

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Dismenorea

a. Pengertian Dismenorea

Dismenorea adalah rasa nyeri saat menstruasi. Perasaan nyeri pada waktu haid dapat berupa kram ringan pada bagian kemaluan sampai terjadi gangguan dalam tugas sehari-hari. Dismenorea merupakan salah satu gejala fisik dari sekian gejala sindrom premenstruasi. Dismenorea dibagi menjadi dua bentuk yaitu dismenorea primer dan dismenorea sekunder (Manuaba, 2009).

Dismenorea primer yaitu nyeri haid yang terjadi tanpa terdapat kelainan anatomis alat kelamin. Dismenorea primer tidak dikaitkan dengan patologi pelvis dan bisa timbul tanpa penyakit organik. Dismenorea primer umumnya terjadi pada tahun-tahun pertama setelah menstruasi pertama atau *menarche*, biasanya terjadi dalam 6-12 bulan pertama setelah *menarche* (haid pertama) segera setelah siklus ovulasi teratur ditentukan. Intensitas dismenorea bisa berkurang setelah hamil atau pada umur sekitar 30 tahun. Istilah dismenorea berat sering dipakai jika nyeri haid disertai mual, muntah, diare, pusing, nyeri kepala, dan (terkadang) pingsan (Anurogo, 2008; Manuaba, 2009; Rensburg, 2011).

Dismenorea sekunder (*secondary dysmenorea*) yaitu nyeri haid yang berhubungan dengan kelainan anatomis yang jelas. Kelainan anatomis ini kemungkinan adalah haid disertai infeksi, endometriosis, mioma uteri, polip endometrial, polip serviks, pemakaian IUD (*Intra Uterine Device*) atau AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim). Kondisi dismenorea sekunder paling sering dialami oleh wanita berusia 30-45 tahun. Penegakan penyebab dismenorea perlu dikonsultasikan dengan dokter ahli kandungan sehingga dapat memberikan pengobatan secara tepat (Manuaba, 2009).

b. Etiologi Dismenorea

1) Dismenorea primer

Menurut Junizar, dkk (2001), etiologi dismenorea primer belum jelas, namun umumnya berhubungan dengan siklus ovulatorik. Beberapa faktor yang diduga berperan dalam timbulnya dismenorea primer yaitu:

a) Psikis

Semua nyeri tergantung pada hubungan susunan saraf pusat khususnya thalamus dan korteks. faktor psikis sangat berpengaruh pada dismenorea primer. Nyeri dapat dibangkitkan atau diperberat oleh keadaan psikis penderita. Menurut Wiknjastro (2005) pada gadis-gadis yang secara emosional tidak stabil, apalagi jika mereka tidak mendapat keterangan yang baik tentang proses haid akan mudah timbul dismenorea.

b) Prostaglandin

Penyelidikan pada tahun-tahun terakhir menunjukkan bahwa peningkatan kadar Prostaglandin (PG) penting peranannya sebagai penyebab terjadinya dismenorea. Menurut Jeffcoate *cit.* Junizar dkk (2001), terjadinya spasme endometrium dipacu oleh zat dalam darah haid, mirip lemak alamiah yang kemudian diketahui sebagai prostaglandin. Kadar zat ini meningkat pada keadaan dismenorea dan ditemukan di dalam otot uterus.

PG menyebabkan peningkatan aktivitas uterus dan serabut-serabut syaraf terminal rangsang nyeri. Kombinasi antara kadar PG dan peningkatan kepekaan miometrium menimbulkan tekanan intra uterus sampai 400 mm Hg dan menyebabkan kontraksi miometrium yang hebat. Dapat disimpulkan bahwa PG yang dihasilkan uterus berperan dalam menimbulkan hiperaktivitas miometrium. Selanjutnya kontraksi miometrium yang disebabkan oleh PG akan mengurangi aliran darah sehingga terjadi iskemia sel-sel miometrium yang mengakibatkan timbulnya nyeri spasmodik. Jika PG dilepaskan dalam jumlah berlebihan ke dalam peredaran darah maka akan muncul pengaruh umum lainnya, seperti diare, mual muntah.

