BAB II
TINAJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Remaja Putri

a. Definisi Remaja putri

Remaja putri merupakan kelompok usia yang sedang berada dalam fase transisi menuju kedewasaan dan mengalami perubahan signifikan pada aspek biologis, sosial, emosional, dan kognitif. (WHO, 2022) mendefinisikan remaja sebagai individu berusia 10–19 tahun yang tengah memasuki kondisi perkembangan pesat, terutama berkaitan dengan reproduksi dan kemampuan adaptasi sosial. Sejalan dengan itu, Papalia dan (Feldman, 2021) menjelaskan bahwa remaja adalah masa perubahan hormonal yang cepat, proses pencarian identitas, dan berkembangnya kemampuan untuk berpikir abstrak. (Desmita, 2020) juga menyatakan bahwa remaja adalah periode antara usia 12–21 tahun yang ditandai oleh kemandirian psikologis dan mulai stabilnya kemampuan emosional. Sementara itu, (Santrock, 2023) menekankan bahwa masa remaja turut dibentuk oleh interaksi lingkungan dan budaya, di mana individu mulai menyerap nilai sosial yang memengaruhi identitas dan perilakunya.

Masa remaja merupakan fase peralihan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa. Pada tahap transisi ini, individu mulai mengembangkan kemampuan berpikir abstrak serta membentuk konsep diri yang semakin jelas dan berbeda. Remaja mulai melakukan penilaian terhadap dirinya berdasarkan standar dan pandangan pribadi, serta tidak lagi sepenuhnya bergantung pada perbandingan sosial. Selain itu, masa remaja ditandai dengan karakteristik yang khas, di mana remaja cenderung memiliki keinginan untuk meniru perilaku, sikap, maupun hal-hal yang diamati dari lingkungan dan kondisi di sekitarnya (Rosyida, 2020).

Berdasarkan berbagai pandangan tersebut, dapat disimpulkan bahwa remaja putri adalah individu yang sedang memasuki masa reproduktif awal dan mengalami perubahan biologis berupa menarke, sehingga membutuhkan pengetahuan memadai mengenai kesehatan menstruasi. Pada tahap ini, ketidakpahaman tentang fisiologi menstruasi, termasuk dismenore, berpotensi menimbulkan tekanan psikologis maupun hambatan aktivitas.

b. Klasifikasi Remaja

1) Remaja Awal (Early Adolescence)

Remaja awal merupakan kelompok usia 10–12 tahun, di mana pada fase ini remaja mulai mengalami berbagai perubahan fisik dan psikologis. Remaja sering merasakan kebingungan atau keheranan terhadap perubahan pada tubuhnya serta dorongan-dorongan baru yang muncul seiring dengan proses perkembangan tersebut.

2) Remaja tengah (Middle adolescence)

Remaja tengah berada pada rentang usia 13–15 tahun. Pada tahap ini, remaja cenderung mengalami kebingungan dalam mengambil keputusan dan mulai mencari jati diri, sehingga keberadaan dan pengaruh teman sebaya menjadi sangat penting dalam kehidupan sosialnya.

3) Remaja akhir (Late adolescence)

Remaja akhir merupakan remaja berusia 16–19 tahun, yang ditandai dengan semakin matangnya minat dan tujuan hidup. Pada fase ini, remaja mulai menjalin hubungan sosial yang lebih luas, memiliki dorongan untuk memperoleh pengalaman baru, serta proses pembentukan identitas diri dan identitas seksual yang semakin jelas dan relatif menetap. Selain itu, berbagai perubahan signifikan baik secara fisik, emosional, maupun sosial masih terus berlangsung pada diri remaja (Sarwono, 2011 dalam Nabila, 2022).

Selanjutnya, remaja mengalami proses penyesuaian emosional yang cukup signifikan. Perkembangan emosi pada masa remaja ditandai dengan kondisi emosi yang cenderung tidak stabil, mudah berubah, serta jenis emosi yang semakin beragam dan dapat berlangsung dalam waktu yang relatif lama. Pada fase ini mulai muncul ketertarikan terhadap lawan jenis, meningkatnya kepekaan terhadap penilaian orang lain, serta kesadaran akan citra diri. Berbagai emosi yang sering dialami remaja meliputi perasaan bahagia, senang, kasih sayang, cinta, rasa ingin tahu, frustrasi, kecemburuan, iri hati, hingga perasaan duka (Rosyida, 2020).

Menurut Piaget, pada masa remaja individu mulai mampu mempertimbangkan berbagai kemungkinan dalam menyelesaikan suatu permasalahan serta bertanggung jawab atas keputusan yang diambil. Dalam perkembangan kognitif, remaja menunjukkan kemampuan berpikir kritis, rasa ingin tahu yang tinggi, kecenderungan egosentris, imaginary audience, dan personal fable. Selain itu, remaja juga mengalami perubahan dalam perkembangan moral, seperti munculnya sikap mempertanyakan dan menentang nilai-nilai yang ada, pandangan moral yang masih bersifat konkret, serta keyakinan moral yang lebih berfokus pada pemahaman mengenai benar dan salah. Remaja menjadi lebih kritis dalam menilai norma sosial, berani mengambil keputusan secara mandiri, namun sering kali disertai beban emosional yang dapat menimbulkan ketegangan psikologis (Rosyida, 2020).

Seiring dengan proses perkembangan tersebut, konsep diri remaja juga mengalami perubahan. Perkembangan konsep diri ditandai oleh perubahan fisik yang cukup drastis, meningkatnya pengaruh pandangan orang lain terhadap penilaian diri, aspirasi yang tinggi terhadap berbagai hal, serta kecenderungan memandang diri sendiri lebih rendah atau lebih tinggi dibandingkan kondisi yang sebenarnya. Remaja juga sering merasa menjadi pusat perhatian dan mulai belajar menjalankan peran sesuai dengan jenis kelaminnya (Rosyida, 2020).

