

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Menstruasi

a. Pengertian Menstruasi

Menstruasi atau haid adalah perubahan fisiologis dalam tubuh wanita yang terjadi secara berkala dan dipengaruhi oleh hormon reproduksi. Hal ini terjadi setiap bulan antara usia remaja sampai menopause (Josep & Nugroho, 2010).

Menstruasi disebabkan oleh berkurangnya estrogen dan progesteron, pada akhir siklus ovarium. Hal tersebut menyebabkan beberapa efek yaitu penurunan rangsang terhadap sel-sel endometrium (Guyton & Hall, 2008).

b. Siklus Menstruasi

Siklus menstruasi menurut Nilni *et al.* (2011) sebagai berikut: siklus menstruasi mempunyai rentang waktu 23 sampai 25 hari. Pada siklus 28 hari, rata-rata menstruasi berlangsung 1 sampai 5 hari. Selama fase menstruasi pada hari pertama sampai kelima, hormon estrogen dan progesteron berada di titik terendah. Estrogen dan *Folikel Stimulating Hormon(FSH)* berada di titik terendah pada hari ke-6, mulai dari fase folikuler yaitu hari ke-6 sampai ke-12. Selama fase folikuler, estrogen yang berada pada titik terendah akan naik. Tingkat progesteron tetap

yaitu pada hari ke-13 sampai hari ke-15 ditandai dengan lutenuzing hormon yang memuncak, dan estrogen kembali menurun. Fase luteal berlangsung dari hari ke-16 sampai hari ke-2. Akhir fase luteal atau yang disebut dengan fase premenstruasi pada hari ke-24 sampai hari ke-28, ditandai dengan tingginya progesteron. Estrogen berada pada titik tengah, dan naiknya FSH secara bertahap untuk memulai pengembangan folikel yang baru. Estrogen dan progesteron menurun pada akhir fase pramenstruasi, hal tersebut menandakan bahwa fase menstruasi berikutnya akan dimulai.

c. Fase Siklus Menstruasi (Proeverawati & Maesaroh, 2009)

1) Fase Folikuler/ Fase Ploriferasi

Pada fase ini dimulai dari hari pertama sampai sebelum kadar *Lutenizing Hormon (LH)* meningkat dan terjadi pelepasan sel telur (ovulasi). Kadar FSH meningkat sehingga merangsang pertumbuhan sekitar 3 sampai 30 folikel yang masing-masing mengandung 1 sel telur. Tetapi hanya 1 folikel yang terus tumbuh, sedangkan yang lainnya akan hancur. Pada suatu siklus, sebagian endometrium dilepaskan sebagai respon terhadap penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Endometrium terdiri dari 3 lapisan. Lapisan paling atas dan lapisan tengah dilepaskan, sedangkan lapisan dasarnya tetap dipertahankan dan menghasilkan sel-sel baru untuk kembali membentuk kedua lapisan yang telah

rata-rata selama 5 hari. Darah yang hilang sebanyak 28-283gram. Pada akhir fase ini terjadi lonjakan hormon LH yang meningkat dan membantu proses terjadinya ovulasi.

2) Fase Luteal/ Fase Pra Menstruasi

Pada fase ini ovarium beraktifitas membentuk korpus luteum dari sisa-sisa folikel de Graaf yang telah mengeluarkan sel ovum pada saat terjadi proses ovulasi. Terjadi peningkatan hormon progesteron disertai dengan penurunan kadar estrogen, FSH, dan LH.

3) Fase Menstruasi

Pada fase ini terjadi peluruhan dinding endometrium disertai dengan keluarnya darah. Hormon progesteron meningkat dan akan menghambat produksi LH, begitu pula FSH dan estrogen akan meningkat.

4) Fase Regenerasi/ Fase Paska Menstruasi

Pada fase ini terjadi pemulihan kembali lapisan endometrium uteri. Ovarium mulai beraktivitas kembali untuk membentuk folikel-folikel yang dipengaruhi oleh hormon FSH dan estrogen.

2. Sindrom Pra Menstruasi

a. Pengertian Sindrom Pra Menstruasi

Sindrom pra menstruasi adalah istilah yang digunakan untuk

terjadi siklis selama fase luteal dan dalam beberapa hari dari awal fase folikuler. Sindrom tersebut akan terjadi berulang-ulang sebelum siklus menstruasi (Choi, 2009).