c) Hormon steroid seks

Dismenorea primer hanya terjadi pada siklus ovulatorik. Dismenorea hanya timbul bila uterus berada di bawah pengaruh

progesteron, Sedangkan sintesis PG berhubungan dengan dengan fungsi ovarium. Kadar progesteron yang terendah akibat regresi *corpus luteum* menyebabkan terganggunya stabilitas membran lisosom dan juga meningkatkan pelepasan enzim fosfolipase-A2 yang berperan sebagai katalisator dalam sintesis PG melalui perubahan fosfolipid menjadi asam arakhidonat. Menurut Berek (2002), biosintesis dan metabolisme prostaglandin dan tromboksan diperoleh dari asam arakhidonat.

d) System saraf (neurologik)

Uterus dipersarafi oleh system saraf otonom (SSO) yang terdiri dari sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Jeffcoate *cit.* Junizar dkk (2001) mengemukakan bahwa dismenorea ditimbulkan oleh ketidakseimbangan pengendalian SSO terhadap miometrium. Pada keadaan ini terjadi perangsangan yang berlebih oleh saraf simpatik sehingga serabut-serabut sirkuler pada istmus dan ostium uteri internum menjadi hipertonic.

e) Vasopressin

Akarluad dkk *cit.* Junizar dkk (2001) pada penelitiannya mendapatkan bahwa wanita dengan dismenorea primer ternyata memiliki kadar vassopresin yang tinggi dan berbeda bermakna dari wanita tanpa dismenorea. Hal ini menunjukkan bahwa vasopressin pada saat haid dapat menyebabkan peningkatan kontraksi uterus dan

berkurangnya darah haid. Peranan pasti vasopressin dalam mekanisme dismenorea sampai saat ini belum jelas.

2) Dismenorea sekunder

Menurut Wiknjosastro (2005), dismenorea sekunder disebabkan oleh kelainan ginekologik (salpingitis kronika, endometriosis, adenomiosis uteri, stenosis servisis uteri, dll). Menurut Berek (2002), mekanisme penyebab dismenorea sekunder bermacam-macam dan tidak dapat dijabarkan seluruhnya, meliputi berlebihan produksi prostaglandin atau hipertonic kontraksi uterus sekunder akibat obstruksi servikal, massa intrauterine, dan adanya benda asing.

c. Karakteristik Dismenorea

a. Dismenorea primer

Menurut Holder (2011) dan Badziad (2003) dismenorea primer memiliki ciri khas terjadi dalam 6-12 bulan setelah *menarche* (haid pertama), sering ditemukan pada usia muda, nyeri perut bawah atau pelvis (*lower abdominal/pelvic pain*) dimulai dengan haid dan berakhir selama 8-72 jam, *low back pain* (nyeri punggung belakang), nyeri paha di medial atau anterior, *headache* (sakit kepala), *diarrhea* (diare), *nausea* (mual) atau *vomiting* (muntah), jarang ditemukan kelainan genitalia pada pemeriksaan ginekologis, cepat memberikan respons terhadap pengobatan medikamentosa.

Karakteristik dismenorea primer sangat dipengaruhi oleh usia wanita dan kehamilan, hal ini berkaitan dengan sekresi hormon prostaglandin. Semakin tua umur seseorang, semakin sering ia mengalami menstruasi dan semakin lebar leher rahim maka sekresi hormon prostaglandin akan semakin berkurang. Selain itu, dismenorea primer nantinya akan hilang dengan makin menurunnya fungsi saraf rahim akibat penuaan (Novia, 2008). Menurut Junizar, dkk (2001) dismenore primer umumnya terjadi pada usia 15–30 tahun dan sering terjadi pada usia 15–25 tahun yang kemudian hilang pada usia akhir 20-an atau awal 30-an.

b. Dismenorea sekunder

Menurut Holder (2011), dismenorea sekunder memiliki ciri khas terjadi pada usia 20-an atau 30-an, setelah siklus haid yang relatif tidak nyeri di masa lalu, infertilitas, darah haid yang banyak (*heavy menstrual flow*) atau perdarahan yang tidak teratur, *dyspareunia* (sensasi nyeri saat berhubungan seks), *vaginal discharge*, nyeri perut bawah atau pelvis selama waktu selain haid, nyeri yang tidak berkurang dengan terapi *Nonsteroidal Anti Inflammatory Drugs* (NSAIDs).

