

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Menstruasi

a. Pengertian Menstruasi

Menstruasi adalah suatu keadaan fisiologis atau normal yang terjadi pada seorang wanita, merupakan peristiwa terjadinya pengeluaran darah, lendir dan sisa-sisa sel secara berkala yang berasal dari *mucosa uterus* dan terjadi relatif teratur dimulai dari *menarche* sampai *menopause*. Kecuali pada saat hamil dan pengeluaran laktasi maka tidak terjadi menstruasi. Haid ialah perdarahan secara periodik dan siklus dari uterus, disertai pelepasan (deskuamasi) dinding endometrium mengalami peluruhan maka terjadilah menstruasi atau haid (Winkjosastro, 2009).

b. Siklus Menstruasi

Siklus menstruasi biasanya terjadi selama 3-5 hari dalam sekali menstruasi, tetapi pada wanita normal pengeluaran darah bisa sesingkat mungkin yaitu 1 hari atau pun bisa selama 8 hari. Jumlah darah yang keluar secara normal dapat berkisar dari sekedar bercak sampai 80 ml dalam kisaran 1-6 jam, jumlah rata-rata yang keluar adalah 30 ml. Pengeluaran lebih dari 80 ml adalah abnormal (Ganong, 2009). Menstruasi dikatakan normal bila didapatkan siklus menstruasi haid, tidak kurang dari 24 hari, tetapi tidak melebihi dari 35 hari, lama menstruasi 3-7 hari, dengan jumlah darah yang keluar berangsur tidak

melebihi 80 ml, dan penggantian pembalut 2-6 kali per hari (Sarwono, 2011).

Fase Siklus Menstruasi:

1). Fase Folikuler

Panjang fase Folikuler mempunyai variasi yang cukup lebar. Pada umumnya berkisar antara 10-14 hari. Selama fase ini didapatkan proses *steroidogenesis*, *folikulogenesis*, dan *oogenesis/meiosis* yang saling terkait. Pada awal fase folikuler didapatkan beberapa folikel antral yang tumbuh, tetapi pada hari ke 5-7 hanya satu folikel dominan yang tetap tumbuh akibat sekresi FSH yang menurun.

2). Fase Ovulasi

Lonjakan LH sangat penting untuk proses ovulasi setelah keluarnya oosit dan folikel. Lonjakan LH dipicu oleh kadar estrogen yang tinggi yang dihasilkan oleh folikel pre-ovulasi. Ovulasi diperkirakan terjadi 24-36 jam pasca puncak kadar estrogen dan 10-12 jam setelah puncak LH. Ovulasi terjadi sekitar 34-36 jam pasca awal lonjakan LH. Yang memaju lonjakan LH ialah sekresi prostaglandin, dan progesteron bersama dengan lonjakan FSH maka akan mengaktifasi enzim proteolitik, menyebabkan dinding folikel “pecah”. Kemudian sel granulosa yang melekat pada membran basalis, pada seluruh dinding folikel, berubah menjadi sel luteal.

3). Fase Luteal

Menjelang dinding folikel “pecah” dan oosit keluar saat ovulasi, maka sel granulosa membesar, timbul vakuol dan penumpukan pigmen kuning, lutein proses luteinisasi, yang disebut sebagai korpus luteum. Selama 3 hari pasca ovulasi, sel granulosa terus menerus membesar membentuk korpus luteum bersama sel teka dan jaringan stroma. Korpus luteum mampu menghasilkan baik progesterone, estrogen maupun androgen (Winkjosastro, 2009).

c. Stadium Menstruasi

Selama 1 bulan mengalami 4 masa (stadium) menstruasi (Winkjosastro, 2009) :

1). Stadium Menstruasi (*Desquamasi*)

Endometrium terlepas dari dinding rahim disertai dengan perdarahan, hanya lapisan tipis yang tertinggal disebut *stratum basale*. Stadium ini berlangsung selama 4 hari. Melalui haid, darah keluar, potongan-potongan endometrium dan lendir dari serviks. Darah ini tidak membeku karena adanya fermen (biokatalisator) yang mencegah pembekuan darah dan mencairkan potongan mukosa tersebut. Banyaknya haid sekitar ± 50 cc dalam kisaran 1-6 jam per harinya.

2). Stadium post menstruum (*Regenerasi*)

Luka yang terjadi karena endometrium terlepas, lalu berangsur-angsur ditutup kembali oleh selaput lendir baru dari sel epitel kelenjar

endometrium. Tebal endometrium sekitar 0,5 mm. Stadium ini berlangsung selama 4 hari.

3). Stadium inter menstruum (*Proliferasi*)

Endometrium tumbuh menjadi tebal \pm 3,5 mm, kelenjar-kelenjarnya tumbuh lebih cepat dari jaringan lain. Stadium ini berlangsung \pm 5-14 hari dari hari pertama menstruasi atau haid.

4). Stadium pra menstruum (*Sekresi*)

Endometrium tetap tebal, tetapi bentuk kelenjar berubah menjadi panjang dan berliku-liku serta mengeluarkan getah. Dalam 24 hari endometrium telah tertimbun glikogen dan kapur yang diperlukan sebagai makanan untuk sel telur. Perubahan ini dilakukan untuk mempersiapkan endometrium dalam menerima sel telur.

d. Faktor-faktor yang berperan dalam menstruasi

1). Berat badan

Berat badan dan perubahan berat badan mempengaruhi fungsi menstruasi. Penurunan berat badan akut dan sedang menyebabkan gangguan pada fungsi ovarium, tergantung derajat tekanan pada ovarium dan lamanya penurunan berat badan. Kondisi patologis seperti berat badan yang kurus/kurang dan *anorexia nervosa* yang menyebabkan penurunan berat badan yang dapat menimbulkan *amenorrhea*. Dan apabila kelebihan berat badan terjadi gangguan metabolisme estrogen berupa peningkatan produksi estrogen pada wanita sehingga menyebabkan siklus menstruasi tidak teratur.

2). Aktifitas fisik

Tingkat aktivitas yang berat dan sedang dapat membatasi fungsi menstruasi. Seperti atlet pelari wanita, senam balet memiliki resiko untuk mengalami *amenorrhea*, anovulasi dan defek pada fase luteal. Aktivitas fisik yang berat merangsang inhibisi *Gonadotropin Releasing Hormone* (GnRH) dan aktivitas *gonadotropin* sehingga menurunkan level serum estrogen. Status dari hipoestrogenik biasanya dikaitkan dengan ketidakteraturan menstruasi pada atlet kompetitif.

3). Stres

Stres menyebabkan perubahan sistemik dalam tubuh, khususnya system persyarafan dalam hipotalamus melalui perubahan *prolactin* atau *endogenous opiate* yang dapat mempengaruhi elevasi kortsitol basal dan menurunkan hormon (LH) yang menyebabkan *amenorrhea*

4). Diet

Diet dapat mempengaruhi fungsi menstruasi. Vegetarian berhubungan dengan anovulasi, penurunan respon hormon pituitari, fase folikel yang pendek, tidak normalnya siklus menstruasi (kurang dari 10 kali/tahun). Diet rendah lemak berhubungan dengan panjangnya siklus menstruasi dan periode pendarahan. Sedangkan diet rendah kalori seperti daging mentah dan rendahnya lemak berhubungan dengan *amenorrhea*

5). Gangguan endokrin

Adanya penyakit-penyakit seperti diabetes, hipertiroid, serta hipotiroid yang berhubungan dengan gangguan menstruasi. Prevalensi

amenorrhea dan *oligomenorhea* lebih tinggi pada pasien diabetes. Sedangkan penyakit *polycystic ovarium* berhubungan dengan obesitas

6). Gangguan perdarahan

Gangguan perdarahan terbagi menjadi tiga yaitu perdarahan yang berlebih / banyak, perdarahan yang panjang dan perdarahan yang sering. *Abnormal Uterin Bleeding* (AUB) adalah suatu keadaan yang menyebabkan gangguan perdarahan menstruasi yang terdiri dari *menorrhagia*, *metrorrhagia*, dan *polyminorrhoea*. *Disfungsional Uteria Bleeding* (DUB) adalah gangguan perdarahan dalam siklus menstruasi yang tidak berhubungan dengan kondisi patologis (Kusmiran, 2012).

