

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Disminore

1. Pengertian

Menurut M. Anwar (2014), disminore adalah nyeri saat haid, biasanya dengan rasa kram dan terpusat di abdomen bawah. Keluhan nyeri haid dapat terjadi bervariasi mulai dari yang ringan sampai berat. Nyeri haid yang dimaksud adalah nyeri haid berat sampai menyebabkan perempuan tersebut datang berobat ke dokter atau mengobati dirinya sendiri dengan obat anti nyeri.

Disminore adalah rasa sakit yang menyertai menstruasi sehingga dapat menimbulkan gangguan pekerjaan sehari-hari (Manuaba, 2009). Disminore atau menstruasi yang menimbulkan nyeri merupakan salah satu masalah ginekologi yang paling umum dialami wanita dari berbagai tingkatan usia (Bobak, 2004). Menurut Wiknjosastro (2005). Maka disimpulkan bahwa disminore merupakan nyeri haid yang mengakibatkan rasa tidak enak di perut bawah sebelum dan selama haid dan sering kali menimbulkan rasa mual.

2. Gejala disminore

Menurut manuaba (2009), gejala disminore terdiri dari nyeri abdomen bagian bawah kemudian menjalar ke daerah pinggang dan paha, dan terkadang disertai mual, muntah, sakit kepala dan diare.

Menurut Maulana (2008) mengatakan bahwa gejala dan tanda dari disminore adalah nyeri pada bagian bawah yang bias menjalar ke punggung bagian bawah dismenore sekunder berarti nyeri panggul yang disebabkan oleh (sekunder) gangguan atau penyakit, penyebab dismenore sekunder meliputi penyakit radang panggul,

endometriosis, adenomiosis, dan penggunaan alat kontrasepsi. Pada umumnya wanita merasakan keluhan berupa nyeri atau kram perut menjelang haid yang dapat berlangsung hingga 2-3 hari, dimulai sehari sebelum mulai haid.

Berdasarkan data dari berbagai negara, angka kejadian disminore di dunia cukup tinggi. Diperkirakan 50% dari seluruh wanita di dunia menderita disminore dalam sebuah siklus menstruasi (Calis, 2011). Di Amerika Serikat diperkirakan hampir 90% wanita mengalami dismenore dan 10-15% diantaranya mengalami dismenore berat, yang menyebabkan mereka tidak mampu melakukan kegiatan apapun dan ini akan menurunkan kualitas hidup pada individu masing-masing dari tungkai. Nyeri dirasakan sebagai kram yang hilang timbul atau sebagian nyeri tumpul yang terus menerus ada. Biasanya nyeri timbul sesaat sebelum atau selama menstruasi, serta mencapai puncaknya dalam 24 jam dan setelah 2 hari akan hilang. Disminore juga sering disertai sakit kepala, mual, sembelit, diare dan sering berkemih. Kadang terjadi sampai muntah.

3. Jenis Disminore

a. Disminore Primer

Disminore primer adalah nyeri haid tanpa ditemukan keadaan patologi pada panggul. Disminore primer berhubungan dengan siklus ovulasi dan disebabkan oleh kontraksi myometrium sehingga terjadi iskemia akibat adanya prostaglandin yang diproduksi oleh endometrium fase sekresi. Peningkatan kadar prostaglandin tertinggi saat haid terjadi pada 48 jam pertama. Hal ini sejalan dengan awal muncul dan besarnya intensitas nyeri haid. Keluhan mual, muntah, nyeri kepala, atau diare sering menyertai disminore yang diduga karena masuknya prostaglandin ke sirkulasi sistemik (M. Anwar, 2014). Sifat rasa nyeri ialah kejang berjangkit-jangkit, biasanya terbatas pada perut bawah, tetapi dapat menyebar ke daerah pinggang dan paha (Simanjuntak, 2008).

b. Disminore Sekunder

Disminore sekunder adalah nyeri haid yang berhubungan berbagai keadaan patologis di organ genitalia, misalnya endometriosis, adenomiosis, mioma uteri, stenosis serviks, penyakit radang panggul, perlekatan panggul, atau irritable bowel syndrome (M. Anwar, 2014). Disminore biasanya ditemukan jika terdapat penyakit atau kelainan pada alat reproduksi. Nyeri dapat terasa sebelum, selama, dan sesudah haid (Laila, 2011). Proverawati dan misaroh (2009), menyebutkan bahwa disminore atau yang sering disebut juga disminore ekstrinsik terjadi pada wanita yang sebelumnya tidak mengalami disminore.

