *Mann Whitney U* =26.000, p value= 0.00 (<0.05).

B. Saran

1. Bagi Mahasiswi

Pentingnya mahasiswi untuk memahami penyebab dan penanganan nyeri haid (*dismenorhea*) dengan menggunakan tehnik relaksasi benson dan relaksasi nafas dalam. Selain itu pada mahasiswi yang mengalami *dismenorhea* sekunder untuk melakukan konsultasi kepada tim kesehatan tentang penyebab maupun metode yang dapat digunakan untuk menangani *dismenorhea*.

2. Bagi Institusi

Diharapkan memiliki unit kesehatan untuk mahasiswa maupun mahasiswi yang sedang mengalami sakit salah satunya nyeri haid (*dismenorrhea*). Selain itu perlu diadakannya penyuluhan kesehatan tentang metode-metode penanganan nyeri haid saat menstruasi, dengan menggunakan relaksasi benson dan relaksasi nafas dalam bagi mahasiwi STIKES Muhammadiyah.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya bisa memperdalam penelitian tentang metode-metode non farmakologis untuk menangani nyeri haid (*dismenorrhea*). Sebaiknya untuk penelitian selanjutnya untuk menggunakan desain *quasi eksperimen*, yang mana dalam pemilihan dan pengalokasian sampel dilakukan secara acak. Desain ini dapat mengontrol variabel-variabel luar dengan lebih baik. Dan diharapkan dapat mengambil sampel yang lebih besar dari populasi yang lebih luas lagi dengan metode pengambilan sampel secara acak, sehingga didapatkan hasil yang lebih representatif dan dapat digeneralisir secara lebih luas.

DAFTAR PUSTAKA

- Lestari,A.P.,(2010).“*Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku auditor dalam penghentian prematur prosedur audit*”Skripsi. Semarang : Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro.
- Adriaansz, Wiknjosastro dan Waspodo. 2007. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta :Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjdo.
- Benson, H.M.D. 2000. *Dasar-dasar respon relaksasi dengan keyakinan pribadi anda*. Bandung. Mizan.
- Dalimartha, et.al. (2008). *Care yourself hipertensi on*. Jakarta:Penebar Plus.
- Dharma, Kusuma Kelana (2011), *Metodologi Penelitian Keperawatan :Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*,Jakarta, Trans InfoMedia.
- Djuanda S,Sularsito SA. *Dermatitis Atopik*. Dalam: Djuanda A,editor. . 2008. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, edisi 5.Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Hendrik. 2006.*Problema Haid Tinjauan Syariat Islam dan Medis*. Solo:Tiga Serangkai.
- Konsep Dasar Nyeri
(<http://qittun.blogspot.com/2008/10/konsep-dasar-nyeri.html>)
“Asosiasi Internasional untuk Studi Pain | Definisi Pain”.Diakses 12 Oktober 2010. Berasal dari Bonica JJ.Kebutuhan sebuah taksonomi. Pain.1979; 6 (3) :247-8.
- Kusmiran,Eny..2011.*Reproduksi Remaja dan Wanita*.Jakarta: Salemba Medika.
- Mubarak. 2007.*Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan aplikasi*.Jakarta:Salemba Medika.
- Nursalam. 2003. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : pedoman skripsi, tesis dan instrumen penelitian keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, (2008), *Konsep dan Penerapan Metodologi Keperawatan: Pedoman Skripsi dan Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*, Jakarta, Salemba Medika.

- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Potter dan Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, proses dan praktik edisi 4 volume 1*. Jakarta: EGC.
- Potter, Patricia A, Perry, Anne Griffin. 2006. *buku ajaran Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Prektek*. Edisi 8. Volume 2. Jakarta: EGC.
- Proverawati, A., Misaroh, S,. 2009.*Menarhce; Pertama Penuh Makna*. Bandung: Nuha Medika.
- Sarwono. S.W. 2011. *Psikologi Remaja*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Sastroasmoro, Sudigdo, dan Sofyan Ismael,2010.*Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis edisi ketiga. In: Pemilihan Subyek Penelitian dan Desain Penelitian*. Jakarta: Sagung Seto, 78-100.
- Sherwood, Lauralee. 2012. *Fisiologi Manusia dari Sel ke Sistem*. Edisi 6. Jakarta. EGC
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Smeltzer and Bare. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner and suddart Volume I Edisi 8* Alih Bahasa Oleh agung Waluyo,Dkk. Jakarta: EGC.
- Tamher, Sayuti; Heryati. 2008. *Patologi untuk Mahasiswa Keperawatan*. Jakarta : TIM.
- Tamsuri, A. 2007. *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: EGC.
- Wasis. 2008. *Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC.
- Waryana. 2010.*Gizi Reproduksi.Pustaka Rihama* : Yogyakarta.
- Wong, Donna L., (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Volume 1*, Jakarta: EGC.
- Yosep, Iyus. 2007. *Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama

LAMPIRAN

Lampiran 4

SOP (Standar Operasional Prosedur) Latihan Relaksasi Benson

Pengertian	Relaksasi Benson merupakan tehnik relaksasi yang digabung dengan keyakinan yang dianut oleh pasien. Formula kata atau kalimat tertentu yang dibaca berulang-ulang dengan melibatkan unsur keimanan dan keyakinan akan menimbulkan respon relaksasi yang lebih kuat dibandingkan dengan hanya relaksasi tanpa melibatkan unsur keyakinan. Ungkapan yang dipakai dapat berupa nama Tuhan, atau kata-kata lain yang memiliki makna menenangkan bagi pasien (Benson & Proctor, 2000).
Pra Interaksi	<ol style="list-style-type: none">1. Menyiapkan kondisi lingkungan yang nyaman dan tenang untuk melakukan latihan relaksasi nafas dalam2. Mengkaji kondisi klien3. Menyiapkan alat<ul style="list-style-type: none">● Buku catatan● Lembar observasi● Alat tulis
Pelaksanaan a. Tahap orientasi	<ol style="list-style-type: none">1. Memberikan salam sebagai pendekatan teraupetik2. Memperkenalkan diri3. Menjelaskan tujuan dan prosedur dan lama tindakan pada klien4. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan.5. Mendekatkan alat-alat bila klien siap dilakukan tindakan

	6. Memberikan kesempatan klien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai.
b. Tahap kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca basmallah 2. Dilaksanakan setelah klien menandatangani lembar persetujuan sebagai responden. 3. Menyiapkan klien <ul style="list-style-type: none"> ● Mengatur posisi klien nyaman mungkin ● Peneliti menempatkan diri disebelah kanan klien 4. Mengukur skala nyeri dengan skala Hayward 5. Mendokumentasikan pada lembar yang disediakan 6. Setelah pengukuran pre-test segera melakukan intervensi relaksasi nafas dalam. 7. Lakukan latihan relaksasi benson <ul style="list-style-type: none"> ● Usahakan situasi ruangan atau lingkungan relatif tenang. ● Atur posisi nyaman mungkin ● Pilih salah satu kata atau ungkapan yang memiliki arti khusus seperti nama ALLAH, bisa pula menggunakan dzikir dengan mengucapkan lafaz "Laa Illaha ilalah, Alhamdulillah, Subhanallah, Allahu Akbar, Astagfirullah." sembari memejamkan kedua mata. ● Bernafas lambat dan wajar sambil melemaskan otot mulai dari kaki, betis, paha, perut, dan pinggang. Kemudian disusul melemaskan kepala, leher, pundak dengan memutar kepala dan mengangkat pundak perlahan-lahan. Ulurkan kedua lengan dan tangan, kemudian kendurkan dan biarkan terkulai diatas lutut

	<p>dengan tangan terbuka dalam posisi berdoa (jika posisi duduk).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Perhatikan nafas dan mulailah menggunakan kata fokus yang berakar pada keyakinan. Tarik nafas dari hidung, pusatkan kesadaran pada pengembangan perut. Lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan ungkapan yang telah dipilih. ● Pertahankan sikap pasif. ● Lakukan selama 15 menit <p>8. Setelah dilakukan intervensi segera lakukan pengukuran skala nyeri</p>
Tahap terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merapikan klien dan membereskan alat-alat 2. Evaluasi rasa nyeri 3. Berikan dukungan kepada responden, mendokumentasikan jawaban responden
Evaluasi	Evaluasi rasa nyeri klien
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mencatat waktu dan tanggal prosedur 2) Mencatat hasil pengukuran

Lampiran 5

SOP (Standar Operasional Prosedur)

Latihan Relaksasi Nafas Dalam

Pengertian	Tekhnik relaksasi yang sederhana terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan mata dan bernafas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi (hirup, dua, tiga”) dan ekhalasi (“hembuskan, dua, tiga”)
Pra Interaksi	<ol style="list-style-type: none">4. Menyiapkan kondisi lingkungan yang nyaman untuk melakukan latihan relaksasi nafas dalam.5. Mengkaji kondisi klien6. Menyiapkan alat<ul style="list-style-type: none">● Buku catatan● Lembar observasi● Alat tulis
Pelaksanaan c. Tahap orientasi	<ol style="list-style-type: none">7. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik8. Memperkenalkan diri9. Menjelaskan tujuan dan prosedur dan lama tindakan pada klien10. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan.11. Mendekatkan alat-alat bila klien siap dilakukan tindakan12. Memberikan kesempatan klien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai.
d. Tahap kerja	<ol style="list-style-type: none">9. Membaca basmallah10. Dilaksanakan setelah klien menandatangani lembar persetujuan sebagai responden.11. Menyiapkan klien<ul style="list-style-type: none">● Mengatur posisi klien semampu dan nyaman klien● Peneliti menempatkan diri disebelah kanan klien12. Mengukur skala nyeri dengan skala hayward13. Mendokumentasikan pada lembar yang disediakan

