

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Koping**

##### **1. Pengertian**

Koping adalah perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologik, termasuk: (1) Regresi berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas, hanya mempunyai sedikit energi yang tertinggal untuk aktivitas hidup sehari-hari, (2) Proyeksi sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan persepsi, (3) Menarik diri (Stuart, 1998).

Lazarus (1985) dalam Carpenito (2000), mendefinisikan koping sebagai perubahan kognitif dan perilaku secara konstan berupaya untuk mengatasi tuntutan internal dan atau eksternal khusus yang melelahkan atau melebihi sumber individu.

##### **2. Sumber Koping**

Sumber-sumber koping individual dapat dikaji dengan pemahaman terhadap pengaruh otak pada perilaku. Kekuatan dapat meliputi seperti modal intelegensi atau kreativitas yang tinggi. Orang tua harus secara aktif mendidik anak-anak dan dewasa muda tentang ketrampilan koping karna mereka biasanya tidak hanya belajar dari pengamatan. Sumber keluarga dapat berupa pengetahuan tentang dismenorhea. Financial yang cukup, ketersediaan waktu dan tenaga, dan kemampuan untuk memberikan dukungan secara

berkesinambungan ( Niven, 2002 ).

### **3. Jenis Koping**

Bell (1997) dalam Rasmun (2001) membagi koping menjadi dua, yaitu:

- a) Koping jangka panjang, cara ini adalah konstruksi dan merupakan cara yang efektif dan realistik dalam menangani masalah dalam kurun waktu yang lama, contohnya adalah :
  - 1) Berbicara dengan orang lain "curhat" (curah pendapat dari hati ke hati) dengan teman, keluarga atau profesi tentang masalah yang sering dihadapi.
  - 2) Mencoba mencari informasi lebih banyak tentang masalah yang sedang dihadapi.
  - 3) Menghubungkan situasi atau masalah yang sedang dihadapi dengan kekuatan supranatural.
  - 4) Melakukan latihan fisik untuk mengurangi ketegangan.
  - 5) Membuat berbagai alternatif tindakan untuk mengurangi situasi atau masalah.
  - 6) Mengambil pelajaran dan pengalaman peristiwa masa lalu.
- b) Koping jangka pendek, cara ini digunakan untuk mengurangi stres atau ketegangan psikologis dan cukup efektif untuk digunakan dalam jangka pendek, contohnya:
  - 1) Menggunakan alkohol atau obat.
  - 2) Melamun dan frustrasi.

- 3) Mencoba melihat aspek humor dari situasi yang tidak menyenangkan.
- 4) Banyak tidur banyak merokok, menangis.
- 5) Beralih pada aktivitas lain agar melupakan masalah.

Respon terhadap stres menurut Lazarus (1985) dalam Taylor (1997) ada dua yaitu :

- 1) Respon primer maupun respon fisiologis, ada dua respon fisiologis terhadap stres :
  - a) Sindrom adaptasi lokal, yaitu respon tubuh terhadap stres yang tidak melibatkan seluruh tubuh, hanya membantu dalam memulihkan homeostatic region atau bagian tubuh. Seperti respon reflek pada nyeri, misalnya reflek menghindarkan tangan dari permukaan panas tanpa sadar.
  - b) Sindrom adaptasi umum adalah respon pertahanan dan keseluruhan tubuh terhadap stres, respon ini melibatkan beberapa sistem tubuh, terutama sistem syaraf otonom dan sistem endokrin.
- 2) Respon sekunder atau respon psikologis. Perilaku adaptif psikologis dapat konstruktif atau destruktif. Perilaku adaptif psikologis ini yang nantinya disebut sebagai mekanisme koping.

#### **4. Faktor yang mempengaruhi koping**

Gunarsa (1995) mengatakan bahwa koping dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti

- 1) Keadaan fisik dan faktor keturunan, konstitusi fisik meliputi sistem persyarafan, kelenjar, otot-otot serta kesehatan dan penyakit.
- 2) Sosial dan ekonomi.
- 3) Faktor psikologis, pengalaman belajar, frustrasi dan *conflict self determination*.
- 4) Faktor kebudayaan, adat istiadat, agama

Menurut Carpenito (2000) koping tak efektif dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :

- 1) Kurangnya pengetahuan. Menurut Wiknjosastro (2002) pengetahuan yang salah mengenai proses haid mudah untuk timbul dismenorhea. Jadi dapat dikatakan bahwa pengetahuan remaja tentang dismenorhea dapat mempengaruhi mekanisme koping remaja dalam menghadapi dismenorhea.
- 2) Tidak adekuatnya pemecahan masalah.
- 3) Tidak adekuatnya hubungan komunikasi.
- 4) Stressor yang banyak.
- 5) Rencana untuk keselamatan komunitas.