Pada fase folikuler terjadi stress ataupun gangguan *mood* yang terjadi akibat aktivasi pada amigdala pada sistem limbik. Sistem ini akan menstimulasi pelepasan hormon dari hipo talamus yaitu *Corticotropic Releasing Hormone (CRH)*. Hormon ini secara langsung akan menghambat sekresi GnRH hipotalamus dari tempat produksinya di nukleus arkuata. Proses ini mungkin terjadi melalui penambahan sekresi opioid endogen. Peningkatan CRH akan menstimulasi pelepasan endorfin dan *Adrenocorticotropic Hormone (ACTH)* ke dalam darah. Endorfin diketahui merupakan opiat endogen yang peranannya terbukti dapat mengurangi rasa nyeri. Sedangkan ACTH dirangsang oleh CRH secara bergelombang dengan ritme diurnal. Peningkatan kadar ACTH akan menyebabkan peningkatan pada kadar kortisol darah. Pada wanita dengan gejala amenore hipotalamik menunjukkan keadaan hiperkortisolisme yang disebabkan adanya peningkatan CRH dan ACTH. Hormon-hormon tersebut secara langsung dan tidak langsung menyebabkan penurunan kadar GnRH, dimana melalui jalan ini maka stress

b. Klasifikasi Sindrom Pra Menstruasi

Menurut Rosenfeld *et al.* (2008) sindrom pra menstruasi terbagi menjadi 2 kelas, yaitu:

1) Kelas Pertama

Terdiri dari gejala psikologis dan perilaku, seperti ketegangan, lekas marah, perubahan suasana hati, kecemasan, dan depresi.

2) Kelas Kedua

Mengacu pada aspek somatik dari sindrom, yang dapat dibagi menjadi 2 kelompok.

a) Sub Kelompok Pertama

Sub kelompok ini berkaitan dengan penyimpangan volume homeostasis dan termasuk keluhan somatik, seperti kembung, nyeri payudara, perut bengkak, dan edema pada ekstremitas.

b) Sub Kelompok Kedua

Sub kelompok ini berkaitan dengan perubahan fungsi dari sistem saraf otonom dan termasuk pusing/ringan,

Menurut Kaslow (2013) sindrom pra menstruasi dibagi menjadi 4, yaitu:

1) Sub Tipe A (*Anxiety*)

Sindrom pra menstruasi dengan gejala ketegangan saraf, perubahan suasana hati, sifat lekas marah, kecemasan, dan insomnia.

2) Sub Tipe C (*Craving*)

Sindrom pra menstruasi dengan gejala ingin makan-makanan yang lain seperti mengidam, hipoglikemia, pusing atau pingsan, kelelahan, dan sakit kepala.

3) Sub Tipe D (*Depression*)

Sindrom pra menstruasi dengan gejala depresi, pelupa, menangis, dan kebingungan.

4) Sub Tipe H (*Hydration*)

Sindrom pra menstruasi dengan gejala peningkatan berat badan, pembengkakan di ekstremitas, nyeri payudara, dan perut kembung.

c. Gejala Umum Sindrom Pra Menstruasi (Choi, 2009).

1) Fisik

Nyeri payudara dan pembengkakan, nyeri perut dan kembung, sakit kepala, sakit punggung, penambahan berat

2) Perilaku

Kecapekan, insomnia, pusing, perubahan minat seksual, dan makan berlebihan.

3) Psikologi

Cepat marah, depresi, menangis, kecemasan, ketegangan, perubahan suasana hati, kurang konsentrasi, dan kebingungan.

d. Diagnosis sindrom pra menstruasi berdasarkan kriteria *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* (Choi, 2009).

1) Gejala afektif

Depresi, meluapkan kemarahan, sifat cepat marah, kecemasan, kebingungan, penarikan sosial.

2) Gejala somatik

Nyeri payudara, perut kembung, sakit kepala, dan pembengkakan di ekstremitas.

3. Depresi

a. Pengertian Depresi

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, *anhedonia*, kelelahan, rasa putus asa dan

Depresi merupakan gangguan mental yang ditandai dengan munculnya gejala penurunan *mood*, kehilangan minat terhadap sesuatu, perasaan bersalah, gangguan tidur atau nafsu makan, kehilangan energi, dan penurunan konsentrasi (World Health Organization, 2010).

b. Etiologi Depresi

1) Faktor biologis

Monoamine neurotransmitter seperti norepinefrin, dopamin, serotonin, dan histamin merupakan teori utama yang menyebabkan gangguan mood pada pasien-pasien yang menderita depresi (Kaplan, 2010).