d. Patofisiologi

Ada beberapa faktor yang dikaitkan dengan dismenorea primer yaitu prostaglandin uterin yang tinggi, aktivitas uteri abnormal, dan faktor emosi/psikologis. Wanita dengan dismenorea mempunyai prostaglandin 4 kali lebih tinggi dari wanita tanpa dismenorea. Dismenorea primer bisa

timbul pada hari pertama atau kedua dari menstruasi, nyerinya bersifat kolik atau kram dan dirasakan pada abdomen bawah (Baradero, 2006).

Selama menstruasi, sel-sel endometrium yang terkelupas (*sloughing endometrial cells*) melepaskan prostaglandin, yang menyebabkan iskemia uterus melalui kontraksi miometrium dan vasokonstriksi. Peningkatan kadar prostaglandin telah terbukti ditemukan pada cairan haid (*menstrual fluid*) pada wanita dengan dismenorea berat (*severe Dismenorea*). Kadar ini meningkat terutama selama dua hari pertama selama menstruasi (Anurogo, 2008).

Salah satu kemungkinan penyebab terjadinya sindrom premenstruasi khususnya dismenorea adalah adanya perbedaan genetik pada sensitivitas reseptor dan sistem pembawa pesan yang menyampaikan pengeluaran hormon seks dalam sel. Sindrom premenstrual ini biasanya lebih mudah terjadi pada wanita yang lebih peka terhadap perubahan hormonal dalam siklus haid, dapat disebabkan karena menurunnya hormon estrogen dan progesteron (Anurogo, 2008).

Kemungkinan lain, berhubungan dengan gangguan perasaan, faktor kejiwaan, masalah sosial atau fungsi serotonin yang dialami penderita. Sehingga dismenorea telah dihubungkan dengan faktor tingkah laku (*behavioral*) dan psikologis. Meskipun faktor-faktor ini belum diterima sepenuhnya sebagai kausatif, namun dapat dipertimbangkan jika pengobatan secara medis gagal (Calis, 2011).

e. Faktor yang Mempengaruhi Dismenorea

Berdasarkan beberapa penelitian didapatkan faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian dismenorea primer, diantaranya:

1. Stres

Menurut Proctor (2006), stres tinggi dapat meningkatkan insiden dismenorea. Pendapat ini juga didukung oleh pendapat French (2005), yang mengatakan bahwa kesehatan mental adalah salah satu faktor resiko yang potensial untuk kejadian dismenorea. Depresi, kecemasan, dan tidak adanya dukungan sosial berhubungan dengan kejadian nyeri menstruasi atau yang dikenal dengan dismenorea, dimana depresi dan kecemasan menurut Potter (2005), adalah salah satu manifestasi dari stres. Hudono *cit.* Wahyuningsih (2006), mengatakan bahwa stres dapat mempengaruhi gangguan menstruasi berupa rasa nyeri yang berlebih di waktu haid atau yang disebut dengan dismenorea. Stres menimbulkan ketidakseimbangan dalam pengendalian otot-otot rahim oleh syaraf otonom dan muncul rangsangan simpatis yang berlebihan sehingga terjadi hipertoni pada serabut-serabut otot sirkuler isthimus uteri internum.

2. Merokok

Perokok mempunyai resiko 50% lebih tinggi daripada yang tidak merokok untuk mengalami nyeri menstruasi (Rensburg, 2011). Dalam penelitiannya Harlow dan Park (1996) menyatakan bahwa salah satu faktor resiko dismenorea adalah merokok. Merokok dapat mengakibatkan nyeri

saat haid karena di dalam rokok terdapat kandungan zat yang dapat mempengaruhi metabolisme estrogen, sedangkan estrogen bertugas untuk mengatur proses haid dan kadar estrogen harus cukup di dalam tubuh. Apabila estrogen tidak tercukupi akibat adanya gangguan dari metabolismenya akan menyebabkan gangguan pula dalam alat reproduksi termasuk nyeri saat haid (Megawati, 2006).