2. Dismenore

a. Defenisi Dismenore

Dismenore merupakan salah satu keluhan ginekologis yang paling sering dialami remaja putri. (ACOG, 2023) mendefinisikan dismenore sebagai nyeri kram pada perut bagian bawah yang muncul sebelum atau saat menstruasi dan cukup kuat hingga mengganggu aktivitas sehari-hari. (Manuaba, 2020) menjelaskan bahwa dismenore disebabkan oleh peningkatan kadar prostaglandin yang memicu kontraksi uterus berlebihan sehingga menimbulkan rasa nyeri. Senada dengan itu, (Hacker dan Moore, 2023) menyatakan bahwa dismenore adalah nyeri menstruasi yang dapat bersifat primer—tidak disertai kelainan organik—atau sekunder, yaitu akibat kondisi patologis seperti endometriosis. (Cunningham dalam *Williams Gynecology*, 2022) menegaskan bahwa dismenore merupakan nyeri spasmodik yang sering disertai gejala sistemik seperti mual, diare, dan kelelahan.

Dari berbagai ahli tersebut, dapat disimpulkan bahwa dismenore adalah nyeri saat menstruasi yang timbul akibat kontraksi uterus yang kuat, peningkatan prostaglandin, atau kelainan ginekologis tertentu. Pada remaja, kondisi ini lebih sering muncul sebagai dismenore primer dan dapat mengganggu fungsi akademik, aktivitas fisik, serta kesehatan emosional.

b. Klasifikasi Dismenore

Dismenore umumnya dibedakan menjadi dua jenis, yaitu dismenore primer dan sekunder.

1) Dismenore primer muncul tanpa adanya kelainan anatomi dan biasanya terasa 6–12 bulan setelah menarke. Kondisi ini dipicu oleh ketidakseimbangan hormon, khususnya prostaglandin yang meningkatkan kontraksi uterus sehingga memicu rasa nyeri (Cunningham, 2022).
2) Dismenore sekunder disebabkan oleh kelainan organik seperti endometriosis, mioma uteri, atau adenomiosis, di mana nyeri yang

dirasakan lebih berat dan cenderung menetap lebih lama (Hacker & Moore, 2023).

c. Etiologi Dismenore

Dismenorea jika tidak ditemukan penyebab yang mendasarinya dan dismenore sekunder adalah kelainan kandungan adalah dismenore primer. Dismenore primer kemungkinan terjadi pada wanita lebih dari

50% dan mengalami nyeri yang hebat sebesar 15%. Nyeri pada dismenore primer juga berasal dari kontraksi rahim yang dirangsang oleh prostaglandin, jika saluran serviksnya sempit nyeri yang dirasakan semakin hebat ketika bekuan atau potongan jaringan dari lapisan rahim melewati serviks (leher rahim) (Nugroho Topan dan Utama Indra, 2014 dalam Lily Elyda Daulay, 2022)

Menurut (Nugroho Topan dan Utama Indra , 2014) dalam Lily Faktor Elyda Daulay, 2022) yang dapat bisa memperburuk dismenore yaitu :

1) Rahim yang menghadap kebelakang (retroversi)
2) Kurang berolahraga
3) Stress psikis atau stress social

d. Patofisiologi Dismenore

Dismenore terjadi akibat meningkatnya kadar prostaglandin yang terkandung dalam endometrium. Peningkatan ini dipengaruhi oleh perubahan hormon progesteron selama fase luteal pada siklus menstruasi. Kadar prostaglandin mencapai puncaknya pada awal menstruasi, sehingga memicu kontraksi miometrium yang kuat dan menyebabkan penyempitan pembuluh darah. Kondisi tersebut mengakibatkan terjadinya iskemia, disintegrasi endometrium, perdarahan, serta timbulnya rasa nyeri saat menstruasi (Manuaba, 2015 dalam Idaningsih, 2020).

e. Tanda dan Gejala Dismenore

Gejala dismenore mencakup kram perut bagian bawah, nyeri yang menjalar ke punggung, mual, muntah, diare, sakit kepala, kelelahan, hingga perubahan suasana hati. Penelitian (Winarni , 2024)

menunjukkan bahwa remaja sering mengalami gejala sedang hingga berat yang berdampak pada penurunan konsentrasi, ketidakhadiran sekolah, dan gangguan aktivitas harian. Faktor yang memengaruhi dismenore meliputi tingginya kadar prostaglandin, usia menarke dini, riwayat keluarga, kurangnya aktivitas fisik, stres emosional, indeks massa tubuh tidak normal, serta kebiasaan merokok atau konsumsi kafein berlebih (Harlow, 2021; WHO, 2022).

f. Derajat Dismenore

1) Dismenore ringan

Dismenore ringan merupakan nyeri haid yang berlangsung dalam waktu singkat dan tidak menimbulkan gangguan berarti terhadap aktivitas sehari-hari, sehingga penderita masih dapat menjalankan aktivitas seperti biasa tanpa hambatan yang signifikan.

2) Dismenore sedang

Dismenore sedang ditandai dengan nyeri menstruasi yang cukup mengganggu aktivitas. Pada kondisi ini, penderita umumnya memerlukan penggunaan obat pereda nyeri agar tetap mampu melanjutkan aktivitas sehari-hari sebagaimana mestinya.