2) Biogenic amines

Neurotransmitter yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan mood adalah norepinefrin dan serotonin.

a) Norepinefrin

Penurunan sensitivitas dari reseptor α_2 adrenergik dan penurunan respon terhadap antidepressan berperan dalam terjadinya gangguan depresi (Kaplan, 2010).

b) Serotonin

Penurunan jumlah serotonin dapat menyebabkan terjadinya gangguan depresi, bahkan pasien yang mengalami percobaan bunuh diri mempunyai kadar

konsentrasi rendah dari uptake serotonin pada platelet (Kaplan, 2010).

c) Gangguan neurotransmitter lainnya

Pada neuron-neuron yang terdistribusi secara menyebar pada korteks cerebrum terdapat *Acetilkholine (Ach)*. Neuron-neuron yang bersifat kolinergik terdapat hubungan yang interaktif terhadap semua sistem yang mengatur monoamine neurotransmitter. Kadar kolin yang abnormal yang dimana merupakan prekursor untuk pembentukan Ach ditemukan abnormal pada pasien-pasien yang menderita gangguan depresi (Kaplan, 2010).

d) Faktor neuroendokrin

Hormon telah diketahui berperan penting dalam gangguan *mood*, khususnya gangguan depresi. Sistem neuroendokrin meregulasi hormon-hormon penting yang berperan dalam gangguan *mood*, yang akan mempengaruhi fungsi dasar, seperti: gangguan tidur, makan, seksual, dan ketidakmampuan dalam mengungkapkan perasaan senang. Tiga komponen penting dalam sistem neuroendokrin yaitu: hipotalamus, kelenjar pituitari, dan korteks adrenal yang bekerja sama dalam *feedback* biologis yang secara penuh

e) Abnormalitas otak

Studi neuroimaging, menggunakan *Computerized Tomography (CT) Scan, Positron-Emission Tomography (PET), dan Magnetic Resonance Imaging (MRI)* telah menemukan abnormalitas pada 4 area otak pada individu yang mengalami gangguan *mood*. Area-area tersebut adalah korteks prefrontal, hippocampus, korteks cingulate anterior, dan amigdala. Reduksi dari aktivitas metabolik dan reduksi volume dari *gray matter* pada korteks prefrontal, secara partikular pada bagian kiri, ditemukan pada individu dengan depresi berat atau gangguan bipolar (Kaplan, 2010).

c. Kategori Gejala Depresi (Baghai *et al.*, 2008)

1) Gejala Afektif

- a) *Mood* depresi
- b) *Anhedonia*
- c) Kecemasan

2) Perubahan Psikomotor

- a) Retardasi
- b) Agitasi
- c) Kehilangan tenaga dan aktivitas

3) Perubahan kognitif dan Memori

- a) Perasaan bersalah

- b) Perasaan tidak berharga
 - c) Gangguan suasana hati
 - d) Hilangnya konsentrasi
 - e) Penurunan memori
- 4) Gangguan Psikovegetatif dan Keluhan Somatik
- a) Insomnia atau sering bangun pagi
 - b) Perubahan diurnal
 - c) Kehilangan nafsu makan dan berat badan
 - d) Disfungsi seksual
 - e) Sembelit
 - f) Sindrom nyeri
 - g) Hipertonia
 - h) Takikardi
- 5) Tanda-tanda Biologis
- a) Tes fungsi tiroid abnormal
 - b) Ketidaknormalan aktifitas tidur
 - c) Hiperkortisol
 - d) *Atrofi hippocampal*
 - e) Faktor resiko genetik
- d. Tingkatan Depresi menurut PPDGJ III berdasarkan Gejala-gejalanya
(Maslim *cit* Lanjarsari, 2013) :
- 1) Depresi Ringan

- b) Berkurang energy yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktifitas
 - c) Konsentrasi dan perhatian yang kurang
 - d) Harga diri dan kepercayaan diri yang kurang
 - e) Lamanya gejala tersebut berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu
 - f) Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukan
- 2) Depresi Sedang
- a) Kehilangan minat dan kegembiraan
 - b) Berkurang energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas
 - c) Konsentrasi dan perhatian yang kurang
 - d) Harga diri dan kepercayaan diri yang kurang
 - e) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
 - f) Pandangan masa depan yang suram dan pesimis
 - g) Lamanya gejala tersebut berlangsung minimum 2 minggu
 - h) Mengadaptasi kesulitan untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga
- 3) Depresi Berat
- a) *Mood* depresif
 - b) Kehilangan minat dan kegembiraan

- c) Berkurang energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas
- d) Konsentrasi dan perhatian yang kurang
- e) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
- f) Pandangan masa depan yang suram dan pesimis
- g) Perbuatan yang membahayakan dirinya sendiri atau bunuh diri
- h) Tidur terganggu
- i) Muncul waham dan halusinasi
- j) Lama nya gejala tersebut berlangsung 2 minggu

A. Kerangka Konsep