3. Alkohol

Menurut Harlow dan Park (1996), konsumsi alkohol dapat memungkinkan terjadinya dismenorea, pada wanita yang mempunyai riwayat dismenorea sebelumnya konsumsi alkohol akan meningkatkan durasi dan keparahan dismenorea. Menurut Proctor (2006), keparahan dismenorea berhubungan dengan konsumsi alkohol.

4. *Overweight*

Overweight berhubungan dengan peningkatan prevalensi dari keparahan dismenorea (Harlow dan Park, 1996). Menurut Proctor (2006), keparahan dismenorea dapat disebabkan oleh beberapa faktor, salah satunya berhubungan dengan obesitas. Kelebihan berat badan dapat mengakibatkan dismenorea primer, karena di dalam tubuh orang yang mempunyai kelebihan berat badan terdapat jaringan lemak yang berlebihan yang dapat mengakibatkan hiperplasi pembuluh darah (terdesaknya pembuluh darah oleh jaringan lemak) pada organ reproduksi wanita sehingga darah yang seharusnya mengalir pada proses menstruasi terganggu dan timbul

dismenorea primer (Widjanarko, 2006). Indeks massa tubuh untuk orang Asia Pasifik adalah kurus (IMT <18,5), normal (IMT 18,5-22,9), kelebihan BB (IMT > 23-24,9), Obesitas (>24,9) (Suastika,2002).

5. Usia *Menarche*

Usia *menarche* antara 10-16 tahun, dengan rata-rata 12,5 tahun (Wiknjastro, 2005). Keparahan dismenorea berhubungan dengan *menarche* yang terlalu dini (Proctor, 2006; Rensburg, 2011). Menurut Sundell, dkk (1990), keparahan dismenorea berhubungan dengan usia *menarche*.

6. Siklus Mestruasi

Menurut Harlow dan Park (1996) dan Proctor (2006) lama periode menstruasi dan siklus haid yang tidak teratur (lebih lama) mempengaruhi terjadinya dismenorea primer.

Faktor resiko dismenorea sekunder menurut Edmunson (2006) adalah endometriosis, *adenomyosis*, *leiomyomata* (fibroid), *intrauterine device* (IUD).

f. Dampak Dismenorea

Dismenorea adalah penyebab utama dari ketidakhadiran pada kegiatan sosial, akademik, dan olahraga para remaja di sekolah. Penelitian pada sebanyak 706 perempuan remaja hispanik menunjukkan hasil 85% responden melaporkan menderita dismenorea, 38% melaporkan tidak masuk sekolah karena dismenorea dan 33% melaporkan melewatkan kelas individu. Aktivitas yang dipengaruhi oleh dismenorea diantaranya kehilangan konsentrasi di kelas (59%), penurunan aktifitas olahraga (51%), penurunan partisipasi di kelas

(50%), gangguan dalam bersosialisasi (46%), tidak mengerjakan pekerjaan rumah (35%) dan tes pengambilan keterampilan (36%), serta penurunan nilai prestasi akademik (29%). Nyeri haid secara signifikan terkait dengan absensi sekolah dan menurunnya aktivitas serta prestasi akademik, partisipasi olahraga, dan sosialisasi dengan teman sebaya (Banikarim., *et al.*, 2000).

2. Stres

a. Pengertian Stres

Selye *cit.* Hawari (2011) mengatakan bahwa stress merupakan respon tubuh yang sifatnya nonspesifik terhadap setiap tuntutan beban atasnya. Menurut WHO (2003) Stres adalah reaksi atau respon tubuh terhadap stresor psikososial (tekanan mental/beban kehidupan). Stres dewasa ini digunakan secara bergantian untuk menjelaskan berbagai stimulus dengan intensitas berlebihan yang tidak disukai berupa respons fisiologis, perilaku dan subjektif terhadap stresor, konteks yang menjembatani pertemuan antara individu dengan stimulus yang membuat stres, semua sebagai suatu sistem (Sriyati, 2008). Menurut Suliswati, Payapo, dkk (2005) kepekaan orang untuk menghayati stres tidaklah sama, hal itu bergantung pada keseluruhan kondisi individu.

b. Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Stres

Faktor-faktor yang mempengaruhi atau menyebabkan stres menurut Santrock (2003) antara lain :

1. Faktor-Faktor Lingkungan

- a. Beban yang terlalu berat, konflik dan frustrasi

Istilah yang sering digunakan untuk beban yang terlalu berat di masa kini adalah *burnout*, perasaan tidak berdaya, tidak memiliki harapan, yang disebabkan oleh stres akibat pekerjaan yang sangat berat. *Burnout* membuat penderitanya merasa sangat kelelahan secara fisik dan emosional.

b. Kejadian besar dalam hidup dan gangguan sehari-hari

2. Faktor-Faktor Kepribadian – Pola Tingkah Laku Tipe A

Adalah sekelompok karakteristik rasa kompetitif yang berlebihan, kemauan keras, tidak sabar, mudah marah, dan sikap bermusuhan yang dianggap berhubungan dengan masalah jantung. Penelitian mengenai pola tingkah laku tipe A pada anak-anak dan remaja menemukan bahwa anak-anak dan remaja dengan pola tingkah laku tipe A cenderung menderita lebih banyak penyakit, gejala gangguan jantung, ketegangan otot, dan gangguan tidur, dan bahwa anak-anak dan remaja dengan tipe A biasanya memiliki orang tua yang juga memiliki pola tingkah laku A.

3. Faktor-Faktor Kognitif

Sesuatu yang menimbulkan stres tergantung pada bagaimana individu menilai dan menginterpretasikan suatu kejadian secara kognitif. Pandangan ini telah dikemukakan oleh peneliti bernama Richard Lazarus. Penilaian kognitif (*cognitive appraisal*) adalah istilah yang digunakan Lazarus untuk menggambarkan interpretasi individu terhadap kejadian-kejadian dalam hidup mereka sebagai sesuatu yang berbahaya, mengancam, atau menantang dan keyakinan mereka apakah mereka

memiliki kemampuan untuk menghadapi suatu kejadian dengan efektif. Lazarus percaya bahwa ketika bahaya dan ancaman tinggi, sementara tantangan dan sumber daya yang dimiliki rendah, stres cenderung akan menjadi berat. Bila bahaya dan ancaman rendah, dan tantangan serta sumber daya yang dimiliki tinggi, maka stres akan cenderung menjadi ringan atau sedang.

4. Faktor-Faktor Sosial Budaya

a. Stres akulturatif

Akulturasi (*acculturation*) mengacu pada perubahan kebudayaan yang merupakan akibat dari kontak langsung yang sifatnya terus menerus antara dua kelompok kebudayaan yang berbeda. Stres akulturatif (*acculturative*) adalah konsekuensi negatif dari akulturasi.

b. Status sosial ekonomi

Menurut Santrock (2003) status sosial ekonomi sangat berperan dalam timbulnya stres.

Taylor (1991) *cit.* Nasir&Muhith (2011) merinci beberapa karakteristik kejadian yang berpotensi dapat menciptakan *stressor* yaitu kejadian negatif yang lebih banyak menimbulkan stres daripada kejadian positif, kejadian ambigu lebih mengakibatkan stres daripada kejadian yang jelas, dan manusia yang tugasnya melebihi kapasitas (*overload*) lebih mudah mengalami stres daripada orang yang mempunyai tugas lebih sedikit.

c. Tahapan Stres

Amberg (1979) *cit.* Hawari (2011) dalam penelitiannya membagi tahapan-tahapan stres sebagai berikut:

1). Stres tahap I

Tahapan ini merupakan tahapan stres yang paling ringan dan biasanya disertai dengan semangat kerja yang besar, berlebihan (*over acting*), penglihatan tajam tidak sebagaimana biasanya, merasa mampu menyelesaikan pekerjaan lebih dari biasanya namun tanpa disadari cadangan energi semakin menipis.

2). Stres tahap II

Tahapan ini dampak atau respon terhadap stresor yang semula menyenangkan sebagaimana diuraikan pada tahap I di atas mulai menghilang dan timbul keluhan-keluhan yang disebabkan cadangan energi yang tidak lagi cukup sepanjang hari. Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan antara lain merasa letih sewaktu bangun pagi yang seharusnya merasa segar, merasa mudah lelah sesudah makan siang, lekas merasa lelah menjelang sore hari, sering mengeluh lambung/perut tidak nyaman (*bowel discomfort*), detakan jantung lebih keras dari biasanya (*berdebar-debar*), otot-otot punggung dan tengkuk terasa tegang, tidak bisa santai.