Mannies dalam Carpenito (2000) menyebutkan bahwa koping individu tak efektif dipengaruhi oleh faktor fisik, psikologis, perilaku dan atau kognitif.

## **5. Mekanisme Koping**

Rasmun (2001) menyebutkan bahwa mekanisme koping individu ada 2 yaitu yang berorientasi pada tugas dan pertahanan ego.

- 1) Mekanisme reaktif yang berorientasi pada tugas (*Task Oriented Reaction*), ada 3 macam yang berorientasi pada tugas, yaitu :

a) Kompromi yaitu cara yang konstruktif yang digunakan individu untuk menyelesaikan masalah yang bernegosiasi atau bermusyawarah.

b) Menarik diri

Reaksi yang ditampilkan bisa reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindari stressor, sedang reaksi psikologi individu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak beminat sering disertai rasa takut dan bermusuhan.

c) Perilaku menyerang

Reaksi yang ditampilkan dapat konstruktif maupun destruktif. Tindakan yang konstruktif misalnya menyelesaikan masalah dengan teknik asertif yaitu antara lain mengatakan terus terang ketidaksukaan perilaku yang tidak menyenangkan pada dirinya.

2) Reaksi yang bersumber pada pertahanan ego.

Reaksi ini sering digunakan oleh individu dalam menghadapi stress/kecemasan jika individu menggunakannya dalam sesaat dapat mengurangi tingkat kecemasan, namun jika berlangsung dalam waktu yang lama dapat mengakibatkan gangguan orientasi realita, memburuknya hubungan interpersonal dan menurunnya produktivitas kerja, coping ini beroperasi secara tidak sadar, sehingga penyelesaiannya sering tidak realistis. Berikut ini adalah macam reaksi yang berorientasi pada pertahanan ego.

Mekanisme pertahanan diri yang bersumber dari ego (*Defence mechanism*) menurut Rasmun, meliputi:

Kompensasi : Kelemahan yang ada pada dirinya ditutup dengan meningkatkan kemampuan dibidang lain untuk mengurangi kecemasan

Mengingkari : Prilaku menolak realitas yang terjadi pada dirinya, dengan berusaha mengatakan tidak terjadi apa-apa pada dirinya.

Mengalihkan : Mengalihkan emosi yang diarahkan pada benda/objek yang kurang/tidak berbahaya.

Disosiasi : Kehilangan kemampuan mengingat peristiwa yang terjadi pada dirinya.

Identifikasi : Individu menyamakan dirinya dengan bintang pujaannya dengan meniru pikiran, penampilan, prilaku atau kesukaannya.

Intelektualisasi : Alasan atau logika yang berlebihan untuk menekan perasaan yang tidak menyenangkan.

Intropeksi : Prilaku dimana individu menyatukan nilai orang lain atau kelompok kedalam dirinya.

Isolasi : Memisahkan komponen emosi dengan pikiran yang dilakukan sesaat maupun dalam waktu yang lama/panjang.

Proyeksi : Keinginan yang tidak dapat ditoleransi mencurahkan emosi kepada orang lain karena kesalahan yang dilakukan sendiri.

Rasionalisasi : Memberikan alasan yang dapat diterima secara sosial, yang tampaknya masuk akal untuk membenarkan kesalahan dirinya.

Reaksi formasi : Pembentukan sikap kesadaran dan pola prilaku yang berlawanan dengan apa yang benar-benar dirasakan atau dilakukan oleh orang lain.

Regresi : Menghindari stress, kecemasan dengan menampilkan Prilaku kembali seperti pada perkembangan anak.

Represi : Menekan perasaan/pengalaman yang menyakitkan atau konflik atau ingatan dari kesadaran yang cenderung memperkuat mekanisme ego lainnya.

Spliting : Kegagalan individu dalam mengintegrasikan dirinya dalam menilai baik-buruk yang memandang seseorang semuanya baik-semuanya buruk yang tidak konsisten.

Supresi : Menekan perasaan/pengalaman yang menyakitkan diingkarinya sebagaimana yang pernah dikomunikasikan sebelumnya.

Sublimasi : Penerimaan tujuan pengganti yang diterima secara sosial karena dorongan yang merupakan saluran normal dari ekspresi yang terhambat.

Mekanisme koping individu menurut Rasmun (2001), meliputi:

1) Mekanisme koping yang destruktif (mal adaptif)

Adalah suatu keadaan dimana individu mempunyai pengalaman atau mengalami keadaan yang beresiko tinggi suatu ketidakmampuan untuk mengatasi stressor. Koping maladaptive menggambarkan individu yang mengalami kesulitan dalam beradaptasi terhadap kejadian-kejadian yang sangat menekan (Carpenito, 2001).