3) Dismenore berat

Dismenore berat merupakan kondisi nyeri haid yang sangat mengganggu sehingga penderita memerlukan istirahat selama beberapa hari. Kondisi ini sering disertai dengan keluhan lain seperti sakit kepala, nyeri pinggang, diare, serta perasaan tidak nyaman atau tertekan (Pramardika dkk., 2019).

g. Factor- factor Dismenore

Berdasarkan pendapat (Judha, 2012) dalam (Pramardika, 2019), terdapat beberapa faktor yang dapat memengaruhi terjadinya dismenore, antara lain sebagai berikut:

1) Usia menarche dini (<11 tahun)

Menstruasi pertama yang terjadi pada usia kurang dari 11 tahun berhubungan dengan kondisi ovarium yang belum matang secara optimal. Pada usia ini, jumlah folikel primer di ovarium

masih terbatas sehingga produksi hormon estrogen relatif rendah, yang dapat memengaruhi terjadinya dismenore.

2) Kesiapan menghadapi menstruasi

Kesiapan dalam menghadapi menstruasi sangat berkaitan dengan faktor psikologis. Talamus dan korteks serebri berperan dalam penghantaran sensasi nyeri. Tingkat nyeri yang dirasakan dapat dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan, pemahaman tentang menstruasi, serta kondisi psikologis individu. Keadaan psikologis yang kurang baik dapat memicu atau memperberat nyeri menstruasi.

3) Lama periode menstruasi

Siklus menstruasi normal umumnya berlangsung sekitar 28 hari, dengan rentang normal antara 21–35 hari. Lama perdarahan menstruasi berkisar antara 2–10 hari. Apabila perdarahan berlangsung lebih dari 10 hari, kondisi tersebut dapat dikategorikan sebagai gangguan menstruasi dan berpotensi meningkatkan risiko dismenore.

4) Aliran darah menstruasi berlebihan

Jumlah darah menstruasi normal berkisar sekitar 50 ml atau ditandai dengan penggunaan pembalut tidak lebih dari lima kali dalam sehari. Apabila darah menstruasi keluar dalam jumlah yang sangat banyak dan cepat, kerja enzim di endometrium dapat menjadi tidak optimal sehingga berkontribusi terhadap timbulnya nyeri haid.

5) Kebiasaan merokok

Nikotin yang terkandung dalam rokok dapat mengganggu pematangan ovum serta metabolisme hormon estrogen. Gangguan metabolisme estrogen dapat menyebabkan ketidakteraturan menstruasi dan memperberat nyeri haid. Wanita perokok maupun perokok pasif diketahui memiliki risiko lebih tinggi mengalami dismenore primer dibandingkan dengan wanita yang tidak terpapar asap rokok.

6) Riwayat keluarga

Wanita yang memiliki riwayat keluarga, seperti ibu atau saudara perempuan dengan gangguan menstruasi atau endometriosis, memiliki risiko lebih besar mengalami dismenore. Faktor genetik yang diturunkan dapat memengaruhi keseimbangan hormon estrogen dan progesteron serta pertumbuhan jaringan endometrium.

7) Kegemukan (obesitas)

Perempuan dengan obesitas cenderung mengalami gangguan ovulasi dan ketidakteraturan siklus menstruasi. Timbunan lemak berlebih dapat memicu peningkatan produksi estrogen, yang berdampak pada perubahan hormonal dan gangguan sistem reproduksi, sehingga meningkatkan risiko dismenore.

8) Konsumsi alcohol

Alkohol dapat meningkatkan kadar estrogen dalam tubuh, yang selanjutnya memicu pelepasan prostaglandin. Peningkatan prostaglandin menyebabkan kontraksi otot rahim yang lebih kuat dan berpotensi menimbulkan nyeri menstruasi.

9) Status nutrisi

Pada saat menstruasi terjadi pengelupasan endometrium yang disertai perdarahan, sehingga tubuh memerlukan asupan gizi yang adekuat untuk menggantikan komponen darah yang hilang dan mendukung regenerasi jaringan endometrium. Status gizi yang kurang dapat mengganggu fungsi reproduksi dan menyebabkan gangguan menstruasi, sedangkan asupan nutrisi yang seimbang dapat membantu mengurangi keluhan selama siklus haid.

10) Stres

Stres dapat memengaruhi sistem saraf dan menyebabkan ketegangan pada otot-otot panggul serta punggung bawah. Kondisi ini dapat meningkatkan persepsi nyeri dan memicu terjadinya dismenore.

11) Kurangnya aktivitas fisik

Kurang berolahraga dapat menyebabkan penurunan sirkulasi darah dan oksigen ke jaringan tubuh, termasuk uterus. Akibatnya, aliran darah ke rahim menjadi berkurang sehingga dapat menimbulkan nyeri saat menstruasi.

h. Upaya Penanganan Dismenore

1) Farmakologi

Penanganan dismenore umumnya dilakukan dengan pemberian obat golongan penghambat prostaglandin, yaitu NSAID (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs) yang bekerja dengan menghambat produksi dan aktivitas prostaglandin. Obat yang termasuk dalam golongan ini antara lain ibuprofen dan naproksen yang tersedia secara bebas. Pada kasus nyeri haid yang berat, pemberian NSAID seperti naproksen atau piroksikam dapat membantu mengurangi keluhan. Beberapa contoh obat NSAID lainnya meliputi aspirin, ibuprofen, naproxen sodium, dan ketoprofen (Tamsuri, 2017).