	<p>14. Setelah pengukuran pre-test segera melakukan intervensi relaksasi nafas dalam.</p> <p>15. Lakukan latihan relaksasi nafas dalam</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dimulai dengan mencari posisi-posisi yang paling nyaman, letakan lengan klien disamping, jangan silangkan kaki, gerakan sampai anda merasa tenang. ● Tarik nafas dalam rasakan dada dan perut terangkat perlahan, rileks, sekarang keluarkan nafas dengan perlahan-lahan dan rileks. ● Hitung sampai empat , tarik nafas sampai hitungan 1 dan 2 keluarkan nafas , keluarkan nafas pada hitungan 3 dan 4, lanjutkan bernafas dengan perlahan, tubuh anda mulai rileks, pikiran rileks. ● Konsentrasi pada wajah anda, rahang anda, leher anda, perhatikan setiap kesulitan nafas. ● Sekarang buat kepalan-kepalan di tangan yang kuat, saat anda mulai mengeluarkan nafas, relaksasikan kepalan tangan anda, apabila klien merasa tidak nyaman dan terganggu maka perawat menghentikan latihan tersebut (Patricia,2006). <p>16. Setelah dilakukan intervensi segera lakukan pengukuran skala nyeri</p>
Tahap terminasi	<p>4. Merapikan klien dan membereskan alat-alat</p> <p>5. Evaluasi rasa nyeri</p> <p>6. Berikan dukungan kepada responden, mendokumentasikan jawaban responden</p>
Evaluasi	Evaluasi rasa nyeri klien
Dokumentasi	<p>3) Mencatat waktu dan tanggal prosedur</p> <p>4) Mencatat hasil pengukuran</p>

LEMBAR BIODATA RESPONDEN

A. Biodata

Nama :
Usia : Tahun
Agama :
Suku :
Tanggal :
Jenis Kelompok Intervensi :
Menarche pada usia : Tahun

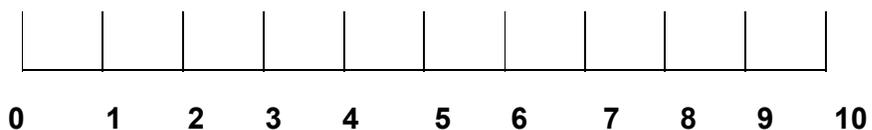
Saat menstruasi apakah
ada gangguan nyeri (disminore) Ya Tidak

Rasa nyeri seperti : Ditekan Terbakar
 Seperti Diremas seperti

mulas-mulas

Berapa lama nyeri :

Jika diberikan skala nyeri 0-10, berapa nilai nyeri yang anda rasakan saat ini ?



B. PENGUKURAN NYERI

Petunjuk :

1. Tunjukkan skala nyeri pada klien. Jelaskan dan ajari kepada klien bagaimana menunjukkan tingkat nyeri sesuai yang klien rasakan
2. Lingkari angka yang ditunjuk klien dan dokumentasikan
3. Lalu nilai tingkat nyeri klien
4. Lakukan evaluasi sebelum intervensi (pretest), dan sesudah intervensi (post test)
5. Dokumentasikan

Lampiran 7

Lembar Pengukuran nyeri pra-intervensi secara subjektif

Nama :
Usia :
Kelompok Intervensi :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tidak nyeri	Nyeri Ringan			Nyeri sedang			Sangat nyeri sangat Nyeri, tetapi masih dapat dikontrol dengan aktifitas yang dapat dilakukan			Sangat Nyeri dan tidak bisa dikontrol

Lampiran 8

Lembar
Pengukuran nyeri post-intervensi secara subjektif

Nama :
Usia :
Kelompok Intervensi :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tidak nyeri	Nyeri Ringan			Nyeri sedang			Sangat nyeri sangat Nyeri, tetapi masih dapat dikontrol dengan aktifitas yang dapat dilakukan			Sangat Nyeri dan tidak bisa dikontrol

Lampiran 10

Memberikan intervensi Relaksasi Benson kepada Responden



Uji Normalitas

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Skala Nyeri pre-Benson	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
Skala nyeri post-Benson	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
Skala nyeri pre-RND	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
Skala Nyeri post-RND	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