Karakteristik koping maladaptive menurut Taylor (1997), yaitu:

- (a) Menyatakan tidak mampu
- (b) Tidak mampu menyelesaikan masalah secara efektif

(c) Perasaan lemas, takut, irritable, tegang, gangguan fisiologis, adanya stress kehidupan

(d) Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar

## 2) Mekanisme koping yang konstruktif (adaptif)

Merupakan suatu kejadian dimana individu dapat mengatur berbagai tugas mempertahankan konsep diri, mempertahankan hubungan dengan orang lain, mempertahankan emosi dan pengaturan stress (Carpenito, 2000).

Karakteristik, mekanisme koping adaptif , yaitu:

(a) Dapat menceritakan secara verbal tentang perasaan

(b) Mengembangkan tujuan yang realistis

(c) Dapat mengidentifikasi sumber koping

(d) Dapat mengembangkan mekanisme koping yang efektif

(e) Mengidentifikasi alternatif strategi

(f) Memilih strategi yang tepat

(g) Menerima dukungan

## **B. Menarche**

### **1. Pengertian**

Ada beberapa pendapat mengenai pengertian menarche, menurut Manuaba (2001) yang dimaksud menarche adalah menstruasi pertama yang berlangsung sekitar umur 10-11 tahun . Adapun menurut Mochtar (1998) menarche adalah haid yang terjadi pertama kali yang biasanya terjadi pada usia



12 tahun. Pada umur 12 tahun kelenjar adrenalin mulai aktif menghasilkan hormon. Selain ini juga terjadi pigmentasi puting dan proliferasi mukosa vagina.

Dari beberapa pengertian di atas dapat dibuat kesimpulan menarche adalah usia dimana seseorang wanita mengalami menstruasi yang pertama kali yang diikuti dengan pertumbuhan-pertumbuhan tanda seks sekunder.

## **2. Proses terjadinya Menarche**

Haid pertama atau menarche terjadi pada masa pubertas, kejadiannya sangat bervariasi pada umur berapa masing-masing individu mengalaminya, rata-rata pada umur 10,5 sampai 15,5 tahun ( Soetjiningsih, 2004 ). Sedangkan (Santrock, 2003) mengatakan menarche masih berada dalam rentang normal bila terjadi antara usia 9 sampai 15 tahun. Dan menarche pada usia kurang dari 12 tahun mempunyai faktor resiko terkena kanker payudara (Achdiat, 2001 ).

Pada saat pubertas umur sekitar 13 sampai 16 tahun, dimulai pertumbuhan faktor primordial ovarium yang mengeluarkan hormon estrogen. Adapun prosesnya dimulai setelah panca indera menerima rangsang yang diteruskan ke pusat dan diolah oleh hipotalamus, dilanjutkan ke hipofise melalui sistem portal dikeluarkan hormon gonadotropin perangsang folikel dan *luteinizing hormon* untuk merangsang indung telur. Hormon perangsang folikel (FSH), merangsang folikel primordial yang perjalanannya mengeluarkan estrogen. Pengeluaran menumbuhkan tanda seks sekunder seperti pembesaran payudara, pertumbuhan rambut pubis, pertumbuhan rambut ketiak, dan akhirnya pengeluaran darah menstruasi pertama yang disebut menarche (Manuaba, 1999).

## **C. Menstruasi**

### **1. Pengertian Menstruasi**

Menstruasi adalah perdarahan secara periodik dan siklik dari uterus, disertai pelepasan (deskuamasi) endometrium. Fungsi normal merupakan hasil interaksi antara hipotalamus, hipofisis, dan ovarium dengan perubahan-perubahan terkait pada jaringan sasaran pada saluran reproduksi normal, ovarium memainkan peranan penting dalam proses ini, karena tampaknya bertanggung jawab dalam pengaturan perubahan-perubahan siklik maupun lama siklus menstruasi (Prawirohardjo, 2005).

### **2. Siklus Menstruasi**

#### **a. Gambaran klinis menstruasi**

Panjang siklus menstruasi ialah jarak antara tanggal mulainya haid yang lalu dan mulainya haid berikutnya. Hari mulainya perdarahan dinamakan hari pertama siklus. Karena jam mulainya haid tidak diperhitungkan dan tepatnya waktu keluar haid dari ostium uteri eksterna tidak dapat diketahui, maka panjang siklus mengandung kesalahan  $\pm 1$  hari. Panjang siklus haid yang normal atau dianggap sebagai siklus haid yang klasik ialah 28 hari, tetapi variasinya cukup luas, bukan saja antara beberapa wanita tetapi juga pada wanita yang sama. (Prawirohardjo, 2005).

Lama keluarnya darah menstruasi juga bervariasi, pada umumnya lamanya 4 sampai 6 hari, tetapi antara 2 sampai 8 hari masih dapat dianggap normal. Pengeluaran darah menstruasi terdiri dari fragmen-fragmen kelupasan endometrium yang bercampur dengan darah yang banyaknya

tidak tentu. Biasanya darahnya cair, tetapi apabila kecepatan aliran darahnya terlalu besar, bekuan dengan berbagai ukuran sangat mungkin ditemukan. Ketidakekuan darah menstruasi yang biasa ini disebabkan oleh suatu sistem fibrinolitik lokal yang aktif di dalam endometrium ( Prawirohardjo, 2005 ).