4. Derajat Disminore

Menurut Manuaba (2001), disminore secara klinis dibagi menjadi 3 tingkat keparahan, yaitu:

a. Disminore ringan

Disminore yang berlangsung beberapa saat dan klien masih dapat melaksanakan aktifitas sehari-hari.

b. Disminore sedang

Disminore itu membuat klien memerlukan penanganan dan kondisi penderita masih dapat beraktivitas.

c. Disminore berat

Disminore berat membuat klien memerlukan istirahat beberapa hari dan dapat disertai sakit kepala, migrain, pingsan, diare, rasa tertekan, mual dan sakit perut dan tidak dapat melakukan aktifitas sehari-hari.

5. Penanganan Disminore

1) Adanya beberapa hal yang dapat dilakukan untuk menangani disminore sehingga

menurunkan angka kejadian disminore dan mencegah disminore tidak bertambah berat (Wiknjosastro, 2010):

a. Penerangan dan nasehat

Perlu dijelaskan kepada penderita bahwa disminore primer adalah gangguan siklus menstruasi yang tidak berbahaya untuk kesehatan. Hendaknya dalam masalah ini diadakan penjelasan dan diskusi mengenai informasi disminore, penanggulangan yang tepat serta pencegahan agar disminore tidak mengarah pada tingkat yang sedang bahkan ke tingkat berat. Penjelasan tentang pemenuhan nutrisi yang baik perlu diberikan, karena dengan pemenuhan nutrisi yang baik maka status gizi remaja menjadi baik. Tidak menutup kemungkinan bahwa ketahanan tubuh meningkat dan gangguan menstruasi dapat dicegah dapat berguna dan terkadang juga diperlukan psikoterapi.

b. Pemberian obat analgesik

Obat analgesik yang sering digunakan adalah preparat kombinasi aspirin, fenasetin, kafein. Contoh obat yang beredar di pasaran antara lain ponstan, novalgin, acetaminophen dan sebagainya.

c. Terapi hormonal

Tujuan terapi hormonal adalah menekan ovulasi. Tindakan ini bersifat sementara dengan maksud untuk membuktikan bahwa gangguan benar berupa disminore primer, sehingga wanita dapat tetap melakukan aktifitas sehari-hari. Tujuan ini dapat dicapai dengan pemberian pil kombinasi kontrasepsi.

d. Terapi dengan obat nonsteroid antiprostaglandin

Obat ini memegang peranan penting terhadap disminore primer. Termasuk disini

indometasin dan naproksen. Kurang lebih 70% penderita mengalami perbaikan. Hendaknya pengobatan diberikan sebelum haid mulai, satu sampai tiga hari sebelum haid dan pada hari pertama.

2) Penanganan disminore menggunakan terapi nonfarmakologi menurut Smeltzer & Bare (2002), mengemukakan bahwa upaya yang digunakan adalah:

a. Stimulasi dan Masase

Kutaneus, masase adalah stimulus kutaneus tubuh secara umum, sering di pusatkan pada punggung dan bahu. Masase dapat membuat pasien lebih nyaman karena masase membuat relaksasi otot. Terapi es dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitifitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Terapi panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat turut menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan.

b. Transcutaneous Elektrikal Nerve Stimulation

(TENS), TENS dapat menurunkan nyeri dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (*non-neseptor*) dalam area yang sama seperti pada serabut yang menstramisikan nyeri. TENS menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri.

c. Distraksi

distraksi adalah pengalihan perhatian dari hal yang menyebabkan nyeri, contoh: menyanyi, berdoa, menceritakan gambar atau foto dengan kertas, mendengar musik dan bermain satu permainan.

d. Relaksasi

Relaksasi merupakan teknik pengendoran atau pelepasan ketegangan. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama (teknik relaksasi nafas dalam. Contoh: bernafas dalam-dalam dan pelan.

e. Imajinasi

Imajinasi merupakan hayalan atau membayangkan hal yang lebih baik khususnya dari rasa nyeri yang dirasakan.

f. Teknik Relaksasi

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan darah (Smeltzer & Bare, 2002). Pada kondisi rileks tubuh akan menghentikan produksi hormon adrenalin dan semua hormon yang diperlukan saat stress. Karena hormon seks esterogen dan progesteron serta hormon stres adrenalin diproduksi dari blok bangunan kimiawi yang sama. Ketika kita mengurangi stres maka mengurangi produksi kedua hormon seks tersebut. Jadi, perlunya relaksasi untuk memberikan kesempatan bagi tubuh untuk memproduksi hormon yang penting untuk mendapatkan haid yang bebas dari nyeri (Smeltzer & Bare, 2002). Smeltzer & Bare (2002), menyatakan bahwa tujuan teknik relaksasi napas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress

baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.