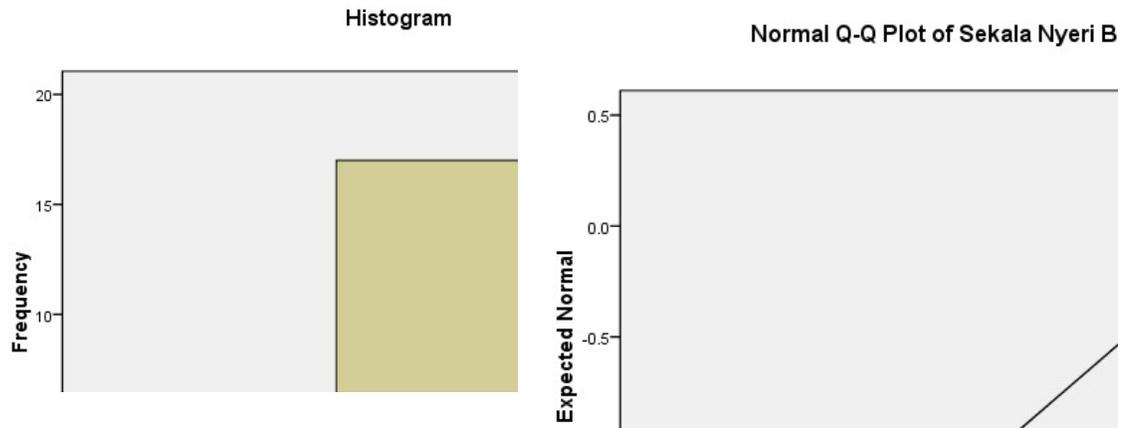
Descriptives				
			Statistic	Std. Error
Skala Nyeri pre-Benson	Mean		7.85	.082
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7.68	
		Upper Bound	8.02	
	5% Trimmed Mean		7.89	
	Median		8.00	
	Variance		.134	
	Std. Deviation		.366	
	Minimum		7	
	Maximum		8	
	Range		1	
	Interquartile Range		0	
	Skewness		-2.123	.512
	Kurtosis		2.776	.992
Skala nyeri post-Benson	Mean		5.10	.124
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.84	
		Upper Bound	5.36	
	5% Trimmed Mean		5.11	

	Median		5.00	
	Variance		.305	
	Std. Deviation		.553	
	Minimum		4	
	Maximum		6	
	Range		2	
	Interquartile Range		0	
	Skewness		.083	.512
	Kurtosis		.766	.992
Sekala nyeri pre-RND	Mean		6.90	.315
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.24	
		Upper Bound	7.56	
	5% Trimmed Mean		7.00	
	Median		7.50	
	Variance		1.989	
	Std. Deviation		1.410	
	Minimum		4	
	Maximum		8	
	Range		4	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-1.055	.512
	Kurtosis		-.191	.992
	Sekala Nyeri post-RND	Mean		5.30
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	4.64	
		Upper Bound	5.96	
5% Trimmed Mean			5.33	
Median			5.50	
Variance			2.011	
Std. Deviation			1.418	
Minimum			3	
Maximum			7	

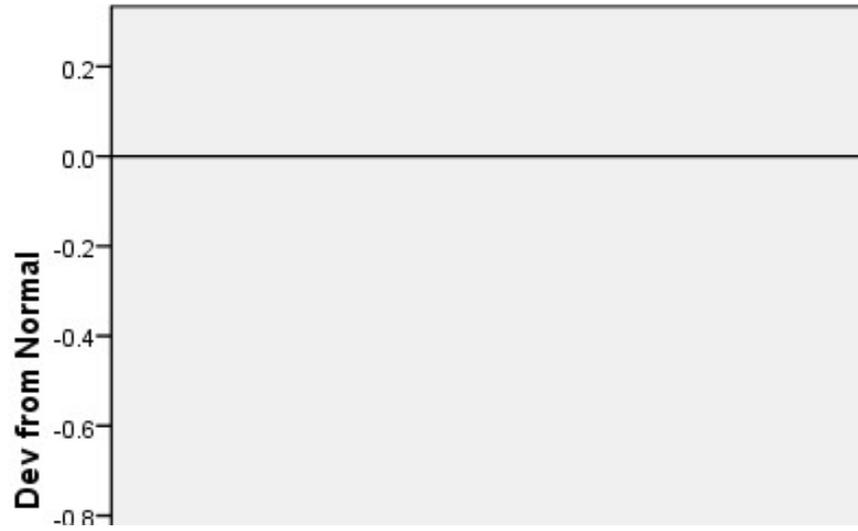
	Range	4	
	Interquartile Range	3	
	Skewness	-.347	.512
	Kurtosis	-1.117	.992

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Sekala Nyeri Benson	.509	20	.000	.433	20	.000
sekala nyeri benson	.372	20	.000	.728	20	.000
Sekala nyeri RND	.282	20	.000	.773	20	.000
Sekala Nyeri RND	.189	20	.059	.890	20	.027
a. Lilliefors Significance Correction						