Ovarium menghasilkan progesterin, androgen, dan estrogen Banyak dari steroid yang dihasilkan ini juga disekresi oleh kelenjar adrenal atau dapat dibentuk di jaringan perifer melalui perubahan prekursor-prekursor steroid lain-, konsekuensinya, kadar plasma dari hormon-hormon ini tidak dapat langsung mencerminkan aktivitas steroidogenik dari ovarium.( Bobak, 2000 ).

Fase pubertas terjadi perkembangan sifat seks sekunder. Kemudian juga terjadi perkembangan sifat seks sekunder. Selanjutnya akan berlangsung siklus pada uterus, vagina dan kelenjar mammae. Hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen. Terhadap uterus, hormon estrogen menyebabkan endometrium menalami proliferasi, yaitu lapisan endometrium berkembang dan menjadi lebih tebal. Hal ini diikuti dengan lebih banyak kelenjar-kelenjar, pembuluh darah arteri maupun vena ( Bobak, 2000 )

**b. Fase-fase dalam siklus menstruasi**

Setiap satu siklus menstruasi terdapat 4 fase perubahan yang terjadi dalam uterus. Fase-fase ini merupakan hasil kerjasama yang sangat terkoordinasi antara hipofisis anterior, ovarium, dan uterus. Fase-fase

tersebut adalah (1) Fase menstruasi atau deskuamasi Fase ini, endometrium terlepas dari dinding uterus dengan disertai pendarahan dan lapisan yang masih utuh hanya stratum basale. Fase ini berlangsung selama 3-4 hari; (2) Fase pasca menstruasi atau fase regenerasi. Fase ini, terjadi penyembuhan luka akibat lepasnya endometrium. Kondisi ini mulai sejak fase menstruasi terjadi dan berlangsung selama  $\pm 4$  hari; (3) Fase intermenstrum atau fase proliferasi. Setelah luka sembuh, akan terjadi penebalan pada endometrium  $\pm 3,5$  mm. Fase ini berlangsung dari hari Ke-5 sampai hari ke-14 dari siklus menstruasi. Fase proliferasi dibagi menjadi 3 tahap, yaitu : a) Fase proliferasi dini, terjadi pada hari ke-4 sampai hari ke-7. Fase ini dapat dikenali dari epitel permukaan yang tipis dan adanya regenerasi epitel. b) Fase proliferasi madya, terjadi pada hari ke-8 sampai hari ke-10. Fase ini merupakan bentuk transisi dan dapat dikenali dari epitel permukaan yang berbentuk torak yang tinggi. c) Fase proliferasi akhir, berlangsung antara hari ke-11 Sampai hari ke-14. Fase ini dapat dikenali dari permukaan yang tidak rata dan dijumpai banyaknya mitosis.

1) Fase pramenstruasi atau fase sekresi Fase ini berlangsung dari hari ke-14 sampai ke-28. Fase ini endometrium kira-kira tetap tebalnya, tetapi bentuk kelenjar berubah menjadi panjang berkelok-kelok dan mengeluarkan getah yang makin lama makin nyata. Bagian dalam sel endometrium terdapat glikogen dan kapur yang diperlukan sebagai bahan makanan untuk telur yang dibuahi. Fase sekresi dibagi dalam 2 tahap, yaitu a) Fase sekresi dini, pada fase ini endometrium lebih tipis dari fase sebelumnya karena kehilangan cairan. b) Fase sekresi lanjut, pada fase ini

kelenjar dalam endometrium berkembang dan menjadi lebih berkelok-kelok dan sekresi mulai mengeluarkan getah yang mengandung glikogen dan lemak. Akhir masa ini, stroma endometrium berubah kearah sel-sel; desidua, terutama yang ada di seputar pembuluh-pembuluh arterial. Keadaan ini memudahkan terjadinya nidasi (Hanafiah dalam Prawirohardjo, 2005 )

**c. Mekanisme siklus menstruasi**

Selama haid, pada hari bermulanya diambil sebagai hari pertama dari siklus yang baru. Akan terjadi lagi peningkatan dari FSH sampai mencapai kadar 5 ng/ml (atau setara dengan. 10 mUI/ml), dibawah pengaruh sinergis kedua gonadotropin, folikel yang berkembang ini menghasilkan estradiol dalam jumlah yang banyak. Peningkatan serum yang terus menerus pada akhir fase folikuler akan menekan FSH dari hipofisis. Dua hari sebelum ovulasi, kadar estradiol mencapai 150-400 pg/ml. Kadar tersebut melebihi nilai ambang rangsang untuk pengeluaran gonadotropin pra ovulasi. Akibatnya FSH dan LH dalam serum akan meningkat dan mencapai puncaknya satu hari sebelum ovulasi. Saat yang sama pula, kadar, estradiol akan kembali menurun. Kadar maksimal LH berkisar antara 8 dan 35 ng/ml atau setara dengan 30-40 mUI/ml, dan FSH antara 4-10 ng/ml atau setara dengan 15-45 mUI/ml ( Prawirohardjo, 2005 ).