3). Stres Tahap III

Seseorang yang tetap memaksakan diri dalam pekerjaannya tanpa menghiraukan keluhan-keluhan pada stres tahap II akan

menunjukkan keluhan-keluhan yang semakin nyata dan mengganggu seperti keluhan maag, buang air besar tidak teratur (diare), ketegangan otot-otot semakin terasa, perasaan ketidaktenangan dan ketegangan emosional semakin meningkat, gangguan pola tidur (*insomnia*), sukar untuk mulai masuk tidur (*early insomnia*) atau terbangun tengah malam dan sukar kembali tidur (*middle insomnia*) atau bangun terlalu pagi atau dini hari dan tidak dapat kembali tidur (*late insomnia*), koordinasi tubuh terganggu (badan terasa akan jatuh dan serasa mau pingsan). Seseorang sudah harus berkonsultasi pada dokter untuk memperoleh terapi, atau bisa juga beban stres hendaknya dikurangi dan tubuh memperoleh kesempatan untuk beristirahat guna menambah suplai energi yang mengalami defisit.

4). Stres Tahap IV

Gejala yang muncul antara lain aktivitas pekerjaan yang semula menyenangkan dan mudah diselesaikan menjadi membosankan dan terasa lebih sulit, semula mudah tanggap terhadap situasi menjadi kehilangan kemampuan untuk merespons secara memadai (*adequate*), ketidakmampuan untuk melaksanakan kegiatan rutin sehari-hari, gangguan pola tidur disertai dengan mimpi-mimpi yang menegangkan, seringkali menolak ajakan (*negativism*) karena tiada semangat dan kegairahan, daya konsentrasi daya ingat menurun, timbul perasaan ketakutan dan kecemasan yang tidak dapat dijelaskan apa penyebabnya.

5). Stres Tahap V

Stres tahap V ditandai dengan kelelahan fisik dan mental yang semakin mendalam (*physical and psychological exhaustion*), ketidakmampuan untuk menyelesaikan pekerjaan sehari-hari yang ringan dan sederhana, gangguan sistem pencernaan semakin berat (*gastrointestinal disorder*), timbul perasaan ketakutan, kecemasan yang semakin meningkat, mudah bingung dan panik.

6). Stres Tahap VI

Tahapan ini merupakan tahapan klimaks, seseorang mengalami serangan panik (*panic attack*) dan perasaan takut mati. Gambaran stres tahap VI ini antara lain debaran jantung teramat keras, susah bernapas (sesak dan megap-megap), sekujur badan terasa gemetar, dingin dan keringat bercucuran, ketiadaan tenaga untuk hal-hal yang ringan, pingsan atau kolaps (*collapse*). Keluhan atau gejala sebagaimana digambarkan di atas bila dilakukan pengkajian akan lebih didominasi oleh keluhan-keluhan fisik yang disebabkan oleh gangguan faal (fungsional) organ tubuh sebagai akibat stresor psikososial yang melebihi kemampuan seseorang untuk mengatasinya.

d. Respon Terhadap Stresor

1) Respon Fisiologis :

Secara umum orang yang mengalami stres mengalami sejumlah gangguan fisik seperti :

- a) Gangguan pada organ tubuh menjadi hiperaktif dalam salah satu sistem tertentu. Contohnya: *muscle myopathy* pada otot tertentu mengencang/melemah, tekanan darah naik terjadi kerusakan jantung dan arteri, sistem pencernaan terjadi maag,diare.
- b) Gangguan pada sistem reproduksi. Seperti: amenorhea atau gangguan menstruasi, kegagalan ovulasi pada wanita, impoten pada pria, kurang produksi semen pada pria, kehilangan gairah seks.
- c) Gangguan pada sistem pernafasan: asma, bronchitis.
- d) Gangguan lainnya, seperti pening (*migrane*), tegang otot, jerawat.