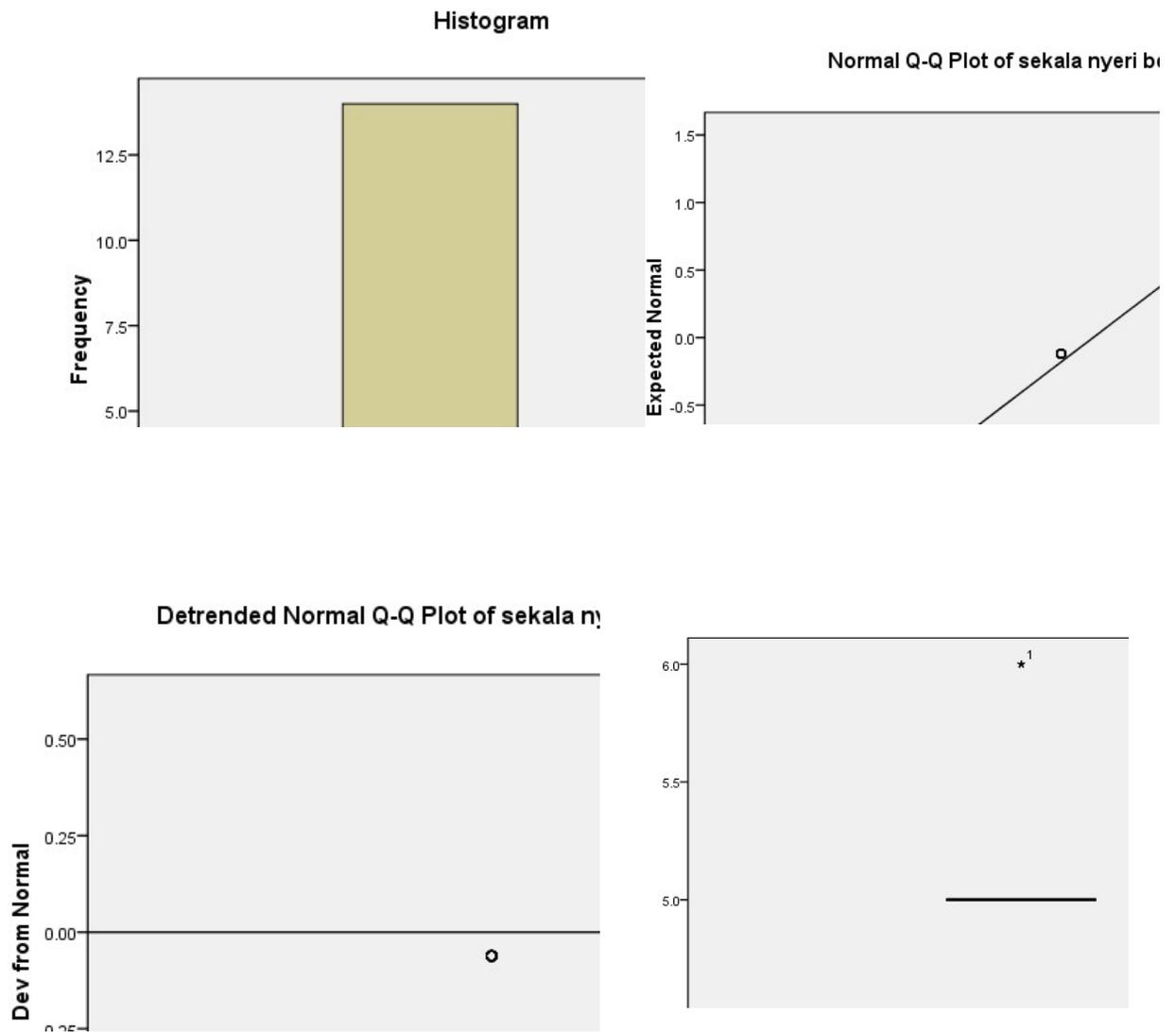
Skala Nyeri Pre-relaksasi Benson



Detrended Normal Q-Q Plot of Sekala N

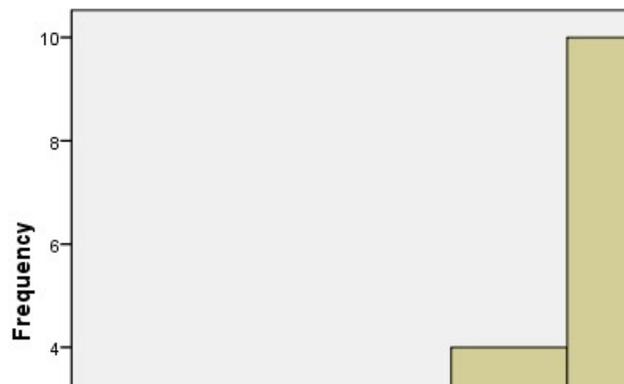


Skala nyeri Post-relaksasi Benson



Skala nyeri Pre-RND

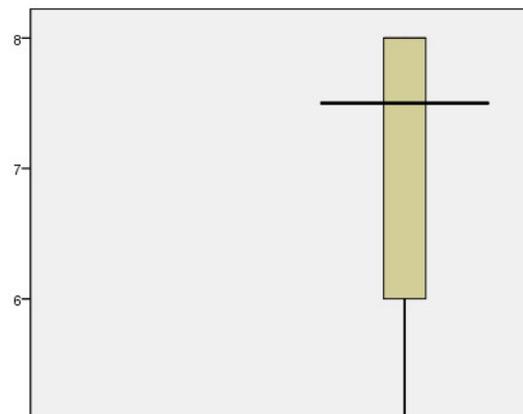
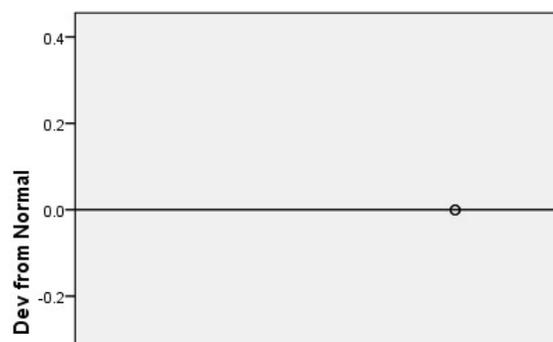
Histogram



Normal Q-Q Plot of Sekala nyeri

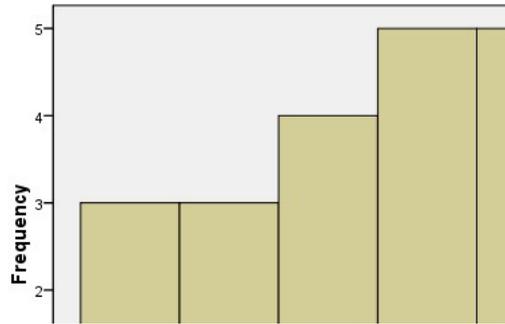


Detrended Normal Q-Q Plot of Sekala



Skala Nyeri Post-RND

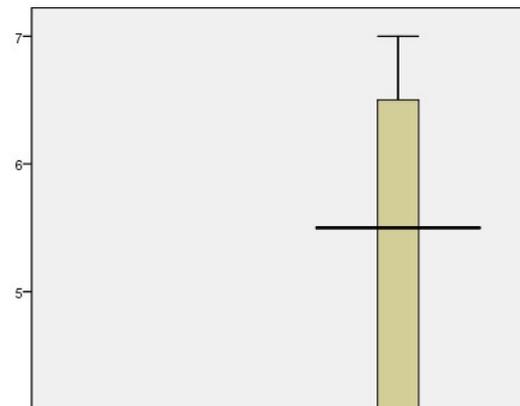
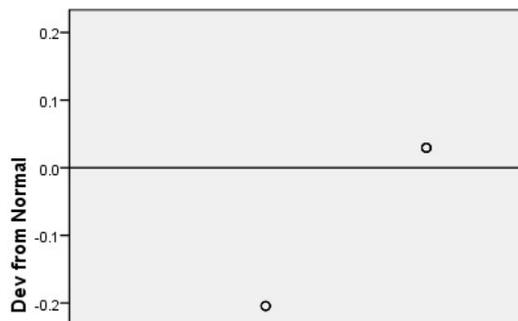
Histogram



Normal Q-Q Plot of Sekala Nyeri



Detrended Normal Q-Q Plot of Sekala



Uji Wilcoxon

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Skala nyeri preBenson - Skala Nyeri postBenson	Negative Ranks	20 ^a	10.50	210.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	0 ^c		
	Total	20		
a. Skala nyeri post-benson < Skala Nyeri pre-Benson				
b. Skala nyeri post-benson > Skala Nyeri pre-Benson				
c. Skala nyeri post-benson = Skala Nyeri pre-Benson				

Test Statistics ^{b,c}			
			skala nyeri benson - Sekala Nyeri Benson
Z			-4.134 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)			.000