Terjadinya puncak LH dan FSH pada hari ke-14, maka pada saat ini folikel akan mulai pecah dan satu hari kemudian akan timbul ovulasi. Bersamaan dengan ini dimulailah pembentukan dan pematangan korpus

luteum yang disertai dengan meningkatnya kadar progesteron, sedangkan gonadotropin mulai turun kembali. Peningkatan progesteron tersebut tidak selalu memberi arti, bahwa ovulasi telah terjadi dengan baik, karena pada beberapa wanita yang tidak terjadi ovulasi tetap dijumpai suhu basal badan dan endometrium sesuai dengan fase luteal.

Awal fase luteal, seiring dengan pematangan korpus luteum. Sekresi progesteron terus menerus meningkat dan mencapai kadar antara 6 dan 20 ng/ml. Estradiol yang dikeluarkan terutama dari folikel yang besar yang tidak mengalami atresia, juga tampak pada fase luteal dengan konsentrasi yang lebih tinggi daripada selama permulaan atau pertengahan fase folikuler. Produksi estradiol dan progesteron maksimal dijumpai antara hari ke-20 dan 23 (Jacoeb dalam Prawirohardjo, 2005 ).

#### **d. Gangguan-gangguan yang menyertai menstruasi**

Terdapat dua klasifikasi besar gangguan yang menyertai siklus menstruasi, yaitu :

- 1) Gangguan atau gejala-gejala yang menyertai siklus menstruasi normal
  - a) Sindroma Pre-Menstruasi (PMS)

Sindrom Pre Menstruasi didefinisikan Magos "Gejala fisik, psikologis dan perilaku yang menyusahkan yang tidak disebabkan oleh penyakit organik, yang secara teratur berulang selama fase siklus yang banyak mengalami regresi atau menghilang selama waktu haid yang tersisa."

Etiologi sindroma PMS, yaitu (1) Sekresi estrogen yang

abnormal; (2) Kelebihan atau defisiensi progesteron; (3) Kelebihan atau defisiensi kortisol, androgen, atau prolaktin; (4) Kelebihan hormon anti diuresis; (5) Abnormalitas sekresi opiate endogen atau melatonin; (6) Defisiensi vitamin A, B1, B6 atau mineral, misalnya magnesium; (7) Hipoglikemia reaktif; (8) Alergi hormon; (9) Kelebihan atau defisiensi prostaglandin; (10) Toksin haid; (11) Faktor-faktor psikologi, sosial, evolusi, dan genetik (Hacker , 1998).

Gejala- gejala yang paling banyak ditemukan pada PMS, ialah: 1) Perasaan bengkak; 2) Kenaikan berat badan; 3) Hilangnya efisiensi; 4) Sukar konsentrasi; 5) Kelelahan; 6) Perubahan suasana hati; 7) Depresi, termasuk gangguan tidur (insomnia) ( Bobak, 2005 ).

b) Dismenorea

Dismenorea atau nyeri haid mungkin merupakan suatu gejala yang paling sering menyebabkan wanita-wanita muda pergi ke dokter untuk konsultasi dan pengobatan, karena

gangguan ini sifatnya subyektif, berat atau intensitasnya sukar dinilai.

Istilah dismenorea atau nyeri haid hanya dipakai jika nyeri haid demikian hebatnya, sehingga memaksa penderita untuk istirahat dan meninggalkan pekerjaannya untuk beberapa jam atau

beberapa hari (Simanjuntak dalam Prawirohardjo, 2005 ).

## 2) Gangguan fungsi menstruasi dan ovarium abnormal

Fungsi endokrin ovarium yang abnormal dapat bermanifestasi sebagai (1) Bukti sekresi estrogen yang tidak sesuai (misalnya, pubertas prekoks); (2) Sekresi estrogen yang berkurang (misalnya pubertas tertunda.); (3) Gangguan atau perubahan siklus menstruasi pada wanita dewasa; (4) Bukti-bukti produksi androgen yang berlebihan. Penekanan terutama akan diberikan pada gangguan-gangguan yang terjadi pada wanita dewasa pasca pubertas oleh karena merupakan gangguan yang sering ditemukan. a) Ketidakteraturan menstruasi, pengertian ketidakteraturan menstruasi bentuk lainnya kelainan gangguan haid, misalnya datang bulan terlambat, terlalu cepat, atau bahkan dalam satu bulan, beberapa kali datang bulan. Gangguan haid dapat pula dalam bentuk masa haid yang terlalu lama atau terlalu pendek, atau bisa juga perdarahannya itu sendiri banyak atau terlalu sedikit. Perubahan-perubahan tersebut erat hubungannya dengan fisik. Keseimbangan hormonal dan kondisi-kondisi mental wanita (Simanjuntak dalam Prawirohardjo, 2005 ). b) Gangguan-gangguan menstruasi. Gangguan haid dan siklusnya, khususnya dalam masa reproduksi dapat digolongkan dalam :