Penggunaan NSAID dinilai lebih efektif apabila dikonsumsi sejak 2–3 hari sebelum menstruasi dan dilanjutkan hingga 1–2 hari setelah menstruasi. Pemberian obat diawali dengan dosis awal sebanyak dua kali dosis biasa, kemudian dilanjutkan dengan dosis reguler hingga gejala nyeri berkurang. Namun, NSAID tidak dianjurkan diberikan kepada ibu hamil, penderita gangguan saluran pencernaan, asma, serta individu yang memiliki riwayat alergi terhadap obat anti-prostaglandin. Efek samping yang dapat muncul antara lain mual, muntah, nyeri lambung, dan sakit kepala (Tamsuri, 2017).

Selain NSAID, terapi farmakologis lain yang dapat digunakan dalam penanganan dismenore adalah analgetik dan terapi hormonal. Analgetik digunakan untuk meredakan nyeri, khususnya pada nyeri ringan, dengan jenis obat seperti aspirin, asetaminofen, parasetamol, dan propoksifen (Wiknjosastro, 2010). Pemberian

terapi ini bersifat sementara dengan tujuan memungkinkan penderita tetap dapat melakukan aktivitas penting selama menstruasi tanpa gangguan. Upaya tersebut juga dapat dilakukan melalui pemberian pil kontrasepsi kombinasi yang berfungsi menekan ovulasi dan mengurangi nyeri haid (Simanjuntak, 2016) (dalam Lily Elyda Daulay, 2022).

2) Terapi Non-Farmakologi

Penatalaksanaan non-farmakologi yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri menstruasi antara lain dengan pengompresan air hangat pada bagian perut bawah. Metode ini dapat membantu relaksasi otot dan sistem saraf sehingga mengurangi rasa nyeri. Selain itu, mandi air hangat, penggunaan koyo atau balsem, serta mengoleskan penghangat pada area yang nyeri juga dapat membantu menurunkan intensitas nyeri menstruasi (Taruna, 2013) (dalam Lily Elyda Daulay, 2022).

Penatalaksanaan dismenore dapat dilakukan secara farmakologis maupun nonfarmakologis. Penanganan farmakologis meliputi pemberian analgesik seperti ibuprofen, naproxen, atau terapi hormonal bagi kasus tertentu (ACOG, 2023). Sementara itu, pendekatan nonfarmakologis yang terbukti efektif mencakup kompres hangat, olahraga ringan, stretching, yoga, istirahat cukup, hidrasi optimal, dan manajemen stres (Rahma, 2022). Edukasi mengenai teknik manajemen nyeri menjadi penting karena remaja sering melakukan pengobatan mandiri tanpa informasi yang memadai.

3. Pengetahuan

a. Defenisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan aspek kognitif yang sangat penting dalam pembentukan perilaku kesehatan. (Notoatmodjo, 2022) mendefinisikan pengetahuan sebagai hasil tahu seseorang yang terjadi melalui penginderaan, terutama melalui penglihatan dan pendengaran. Bloom yang dikembangkan kembali oleh (Anderson, 2020) menyatakan

bahwa pengetahuan meliputi kemampuan kognitif mulai dari mengingat, memahami, mengaplikasikan, menganalisis, mengevaluasi, hingga mencipta. (WHO, 2021) menjelaskan pengetahuan kesehatan sebagai kemampuan individu memahami faktor yang memengaruhi kesehatan sehingga dapat mengambil keputusan kesehatan yang tepat. Sementara (Sugiyono, 2022) berpendapat bahwa pengetahuan diperoleh melalui proses belajar, pendidikan, dan pengalaman interaksi individu dengan lingkungan.

Kesimpulannya, pengetahuan adalah pemahaman individu yang diperoleh melalui proses belajar dan pengalaman mengenai suatu objek tertentu. Dalam konteks penelitian ini, pengetahuan yang dimaksud adalah kemampuan remaja memahami konsep dismenore, termasuk definisi, penyebab, gejala, faktor risiko, serta pilihan penatalaksanaannya.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi Pengetahuan

1) Usia

Usia berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam menerima, memahami, dan mengolah informasi. Semakin bertambah usia, pengalaman dan daya tangkap individu terhadap informasi cenderung meningkat, meskipun pada usia tertentu kemampuan kognitif dapat mengalami penurunan.

2) Pendidikan

Tingkat pendidikan memiliki peran penting dalam membentuk pengetahuan seseorang. Pendidikan yang lebih tinggi memudahkan individu dalam menerima informasi, memahami konsep, serta berpikir secara rasional dan kritis.

3) Pengalaman

Pengalaman, baik yang diperoleh secara langsung maupun tidak langsung, dapat menjadi sumber pembelajaran yang berharga dan berpengaruh terhadap pengetahuan individu. Semakin banyak pengalaman yang dimiliki, semakin luas pula pengetahuan yang diperoleh.

4) Sumber informasi

Akses terhadap sumber informasi, seperti media massa, media elektronik, tenaga kesehatan, dan lingkungan sosial, sangat memengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Informasi yang akurat dan mudah diakses dapat meningkatkan pemahaman individu terhadap suatu hal.

5) Lingkungan

Lingkungan sosial dan budaya tempat seseorang tinggal turut memengaruhi pembentukan pengetahuan. Nilai, norma, serta kebiasaan yang berlaku di lingkungan sekitar dapat memengaruhi cara individu menerima dan memahami informasi.

6) Sosial ekonomi

Kondisi sosial ekonomi, termasuk pendapatan dan pekerjaan, dapat memengaruhi kemampuan individu dalam memperoleh informasi dan pendidikan, yang pada akhirnya berdampak pada tingkat pengetahuan.