Monte Carlo Sig. (2-tailed)	Sig.		.000
	95% Confidence Interval	Lower Bound	.000
		Upper Bound	.000
Monte Carlo Sig. (1-tailed)	95% Confidence Interval	Lower Bound	.000
		Upper Bound	.000
	Sig.		.000
a. Based on positive ranks.			
b. Wilcoxon Signed Ranks Test			
c. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.			

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Skala Nyeri RND - Skala nyeri RND	Negative Ranks	19 ^a	10.00	190.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	1 ^c		
	Total	20		
a. Skala Nyeri post-RND < Skala nyeri pre-RND				
b. Skala Nyeri post-RND > Skala nyeri pre-RND				
c. Skala Nyeri post-RND = Skala nyeri pre-RND				

Test Statistics ^{b,c}			
			Skala Nyeri RND - Sekala nyeri RND
Z			-3.987 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)			.000
Monte Carlo Sig. (2-tailed)	Sig.		.000
	95% Confidence Interval	Lower Bound	.000
		Upper Bound	.000
Monte Carlo Sig. (1-tailed)	95% Confidence Interval	Lower Bound	.000
		Upper Bound	.000
	Sig.		.000
a. Based on positive ranks.			
b. Wilcoxon Signed Ranks Test			
c. Based on 10000 sampled tables with starting seed 299883525.			