- (1) Kelainan dalam banyaknya darah dan lamanya. Jenis-jenis perdarahan vagina abnormal, yaitu : (a) Hipermenore (menorrhagi). Hipermenore ialah perdarahan siklik yang sangat



banyak lebih dari penyebabnya antara lain : mioma uteri dengan permukaan endometrium lebih luas dari biasa dan dengan kontraktilitas normal (lebih dari 8 hari). Faktor terganggu, polip endometrium, gangguan pelepasan endometrium pada saat haid (irregular endometrial shedding) hiperplasi, adenomiosis, endometrium, endometrifis penyakit Von Willebrand; (b) Hipomenore. Hipomenore ialah perdarahan siklik dengan jumlah yang lebih sedikit dari jumlah biasanya. Faktor penyebabnya antara lain obstruksi serviks, konstitusi penderita, sinekia endometrium, uterus (misalnya sesudah miomektomi), pada gangguan endopktrin dan sebagainya.

(2) Kelainan siklus ; (a) Polimenore. Polimenore ialah menstruasi yang sering (siklus hadinya lebih pendek dari biasa ; kurang dari 21 hari). Perdarahan kurang lebih sama atau lebih banyak dari haid biasa. Hal yang terakhir ini diberi nama polimenoragia atau epimenoragia. Polimenorea dapat disebabkan oleh gangguan hormonal yang mengakibatkan gangguan ovulasi, atau menjadi pendeknya masa luteal / ketidakcukupan luteal, pemendekan fase folikuler, sering perdarahan anovulatorik dan sebagainya; (b) Oligomenore. Oligomenore ialah menstruasi yang jarang (panjang siklus  $\geq 35$  hari). Apabila panjang siklusnya lebih dari 3 bulan. Hal itu sudah mulai dinamakan amenorea, perdarahan pada oligomenorea biasanya berkurang. Faktor penyebabnya antara lain

anovulasi gangguan sistemik; (c) Amenore. Amenore ialah tidak menstruasi lebih dari 9 bulan sejak menstruasi terakhir. Lazim diadakan pembagian antara amenore primer dan amenore sekunder. Amenore primer apabila seorang Wanita berumur 18 tahun keatas tidak pernah mendapat haid, sedang pada amenore sekunder penderita pernah mendapat haid, tapi kemudian tidak dapat lagi. Faktor penyebabnya antara lain anovulasi ataupun gangguan pada saluran keluar antara amenore primer dan amenore sekunder. Amenore primer apabila seorang wanita berumur 18 tahun keatas tidak pernah mendapat haid, sedang pada amenore sekunder penderita pernah mendapat haid, tapi kemudian tidak dapat lagi. Faktor penyebabnya antara lain anovulasi ataupun gangguan pada saluran keluar ( Simanjuntak dalam Prawirohardjo, 2005 ).

#### **D. Pengetahuan (*knowledge*)**

Pengetahuan (*knowladge*) merupakan hasil “tahu” dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan atau kognetif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*event behaviour*). Berdasarkan pengalaman dan penelitian terhanya perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langsung daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2003).

Proses perilaku baru dialami dari seseorang meliputi *awareness* (kesadaran), *interest* (merasa tertarik), *evolution* (menimbang – nimbang) *trial* dan *adoption*,

*Awareness* (kesadaran) adalah orang menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek) *interest* (merasa tertarik) adalah orang mulai merasa tertarik terhadap stimulus atau objek tersebut. Disini sikap objek sudah mulai timbul *evaluation* (menimbang-nimbang) berarti subyek menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap subyek sudah mulai baik lagi. *Trial* (mencoba) berarti subyek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus. *Adoption* berarti subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus (Notoadmojo, 2003).

Pengetahuan yang tercakup didalam demam kognitif, mempunyai enam tingkat, yaitu tahu (know), memahami (comprehension), aplikasi (aplication), analisis (analysis), sintesis (syntesis), evaluasi (evaluation).

#### 1. Tahu (know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (recaal) terhadap suatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima oleh sebab itu, “tahu” merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Ini berarti remaja dapat mengingat suatu materi tentang kesehatan reproduksi yang telah di pelajari sebelumnya.

#### 2. Memahami (comprehension)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar. Ini berarti remaja dapat memahami tentang kesehatan reproduksi yang di ketahui

secara benar.

