

SKRIPSI

**GAMBARAN PENGETAHUAN TENTANG *MENSTRUAL HYGIENE*
PADA REMAJA DISABILITAS DI SEKOLAH LUAR BIASA
KOTA MAKASSAR**

*Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Program Studi
Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan*



Disusun Oleh:

ANISA SUSIANTI

C051171019

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2021

HALAMAN PENGESAHAN

**GAMBARAN PENGETAHUAN TENTANG MENSTRUAL HYGIENE
PADA REMAJA DISABILITAS DI SEKOLAH LUAR BIASA
KOTA MAKASSAR**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir pada:

Hari/Tanggal : Selasa, 13 Juli 2021
Pukul : 10.00 WITA
Tempat : Via Online

Disusun oleh:

ANISA SUSIANTI
C051171019

Dan yang bersangkutan dinyatakan:

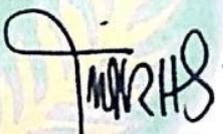
LULUS

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II


Arnis Puspitha R., S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 19840419 201504 2 002


Mulhaeriah, S.Kep., Ns., M.Kep. Sp.Kep.Mat
NIP. 19820310 201904 4 001

Mengetahui,
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin


Dr. Yuliana Svani, S.Kep., Ns., M.Si
NIP. 19760618 200112 2 002

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Skripsi

**“GAMBARAN PENGETAHUAN TENTANG *MENSTRUAL HYGIENE* PADA
REMAJA DISABILITAS DI SEKOLAH LUAR BIASA KOTA MAKASSAR”**

Oleh:

**ANISA SUSIANTI
C051171019**

Disetujui untuk diseminarkan oleh:

Dosen Pembimbing:

Pembimbing I

Pembimbing II



Arnis Puspitha R., S.Kep., Ns., M.Kes

NIP. 19840419 201504 2 002



Mulhaeriah, S.Kep., Ns., M.Kep. Sp.Kep.Mat

NIP. 19820310 201904 4 001

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini

nama : Anisa Susianti

NIM : C051171019

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia bertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, 2 Juli 2021

Yang membuat pernyataan,



Anisa Susianti

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohim

Segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “**Gambaran Pengetahuan tentang *Menstrual hygiene* pada Remaja Disabilitas di Sekolah Luar Biasa Kota Makassar**”. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Strata-1 dan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Hasanuddin.

Peneliti berterima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu peneliti dalam memberikan saran dan perbaikan skripsi ini sehingga menjadi lebih baik dari sebelumnya. Oleh karena itu, peneliti hendak menghaturkan ucapan terima kasih kepada:

1. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
2. Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Si, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
3. Andi Masyitha Irwan, S.Kep., Ns., MAN., PhD dan Syahrul Said, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D, selaku dosen pembimbing akademik semester awal dan semester akhir saya yang telah banyak memberikan dukungan moral, material, dan semangat sejak peneliti masih mahasiswa baru.
4. Arnis Puspitha R, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku dosen pembimbing 1 yang telah banyak meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan saran dalam penyusunan skripsi ini.
5. Mulhaeriah, S.Kep., Ns., M.Kep. Sp.Kep.Mat, selaku dosen pembimbing 2 yang telah banyak meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan saran dalam penyusunan skripsi ini.

6. Seluruh dosen dan staf akademik Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah banyak membantu peneliti sejak di masa perkuliahan hingga penyusunan skripsi.
7. Orang tua dan keluarga peneliti, yang telah banyak membantu, memberikan izin untuk anak pertama cucu pertama cicit pertamanya ini menempuh pendidikan tinggi di tanah rantau yang jauh dari keluarga.
8. Sahruni Raja, Sitti Fauziah, Andi Dhiya, Endah Hariani, Risnah B, Kurais Fikran, Arfan Irwan, Asmira, Atalya Angela, Chintya Rezky, Sulfiani teman-teman “paguyuban calon professor”, tetangga asrama, teman berorganisasi, dan seluruh teman-teman peneliti yang tidak bisa disebutkan satu-satu, peneliti ucapkan terima kasih atas bantuan semangat, moral, motivasi dan tenaganya.