2). Respon Psikologik:

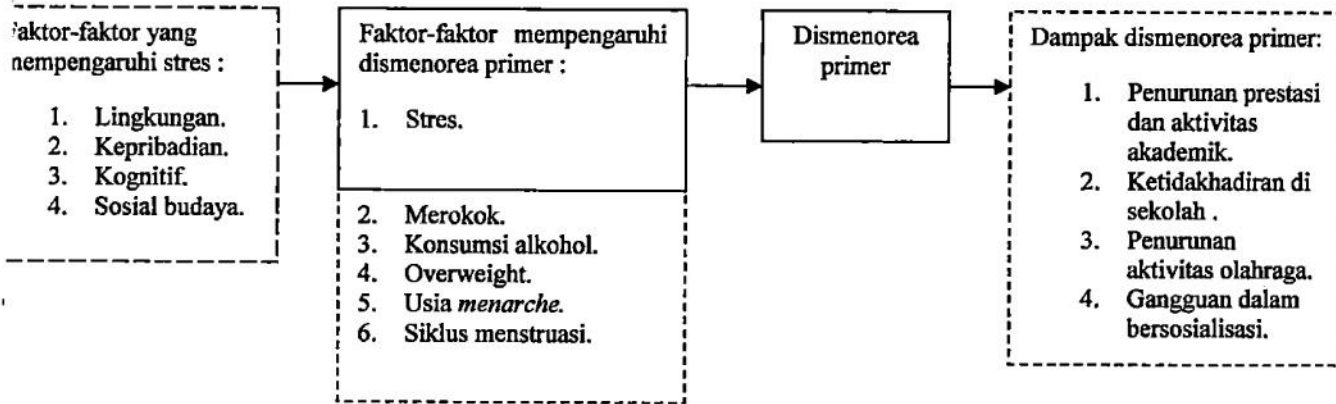
- a) Keletihan emosi, jenuh, mudah menangis, frustasi, kecemasan, rasa bersalah, khawatir berlebihan, marah, benci, sedih, cemburu, rasa kasihan pada diri sendiri, serta rasa rendah diri.
- b) Terjadi depersonalisasi ; dalam keadaan stres berkepanjangan, seiring dengan keletihan emosi, ada kecenderungan yang bersangkutan memperlakukan orang lain sebagai 'sesuatu' ketimbang 'seseorang'.
- c) Pencapaian pribadi yang bersangkutan menurun, sehingga berakibat pula menurunnya rasa kompeten & rasa sukses.

3) Respon Perilaku

- a) Manakala stres menjadi distres, prestasi belajar menurun dan sering terjadi tingkah laku yang tidak diterima oleh masyarakat.

- b) Level stres yang cukup tinggi berdampak negatif pada kemampuan mengingat informasi, mengambil keputusan, mengambil langkah tepat.
 - c) Mahasiswa yang '*over-stressed*' (stres berat) seringkali banyak membolos atau tidak aktif mengikuti kegiatan pembelajaran.
- (Yulianti, 2004; Chomaria, 2009).

B. Kerangka Konsep



Gambar 1. Skema kerangka konsep

Keterangan : ————— : Diteliti

----- : Tidak diteliti

Peneliti ingin meneliti hubungan stres dengan kejadian dismenorea primer akan tetapi peneliti tidak meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi stres seperti lingkungan, kepribadian, kognitif dan sosial budaya. Stress adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kejadian dismenorea primer. Peneliti tidak meneliti dampak dari dismenorea primer yang berupa penurunan prestasi dan aktivitas akademik, ketidakhadiran di sekolah, penurunan aktifitas olahraga dan gangguan dalam bersosialisasi Variabel pengganggu yang harus dikendalikan yang dapat mempengaruhi dismenorea primer yaitu merokok, konsumsi alkohol, *overweight*, usia *menarche* dan siklus menstruasi.

C. Hipotesis

Ho : Tidak ada hubungan antara stres dengan kejadian dismenorea primer pada mahasiswi asrama putri UNIRES UMY 2011.

Ha : Ada hubungan antara stres dengan kejadian dismenorea primer pada mahasiswi asrama putri UNIRES UMY 2011.