2. *Premenstrual Syndrom*

a. Pengertian *Premenstrual Syndrom* (PMS)

Premenstrual Syndrom adalah sekumpulan keluhan dan gejala fisik, emosional dan perilaku yang terjadi pada wanita produktif yang muncul secara siklik dalam rentang waktu 7-10 hari sebelum menstruasi dan menghilang setelah darah haid keluar yang terjadi pada suatu tingkatan yang mampu mempengaruhi gaya hidup dan aktivitas (Suparman, 2011 dalam Alvionita, 2016).

Sindrom sebelum menstruasi / PMS ini memiliki berbagai gejala baik gejala fisik ataupun mental dan emosional. Gejala-gejala fisiknya meliputi : kenaikan berat badan, pembengkakan di daerah perut, pergelangan kaki dan jari, buah dada mengeras dan sakit, kaki terasa

lemah untuk berjalan, perut sakit serta kejang, timbul jerawat, bisul dan kepuatan. Nafsu makan dan tidur ikut terganggu. Sedangkan gejala-gejala mental dan emosional yang timbul berupa ketegangan, rasa cepat marah, lesu, kurang konsentrasi, sering gugup atau resah. Penderita ini juga merasa cepat bereaksi secara emosional, kehilangan kepercayaan, merasa tidak berguna dan tidak ada gairah seks. Penderita merasa ingatannya berkurang, tidak dapat mengontrol emosinya, mengidamkan makanan dan minuman tertentu, serta tidak mempunyai gairah bekerja dan olahraga karena tubuh terasa lelah sekali (El-Manan, 2011).

Menurut Saryono (2009) PMS adalah gangguan siklus yang umum terjadi pada wanita muda dan pertengahan, merupakan kumpulan gejala fisik, psikologis dan emosi secara konsisten terjadi selama tahap luteal dari siklus menstruasi akibat perubahan hormonal yang berhubungan dengan siklus ovulasi (pelepasan sel telur dari ovarium) dan menstruasi. Gejalanya biasanya terjadi secara regular pada 7-14 hari sebelum datangnya menstruasi dan berangsur menghilang selama proses menstruasi.

b. Etiologi

Penyebab PMS ini belum diketahui. Banyak teori yang menyebutkan mengenai penyebab PMS, namun dapat dimungkinkan ada beberapa faktor penyebab PMS yaitu faktor hormonal, kimiawi, genetik, psikologis dan gaya hidup.

1) Faktor Hormonal

Peran hormon ovarium tidak begitu jelas, tetapi gejala PMS sering berkembang ketika ovarium tertekan. Faktor hormonal terjadi karena ketidakseimbangan hormon progesteron dan estrogen. Kadar hormon estrogen sangat berlebih dan melampaui batas sedangkan hormon progesteron menurun. Hal ini menyebabkan perbedaan genetik pada sensitifitas reseptor dan sistem pembawa pesan yang menyampaikan pengeluaran hormon seks dalam sel. Selain dari faktor hormon berkaitan juga dengan perasaan, faktor kejiwaan, masalah sosial yang berkaitan dengan serotonin.

2) Faktor Kimia

Bahan-bahan kimia yang berada di otak seperti serotonin berubah-ubah selama menstruasi. Serotonin adalah suatu neurotransmitter merupakan suatu bahan kimia yang terlibat dalam pengiriman pesan sepanjang saraf di dalam otak, tulang belakang dan seluruh tubuh. Serotonin sangat mempengaruhi suasana hati. Aktivitas serotonin berhubungan dengan depresi, kecemasan, kelelahan, perubahan pola makan, kesulitan untuk tidur, peningkatan selera dan agresif.

3) Faktor Genetik

Biasanya terjadi dua kali lebih tinggi pada kembar satu sel (*monozigot*) dibanding dengan dua telur (*heterozigot*)

4) Faktor Psikologis

Yaitu stres sangat berpengaruh besar terhadap kejadian PMS. Gejalanya akan semakin berat jika di dalam diri seorang wanita mengalami tekanan.

5) Faktor Gaya Hidup

Yaitu pola makan juga memegang peranan yang tidak kalah penting. Makanan yang terlalu banyak dan terlalu sedikit sangat berperan terhadap gejala PMS. Makanan yang mengandung banyak garam akan menyebabkan retensi cairan dan tubuh menjadi bengkak. Mengonsumsi minuman beralkohol dan berkafein dapat mengganggu suasana hati dan melemahkan tenaga. (Saryono, 2009 dalam Alvionita, 2016).

c. Tipe PMS

Tipe PMS bermacam-macam. PMS terbagi menurut gejalanya yaitu ; PMS tipe A, H, C dan D. 80% gangguan PMS termasuk dalam tipe A, penderita tipe H sekitar 60%, PMS tipe C sekitar 40% dan PMS tipe D 20%. Kadang-kadang seorang wanita mengalami gabungan, misalnya tipe A dan D secara bersamaan. Setiap tipe memiliki gejalanya sendiri :

1) PMS tipe A (*anxiety*)

Ditandai dengan gejala seperti rasa cemas, sensitif, saraf tegang, perasaan labil bahkan beberapa wanita mengalami depresi ringan sampai dengan saat sebelum mendapatkan haid. Gejala ini timbul akibat ketidakseimbangan hormon estrogen dan progesteron, hormon estrogen terlalu tinggi dibandingkan dengan hormon progesteron.

2) PMS tipe H (*hyperhydration*)

Memiliki gejala edema (pembengkakan), perut kembung, nyeri pada buah dada, pembengkakan tangan dan kaki, peningkatan berat badan sebelum haid. Gejala tipe ini dapat juga dirasakan bersamaan dengan PMS tipe lain. Pembengkakan ini terjadi akibat berkumpulnya air pada jaringan ekstrasel karena tingginya asupan garam atau gula pada diet penderita.

3) PMS tipe C (*craving*)

Ditandai dengan rasa lapar ingin mengonsumsi makanan yang manis-manis (biasanya coklat) dan berkarbohidrat sederhana (biasanya gula). Pada umumnya sekitar 20 menit setelah menyantap gula dalam jumlah banyak, timbul gejala hipoglikemi serta kelelahan, jantung berdebar, pusing kepala yang terkadang sampai pingsan. Hipoglikemi timbul karena pengeluaran hormon insulin dalam tubuh meningkat. Rasa ingin menyantap makanan manis dapat disebabkan oleh stres, tinggi garam dalam diet makanan, tidak terpenuhinya asam lemak esensial (omega-6) atau kurangnya magnesium.

4) PMS tipe D (*depression*)

Ditandai dengan gejala rasa depresi, ingin menangis, lemah, gangguan tidur, pelupa, bingung, sulit dalam mengucapkan kata-kata (verbalisasi), bahkan kadang-kadang muncul rasa ingin bunuh diri atau mencoba bunuh diri. Biasanya PMS tipe D berlangsung bersamaan

dengan PMS tipe A, hanya sekitar 3% dari seluruh tipe PMS yang benar-benar tipe D.