Peneliti menyadari dalam penulisan skripsi ini tidak lepas dari kesalahan dan jauh dari kesempurnaan. Oleh karenanya, peneliti mengharapkan banyak saran, kritik, dan masukan untuk membangun pribadi peneliti yang lebih baik kedepannya. Semoga penelitian yang peneliti sampaikan dalam proposal ini dapat memberikan manfaat kepada pembaca semua serta mampu memotivasi untuk selalu berbuat baik kedepannya. Semoga segala sesuatu yang dituliskan menjadi bermanfaat dan bernilai ibadah di hadapan Allah SWT.

Makassar, 2 Maret 2021

Peneliti

ABSTRAK

Anisa Susianti, C051171019, **GAMBARAN PENGETAHUAN TENTANG MENSTRUAL HYGIENE PADA REMAJA DISABILITAS DI SEKOLAH LUAR BIASA KOTA MAKASSAR**, dibimbing oleh Arnis Puspitha R dan Mulhaeriah.

Latar belakang: Pengetahuan tentang *menstrual hygiene* pada remaja disabilitas sama pentingnya untuk diketahui, bukan hanya pada remaja normal. Akan tetapi pada kenyataannya pengetahuan remaja disabilitas tentang *menstrual hygiene* masih kurang. Padahal pengetahuan *menstrual hygiene* ini penting karena berkorelasi positif dengan upaya mencegah penyakit reproduksi bagian bawah.

Tujuan penelitian: Untuk mengetahui gambaran pengetahuan tentang *menstrual hygiene* pada remaja disabilitas di Sekolah Luar Biasa Kota Makassar.

Metode: Penelitian ini adalah penelitian deskriptif kuantitatif. Instrumen yang digunakan untuk mengukur pengetahuan adalah kuesioner kebersihan menstruasi yang terdiri dari 38 soal. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *total sampling*. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 83 orang.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa remaja disabilitas di Sekolah Luar Biasa Kota Makassar memiliki pengetahuan tentang *menstrual hygiene* yang kurang (50,6%), cukup (41%), dan baik (8,4%). Berdasarkan karakteristik remaja disabilitas remaja disabilitas didominasi oleh usia 20 tahun, memiliki disabilitas sensorik, umur *menarche* 12 tahun, lama menstruasi 7 hari, siklus menstruasi 30 hari, pernah terpapar informasi dengan sumber informasi mayoritas dari orang tua/keluarga, pendidikan ibu SMA, suku bugis/bugis makassar, dan umumnya remaja disabilitas dengan karakteristik ini memiliki pengetahuan kurang tentang *menstrual hygiene*.

Kesimpulan: Mayoritas remaja disabilitas di Sekolah Luar Biasa Kota Makassar memiliki pengetahuan yang kurang mengenai *menstrual hygiene*. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan untuk membuat intervensi yang sesuai dalam rangka meningkatkan pengetahuan remaja disabilitas tentang *menstrual hygiene* dan juga menjadi bahan kajian bagi peneliti selanjutnya yang ingin meneliti topik serupa.

Kata Kunci: pengetahuan, remaja disabilitas, *menstrual hygiene*

Sumber Literatur: 92 kepustakaan (2010-2021)

ABSTRACT

Anisa Susianti, C051171019, **DESCRIPTIVE OVERVIEW OF KNOWLEDGE ABOUT MENSTRUAL HYGIENE IN ADOLESCENTS WITH DISABILITIES IN SPECIAL SCHOOLS IN MAKASSAR CITY**, supervised by Arnis Puspitha R and Mulhaeriah.

Background: Knowledge about *menstrual hygiene* in adolescents with disabilities is equally important to know, not only for normal adolescents. But in reality the knowledge of adolescents with disabilities about *menstrual hygiene* is still lacking. Whereas knowledge about *menstrual hygiene* is important because it is positively correlated with efforts to prevent lower reproductive diseases.