7) Budaya

Budaya berperan dalam membentuk pola pikir dan cara pandang seseorang terhadap suatu informasi. Kepercayaan dan tradisi tertentu dapat memengaruhi penerimaan individu terhadap pengetahuan baru.

c. Cara menghitung Pengetahuan

Pengukuran tingkat pengetahuan dapat dilakukan melalui metode wawancara maupun kuesioner yang berisi pertanyaan sesuai dengan materi yang akan diukur pada subjek penelitian atau responden (Mubarak, 2011 dalam Rustihati, 2022).

Secara umum, jenis pertanyaan yang digunakan untuk mengukur pengetahuan dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

1) Pertanyaan subjektif, seperti pertanyaan berbentuk esai.
2) Pertanyaan objektif, seperti pertanyaan pilihan ganda, benar atau salah, serta menjodohkan.

Pertanyaan esai disebut sebagai pertanyaan subjektif karena proses penilaiannya dipengaruhi oleh unsur subjektivitas penilai, sehingga hasil penilaian dapat berbeda antara satu penilai dengan penilai lainnya maupun pada waktu yang berbeda. Sebaliknya, pertanyaan pilihan ganda, benar atau salah, serta menjodohkan digolongkan sebagai pertanyaan objektif karena dapat dinilai secara pasti dan konsisten tanpa dipengaruhi oleh subjektivitas penilai.

Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui indra penglihatan dan pendengaran. Untuk mengetahui persentase jawaban yang diperoleh dari kuesioner, dapat digunakan rumus pengukuran persentase menurut (Arikunto 2016 dalam Rustihati, 2022), yaitu:

$$P = \frac{F}{N} \text{ x } 100\%$$

Keterangan :

P : Persentase tingkat pengetahuan

f : Jumlah jawaban yang diperoleh responden

N : Jumlah seluruh soal

100% : Bilangan tetap

Menurut (Arikunto 2016 dalam Rustihati, 2022), tingkat pengetahuan seseorang dapat diinterpretasikan ke dalam kategori kualitatif berdasarkan persentase skor jawaban yang diperoleh dari kuesioner, yaitu sebagai berikut:

1) Baik, apabila persentase jawaban benar berada pada rentang 76–100%.
2) Cukup, apabila persentase jawaban benar berada pada rentang 56–75%.
3) Kurang, apabila persentase jawaban benar kurang dari 55%.

4. Sikap

a. Defenisi Sikap

Sikap merupakan salah satu konsep penting dalam psikologi social dan kesehatan masyarakat karena berhubungan langsung dengan bagaimana seseorang menilai sesuatu dan bagaimana penilaian itu mendorong kecenderungan bertindak. Sikap dapat dipahami sebagai

reaksi atau respon seseorang terhadap suatu stimulus atau objek, tetapi respon tersebut masih bersifat tertutup (cover behavior), artinya belum tampak dalam tindakan nyata. Defenisi ini menegaskan bahwa sikap berada pada ranah batin atau mental yang menjadi jembatan antara yang diketahui seseorang dengan apa yang akhirnya ia lakukan (Notoatmodjo, 2003).

Sikap juga sering didefenisikan sebagai predisposisi emosional yang dipelajari untuk merespons suatu objek secara relative konsisten. Fishbein menyebut sikap sebagai kecenderungan yang terbentuk melalui proses belajar dan pengalaman, sehingga individu cenderung memberikan respon yang sama ketika berhadapan dengan objek yang sama (Fishbein dalam Ali & Asrori, 2006; dirujuk dalam Nursalam, 2013). Defenisi ini menenkankan bahwa sikap bukan bawaan lahir, melainkan hasil interaksi social, pendidikan, nilai budaya, dan pengalaman pribadi.

Dalam kesehatan masyarakat, sikap diposisikan sebagain salah satu factor prediposisi (Predisposing Factor) yang menentukan muncul atau tidaknya suatu perilaju kesehatan. Artinya, walaupun seseotang memiliki pengetahuan yang bak, perilaku sehat belum tentu muncul apabila sikapnya negative. Sebaliknya, pengetahuan yang cukup dapat membangun sikap positif sehingga individu lebih siap menerima dan menjalankan tindakan kesehatan tertentu (Notoatmodjo, 2012). Sikap demikian menjadi modal psikologis yang mengarahkan tindakan, walaupun tidak selalu langsung berubah menjadi perilaku bila ada hambatan lingkungan atau social.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi Sikap

Menurut (Azwar, 2012), pembentukan sikap seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain pengalaman pribadi yang melibatkan emosi, pengaruh orang lain yang dianggap penting seperti orang tua, teman sebaya, dan tokoh masyarakat, kebudayaan yang membentuk nilai dan norma, media massa sebagai sumber informasi, lembaga pendidikan dan agama yang menanamkan nilai secara

sistematis, serta faktor emosional yang memengaruhi respon sikap individu terhadap suatu objek.

Pengukuran sikap dilakukan melalui penilaian terhadap pernyataan sikap responden mengenai objek tertentu. Pernyataan sikap dapat berupa pernyataan favourable (positif/mendukung) maupun unfavourable (negatif/tidak mendukung), yang disusun secara seimbang dalam suatu skala sikap (Azwar, 2015 dalam Rustihati, 2022). Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dengan menanyakan pendapat responden, atau secara tidak langsung melalui pertanyaan dalam kuesioner.

Instrumen pengukuran sikap dalam penelitian ini menggunakan skala Likert dengan empat pilihan jawaban, yaitu :

1) Sangat setuju (4)
2) Setuju (3)
3) Tidak setuju (2)
4) Sangat tidak setuju (1).

Kuesioner terdiri dari 20 pernyataan, yang mencakup pernyataan positif dan negatif, dan disebarkan melalui *Google Form*.