g. Kompres Hangat

Perry & Potteer (2005), mengemukakan bahwa kompres hangat adalah pengompresan yang dilakukan dengan mempergunakan buli-buli panas yang dibungkus kain yaitu secara konduksi dimana terjadi pemindahan panas dari buli-buli ke dalam tubuh sehingga akan menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan akan terjadi penurunan ketegangan otot sehingga nyeri haid yang dirasakan akan berkurang atau hilang. Menurut Smeltzer & Bare (2002), kompres hangat mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat turut menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan. Bobak (2005) menyatakan bahwa kompres hangat berfungsi untuk mengatasi atau mengurangi nyeri, dimana panas dapat meredakan iskemia dengan menurunkan kontraksi uterus dan melancarkan pembuluh darah sehingga dapat meredakan nyeri dengan mengurangi ketegangan dan meningkatkan perasaan sejahtera, meningkatkan aliran menstruasi, dan meredakan vasokongesti pelvis. Menurut Perry & Potteer (2005) tujuan dari kompres hangat adalah pelunakan jaringan fibrosa, membuat otot tubuh lebih rileks, menurunkan rasa nyeri, dan memperlancar pasokan aliran darah dan memberikan ketenangan pada klien. Kompres hangat yang digunakan berfungsi untuk melebarkan pembuluh darah, menstimulasi sirkulasi darah, dan mengurangi kekakuan.

6. Faktor yang mempengaruhi disminore

Menurut Proverawati dan Misaroh (2009), wanita yang beresiko mengalami disminore meliputi wanita yang merokok, wanita yang berminum alkohol atau soda

selama menstruasi (soda cenderung untuk memperpanjang nyeri haid), wanita yang mengalami menstruasi sebelum usia 11 dan ada riwayat nyeri menstruasi pada keluarga.

Mahavash *et. all* (2012) dalam penelitiannya menyatakan bahwa latihan fisik memiliki pengaruh yang positif terhadap kejadian disminore. Menurut Wiknjosastro (2007) terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi disminore antara lain:

a. Faktor Kejiwaan (Stres)

Pada gadis-gadis yang secara emosional tidak stabil, apalagi jika mereka tidak mendapat penerangan yang baik tentang proses haid, mudah timbul disminore. disminore primer banyak dialami oleh remaja yang sedang mengalami tahap pertumbuhan dan perkembangan baik fisik maupun psikis. Ketidak siapan remaja putri dalam menghadapi perkembangan dan pertumbuhan pada dirinya tersebut, mengakibatkan gangguan psikis yang akhirnya menyebabkan gangguan fisiknya, misalnya gangguan haid seperti disminore (Hurlock, 2007). Wanita mempunyai emosional yang tidak stabil, sehingga mudah mengalami disminore primer. Faktor kejiwaan, bersamaan dengan disminore akan menimbulkan gangguan tidur (*insomnia*).

b. Faktor Konstitusi

Faktor konstitusi berhubungan dengan faktor kejiwaan sebagai penyebab timbulnya disminore primer yang dapat menurunkan ketahanan seseorang terhadap nyeri. Faktor ini antara lain:

1) Anemia

Anemia adalah defisiensi eritrosit atau hemoglobin atau dapat keduanya hingga menyebabkan kemampuan mengangkat oksigen berkurang. Sebagian besar penyebab anemia adalah kekurangan zat besi yang diperlukan untuk

pembentukan hemoglobin, sehingga disebut anemia kekurangan zat besi. Kekurangan zat besi ini dapat menimbulkan gangguan atau hambatan pada pertumbuhan baik sel tubuh maupun sel otak dan dapat menurunkan daya tahan tubuh seseorang, termasuk daya tahan tubuh terhadap rasa nyeri.

2) Penyakit menahun

Penyakit menahun yang diderita seorang perempuan akan menyebabkan tubuh kehilangan terhadap suatu penyakit atau terhadap rasa nyeri. Penyakit yang termasuk penyakit menahun dalam hal ini adalah asma dan migrain (Wiknjosastro, 2010).

c. Faktor Obstruksi Kanalis Servikalis

Teori tertua menyatakan bahwa disminore primer disebabkan oleh stenosis kanalis servikalis. Pada perempuan dengan uterus dalam hiperantifeksi mungkin dapat terjadi stenosis kanalis servikalis, akan tetapi hal ini sekarang tidak dianggap sebagai faktor yang penting sebagai penyebab disminore. Banyak perempuan yang menderita disminore tanpa stenosis servikalis dan tanpa uterus dalam hiperantifeksi. Sebaliknya terdapat perempuan tanpa keluhan disminore, walaupun ada stenosis servikalis dan uterus terletak dalam hiperantiinfeksi atau hiperretrofleksi. Mioms submukosum bertangkai atau polip endometrium dan menyebabkan disminore karena otot-otot uterus berkontraksi keras dalam usaha untuk melainkan kelainan tersebut.