Objective: The aim of study is to describe the knowledge about *menstrual hygiene* in adolescents with disabilities in Makassar City Special Schools.

Methods: This research is a quantitative descriptive research. The instrument used to measure knowledge was a *menstrual hygiene* questionnaire consisting of 38 questions. Sampling was carried out by total sampling. The sample in this study amounted to 83 people.

Results: The results showed that adolescents with disabilities in Makassar City Special Schools had poor knowledge of *menstrual hygiene* (50.6%), sufficient (41%), and good (8.4%). Based on the characteristics of adolescents with disabilities, they are dominated by age 20 years, have sensory disabilities, age at *menarche* is 12 years, menstrual period is 7 days, menstrual cycle is 30 days, has been exposed to information with the majority of information sources from parents/family, had high school's mother education, Bugis/bugis Makassar ethnicity, and generally adolescents with disabilities with these characteristics have less knowledge about *menstrual hygiene*.

Conclusion: The majority of adolescents with disabilities in Makassar City Special Schools have less knowledge about *menstrual hygiene*. The results of this study are expected to be used as input for making appropriate interventions in order to increase the knowledge of adolescents with disabilities about *menstrual hygiene* and also become study material for future researchers who want to research similar topics.

Keywords: knowledge, adolescents with disabilities, *menstrual hygiene*

Literature Sources: 92 bibliography (2010-2021)

DAFTAR ISI

SAMPUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Tinjauan Umum <i>Menstrual hygiene</i>	9
B. Tinjauan Umum Remaja Disabilitas.....	22
C. Tinjauan Umum tentang Pengetahuan <i>Menstrual hygiene</i> pada Disabilitas	33
D. Kerangka Teori	40
BAB III KERANGKA KONSEP	41
A. Kerangka Konsep.....	41
BAB IV METODE PENELITIAN	42
A. Rancangan Penelitian.....	42
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	42
C. Populasi dan Sampel.....	43
D. Alur Penelitian	46
E. Variabel Penelitian.....	47

F.	Instrumen Penelitian	51
G.	Proses Pengambilan Data pada Remaja Disabilitas.....	54
H.	Pengolahan dan Analisis Data	56
I.	Etika Penelitian	58
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		60
A.	Hasil Penelitian	60
B.	Pembahasan.....	73
BAB VI PENUTUP		93
A.	Kesimpulan	93
B.	Saran	93
DAFTAR PUSTAKA		95
LAMPIRAN.....		104
	Lampiran 1	104
	Lampiran 2	105
	Lampiran 3	106
	Lampiran 4.	112
	Lampiran 5.	113
	Lampiran 6.	122

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Kerangka Teori	40
Bagan 3. 1 Kerangka Konsep.....	41
Bagan 4. 1 Alur Penelitian	46

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Infrastruktur WASH yang ideal	16
Gambar 2. 2 Bentuk modifikasi untuk penyandang disabilitas	18
Gambar 2. 3 Jenis-jenis material absorben menstruasi	19
Gambar 2. 4 Konstruksi lapisan pembalut sekali pakai	21