1) *Positive* (skor > 51%)
2) *Negative* (skor <50%)

5. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan proses terencana untuk memengaruhi perilaku individu maupun kelompok melalui penyampaian informasi kesehatan yang benar. (Notoatmodjo, 2022) menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan bertujuan membentuk perilaku sehat melalui peningkatan pengetahuan dan keterampilan. (Kementerian Kesehatan RI, 2022) menegaskan bahwa pendidikan kesehatan adalah proses pemberdayaan masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan secara mandiri. (WHO, 2021) mengartikan pendidikan kesehatan sebagai segala kegiatan yang dirancang untuk meningkatkan kemampuan individu dalam membuat keputusan terkait kesehatannya. (Green dan Kreuter, 2020) melalui model PRECEDE–PROCEED

menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan memengaruhi perilaku melalui faktor predisposisi (pengetahuan & sikap), faktor pemungkin (akses & fasilitas), serta faktor penguat (dukungan sosial dan lingkungan).

Dengan demikian, pendidikan kesehatan adalah upaya sistematis untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan tindakan kesehatan individu melalui penyampaian informasi yang akurat dan menarik. Pada remaja, pendidikan kesehatan yang menggunakan media visual terbukti lebih efektif dibandingkan metode ceramah konvensional.

6. Media Motion Graphics

Motion graphics merupakan media visual bergerak yang menggabungkan elemen animasi, ilustrasi, teks, dan suara sehingga dapat menyampaikan informasi dengan menarik. Menurut (Ardila, 2022), motion graphics efektif meningkatkan fokus dan retensi informasi pada remaja karena sifat visualnya yang dinamis. (Rahman & Dewi, 2022) juga menyatakan bahwa media ini mampu menyederhanakan konsep yang kompleks menjadi lebih mudah dipahami. (Lestari, 2023) menambahkan bahwa penggunaan animasi interaktif dalam edukasi kesehatan meningkatkan daya ingat dan mempermudah pemahaman materi.

7. Experiental Learning Theory (ELT)

Teori pembelajaran berdasarkan pengalaman (Experiential LearningTheory), yang dicetuskan oleh David Kolb pada awal tahun 1980-an. Model ini menekan bahwa pembelajaran yang efektif berlangsung melalui pengembangan pengetahuan berdasarkan pengalaman.

a. Pengalaman Konkret / Concrete Experience (CE)

Dimana keadaan seseorang mengalami suatu peristiwa secara langsung, ada keterlibatan penuh, dan tanpa prasangka.

b. Observasi Reflektif / Reflective Observation (RO)

Keadaan dimana seseorang mengamati dan merefleksikan pengalaman yang baru saja terjadi dari berbagai sudut pandang, dengan tujuan untuk memahami apa yang telah terjadi dan mengidentifikasi pola.

c. Konseptualisasi Abstrak / Abstract Conceptualization (AC)

Dengan cara menciptakan konsep, teori, atau generalisasi baru berdasarkan refleksi dan observasi,yang tujuannya adalah untuk mengintegrasikan pengalaman dengan pengetahuan yang ada dan membentuk pemahaman baru.

d. Eksperimentasi Aktif / Active Experimentation (AE)

Menggunakan konsep dan teori baru untuk memecahkan masalah atau membuat keputusan di masa depan (menguji hipotesis), dengan tujuan untuk mengaplikasikan pengetahuan yang baru didapat.

e. Implikasi ELT dalam penelitian edugames

1) Sifat Holistik

ELT mengakui bahwa pembelajaran melibatkan pikiran (AC), perasaan (CE), pengamatan (RO), dan tindakan (AE). Edugames dapat menyentuh semua aspek ini, menjadikannya lebih unggul daripada metode ceramah pasif.

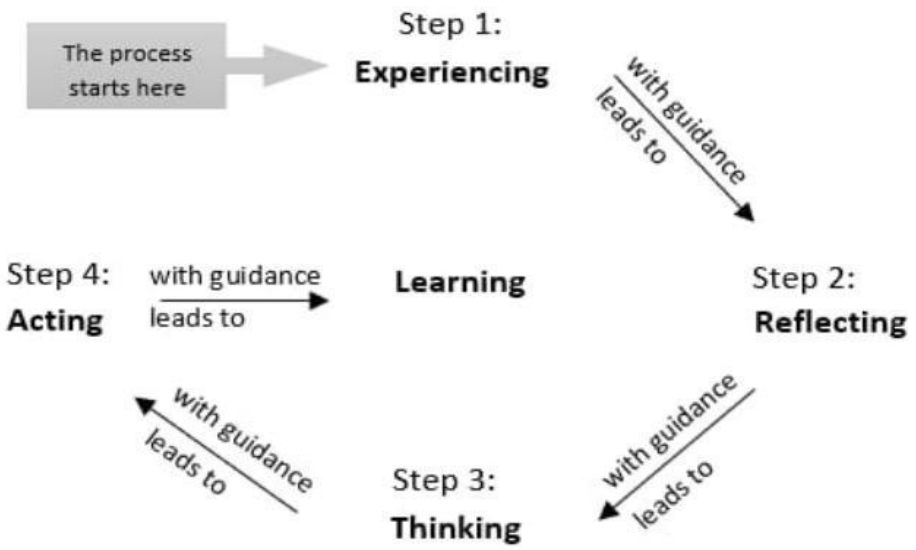
2) Peran Pengalaman ELT

ELT menempatkan pengalaman langsung (bermain) sebagai inti dari proses belajar, bukan hanya sebagai contoh. Hal ini sangat mendukung penggunaan permainan.