PMS tipe D murni disebabkan oleh ketidakseimbangan hormon progesteron dan estrogen, hormon estrogen dalam siklus haid terlalu tinggi dibandingkan hormon estrogennya. Kombinasi PMS tipe D dan tipe A dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu stres, kekurangan asam amino tyrosine, penyerapan dan penyimpangan timbal di tubuh atau kekurangan magnesium dan vitamin B6 (Saryono, 2009 dalam Alvionita, 2016).

d. Gejala – Gejala PMS

Terdapat kurang lebih 200 gejala yang dihubungkan dengan PMS namun gejala yang paling sering ditemukan adalah iritabilitas (mudah tersinggung) dan disforia (perasaan sedih). Gejala mulai dirasakan 6-10 hari menjelang menstruasi berupa gejala fisik maupun psikis yang mengganggu aktivitas sehari-hari dan menghilang setelah menstruasi. Tidak semua tanda dan gejala selalu muncul, namun wanita dikategorikan mengalami sindroma premenstruasi jika didapatkan satu gejala emosi dan satu gejala fisik yang dialami saat pramenstruasi (6-10 hari menjelang menstruasi), berdampak negatif terhadap aktivitas harian dan gejala menghilang setelah menstruasi berakhir (Ramadani, 2013)

Gejala PMS menurut Andrews dan Gilly (2009) dalam Alvionita (2016) sangat banyak dan bermacam-macam serta dapat mempengaruhi hampir seluruh sistem tubuh. Gejala sering dikelompokkan kedalam 3

kategori dan wanita sering mengalami perpaduan dari setiap kelompok.

Gejalanya yaitu :

1) Gejala Fisik :

Gejala yang umum dialami oleh sebagian besar wanita adalah kembung, retensi cairan dan mastalgia yang menyebabkan sensasi penambahan berat badan yang tidak nyaman. Namun, adapun gejala fisik yang khas pada PMS yaitu nyeri tekan dan pembengkakan payudara, perut kembung, edema perifer, sakit kepala dan migrain, rasa panas dan kemerahan pada wajah serta leher, limbung, palpitasi, gangguan penglihatan, ketidaknyamanan panggul, perubahan pola buang air besar, perubahan nafsu makan atau mengidam, mual, jerawat atau lesi kulit dan penurunan koordinasi.

2) Gejala Psikologis

Banyak wanita merasa manifestasi psikologis PMS merupakan kelompok gejala yang paling sulit ditoleransi karena mereka sering merasa benar-benar di luar kendali dan sangat bingung dengan perilakunya sendiri. Gejala Psikologis yang sangat umum adalah tegang, iritabilitas, depresi, perubahan alam perasaan, ansietas, gelisah, letargi, penurunan libido dan penurunan konsentrasi.

3) Gejala Prilaku

Berbagai perubahan prilaku dilaporkan bertambah pada masa PMS. Perubahan tersebut meliputi *agoraphobia* (cemas), bolos kerja,

kehilangan konsentrasi, penurunan penampilan kerja dan penghindaran aktivitas sosial.

e. Penilaian / Pengukuran PMS

Penilaian / Pengukuran PMS menggunakan kriteria *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders – Fourth Edition – Test Revision* (DSM – IV – TR) yang terdiri dari 22 item gejala PMS, masing-masing item diberi skor 1-4, mulai tidak terasa sampai yang mengganggu aktifitas / keluhan berat. Kategori Tidak PMS apabila skor = 22, PMS ringan bila skor = 23 – 44, PMS sedang bila skor = 45 – 66 dan dikatakan PMS berat bila skor = 67 – 88.

Adapun keterangan skor pada gejala – gejala yang dialami yaitu :

- 1 = gejala tidak dirasakan
- 2 = keluhan ringan namun tidak mengganggu
- 3 = keluhan sedang dan agak mengganggu
- 4 = keluhan berat dan sangat mengganggu aktifitas

Berikut ini adalah gejala yang akan terjadi sebelum menstruasi (1-2 minggu menjelang menstruasi) dan akan berakhir pada saat menstruasi.

1. Merasa sedih dan putus asa menjelang haid
2. Merasa menjadi makhluk yang paling tak berguna
3. Merasa kecemasan dan ketegangan yang nyata
4. Perasaan terasingkan, tidak tenang dan gelisah
5. Iritabilitas afek yang bermakna (perasaan mendadak sedih atau menangis)

6. Menjadi sensitive atau mudah tersinggung
 7. Kemarahan atau iritabilitas yang persisten dan nyata, atau meningkatnya konflik inter personal
 8. Penurunan ketertarikan pada aktivitas rutin (pekerjaan, sekolah, teman atau hobi)
 9. Perasaan Subjektif sulit berkonsentrasi
 10. Kelemahan badan, cepat merasa lelah atau tidak bertenaga
 11. Kurang nafsu makan
 12. Nafsu makan meningkat
 13. Merasa ingin makan sesuatu (ngidam)
 14. Hipersomina (banyak tidur / tidur lebih lama)
 15. insomnia (sulit tidur)
 16. Merasa ingin berteriak-teriak
 17. Ingin membanting benda yang disekitar karena jengkel
 18. Sakit Kepala
 19. Sakit Pinggang
 20. Nyeri payudara
 21. Perut Terasa Kembung
 22. Nyeri Sendi (Suparman, 2011 dalam Alvionita, 2016).
- f. Dampak PMS

PMS telah menyebabkan banyak dampak, bahkan dampak serius juga dapat terjadi. Dampak tersebut antara lain adalah masalah psikososial misalnya menurunnya kinerja di tempat kerja, masalah

perkawinan yang memungkinkan terjadinya perceraian, bunuh diri, pembunuhan dan pemukulan anak. Beberapa kelainan medis juga disebabkan oleh PMS atau paling tidak terjadi pada fase luteal siklus menstruasi, kelainan tersebut mencakup masalah perilaku, migrain, epilepsy dan asma (Glasier, 2005 dalam Alvionita, 2016).

g. Pencegahan PMS

Pencegahan PMS dapat dilakukan dengan cara :

1) Modifikasi Gaya Hidup

Gaya hidup sehari-hari perlu diatur untuk meminimalkan gejala yang timbul akibat perubahan hormonal. Pola hidup sehat seperti mengurangi kafein memperbanyak waktu istirahat untuk menghindari kelelahan dan mengurangi stress berperan juga dalam terapi PMS.

2) Pola Diet

Jenis makanan yang direkomendasikan bagi penderita PMS bervariasi pada setiap wanita, dan karena wanita yang mengalami PMS dapat memiliki kondisi utama lain seperti hipoglikemia dan tekanan darah tinggi, pengaturan dan penelitian khusus perlu diprioritaskan untuk membuat suatu rekomendasi makanan. Penurunan asupan gula, garam, karbohidrat (nasi, kentang, roti) dapat mencegah edema (bengkak), serta penurunan konsumsi kafein (kopi), teh, alkohol, dan soda juga dapat menurunkan ketegangan, kecemasan dan insomnia (sulit tidur).

3) Olahraga

Membiasakan olahraga dan aktivitas fisik secara teratur. dapat berupa jalan sehat, berlari, bersepeda atau berenang. Beberapa wanita mengatakan bahwa berolahraga ketika mereka mengalami PMS dapat membantu relaksasi dan tidur di malam hari.

Pencegahan PMS dapat dilakukan modifikasi gaya hidup yaitu mengurangi kafein, berhenti merokok, memperbanyak istirahat, mengurangi stres, mengurangi konsumsi garam, gula dan lemak, memperbanyak konsumsi karbohidrat dan serat, rajin olahraga, melakukan relaksasi dan meditasi serta mengonsumsi vitamin B6, kalsium dan magnesium (Andriani, 2018).

h. Terapi

Menurut (Sylvia, 2010), terapi PMS dibagi menjadi beberapa kategori, yaitu :

1) Terapi Obat

Menggunakan analgesik (yang dapat dibeli bebas). Pengobatan PMS dapat menggunakan analgesik (obat penghilang rasa sakit) dan bersifat simptomatis, hanya membantu mengatasi rasa nyeri dan gejala sedang lainnya serta bersifat sementara. Analgesik yang dijual bebas seperti paracetamol, asetaminofen dapat digunakan untuk mengatasi nyeri. Namun analgesik yang dijual bebas tidak efektif terhadap beberapa gejala fisik atau emosional yang lebih parah.