d. Faktor Endokrin

Kejang pada disminore primer disebabkan oleh kontraksi yang berlebihan. Hal ini disebabkan karena endometrium dalam fase sekresi memproduksi prostaglandin $F_2 \alpha$ berlebih akan dilepaskan dalam peredaran darah, maka selain

disminore, dijumpai pula efek umum, seperti diare, *nausea*, dan muntah.

e. Faktor Alergi

Teori ini dikemukakan setelah adanya asosiasi antara disminore primer dengan urtikaria, migren atau asma bronkial.

B. Pengetahuan

1. Pengertian

Pengetahuan (*knowledge*) adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui pendidikan, pengalaman orang lain, media massa maupun lingkungan (Notoatmodjo,2010).

Pengetahuan pada dasarnya terdiri dari sejumlah fakta dan teori yang memungkinkan seseorang dapat memecahkan masalah yang dihadapinya. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*). Pengetahuan diperlukan sebagai dukungan dalam menumbuhkan rasa percaya diri maupun sikap dan perilaku setiap hari, sehingga dapat dikatakan bahwa pengetahuan merupakan fakta yang mendukung tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2010).

2. Klasifikasi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010) Pengetahuan dalam struktur kognitif hirarki mencakup enam klasifikasi, yaitu :

- 1) Tahu (*Know*)

Tahu di artikan sebagai pingingat suatu materi yang telah di pelajari sebelumnya termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang di pelajari atau rangsangan yang di terima.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar-benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi di artikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang di pelajari pada situasi atau kondisi *reall* (sebenarnya).

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen. Tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis menunjuk pada kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk meletakkan justifikasi atau penelitian terhadap suatu materi atau objek.

3. Proses Adopsi Pengetahuan

Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa apabila suatu pembuatan yang didasari oleh penguasaan akan lebih langgeng dari pada pembuatan

yang tidak didasari pengetahuan, dan apabila manusia mengadopsi perbuatan dalam diri seseorang tersebut akan terjadi proses sebagai berikut:

1) *Awareness* (Kesadaran)

Dimana orang menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek).

2) *Interest* (Tertarik)

Subyek mulai tertarik pada stimulus atau obyek tersebut, maka disini sikap obyek sudah timbul.

3) *Evaluation* (Evaluasi)

Menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus-stimulus bagi dirinya, hal ini berarti sikap respon sudah lebih baik lagi.

4) *Trial* (Mencoba)

Dimana subyek mulai mencoba melaksanakan sesuatu hal sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus atau obyek.

5) *Adaptation* (Adaptasi)

Subyek mencoba melaksanakan sesuatu sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus. Penerimaan perilaku baru atau adopsi yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2010).

Disebutkan pula bahwa pengetahuan merupakan suatu wahana untuk mendasari seseorang berperilaku secara alamiah, sedangkan tingkatannya maupun lingkungan pergaulan melalui pengetahuan yang didapatnya akan mendasari seseorang dalam mengambil keputusan rasional dan efektif untuk kesehatannya. Semakin tinggi

tingkat pengetahuan seseorang untuk mengadaptasikan dirinya dalam lingkungan inovasi yang baru maka semakin baik pula penerimaannya (Notoatmodjo, 2010).

4. Cara memperoleh pengetahuan

Cara memperoleh pengetahuan dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu :

a. Cara tradisional atau non ilmiah

Cara kuno atau tradisional ini dipakai orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelum ditemukannya metode ilmiah atau metode penemuan secara sistematis dan logis adalah dengan cara non ilmiah, tanpa melalui penelitian.

b. Cara ilmiah dalam memperoleh pengetahuan

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah, atau lebih populer disebut metodologi penelitian (*research methodology*). Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626). Ia adalah seorang tokoh yang mengembangkan metode berpikir induktif. Mula-mula ia mengadakan pengamatan langsung terhadap gejala-gejala alam atau kemasyarakatan. Kemudian hasil pengamatannya tersebut dikumpulkan dan diklasifikasikan, dan akhirnya diambil kesimpulan umum. Kemudian metode berpikir induktif yang dikembangkan oleh Bacon ini dilanjutkan oleh Deobold van Dallen. Ia mengatakan bahwa dalam memperoleh kesimpulan dilakukan dengan mengadakan observasi langsung, dan membuat pencatatan-pencatatan terhadap semua fakta sehubungan dengan objek yang diamatinya. Pencatatan ini mencakup tiga hal pokok, yakni :

c. Segala sesuatu yang positif, yakni gejala tertentu yang muncul pada saat dilakukan pengamatan.