3) Dampak pada sikap

Tahap Active Experimentation secara langsung terikat dengan perubahan sikap dan intensi perilaku, karena remaja dilatih untuk mengaplikasikan konsep yang baru mereka bentuk ke dalam konteks dunia nyata (pencegahan IMS).

f. Skema 4 siklus berulang pembelajaran efektif (Kolb,1984) sebagai berikut :



Gambar 1: Model Of Experiential Learning Theory

1) Experiencing (Mengalami)

Pada tahap ini seseorang terjun langsung ke suatu kegiatan atau situasi nyata, misalnya melakukan praktik, simulasi, permainan peran, atau tugas lapangan. Pengalaman ini menjadi "bahan mentah" yang nantinya diolah pada langkah berikutnya.

2) Reflecting (Merefleksikan)

Setelah mengalami, peserta diajak berhenti sejenak untuk melihat kembali apa yang terjadi, bagaimana perasaannya, apa yang berjalan baik, dan apa yang tidak. Dengan bimbingan, refleksi membantu menyadari makna dari pengalaman, bukan hanya menjalani begitu saja.

3) Thinking (Berpikir/Memahami)

Berikutnya, hasil refleksi dihubungkan dengan konsep, teori, atau prinsip yang lebih umum. Di sini peserta mulai menganalisis mencari pola, menarik kesimpulan, dan mengaitkan pengalaman dengan pengetahuan yang sudah ada sehingga terbentuk pemahaman yang lebih mendalam.

4) Acting (Bertindak/Mencoba)

Tahap terakhir adalah menerapkan pemahaman baru tersebut dalam tindakan nyata, misalnya mencoba cara kerja baru, memperbaiki strategi, atau membuat rencana tindakan. Tindakan baru ini akan menghasilkan pengalaman baru, sehingga siklus kembali ke Step 1 dan proses belajar berlanjut secara terus-menerus.

8. Health Belief Model (HBM)

Health Belief Model (HBM) adalah teori psikologis yang digunakan untuk memahami dan memprediksi perilaku kesehatan individu berdasarkan sikap, keyakinan, dan persepsi mereka terhadap ancaman kesehatan dan manfaat tindakan pencegahan. Model ini dikembangkan pada awal 1950-an untuk menjelaskan rendahnya partisipasi masyarakat dalam program pencegahan penyakit.

Berikut merupakan komponen Health Belief Model :

a. Kerentanan yang dirasakan (Perceived Susceptibility)

Dimensi persepsi kerentanan mengukur persepsi subyektif individu terhadap risiko terkena kondisi kesehatan. Untuk kasus penyakit medis, dimensi tersebut telah dirumuskan ulang sehingga meliputi penerimaan individu terhadap diagnosis, penilaian pribadi akan kerentanan ulang (resusceptibility) dan kerentanan terhadap penyakit secara umum (Bandura, 1994;Glanz, 2008).

b. Keparahan yang dirasakan (Perceived Severity)

Persepsi keparahan menjelaskan perasaan tentang keseriusan terkena penyakit atau membiarkannya tak terobati. Persepsi keparahan meliputi evaluasi konsekuensi medis dan klinis (misal, kematian, cacat dan nyeri) serta kemungkinan konsekuensi sosial (pengaruh terhadap kondisi kerja, kehidupan keluarga dan hubungan sosial). Kombinasi kerentanan dan keparahan tersebut dinamakan persepsi ancaman (perceived threat) (Bandura, 1994;Glanz, 2008).

c. Manfaat yang dirasakan (Perceived Benefit)

Meskipun penerimaan kerentanan pribadi terhadap suatu kondisi yang juga diyakini serius (yaitu kerentanan terhada persepsi ancaman)

menghasilkan dorongan yang mengarah pada perilaku, tindakan yang dilakukan bergantung pada keyakinan mengenai efektifitas berbagai perilaku dalam mengurang ancamaan kesehatan (perceived benefits of taking health action). Faktor lain meliputi manfaat tidak terkait. Jadi, individu yang menunjukkan kadar keyakinan optimal pada kerentanan dan keparahan tidak dapat diharapkan menerima rekomendasi tindakan kesehatan apapun, kecuali tindakan itu dipersepsi berpontensi efikatif. (Bandura, 1994;Glanz, 2008)

d. Hambatan (Perceived Barrier)

Aspek berpotensi negatif pada tindakan kesehatan tertentu, yaitu persepsi hambatan, akan menghambat pelaksanaan perilaku yang disarankan. Terjadi semacam analisis untuk rugi yang tidak disadari. Dengan analisis ini individu menimbang antara dugaan efektifitas tindakan dan persepsi bahwa tindakan tersebut mahal, bahaya (berefek samping negatif), tidak menyenangkan (sakit, sulit atau mengganggu), tidak nyaman, makan waktu dan sebagainya. Jadi kombinasi kadar kerentanan dan keparahan memberikan energi atau daya untuk bertindak dan persepsi manfaat (lebih sedikit hambatan) memberikan jalan bagi tindakan (Bandura, 1994;Glanz, 2008).

e. Isyarat Bertindak (Cues to Action)

Berbagai formulasi awal HBM membahas konsep cues (isyarat) yang memicu tindakan. Persepsi kerentanan dan persepsi manfaat hanya dapat dipotensialisasi dengan faktor lain, khususnya isyarat berupa peristiwa badani dan peristiwa lingkungan, misal, publisitas media, yang memicu tindakan, (Bandura, 1994;Glanz, 2008)

f. Variabel Lain

Variabel demografi, sosiopsikologi dan struktural yang sangat berbeda dapat mempengaruhi persepsi individu, dan dengan demikian tak langsung mempengaruhi perilaku terkait kesehatan. Secara khusus, berbagai faktor sosiodemografi, terutama prestasi pendidikan, diyakini memiliki efek tak langsung terhadap perilaku dengan

mempengaruhi persepsi kerentanan, keparahan, manfaat dan hambatan, (Bandura, 1994)