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Jumlah Populasi Remaja Disabilitas di Sekolah Luar Biasa Kota Makassar	43
Tabel 4. 2 Karakteristik Responden	49
Tabel 4. 3 Kisi-Kisi Kuesioner Pengetahuan <i>Menstrual hygiene</i>	54
Tabel 5. 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik remaja disabilitas di Sekolah Luar Biasa Kota Makassar ($n=83$).....	61
Tabel 5. 2 Distribusi Frekuensi Pengetahuan tentang <i>Menstrual hygiene</i> Remaja Disabilitas di Sekolah Luar Biasa Kota Makassar ($n = 83$).....	64
Tabel 5. 3 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Remaja Disabilitas di Sekolah Luar Biasa Berdasarkan Sub Materi	64
Tabel 5. 4 Distribusi Frekuensi Pengetahuan tentang <i>Menstrual hygiene</i> Remaja Disabilitas di Sekolah Luar Biasa Kota Makassar berdasarkan umur ($n = 83$)	67
Tabel 5. 5 Distribusi Frekuensi Pengetahuan tentang <i>Menstrual hygiene</i> Remaja Disabilitas di Sekolah Luar Biasa Kota Makassar berdasarkan Jenis Disabilitas ($n = 83$)	68
Tabel 5. 6 Distribusi Frekuensi Pengetahuan tentang <i>Menstrual hygiene</i> Remaja Disabilitas di Sekolah Luar Biasa Kota Makassar berdasarkan Umur <i>Menarche</i> ($n = 83$)	69
Tabel 5. 7 Distribusi Frekuensi Pengetahuan tentang <i>Menstrual hygiene</i> Remaja Disabilitas di Sekolah Luar Biasa Kota Makassar berdasarkan Lama Menstruasi ($n = 83$)	69
Tabel 5. 8 Distribusi Frekuensi Pengetahuan tentang <i>Menstrual hygiene</i> Remaja Disabilitas di Sekolah Luar Biasa Kota Makassar berdasarkan Siklus Menstruasi ($n = 83$)	70
Tabel 5. 9 Distribusi Frekuensi Pengetahuan tentang <i>Menstrual hygiene</i> Remaja Disabilitas di Sekolah Luar Biasa Kota Makassar berdasarkan Sumber Informasi ($n = 83$).....	71
Tabel 5. 10 Distribusi Frekuensi Pengetahuan tentang <i>Menstrual hygiene</i> Remaja Disabilitas di Sekolah Luar Biasa Kota Makassar berdasarkan Pendidikan Ibu ($n = 83$).....	72
Tabel 5. 11 Distribusi Frekuensi Pengetahuan tentang <i>Menstrual hygiene</i> Remaja Disabilitas di Sekolah Luar Biasa Kota Makassar berdasarkan Suku ($n = 83$)	73

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Manusia pada umumnya terlahir dengan kesempurnaan fisik dan psikis. Namun tidak menutup kemungkinan, beberapa manusia terlahir dengan berbagai jenis keterbatasan baik itu secara fisik maupun psikis (Sugiarto, 2018). Kelompok manusia yang demikian biasanya disebut sebagai orang berkebutuhan khusus atau penyandang disabilitas (Widinarsih, 2019). *World Health Organization (WHO)*, mengungkapkan bahwa penyandang disabilitas di dunia berjumlah lebih dari 100 miliar orang dan akan bertambah setiap tahunnya (WHO, 2018). Di Indonesia, jumlah penyandang disabilitas sebanyak 10 juta jiwa pada 2012 dan meningkat 35% menjadi 21 juta jiwa pada 2018 (Bappenas, 2018). Populasi yang demikian besarnya, membutuhkan perhatian lebih di berbagai aspek kehidupan penyandang disabilitas, khususnya dari aspek kesehatan.

Penyandang disabilitas sering pula disebut difabel. Kemensos mendefinisikan penyandang disabilitas sebagai orang yang memiliki keterbatasan untuk berinteraksi dengan orang di lingkungannya akibat kelainan dari segi intelektualitas, mobilitas, mental, dan sensorik dalam waktu lama (Kemensos, 2016). Disabilitas diklasifikasikan menjadi disabilitas fisik seperti tuna rungu, tuna daksa, tuna netra, tuna wicara; serta disabilitas mental seperti mental tinggi, mental rendah, dan anak dengan kesulitan belajar spesifik (Kemenpppa, 2019). Meskipun tumbuh dengan beragam keterbatasan, penyandang disabilitas tetap

akan tumbuh sesuai fase kehidupan mulai dari kanak-kanak, remaja, dewasa, hingga lanjut usia (Putri & Lestari, 2018).