Mann-Whitney Test

Ranks				
	Intervensi	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Skala nyeri	Benson	20	29.20	584.00
	Relaksasi napas Dalam	20	11.80	236.00
	Total	40		

Test Statistics ^c			
			Skala nyeri
Mann-Whitney U			26.000
Wilcoxon W			236.000
Z			-5.053
Asymp. Sig. (2-tailed)			.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]			.000 ^a
Monte Carlo Sig. (2-tailed)	Sig.		.000 ^b
	95% Confidence Interval	Lower Bound	.000
		Upper Bound	.000
Monte Carlo Sig. (1-tailed)	95% Confidence Interval	Lower Bound	.000
		Upper Bound	.000
	Sig.		.000 ^b
a. Not corrected for ties.			
b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 926214481.			
c. Grouping Variable: Intervensi			

Frequencies

Statistics									
		Umur Respon den Benson	Umur respon den RND	Usia Menarce Benson	Usia Menarce RND	Skala Nyeri pre-Bens on	Skala nyeri post-benson	Skala nyeri pre-RND	Skala Nyeri post-RND
N	Valid	20	20	20	20	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		2.15	2.70	2.90	3.25	7.85	5.10	6.90	5.30
Std. Error of Mean		.150	.128	.216	.239	.082	.124	.315	.317
Median		2.00	3.00	3.00	3.00	8.00	5.00	7.50	5.50
Mode		2	3	3	3	8	5	8	6 ^a
Std. Deviation		.671	.571	.968	1.070	.366	.553	1.410	1.418
Variance		.450	.326	.937	1.145	.134	.305	1.989	2.011
Skewness		-.177	.038	-.557	.018	-2.123	.083	-1.055	-.347
Std. Error of Skewness		.512	.512	.512	.512	.512	.512	.512	.512
Kurtosis		-.548	-.395	-.455	-.100	2.776	.766	-.191	-1.117
Std. Error of Kurtosis		.992	.992	.992	.992	.992	.992	.992	.992
Range		2	2	3	4	1	2	4	4
Minimum		1	2	1	1	7	4	4	3
Maximum		3	4	4	5	8	6	8	7
Sum		43	54	58	65	157	102	138	106
a. Multiple modes exist. The smallest value is shown									

Frequency Table

Umur Responden Benson					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17 Tahun	3	15.0	15.0	15.0
	18 Tahun	11	55.0	55.0	70.0
	19 Tahun	6	30.0	30.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Umur responden RND					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18 tahun	7	35.0	35.0	35.0
	19 tahun	12	60.0	60.0	95.0
	20 tahun	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Usia Menarce Benson					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11 Tahun	2	10.0	10.0	10.0
	12 tahun	4	20.0	20.0	30.0
	13 tahun	8	40.0	40.0	70.0
	14 tahun	6	30.0	30.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Usia Menarce RND					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11 tahun	1	5.0	5.0	5.0
	12 tahun	3	15.0	15.0	20.0
	13 tahun	9	45.0	45.0	65.0
	14 tahun	4	20.0	20.0	85.0
	15 tahun	3	15.0	15.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Skala Nyeri pre-Benson					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7	3	15.0	15.0	15.0
	8	17	85.0	85.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

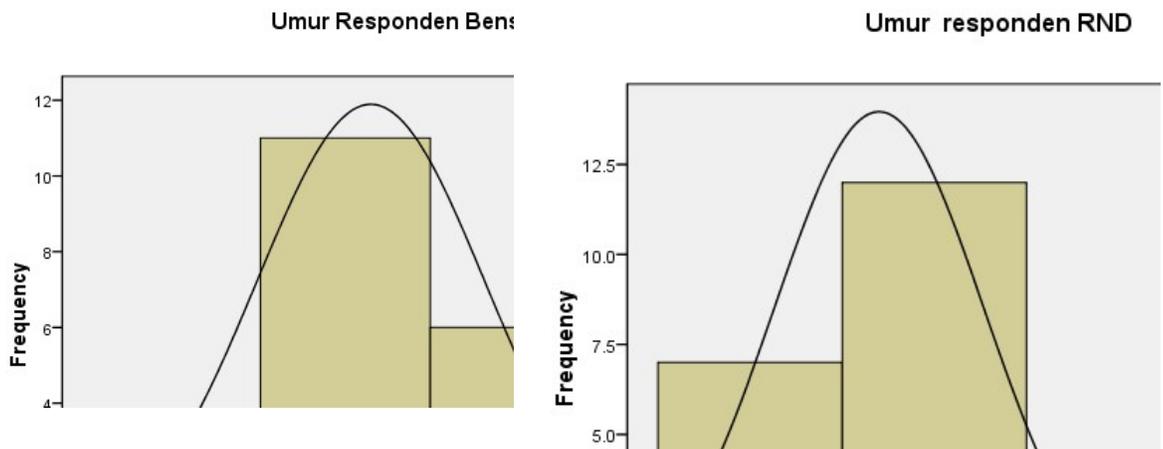
sekala nyeri post-Benson					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	2	10.0	10.0	10.0
	5	14	70.0	70.0	80.0
	6	4	20.0	20.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Skala nyeri pre-RND					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	2	10.0	10.0	10.0
	5	2	10.0	10.0	20.0
	6	2	10.0	10.0	30.0