2) Menggunakan Anti depresi

Obat anti depresi seperti *selective serotonin reuptake inhibitor* (SSRIs) dapat digunakan setiap hari atau selama 14 hari sebelum menstruasi. SSRIs membantu mengurangi dampak perubahan hormon pada zat kimiawi otak (*neurotransmitter*), misalnya serotonin. Selain itu, anti depresi non SSRIs juga dapat digunakan untuk pengobatan PMS. Penggunaan kedua obat jenis ini harus dengan pengawasan dan resep dokter.

3) Vitamin B6

Vitamin B6 berperan sebagai kofaktor dalam proses akhir pembentukan *neurotransmitter* yang akan mempengaruhi sistem endokrin otak agar menjadi lebih baik.

4) Menggunakan kontrasepsi Oral

Pil kontrasepsi oral yang mengandung kombinasi *progestin-drospirenon* dapat membantu mengatasi berbagai gejala pra-menstruasi yang parah atau berat

5) Psikoterapi

Psikoterapi merupakan suatu pengobatan yang diberikan dengan cara-cara psikologik. Untuk PMS dapat diberikan berupa

a. Terapi relaksasi

Terapi relaksasi bermanfaat meredakan secara relatif cepat ketegangan yang dialami seorang perempuan saat mengalami PMS, namun hal itu dapat dicapai bagi yang telat berlatih setiap hari.

Prinsipnya adalah melatih pernafasan (menarik nafas dalam dan lambat, lalu mengeluarkannya dengan lambat pula), mengendurkan seluruh otot tubuh dan mensugesti pikiran ke arah konstruktif atau yang diinginkan akan dicapai. Dalam proses terapi, dokter akan membimbing seorang perempuan melakukan ini secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung 20-30 menit atau lebih lama lagi. Setelah itu, perempuan tersebut diminta untuk melakukannya sendiri dirumah setiap hari, sehingga bila PMS muncul kembali, tubuh sudah siap bila “diajak” untuk rileks atau santai.

b. Terapi kognitif perilaku

Selain itu, diberikan pula salah satu dari terapi kognitif perilaku atau psikoterapi dinamik. Pemilihan jenis ini berdasarkan kondisi saat itu, motivasi individu, kepribadiannya, serta tentunya pertimbangan dokter yang akan melakukannya. Kedua jenis terapi ini akan berhasil bila motivasi individu yang akan dibantu itu tinggi serta bersedia bekerja sama dengan terapis atau dokternya. Pada terapi kognitif perilaku, individu diajak untuk bersama-sama melakukan restrukturisasi kognitif, yaitu membentuk kembali pola perilaku dan pikiran yang irrasional dan menggantinya dengan yang lebih rasional. Terapi biasanya berlangsung 30-45 menit. Individu kemudian diberi pekerjaan rumah yang harus dibuat setiap hari. Pekerjaan rumah ini akan dibahas pada kunjungan konsultasi berikutnya. Biasanya terapi ini memerlukan 10-15 kali pertemuan,

bisa kurang dari itu namun dapat pula lebih, tergantung pada kondisi individu yang mengalaminya.

c. Psikoterapi dinamik

Pada psikoterapi dinamik, individu diajak untuk lebih memahami diri dan kepribadiannya, bukan sekedar menghilangkan gejalanya semata. Pada psikoterapi ini, biasanya individu lebih banyak berbicara, sedangkan dokter lebih banyak mendengar, kecuali pada individu yang benar-benar pendiam, maka dokter yang lebih aktif. Terapi berbulan bahkan bertahun. Hal ini tentu memerlukan kerjasama yang baik antara individu dengan dokternya, serta kesabaran kedua belah pihak (Sylvia, 2010).

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi *Premenstrual Syndrom*

PMS biasanya terjadi pada wanita yang lebih peka terhadap perubahan hormonal dan siklus menstruasi.

Ada beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya PMS yaitu ; (1). Wanita yang pernah melahirkan atau paritas (biasanya terjadi peningkatan resiko PMS bahkan apabila wanita itu telah melahirkan beberapa orang anak, maka PMS dapat semakin berat) (2). Usia (PMS semakin sering dan mengganggu dengan bertambahnya usia dan biasanya PMS sering terjadi pada wanita dengan usia 30-45 tahun) (3). Status pernikahan atau perkawinan (wanita yang sudah menikah lebih banyak mengalami PMS dibandingkan yang belum) (4). Status gizi (status gizi

seseorang dapat terukur dengan menggunakan indeks massa tubuh, indeks massa tubuh merupakan salah satu ukuran untuk memprediksi lemak di dalam tubuh manusia. Lemak merupakan salah satu senyawa di dalam tubuh yang mempengaruhi proses pembentukan hormon estrogen dan faktor dominan penyebab PMS adalah hormon estrogen) (5). Faktor stres (faktor stres akan memperberat gangguan PMS), hal ini sangat mempengaruhi kejiwaan dan coping seseorang dalam menyelesaikan masalah (6). Pola makan atau diet (faktor kebiasaan mengonsumsi makanan atau minuman yang tinggi gula dan garam, kopi, teh, coklat, minuman bersoda, produk susu serta makanan olahan dapat memperberat gejala PMS) (7). Kekurangan zat-zat gizi tertentu (zat-zat gizi yang dimaksud adalah vitamin B terutama B6, vitamin E, vitamin C, magnesium, zat besi dan asam lemak linoleat) (8). Kurang olahraga atau aktifitas fisik (Kebiasaan olahraga yang kurang akan memperberat PMS dikarenakan aktifitas fisik dapat meningkatkan endorfin, menurunkan estrogen dan hormon steroid lainnya, meningkatkan transportasi oksigen dalam otot, mengurangi kadar kortisol dan meningkatkan keadaan psikologis) (9). Kebiasaan merokok (10). Minuman beralkohol (Fibrianti, 2016 dalam Andriani, 2018).

Dalam penelitian ini faktor yang akan dibahas adalah : Paritas, Usia, Status Pernikahan dan Status Gizi.

1) Paritas

a. Pengertian Paritas

Paritas adalah keadaan melahirkan anak baik hidup ataupun mati, tetapi bukan aborsi, tanpa melihat jumlah anaknya. Dengan demikian, kelahiran kembar hanya dihitung sebagai satu kali paritas (Stedman, 2005). Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu) (Suparyanto, 2014).

Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang lahir hidup. Janin yang lahir hidup ataupun mati tidak dapat mempengaruhi status paritas. Selain itu pengertian paritas adalah jumlah kehamilan yang dilahirkan atau jumlah anak yang dimiliki baik dari hasil perkawinan sekarang atau sebelumnya. Ibu yang terlalu sering melahirkan mempunyai resiko bagi kesehatannya dan bayinya karena pada ibu timbul kerusakan-kerusakan pembuluh darah dinding uterus yang mempengaruhi sirkulasi nutrisi ke janin, dimana jumlah nutrisi akan berkurang sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan janin yang kelak akan lahir dengan BBLR (Manuaba, 2010).

b. Klasifikasi Jumlah Paritas

Berdasarkan jumlahnya, maka paritas seorang perempuan dapat dibedakan menjadi:

i. Nullipara

Nullipara adalah perempuan yang belum pernah melahirkan anak sama sekali

ii. Primipara

Primipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup didunia luar

iii. Multipara

Multipara adalah perempuan yang telah melahirkan dua hingga empat kali

iv. Grande Multipara

Grandemultipara adalah perempuan yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dan biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Manuaba, 2010).

c. Faktor yang mempengaruhi paritas

i. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka makin mudah dalam memperoleh menerima informasi, sehingga kemampuan ibu dalam berpikir lebih rasional. Ibu yang

mempunyai pendidikan tinggi akan lebih berpikir rasional bahwa jumlah anak yang ideal adalah 2 orang.

ii. Pekerjaan

Pekerjaan adalah simbol status seseorang di masyarakat. Pekerjaan jembatan untuk memperoleh uang dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup dan untuk mendapatkan tempat pelayanan kesehatan yang diinginkan. Banyak anggapan bahwa status pekerjaan seseorang yang tinggi, maka boleh mempunyai anak banyak karena mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-sehari

iii. Keadaan Ekonomi

Kondisi ekonomi keluarga yang tinggi mendorong ibu untuk mempunyai anak lebih karena keluarga merasa mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup.

iv. Latar Belakang Budaya

Cultur universal adalah unsur-unsur kebudayaan yang bersifat universal, ada di dalam semua kebudayaan di dunia, seperti pengetahuan bahasa dan khasanah dasar, cara pergaulan sosial, adat-istiadat, penilaian-penilaian umum. Tanpa disadari, kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap terhadap berbagai masalah.

Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaan pulalah yang memberi corak pengalaman individu-

individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat asuhannya. Hanya kepercayaan individu yang telah mapan dan kuatlah yang dapat memudarkan dominasi kebudayaan dalam pembentukan sikap individual.

Latar belakang budaya yang mempengaruhi paritas antara lain adanya anggapan bahwa semakin banyak jumlah anak, maka semakin banyak rejeki.

v. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan domain dari perilaku. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, maka perilaku akan lebih bersifat langgeng. Dengan kata lain ibu yang tahu dan paham tentang jumlah anak yang ideal, maka ibu akan berperilaku sesuai dengan apa yang ia ketahui (Suparyanto, 2014)

d. Pengaruh Paritas dengan kejadian *Premenstrual Syndrom*

Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh ibu, berisiko tinggi jika melahirkan ≥ 3 orang anak dan berisiko rendah apabila < 3 orang anak, karena endometrium belum mengalami kesembuhan. Wanita yang pernah melahirkan (*premenstrual syndrom* semakin berat setelah melahirkan beberapa anak, terutama bila pernah mengalami kehamilan dengan komplikasi seperti toksima) (Eva, 2010).

Wanita yang pernah melahirkan akan berisiko lebih tinggi menderita PMS terutama bila pernah mengalami kehamilan dengan komplikasi seperti toksima (pre-eklampsia) (Saryono, 2009). Menurut

Junaidi (2001) dalam ambarwati (2015) wanita yang pernah mengalami preeklampsia atau eklampsia mempunyai syarat dalam pola makan / diet yaitu cukup kalori dan semua zat gizi.

Berdasarkan penelitian Nistiani tahun 2015 yang berjudul “Analisis Determinan Premenstrual Syndrom (PMS) terhadap Wanita Usia Produktif Di Poli Obstetri dan Gynekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2015” didapatkan sebanyak 23 responden dengan paritas multipara terdapat (95,7%) yang mengalami *Premenstrual Syndrom* dan dari 22 responden dengan paritas primipara terdapat (59,1%) yang mengalami *Premenstrual Syndrom*.

Hasil penelitian Anggrajani (2011) didapatkan bahwa hasil penelitian terhadap 84 sampel, sebanyak 36 subyek penelitian (42,9 %) belum pernah melahirkan. Hasil uji *chi square* dengan nilai $p < \alpha$ (0,079) menunjukkan terdapatnya hubungan paritas dan *premenstrual syndrom* pada Dokter perempuan di fakultas kedokteran Universitas Airlangga. Responden yang paritas tinggi mempunyai 0,193 kali lebih berpeluang mengalami *premenstrual syndrom* dari pada paritas rendah.

Faktor yang dapat meningkatkan resiko terjadinya PMS adalah pada wanita yang pernah melahirkan. Bahkan, bila wanita itu telah melahirkan beberapa anak, maka PMS dapat semakin berat. Secara fisiologis PMS terkait erat dengan fluktuasi hormon yang mempengaruhi siklus menstruasi dan hanya terjadi pada wanita usia subur. Ada teori yang menyebutkan bahwa penyebab PMS adalah meningkatnya kadar

estrogen dalam darah yang pada gilirannya menyebabkan munculnya gejala-gejala depresi. Meningkatnya kadar estrogen akan mengganggu proses kimia tubuh termasuk vitamin B6. Vitamin ini dikenal sebagai vitamin anti depresan karena berfungsi mengontrol produksi serotonin yang penting dalam mengendalikan perasaan seseorang. Menurunnya kadar serotonin akibat terjadinya fluktuasi estrogen dapat dikatakan sebagai penyebab timbulnya gejala PMS yang dikenal sebagai *carbohydrate cravings*, gejala ini diasumsikan timbul karena kadar serotonin yang rendah dalam otak sehingga untuk meningkatkan lagi kadar serotonin otak maka terjadilah *carbohydrate cravings*.

Wanita menjelang masa menstruasi mengalami defisiensi vitamin B6 akibat aktifitas hormon estrogen yang tidak normal sehingga membutuhkan asupan vitamin B6 untuk membantu menormalkan aktifitas hormon tersebut. Vitamin B6 yang dibutuhkan pada wanita usia subur antara 1,3-2,0 mg setiap harinya. Kebutuhan ini akan semakin bertambah dan disesuaikan dengan keadaan khusus seperti saat hamil, saat menyusui dan saat menstruasi beserta dengan gejala-gejala awal sindrom pramenstruasi yang dialami oleh wanita secara rutin setiap bulannya. Wanita usia 14-18 tahun: 1,2 mg, Wanita usia 19-50 tahun: 1,3 mg, Wanita usia di atas 50 tahun: 1,5 mg, Ibu hamil: 1,9 mg, Ibu menyusui: 2 mg. Penambahan kebutuhan vitamin B6 ini umumnya terjadi seiring bertambahnya usia atau pada keadaan tertentu misalnya saat hamil dan saat menyusui. Namun penambahan kebutuhan vitamin

B6 ini tidak diimbangi dengan pemenuhan asupannya sehingga pada keadaan ini wanita yang telah melahirkan atau dalam masa hamil dan menyusui lebih rentan terhadap kejadian PMS (Supriasa, 2009)

2) Usia / Umur

a. Pengertian Usia / Umur

Umur atau usia adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati. Contohnya, umur manusia dikatakan lima belas tahun diukur sejak dia lahir hingga waktu umur itu dihitung. Oleh karena itu, umur / usia diukur dari sejak ia lahir sampai saat ini (Depkes, 2009).

Istilah usia diartikan dengan lamanya keberadaan seseorang diukur dalam satuan waktu di pandang dari segi kronologik, individu normal yang memperlihatkan derajat perkembangan anatomis dan fisiologik sama (Nuswantari, 2010).

b. Jenis Perhitungan Umur / Usia

1) Usia Kronologis

Usia kronologis adalah perhitungan usia yang dimulai dari saat kelahiran seseorang sampai dengan waktu penghitungan usia.

2) Usia Mental

Usia mental adalah perhitungan usia yang didapatkan dari taraf kemampuan mental seseorang. Misalkan seorang anak secara kronologis berusia empat tahun akan tetapi masih merangkak dan belum dapat berbicara dengan kalimat lengkap dan menunjukkan

kemampuan yang setara dengan anak berusia satu tahun, maka dinyatakan bahwa usia mental anak tersebut adalah satu tahun.