- d. Segala sesuatu yang negatif, yakni gejala tertentu yang tidak muncul pada saat dilakukan pengamatan.
- e. Gejala-gejala yang muncul bervariasi, yaitu gejala-gejala yang berubah-ubah pada kondisi-kondisi tertentu, (Notoatmodjo, 2010).

5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Notoatmodjo (2007), berpendapat bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu:

a. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seorang yang berpendidikan rendah tidak berarti muntlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak muntlak diperoleh di pendidikan formal, akan juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang sesuatu objek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap obyek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari obyek yang diketahui, akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap obyek tersebut.

b. Media masa/ informasi

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun nonformal dapat memberikan pengetahuan jangka pendek (*immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan. Majunya teknologi akan tersedia bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang informasi baru. Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, penyuluhan dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang. Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.

c. Sosial budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

d. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut.

Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

e. Pengalaman

Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman baik dari pengalaman baik dari pengalaman pribadi maupun dari pengalaman orang lain. Pengalaman ini merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran suatu pengetahuan.

f. Usia

Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambahnya usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia tengah (41-60 tahun) seseorang tinggal mempertahankan prestasi yang telah dicapai pada usia dewasa. Sedangkan pada usia tua (>60 tahun) adalah usia tidak produktif lagi dan hanya menikmati hasil dari prestasinya. Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan sehingga menambah pengetahuan.

6. Cara Mengukur Tingkat Pengetahuan

Menurut Nursalam (2010) menyatakan bahwa pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan cara wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalam pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan diatas:

- a. Tingkat pengetahuan baik bila skor >75%- 100%.
- b. Tingkat pengetahuan cukup bila skor 56%- 75%
- c. Tingkat pengetahuan kurang bila skor <56%. (Nursalam, 2010).

C. KONSEP REMAJA

1. Pengertian

Menurut Behrman Kliegman dan Jenson (2004), remaja adalah mereka yang berusia 10-20 tahun, dan ditandai dengan perubahan dalam bentuk dan ukuran tubuh, fungsi tubuh, psikologi dan aspek fungsional. Dari segi usia remaja dapat dibagi menjadi remaja awal/ *early adolescence* (10-13 tahun), remaja menengah/ *middle adolescence* (14-16 tahun), dan remaja lanjut/ *late adolesce* (17-20 tahun).

Istilah *adolescence* atau remaja berasal dari kata lain *adolescence* (kata bendanya yang berarti remaja) yang berarti tumbuh atau tumbuh menjadi dewasa. Menurut Piaget mengatakan secara psikologis, masa remaja adalah usia dimana anak tidak lagi merasa dibawah tingkat orang-orang yang lebih tua melainkan berada dalam tingkatan yang sama (Hurlock, 2004).

Monks (2006) mengungkapkan masa remaja sering pula disebut adolesensi (*adultus* sama dengan menjadi dewasa atau dalam perkembangan menjadi dewasa).

2. Pembagian masa remaja

Menurut Widyastuti dkk (2009), masa remaja dibagi menjadi tiga tahap, yaitu:

- a. Masa remaja awal (10-12 tahun)
 - 1) Tampak dan memang merasa lebih dekat dengan teman sebaya.
 - 2) Tampak dan mersa ingin bebas.
 - 3) Tampa dan memang lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya dan mulai berfikir yang khayal (abstrak).
- b. Masa remaja tengah (13-15 tahun)
 - 1) Tampak dan merasa ingin mencari identitas diri.
 - 2) Ada keinginan untuk berkencan atau ketertarikan pada lawan jenis.
 - 3) Timbul perasaan cinta yang mendalam

- 4) Kemampuan berfikir abstrak (berkhayal) makin berkembang.
 - 5) Berkhayal mengenai hal-hal yang berkaitan dengan seksual.
- c. Masa remaja akhir (16-19 tahun)
- 1) Menampakan pengungkapan kebebasan diri.
 - 2) Dalam mencari teman sebaya lebih selektif.
 - 3) Memiliki citra (gambaran, keadaan, peranan) terhadap dirinya.
 - 4) Memiliki kemampuan berfikir khayal yang abstrak.