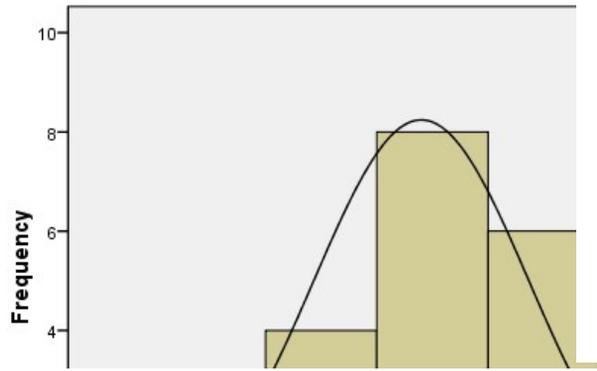
	7	4	20.0	20.0	50.0
	8	10	50.0	50.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Skala Nyeri post-RND					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	3	15.0	15.0	15.0
	4	3	15.0	15.0	30.0
	5	4	20.0	20.0	50.0
	6	5	25.0	25.0	75.0
	7	5	25.0	25.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

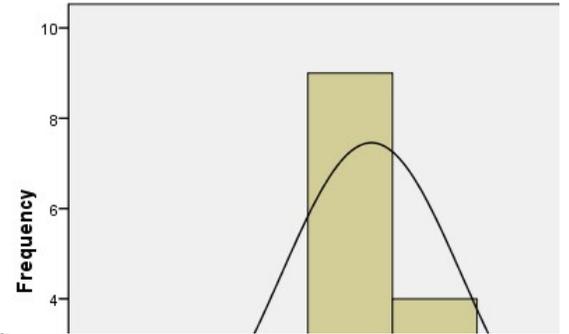
HISTOGRAM



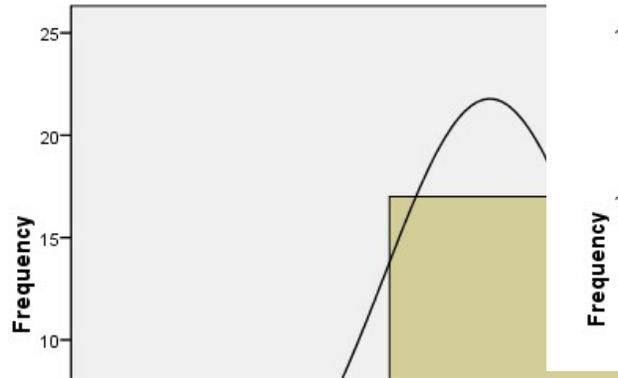
Usia Minarce bnson



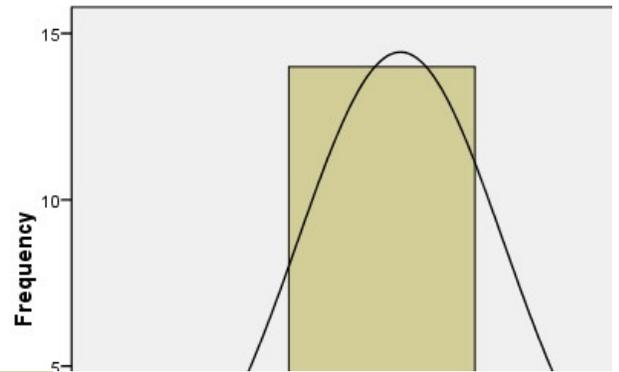
Usia Minarce RND



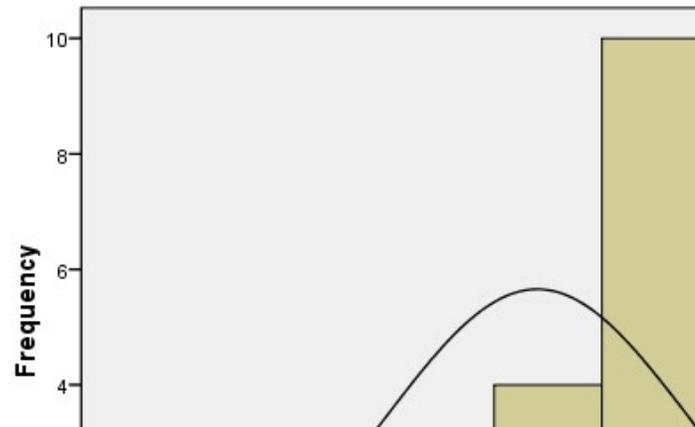
Sekala Nyeri Bens



sekala nyeri benson



Sekala nyeri RND



Sekala Nyeri RND