3) Usia Biologis

Usia Biologis adalah perhitungan usia berdasarkan kematangan biologis yang dimiliki oleh seseorang (Depkes, 2009).

c. Pembagian Usia / Umur

Kategori Usia / Umur Menurut Depkes RI (2013) :

- 1) Masa balita : 0-5 tahun
- 2) Masa Kanak-kanak : 5-11 tahun
- 3) Masa Remaja Awal : 12-16 tahun
- 4) Masa Remaja Akhir : 17-25 tahun
- 5) Masa Dewasa Awal : 26-35 tahun
- 6) Masa Dewasa Akhir : 36-45 tahun
- 7) Masa Lansia Awal : 46-55 tahun
- 8) Masa Lansia Akhir : 56-65 tahun
- 9) Masa Manula : 65 – sampai atas

d. Pengaruh Usia / Umur dengan kejadian *Premenstrual Syndrom*

Usia juga mempunyai faktor resiko yang dapat meningkatkan terjadinya PMS. Dalam hal ini, semakin bertambah usia anda, maka PMS akan semakin sering terjadi dan biasanya PMS sering terjadi pada wanita dengan usia 30-45 tahun (Fibrianti, 2016).

Berdasarkan penelitian Nistiani tahun 2015 yang berjudul “Analisis Determinan Premenstrual Syndrom (PMS) terhadap Wanita

Usia Produktif Di Poli Obstetri dan Gynekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2015” didapatkan sebanyak 31 responden dengan umur wanita *produktif* terdapat (90,3 %) yang mengalami *Premenstrual Syndrom* dan dari 14 responden dengan umur wanita yang tidak produktif terdapat (50 %) yang mengalami *Premenstrual Syndrom*. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,005$, maka disimpulkan bahwa secara statistik pada alfa 5% ada hubungan yang signifikan antara umur atau usia dengan *premenstrual syndrom* terhadap wanita usia produktif dan dari analisis uji keeratan hubungan diperoleh nilai $OR = 9,333$ artinya umur wanita yang produktif mempunyai risiko 9 kali untuk mengalami *premenstrual syndrom* dibandingkan dengan umur yang tidak produktif.

Hasil penelitian Anggrajani (2011) didapatkan bahwa hasil penelitian terhadap 84 sampel, maka umur subyek penelitian terbanyak berkisar 25-34 tahun yaitu berjumlah 63 orang (75 %). Hasil uji *chi-square* dengan nilai $p < \alpha$ (0.018) menunjukkan terdapatnya hubungan umur dan *premenstrual syndrom* pada dokter perempuan di fakultas kedokteran Universitas Airlangga. Responden yang berumur 25 – 34 tahun mempunyai 0,258 kali lebih berpeluang mengalami *premenstrual syndrom* dari pada usia muda.

Penyebab pasti munculnya sindrom ini memang belum jelas, tetapi faktor hormonal dalam tubuh wanitalah yang dipandang paling bertanggung jawab terhadap terjadinya PMS. PMS adalah akibat dari

kurang sempurnanya proses ovulasi yang disebabkan ketidakseimbangan hormon. Kadar hormon menurun pada pria dan wanita seiring dengan bertambahnya usia. PMS, siklus menstruasi yang tidak teratur, *Perimenopause Syndrom* dan lain sebagainya terjadi karena ketidakseimbangan hormon (Beth M, Ley, 2008 dalam Novarianti, 2017).

Ketidakseimbangan hormon bisa disebabkan oleh faktor internal (siklus hormon, kelainan genetik, tumbuhnya tumor pada kelenjar, penambahan usia dan lain sebagainya) maupun faktor eksternal (masuknya hormon dari luar tubuh, baik secara sengaja, misalnya : konsumsi tablet/cream/suntik hormon, maupun secara tidak sengaja, misalnya : defisiensi pola makan, kontaminasi pestisida, produk peternakan modern, produk plastik, penggunaan obat-obatan golongan steroid, kondisi stres, gaya hidup tak sehat dan lain sebagainya). Ketidakseimbangan hormon ini akan mengakibatkan munculnya berbagai gangguan kesehatan seperti : menopause, defisiensi testosteron pada pria, ketidaksuburan pada pria dan wanita, gangguan kelenjar thyroid, hiperandrogen termasuk sejumlah gangguan seputar menstruasi (Anggrajani, 2011).

3) Status Pernikahan

a. Pengertian Status Pernikahan / Perkawinan

Menurut Sudharmo (2015), pernikahan ialah ikatan lahir batin antara seorang pria dan seorang wanita sebagai suami istri dengan

tujuan membentuk keluarga (rumah tangga) yang bahagia dan kekal berdasarkan ketuhanan yang Maha Esa.

Dunvall dan Miller (1985 dalam Haryadi, 2009) mendefinisikan pernikahan sebagai hubungan antara pria dan wanita yang telah diakui dalam masyarakat yang melibatkan hubungan seksual, adanya penguasaan dan hak mengasuh anak, dan saling melengkapi kekurangan serta mengetahui tugas masing-masing sebagai suami dan istri.

b. **Klasifikasi Status Pernikahan / Perkawinan**

Menurut BPS (2016), Status pernikahan / perkawinan terbagi menjadi :

i. **Belum Kawin**

Status dari mereka yang pada saat pencacahan belum terikat dalam perkawinan.

ii. **Kawin**

Status dari mereka yang pada saat pencacahan terikat dalam perkawinan, baik tinggal bersama maupun terpisah. Termasuk didalamnya mereka yang kawin sah secara hukum (hukum adat, agama, negara, dsb) maupun mereka yang hidup bersama dan oleh masyarakat sekelilingnya dianggap sebagai suami istri.

iii. **Cerai Hidup**

Status dari mereka yang telah hidup berpisah dengan suami atau istrinya karena bercerai dan belum kawin lagi.

iv. Cerai Mati

Status untuk mereka yang telah hidup berpisah dengan suami atau istrinya karena meninggal dunia dan belum kawin lagi.

c. Pengaruh Status Pernikahan dengan kejadian *Premenstrual Syndrom*

Berdasarkan penelitian Mufida tahun 2015 yang berjudul “Faktor yang meningkatkan risiko *Premenstrual Syndrom* pada mahasiswi” didapatkan sebanyak 5 responden dengan status sudah menikah terdapat (100 %) yang mengalami *Premenstrual Syndrom* dan dari 18 responden dengan status belum menikah terdapat (40,9 %) yang mengalami *Premenstrual Syndrom*.

Wanita yang sudah menikah memiliki potensi mengalami PMS lebih banyak dibandingkan wanita yang belum menikah. Penyebab PMS sampai saat ini belum dapat dipaparkan dengan jelas. Julianne Holt-Lunstad dari Young University Amerika Serikat (AS) mengungkap bahwa pernikahan yang harmonis berperan besar dalam menjaga kesehatan reproduksi seseorang (Nurfahmi, 2008 dalam Mufida, 2015). Menurut Ellya (2010 dalam Mufida, 2015) menyatakan bahwa wanita yang sudah menikah lebih banyak mengalami PMS dibandingkan yang belum menikah. Status perkawinan dan status kesehatan juga mempunyai keterkaitan, namun status perkawinan tidak terlalu berpengaruh terhadap *premenstrual syndrome* (PMS), disebabkan karena terdapat banyak faktor lain yang mempengaruhi keharmonisan pernikahan. Wanita yang menikah juga rentan mengalami stres berkaitan rumah tangga seperti

merasa tertekan hidup bersama mertua, hidup diikuti saudara, finansial yang kurang, tidak memiliki keturunan dan tindak kekerasan dari suami sehingga PMS mengganggu.