3. Aplikasi (application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan, untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). ini berarti remaja mampu untuk menggunakan materi tentang kesehatan reproduksi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil.

4. Analisis (analysis)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Ini berarti remaja mampu untuk menganalisa materi tentang kesehatan reproduksi

5. Sintesis (synthesis)

Sintesis adalah kemampuan untuk melakukan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau kemampuan menyusun formulasi baru dan formulasi-formulasi yang ada. Hal ini berarti remaja mampu untuk mensintesis tentang kesehatan reproduksi.

6. Evaluasi (evaluation)

Evaluasi adalah kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek (Notoadmojo, 2003). Remaja dapat mengevaluasi materi tentang kesehatan reproduksi yang telah di pelajari.

Pengetahuan kesehatan reproduksi adalah informasi yang menerangkan tentang berbagai aspek yang diketahui oleh remaja dalam lingkup kesehatan reproduksi meliputi reproduksi sehat, perkembangan seksual pada remaja,

anatomi fisiologi alat reproduksi, proses kehamilan, masa subur seorang wanita, aborsi, penyakit menular seksual (Rasmun, 2001).

Menurut sukmadinata (2003) pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut :

1. faktor internal, meliputi :

a. Jasmani

Faktor jasmani diantaranya adalah indra seseorang.

b. Rohani

Faktor rohani diantaranya adalah kesehatan psikis, intelektual, psikomotor serta kondisi afektif dan kognitif individu.

2. faktor eksternal, meliputi :

a. Pendidikan

tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberi respon yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberi respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan akan sejauh mana keuntungan yang mungkin akan mereka peroleh dari gagasan tersebut. Ibu yang berpendidikan tentu akan banyak memberikan pemahaman terhadap apa yang mereka lakukan dimasa lalu.

b. Paparan media massa (akses informasi)

Melalui berbagai media baik cetak maupun elektronik, berbagai informasi dapat diterima oleh masyarakat, sehingga seseorang yang lebih sering terpapar media massa (TV, radio, majalah, pamphlet dan lain-lain) akan memperoleh informasi yang lebih banyak dibandingkan dengan orang

yang tidak pernah terpapar informasi media. Ini berarti paparan media massa mempengaruhi tingkat pengetahuan yang dimiliki seseorang.

c. Ekonomi (pendapatan)

Dalam memenuhi kebutuhan primer maupun sekunder, keluarga dengan status ekonomi baik akan lebih mudah tercukupi dibanding dengan status ekonomi rendah. Hal ini akan mempengaruhi kebutuhan akan informasi yang termasuk kebutuhan sekunder.

d. Hubungan sosial (lingkungan sosial budaya)

Manusia adalah makhluk sosial dimana saling berinteraksi antara satu dengan yang lainnya. Individu yang dapat berinteraksi secara kontinyu akan lebih besar terpapar informasi. Sementara itu faktor hubungan sosial juga mempengaruhi kemampuan individu sebagai komunikan untuk menerima pesan menurut model komunikasi media.

e. Pengalaman

Pengalaman seseorang tentang berbagai hal bisa diperoleh dari lingkungan kehidupan dalam proses perkembangannya, misal sering mengikuti kegiatan yang mendidik seperti seminar.

**E. Pengetahuan Remaja tentang Menstruasi terhadap mekanisme koping menarche.**

Skinner menyatakan bahwa hasil hubungan antara tahu dan input mengenai stimulus atau respon yang datang dari individu dalam hal ini pengetahuan merupakan suatu stimulus yang akhirnya akan membentuk suatu sikap baik yang bersifat positif maupun negatif (Rasmun, 2001).