D. Pendidikan Kesehatan

1. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang di harapkan oleh pelaku pendidikan, yang tersirat dalam pendidikan adalah: input adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok dan masyarakat), pendidik adalah (pelaku pendidikan), proses adalah (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain), output adalah (melakukan apa yang diharapkan atau perilaku) (Notoatmodjo, 2012). Kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, sepiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi, dan menurut (WHO) yang paling baru ini memang lebih luas dan dinamis di dibandingkan dengan batasan sebelumnya yang mengatakan, bahwa kesehatan adalah keadaan sempurna, baik fisik maupun mental dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat (Notoatmodjo, 2012).

Pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku, agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan. Dengan perkataan lain, promosi kesehatan mengupayakan agar perilaku individu, kelompok atau

masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

2. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Secara umum, tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat di bidang kesehatan (Maulana 2009). Tujuan pendidikan kesehatan dapat dirinci sebagai berikut:

- 1) Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat. Pendidik kesehatan bertanggung jawab mengarahkan cara-cara hidup sehat menjadi kebiasaan hidup masyarakat sehari-hari.
- 2) Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
- 3) Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada. Memanfaatkan sarana pelayanan yang ada, saat kondisi sakit tetapi tidak menggunakan sarana kesehatan yang ada dengan semestinya.

3. Sasaran Pendidikan Kesehatan

Kelompok sasaran pendidikan kesehatan:

1) Sasaran Primer

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan.

2) Sasaran Sekunder

Para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, tokoh adat, dan sebagainya. Disebut sasaran sekunder, karena dengan memberikn pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat disekitarnya. Upaya promosi kesehatan

yang ditunjukkan kepada sasaran sekunder ini adalah sejalan dengan strategi dukungan social (*social support*).

4. Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2012; h.51-56) metode pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 macam, yaitu :

1. Metode Individual (Perorangan)

Metode ini dibagi menjadi 2 bentuk, yaitu :

a. Bimbingan dan penyuluhan (*Guidance and counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut dengan sukarela, berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut atau berperilaku baru

1) Wawancara (interview)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, apakah ia tertarik atau tidak terhadap perubahan. Juga untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum, maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2) Metode Kelompok

Metode kelompok ini harus memperhatikan apakah kelompok tersebut besar atau kecil, karena metodenya akan lain. Efektifitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

a) Kelompok besar

Apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini antara lain ceramah dan seminar.

1) Ceramah

Metode yang cocok untuk yang berpendidikan tinggi maupun rendah.

2) Seminar

Metode ini cocok digunakan untuk kelompok besar dengan pendidikan menengah atas. Seminar sendiri adalah suatu penyajian (presentasi) dari seorang ahli atau beberapa orang ahli dengan topik yang dianggap penting biasanya dianggap hangat dimasyarakat.

b) Kelompok kecil

Apabila peserta kegiatan ini kurang dari 15 orang

1) Diskusi kelompok

Kelompok ini dibuat saling berhadapan, ketua kelompok menempatkan diri diantara kelompok, setiap kelompok punya kebebasan untuk mengutarakan pendapat, biasanya pemimpin mengarahkan agar tidak ada dominasi antar kelompok.

2) Curah pendapat (*Brian storming*)

Merupakan hasil dari modifikasi kelompok, tiap kelompok memberikan pendapatnya, pendapat tersebut di tulis di papan tulis, saat memberikan pendapat tidak ada yang boleh mengomentari pendapat siapapun sebelum semuanya mengemukakan pendapatnya, kemudian tiap anggota berkomentar lalu terjadi diskusi.

3) Bola salju (*Snow balling*)

Setiap orang di bagi menjadi berpasangan, setiap pasang ada 2 orang. Kemudian diberikan satu pertanyaan, beri waktu kurang lebih 5 menit kemudian setiap 2 pasang bergabung menjadi satu dan mendiskusikan pertanyaan tersebut, kemudian 2 pasang yang beranggotakan 4 orang tadi bergabung lagi dengan kelompok yang lain, demikian seterusnya sampai membentuk kelompok satu kelas dan timbulah diskusi.

4) Kelompok-kelompok kecil (*Buzz group*)

Kelompok di bagi menjadi kelompok-kelompok kecil kemudian dilontarkan satu pertanyaan kemudian masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut dan kemudian kesimpulan dari kelompok tersebut dicari kesimpulannya.

5) Bermain peran (*Role play*)

Beberapa anggota kelompok ditunjuk untuk memrankan suatu peranan misalnya menjadi dokter, perawat atau bidan, sedangkan anggotayang lain sebagai pasien atau masyarakat.