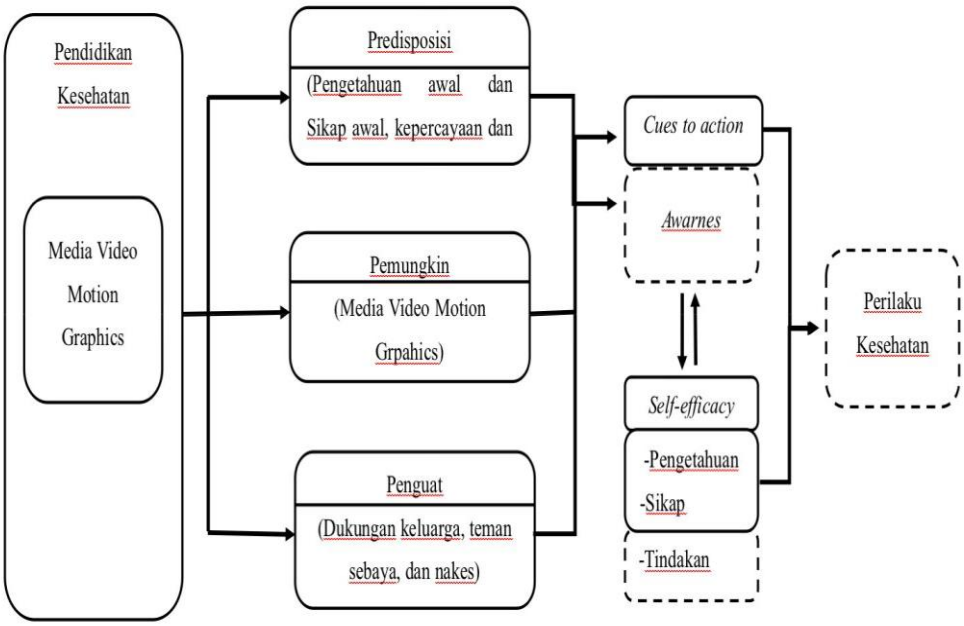
g. Self Efficacy

Tahun 1997, Bandura memperkenalkan konsep self efficacy, atau harapan efikasi, sebagai yang berbeda dari harapan hasil (outcome expectation) yang menurut Bandura (1994) harus ditambahkan pada HBM untuk meningkatkan daya jelasnya. Harapan hasil, didefinisikan sebagai perkiraan individu bahwa perilaku tertentu akan memberikan hasil tertentu, mirip dengan kosep HBM tentang persepsi manfaat. Selfefficacy didefinisikan sebagai keyakinan bahwa seseorang akan berhasil menjalan perilaku yang diperlukan untuk memberikan hasil. Perlu keyakinan tinggi agar dapat mengubah gaya hidup tersebut sebelum dimungkinkan melakukan perubahan. Dengan demikian agar perubahan perilaku berhasil seperti halnya HBM awal, orang harus merasa terancam oleh perilaku mereka saat itu (persepsi kerentanan dan berat) dan yakin bahwa perubahan tertentu akan bermanfaat jika memperoleh hasil berguna dengan pengobatan yang wajar. Makin banyak literatur yang mendukung arti penting self-efficacy , teori ini berakar pada pemberian informasi untuk meningkatkan kesadaran dan kepedulian masyarakat tentang resiko kesehatan serius yang berhubungan dengan penyakit yang dapat dicegah, termasuk penyakit yang dapat disembuhkan jika diketahui lebih dini. Pendidik kesehatan juga ingin masyarakat memahami bahwa mereka bisa mengurangi resiko kesehatan tersebut dengan mengambil tindakan tertentu. Orang akan memikirkan apakah hasil dari perubahan perilaku lebih besar efeknya daripada hambatan praktis dan psikologisnya. Individu menilai total manfaat dari perubahan perilaku mereka untuk mengurangi ancaman terhadap kesehatan mereka dan kepu-tusan untuk bertindak.



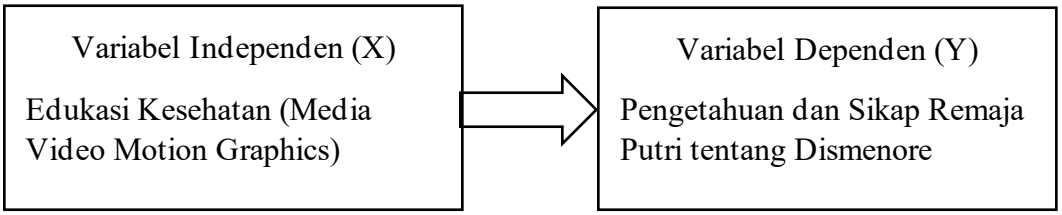
Gambar 2 : Health Belief Model Component and linkages Sumber : Victoria L.Champion & Ciette Sugg Skinner (2008)

B. Kerangka Teori



Gambar 1 Konsep Teori Kerangka Teori Penelitian yang diadopsi dari teori Precede-Proceed Model" Lawrence Green (1991) dan teori Health Belief Model (HBM)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis Utama (Hα)

1. Media Video Motion Graphics memiliki pengaruh terhadap peningkatan pengetahuan remaja putri tentang dismenore.
2. Media Video Motion Graphics memiliki pengaruh terhadap peningkatan sikap positif remaja putri tentang penanganan dismenore.