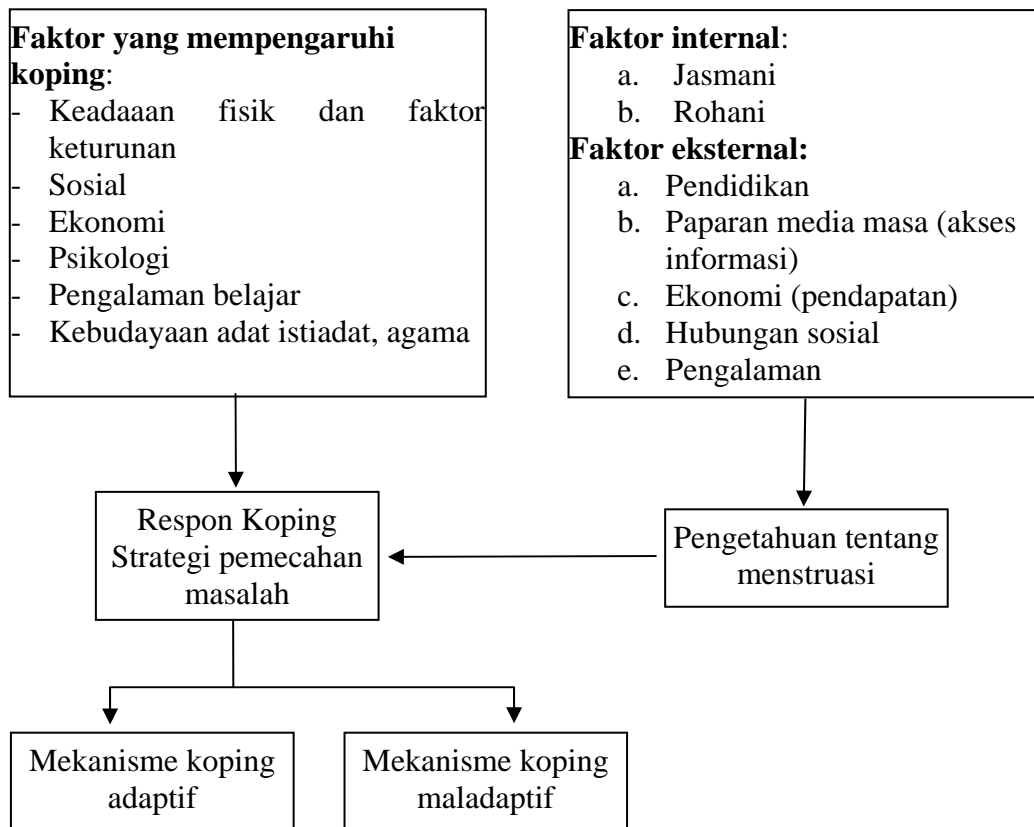
Selama ini sebagian masyarakat merasa tahu untuk membicarakan tentang masalah menstruasi dalam keluarga, sehingga remaja awal kurang memiliki pengetahuan dan sikap yang cukup baik tentang perubahan-perubahan fisik dan psikologis terkait menarche. Kesiapan mental sangat diperlukan sebelum menarche karena perasaan cemas dan takut akan muncul, selain itu juga kurangnya pengetahuan tentang perawatan diri yang diperlukan saat menstruasi.

Remaja putri akan mengalami kesulitan dalam menghadapi menstruasi yang pertama jika sebelumnya ia belum pernah mengetahui atau membicarakannya baik dengan teman sebaya atau dengan ibu mereka (Unger dan Crawford dalam Santrock, 2003).

Pertanyaan-pertanyaan seputar komunikasi anak perempuan mengenai munculnya menarche, kesiapan mereka menghadapi menarche dan bagaimana pengalaman tersebut dihubungkan dengan kedewasaan yang lebih awal atau lambat, juga ditanyakan. Tampaknya semua anak perempuan segera memberitahukan ibunya, tetapi pada umumnya tidak memberitahukan orang lain lagi tentang menarche, hanya satu dari lima orang yang memberitahukan kepada temannya. Namun bagaimanapun, setelah dua atau tiga kali menstruasi, kebanyakan anak-anak perempuan yang tidak siap menghadapi menarche mengindikasikan perasaan yang negatif terhadap menstruasi daripada mereka yang lebih siap menghadapi dimulainya siklus

menstruasi. Anak-anak perempuan yang dewasa lebih cepat memiliki reaksi yang lebih negatif dibandingkan dengan anak perempuan yang dewasa lebih lambat atau di usia rata-rata. Singkatnya, awal dimulainya menarche merupakan suatu hal yang mengganggu, khususnya untuk anak perempuan yang tidak siap dan dewasa lebih cepat, tetapi pada umumnya tidak begitu membingungkan, seperti yang digambarkan oleh beberapa ahli.

## F. Kerangka Teori



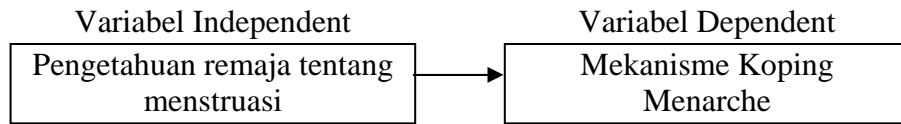
**Skema 2.1**

**Skema kerangka teori**

**Hubungan pengetahuan remaja tentang menstruasi (Sukmadinata, 2003) dengan mekanisme koping menarche (Gunarsa , 1995)**



## G. Kerangka Konsep



**Skema 2.2 Kerangka Konsep**

## H. Variabel Penelitian

### 1. Variabel independent

Variabel independen dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan remaja tentang menstruasi.

### 2. Variabel dependent

Variabel dependent dalam penelitian ini adalah mekanisme koping menarche.

## I. Hipotesis

$H_A$  :Ada hubungan antara pengetahuan remaja tentang menstruasi terhadap mekanisme koping adaptasi menarche.

$H_0$  :Tidak ada hubungan antara pengetahuan remaja tentang menstruasi terhadap mekanisme koping adaptasi menarche.