6) Permainan simulasi (*Simulation game*)

Metode ini merupakan gabungan antara role play dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli, beberapa orang ditunjuk untuk mermainkan peranan dan yang lain sebagai narasumber.

3) Metode Massa

Metode pendekatan massa cocok untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditunjukkan kepada masyarakat. Pada umumnya bentuk pendekatan ini dilakukan secara tidak langsung atau menggunakan media massa.

5. Teori keperawatan

Teori keperawatan menurut Nola J. Pender

a. Model Promosi Kesehatan (*Health Promotion Model*)

Model Promosi Kesehatan adalah suatu cara untuk menggambarkan interaksi manusia dalam lingkungan fisik dan interpersonalnya dalam berbagai dimensi. *Health Promotion Model* berasal dari penelitian tentang faktor persepsi kognitif dan faktor modifikasi tingkah laku yang mempengaruhi dan meramalkan tentang perilaku kesehatan. Model ini menggabungkan dua teori yaitu dari teori Nilai penghargaan (*Expectancy-value*) dan teori pembelajaran sosial (*Social Cognitive Theory*).

b. Proposisi Model Promosi Kesehatan

Empat belas pernyataan teoritis yang berasal dari model promosi kesehatan dalam praktek keperawatan *Pender et al.*, (2002) dalam (Tomey, 2009) Perilaku sebelumnya dan karakteristik yang diperoleh mempengaruhi kepercayaan dan perilaku untuk meningkatkan kesehatan.

- 1) Manusia melakukan perubahan perilaku dimana mereka mengharapkan keuntungan yang bernilai bagi dirinya.
- 2) Rintangan yang dirasakan dapat menjadi penghambat kesanggupan melakukan tindakan, suatu mediator perilaku sebagaimana perilaku nyata.
- 3) Promosi atau pemanfaatan diri akan menambah kemampuan untuk melakukan tindakan dan perbuatan dari perilaku.

- 4) Pemanfaatan diri yang terbesar akan menghasilkan sedikit rintangan pada perilaku kesehatan spesifik.
- 5) Pengaruh positif pada perilaku akibat pemanfaatan diri yang baik dapat menambah hasil positif.
- 6) Ketika emosi yang positif atau pengaruh yang berhubungan dengan perilaku, maka kemungkinan menambah komitmen untuk bertindak.
- 7) Manusia lebih suka melakukan promosi kesehatan ketika model perilaku itu menarik, perilaku yang diharapkan terjadi dan dapat mendukung perilaku yang sudah ada.
- 8) Keluarga, kelompok dan pemberi layanan kesehatan adalah sumber interpersonal yang penting yang mempengaruhi, menambah atau mengurangi keinginan untuk berperilaku promosi kesehatan.
- 9) Pengaruh situasional pada lingkungan eksternal dapat menambah atau mengurangi keinginan untuk berpartisipasi dalam perilaku promosi kesehatan.
- 10) Komitmen terbesar pada suatu rencana kegiatan yang spesifik lebih memungkinkan perilaku promosi kesehatan dipertahankan untuk jangka waktu yang lama.
- 11) Komitmen pada rencana kegiatan kemungkinan kurang menunjukkan perilaku yang diharapkan dimana seseorang mempunyai kontrol yang sedikit kebutuhan yang diinginkan tidak tersedia.
- 12) Komitmen pada rencana kegiatan kurang menunjukkan perilaku yang diharapkan ketika tindakan-tindakan lain lebih atraktif dan juga lebih suka pada perilaku yang diharapkan.

- 13) Seseorang dapat memodifikasi kognisi, mempengaruhi interpersonal dan lingkungan fisik yang mendorong melakukan tindakan kesehatan.