4) Status Gizi

a. Pengertian Status Gizi

Status gizi adalah keadaan yang diakibatkan oleh status keseimbangan antara jumlah asupan (*intake*) zat gizi dan jumlah yang dibutuhkan (*requirement*) oleh tubuh untuk berbagai fungsi biologis (pertumbuhan fisik, perkembangan, aktivitas, pemeliharaan kesehatan, dan lainnya) (Suyanto, 2009). Status gizi dapat pula diartikan sebagai gambaran kondisi fisik seseorang sebagai refleksi dari keseimbangan energy yang masuk dan yang dikeluarkan oleh tubuh (Marmi, 2013).

b. Penilaian Status Gizi

Menurut Supariasa, dkk (2009), penilain status gizi secara dibagi menjadi 2 cara yaitu secara langsung dan tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung terdiri dari antropometri, klinis, biokimia, dan biosfik. Sedangkan penilain status gizi tidak langsung terdiri dari survey konsumsi, makanan, statistik vital dan faktor ekologi.

c. Antropometri Gizi

Cara pengukuran yang paling sering digunakan di masyarakat adalah Antropometri gizi. Antropometri gizi adalah berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri sebagai indikator

status gizi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter. Parameter adalah ukuran tunggal dari tubuh manusia, antara lain: umur, berat badan, tinggi badan. Kombinasi antara beberapa parameter disebut Indeks Antropometri. Jenis-jenis dari Indeks Antropometri adalah berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) dan indeks massa tubuh (IMT) (Supariasa, dkk. 2009).

d. Klasifikasi Status Gizi

Status gizi menurut Almatsier (2010), dibagi menjadi 4 macam yaitu:

1. Status Gizi Buruk

Keadaan kurang gizi tingkat berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dari makanan sehari-hari dan terjadi dalam waktu yang cukup lama.

2. Status Gizi kurang

Terjadi bila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat-zat gizi esensial.

3. Status Gizi Baik atau Status Gizi Optimal

Terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin.

4. Status Gizi Lebih

Terjadi bila tubuh memperoleh zat-zat gizi dalam jumlah berlebihan, sehingga menimbulkan efek toksis atau membahayakan.

IMT direkomendasikan sebagai indikator yang baik untuk menentukan status gizi pada remaja. Cara pengukuran IMT adalah:

$$\text{IMT} = \text{Berat badan (Kg)} / \text{Tinggi badan (M}^2\text{)}$$

Tabel 2.1. : Kategori IMT Berdasarkan WHO

Klasifikasi	IMT (kg/m ²)
<i>Underweight</i>	≤ 18,4
<i>Normal range</i>	18.50 – 23
<i>Overweight</i>	23,1 – 25
<i>Obese</i>	≥25.1

Sumber: Sutter Health Palo Alto Medical Foundation (2012)

e. Pengaruh Status Gizi dengan kejadian *Premenstrual Syndrom*.

Berdasarkan penelitian Nistiani tahun 2015 yang berjudul “Analisis Determinan *Premenstrual Syndrom* (PMS) terhadap Wanita Usia Produktif Di Poli Obstetri dan Gynekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2015” didapatkan sebanyak 28 responden dengan status gizi buruk terdapat (92,9 %) yang mengalami *Premenstrual Syndrom* dan dari 17 responden dengan status gizi yang baik terdapat (52,9 %) yang mengalami *Premenstrual Syndrom*. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,003$, maka disimpulkan bahwa secara statistik pada alpa 5% ada hubungan yang signifikan antara status gizi dengan *premenstrual syndrom* terhadap wanita usia produktif dan dari analisis uji keeratan hubungan diperoleh nilai OR = 11,556 artinya

wanita yang termasuk dalam status gizi buruk mempunyai risiko 11 kali untuk mengalami *premenstrual syndrom* dibandingkan dengan wanita yang berstatus gizi baik atau normal.

Hasil penelitian Magdalena (2007) didapatkan bahwa hasil penelitian terhadap 371 sampel, kurus 14 orang (27,5 %), normal 86 orang (39,4 %), *overweight* 33 orang (60 %) dan *obesitas* 37 orang (78,7 %). Hasil uji *chi-square* dengan nilai $p < \alpha$ (0.000) menunjukkan terdapatnya hubungan status gizi dan *premenstrual syndrom* pada mahasiswa Akademi Kebidanan Pemerintah Kabupaten Kudus. Responden yang *obesitas* mempunyai 2,192 kali lebih berpeluang mengalami *premenstrual syndrom* dari pada yang berat badannya.

Pada penelitian Setyarini (2010) dalam Ambarwati (2015) , ditemukan adanya hubungan antara status gizi dengan kejadian PMS. Gizi kurang atau terbatas selain akan mempengaruhi pertumbuhan, fungsi organ tubuh juga akan menyebabkan terganggunya fungsi reproduksi. Hal ini dapat berdampak pada gangguan haid, tetapi akan membaik bila asupan nutrisinya baik, dikarenakan adanya peningkatan konsumsi energi Premenstruasi dengan ekstra penambahan 87-500 Kkal/hari. Peningkatan estrogen mengakibatkan efek penekanan atau penurunan terhadap nafsu makan.

Remaja dengan status gizi berlebih / $IMT \geq$ *overweight* lebih banyak jumlahnya yang mengalami PMS, sedangkan remaja yang tidak mengalami PMS lebih banyak yang status gizi / indeks massa tubuhnya

normal. Remaja dengan IMT lebih dari normal cenderung akan memproduksi hormon estrogen yang lebih tinggi karena lemak merupakan salah satu senyawa di dalam tubuh yang mempengaruhi proses pembentukan hormon estrogen. Estrogen menjadi faktor dominan penyebab timbulnya gejala-gejala PMS (Nasrawati, 2016).

Obesitas merupakan faktor risiko terhadap kejadian sindrom pramenstruasi (PMS). Orang yang kelebihan berat badan berisiko mengalami kejadian sindrom pramenstruasi. *Intake* karbohidrat yang berlebihan dapat meningkatkan risiko kejadian PMS. Adanya peningkatan fluktuasi 2 jalur hormonal yaitu hormon steroid di ovarium seperti progesteron alloprennanolon dan hormon yang berperan dalam pengendalian Susunan Saraf pusat dan sistem neurotransmitter seperti GABA dan serotonin terbukti dapat meningkatkan gejala PMS. Kadar serotonin di otak akan menurun jika Indeks Massa Tubuh tinggi. Kadar serotonin berhubungan dengan reaksi neurotransmitter yang mengendalikan rangsangan pada Hiphotalamus Pituitary Adrenal (HPA) jika terjadi disfungsi pada Adrenal HPA melalui manifestasi tertentu akan memicu terjadinya PMS (Nashruna, 2012).

4. Wanita Usia Subur (WUS)

a. Pengertian Wanita Usia Subur (WUS)

Wanita Usia subur adalah wanita yang mempunyai organ reproduksi yang masih berfungsi dengan baik sehingga lebih mudah mendapatkan kehamilan, yaitu antara umur 20 sampai dengan 45 tahun (Depkes RI, 2013). Wanita usia subur adalah wanita yang organ reproduksinya berfungsi dengan baik antara umur 20-45 tahun. Puncak kesuburan ada pada rentang usia 20-29 tahun. Pada usia ini wanita memiliki kesempatan 95% untuk hamil (Suparyanto, 2011).

Wanita usia subur adalah wanita usia 18-49 tahun dengan keadaan organ reproduksi berfungsi dengan baik, baik dengan status belum kawin, maupun janda (Mulyana, 2012). Wanita usia subur adalah wanita yang masih dalam usia reproduktif (sejak mendapat haid pertama dan sampai berhentinya haid), yaitu antara usia 15-49 tahun, dengan status belum menikah, menikah atau janda yang masih berpotensi untuk mempunyai keturunan (Novitasary, Maluyu & Kawengian, 2013).