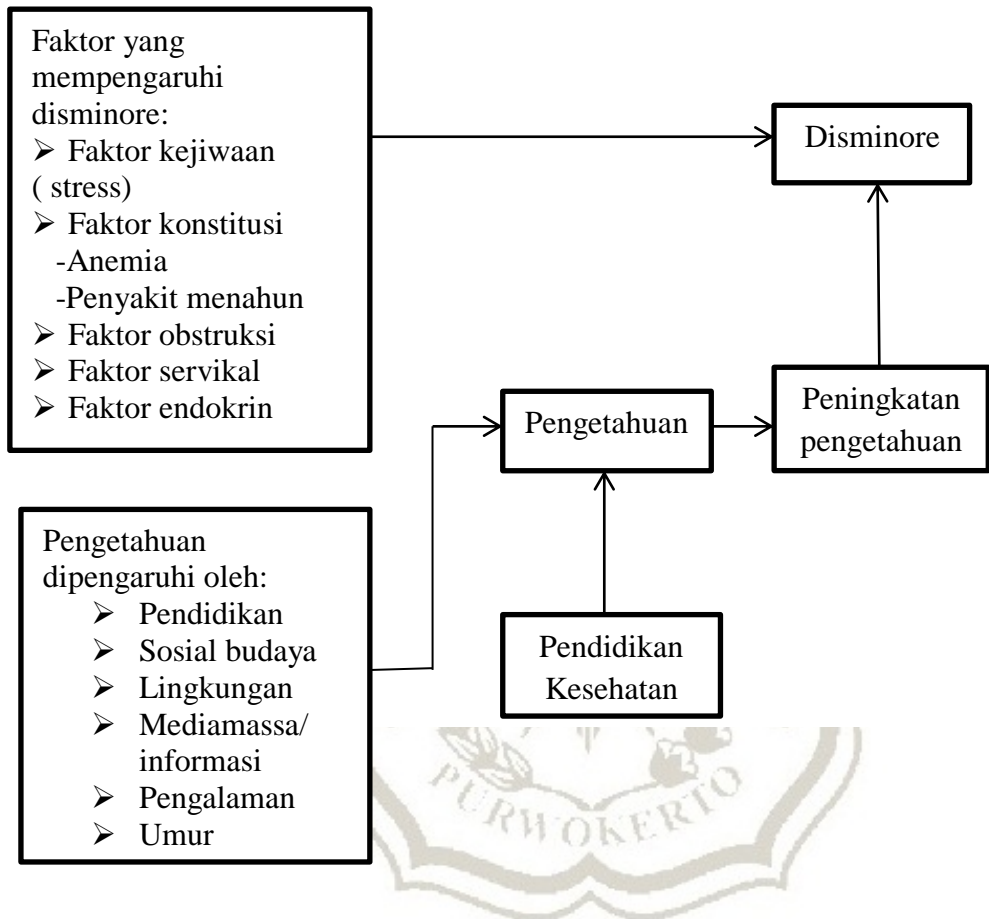
c. Hasil perilaku

Hasil perilaku promosi kesehatan adalah tindakan akhir atau hasil tindakan. Perilaku ini akhirnya secara langsung ditunjukkan pada pencapaian hasil kesehatan positif untuk klien. Perilaku promosi kesehatan terutama sekali terintegritas dalam gaya hidup sehat yang menyerap pada semua aspek kehidupan seharusnya mengakibatkan peningkatan kemampuan fungsional dan kualitas hidup yang lebih baik pada semua tingkat perkembangan.



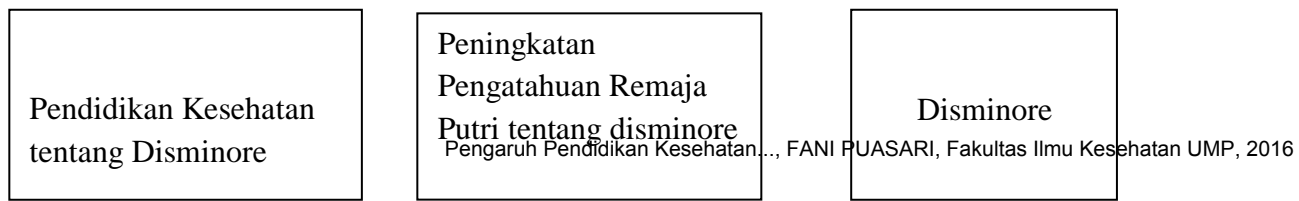
E. Kerangka teori

Kerangka teori penelitian merupakan kumpulan teori yang mendasari topik penelitian, yang disusun berdasar pada teori yang sudah ada dalam tinjauan teori dan mengikuti kaedah input, proses dan output (Saryono, 2011).



Gambar 2.1 Kerangka teori modifikasi dari *Health Promotion Model* menurut Nola J. Pander, Wiknjosastro (2007), Notoatmodjo (2007)

F. Kerangka konsep





Gambar 2.2 Kerangka Konsep

G. Hipotesis

Saryono (2011) mengatakan hipotesis penelitian sebagai terjemahan dari tujuan penelitian ke dalam dugaan yang jelas. Hipotesis merupakan prediksi hasil penelitian yaitu hubungan yang diharapkan antar variabel. Berdasarkan kerangka teori dan konsep diatas, maka dapat ditetapkan hipotesa penelitian.

Ha : ada pengaruh pemberian pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan remaja putri dalam menghadapi disminore.

Ho : tidak ada pengaruh pemberian pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan remaja putri dalam menghadapi disminore.