Rentang usia pada Wanita usia subur berdasarkan pengkategorian Departemen Kesehatan (2013) yang berkisar antara 20-45 tahun termasuk kedalam 2 klasifikasi usia masa remaja: 17-25 tahun dan masa dewasa 26-45 tahun (gabungan dari masa dewasa awal dan dewasa akhir).

B. Penelitian Terkait

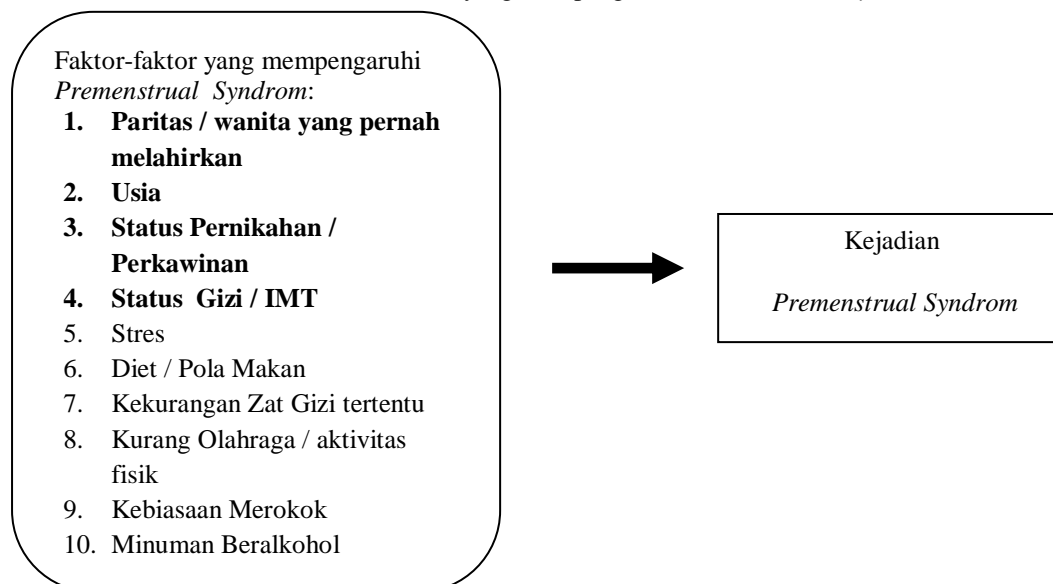
1. Berdasarkan penelitian Rudiyanthi tahun 2015 yang berjudul “Hubungan Status Gizi dan Stres dengan Kejadian Premenstrual Syndrom pada Mahasiswa Jurusan Kebidanan Poltekkes Tanjung Karang” yang merupakan penelitian analitik dengan pendekatan *Cross sectional* didapatkan 78,9 % (56 orang yang status gizinya tidak normal) yang mengalami kejadian PMS dari total responden sebanyak 157 mahasiswa.
2. Berdasarkan penelitian Nistiani tahun 2015 yang berjudul “Analisis Determinan Premenstrual Syndrom (PMS) terhadap Wanita Usia Produktif Di Poli Obstetri dan Gynekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2015” yang merupakan penelitian Kuantitatif dengan pendekatan *Cross sectional* didapatkan 95,7 % (22 responden dari 23 responden) yang mengalami PMS dengan paritas primipara sebanyak 59,1 % yang mengalami PMS. Sekitar 90,3 % wanita usia produktif mengalami PMS dan sekitar 50% wanita usia tidak produktif yang mengalami PMS, serta terdapat 92,9 % responden dengan status gizi yang tidak normal mengalami PMS.
3. Berdasarkan penelitian Nasrawati tahun 2016 yang berjudul “Indeks Massa Tubuh Dengan *Premenstrual Syndrome* (PMS) Pada Mahasiswa Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari”, yang merupakan penelitian Kuantitatif dengan pendekatan *Cross sectional* didapatkan bahwa dari 192 responden, sebagian besar mengalami PMS sebanyak 117 orang (60,9%), sedangkan yang tidak mengalami PMS sebanyak 75 orang (39,1%). Dan sebagian besar IMT responden adalah \geq overweight sebanyak 95 orang

(49,5%), kemudian disusul oleh IMT normal sebanyak 62 orang (32,3%) dan IMT kurang sebanyak 35 orang (18,2%).

4. Berdasarkan penelitian Wijayanti tahun 2015 yang berjudul “Analisis Faktor yang berhubungan dengan Kejadian Premenstrual Syndrom pada Remaja Putri” yang merupakan penelitian analitik dengan pendekatan *Cross sectional* diperoleh bahwa remaja putri yang obesitas / status gizi tidak normal mengalami kejadian PMS sebesar 55,6% dibandingkan remaja putri yang tidak mengalami obesitas / status gizi normal.

C. Kerangka Teori Penelitian

Gambar 2.1 Faktor-faktor yang mempengaruhi *Premenstrual Syndrom*

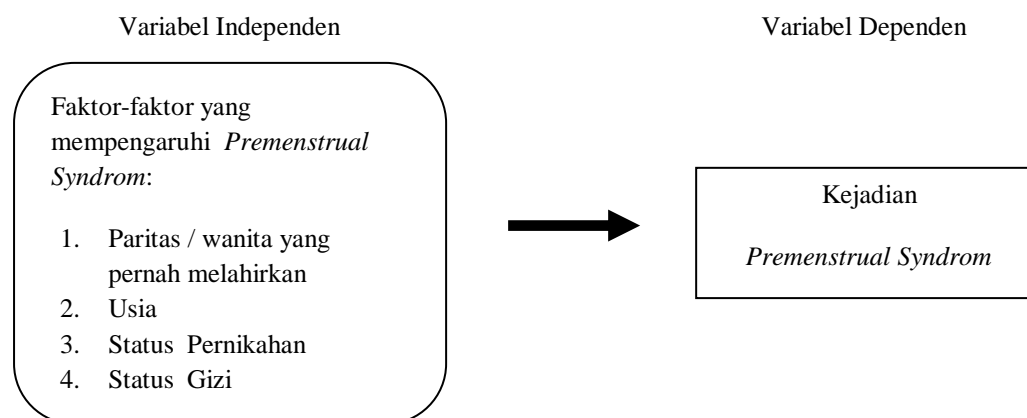


Sumber : (Fibrianti, 2016 dalam Andriani, 2018).

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu hubungan / kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lain dari masalah yang diteliti. Konsep adalah suatu abstraksi yang dibentuk dengan menggeneralisasi suatu pengertian. Oleh sebab itu konsep tidak dapat diukur dan diamati secara langsung. Agar dapat diamati dan diukur maka konsep tersebut harus dijabarkan ke dalam variabel dan variabel itulah konsep yang dapat diamati dan diukur. (Notoatmodjo, 2012).

Gambar 2.2 Bagan Kerangka Konsep Penelitian



E. Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul. (Arikunto, 2006). Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2012)

Hipotesa dalam penelitian ini adalah :

1. Ada pengaruh antara paritas dengan kejadian PMS pada wanita usia subur di Puskesmas Rawat Inap Sukaraja tahun 2019.
2. Ada pengaruh antara usia dengan kejadian PMS pada wanita usia subur di Puskesmas Rawat Inap Sukaraja tahun 2019.
3. Ada pengaruh antara status pernikahan dengan kejadian PMS pada wanita usia subur di Puskesmas Rawat Inap Sukaraja tahun 2019.
4. Ada pengaruh antara status gizi dengan kejadian PMS pada wanita usia subur di Puskesmas Rawat Inap Sukaraja tahun 2019.