Masa remaja merupakan saat paling penting dalam fase kehidupan manusia untuk tumbuh dan berkembang secara maksimal. WHO menggolongkan remaja sebagai penduduk yang berusia 10-19 tahun. Definisi lain diungkapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 25 tahun 2014 yang mengatakan bahwa, remaja adalah penduduk yang berusia 10-18 tahun. Sedangkan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN), seseorang dikategorikan remaja apabila berusia 10-24 tahun dan belum pernah menikah (Kemkes, 2019). Perubahan signifikan terjadi saat masa remaja diantaranya adalah perubahan tinggi badan yang cepat, perkembangan seks sekunder, perkembangan organ-organ reproduksi (Batubara, 2016). Pada remaja perempuan, fase remaja ditandai dengan terjadinya menstruasi pertama (*menarche*).

Menstruasi pertama atau *menarche* merupakan salah satu tanda dimulainya fase remaja pada perempuan. Kejadian *menarche* akan disertai dengan kematangan organ reproduksi pada remaja dan perubahan-perubahan lain yang kadang tidak diperhatikan oleh remaja itu sendiri. Menstruasi seringkali menjadi masalah pokok yang membuat remaja tersebut ada yang bersikap positif dan negatif. Sebuah penelitian mengungkapkan bahwa kelekatan antara orang tua (ibu) berhubungan signifikan dengan sikap positif remaja dalam menghadapi menstruasi (Hidayah dan Palila, 2021). Sikap positif ini dapat tercipta melalui komunikasi dan keterbukaan informasi mengenai menstruasi (Nurmaliza, 2019).

Kebersihan diri saat menstruasi tidak akan terwujud apabila remaja masih menunjukkan sikap negatif, seperti menganggap menstruasi adalah hal tabu dan tidak mencari informasi terkait. Berdasarkan data statistik di Indonesia menunjukkan bahwa sebanyak 43,3 juta remaja di Indonesia masih memiliki praktik *hygiene* saat menstruasi yang buruk (Nurmaliza, 2019). Perilaku menjaga kebersihan saat menstruasi yang buruk menyebabkan angka kejadian penyakit infeksi saluran reproduksi pada remaja (10–18 tahun) cukup tinggi, yaitu 35-42% (Katarina, 2017). Penelitian lain mengungkapkan bahwa, ada korelasi antara buruknya kebersihan diri saat menstruasi (*menstrual hygiene*) dengan kejadian *pruritus vulvae* pada remaja (Sulaikha, 2018). Beberapa faktor yang mempengaruhi buruknya perilaku *menstrual hygiene* di Indonesia, turut bertanggung jawab atas tingginya data ini.

Budaya menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan dan perilaku *menstrual hygiene* (Bujawati & Raodhah, 2016). Di Indonesia, menstruasi seringkali dikaitkan dengan kesalahpahaman praktik kebersihan diri, misalnya menganggap wanita yang sedang menstruasi dianggap kotor (Oita, Lattu, dan Timo, 2019). Padahal, kepercayaan seperti inilah yang justru akan merugikan remaja itu sendiri. Selain itu, faktor penggunaan media massa yang tepat ternyata akan mempengaruhi pengetahuan dan kesadaran remaja untuk melakukan perawatan diri selama masa menstruasi (Rahman et al., 2020). Dapat dikatakan bahwa semakin sering remaja terpapar media yang tepat, maka akan meningkat pula pengetahuan dan kesadaran untuk melakukan praktik *menstrual hygiene* dengan baik.

Remaja penyandang disabilitas mempunyai pengalaman *menarche* dan menstruasi yang berbeda dan cenderung negatif jika dibandingkan dengan yang tidak memiliki disabilitas. Hal ini termasuk ketidakmampuan menyatakan keparahan nyeri menstruasi (*dysmenorrhoea*), ketidaktahuan tentang koping menghadapi periode menstruasi berat (*menorrhagia*) dan sindrom pre-menstruasi (PMS), serta keterbatasan baik fisik maupun psikis untuk menjaga kebersihan selama menstruasi (Wilbur et al., 2019). Beberapa tantangan dalam mengelola *menstrual hygiene* pada remaja disabilitas diantaranya kurangnya informasi yang dapat diakses, infrastruktur mandi cuci kakus (MCK) yang tidak memadai untuk diakses, serta tantangan tersendiri untuk mencuci dan mengganti pembalut (Kaur, et al, 2018). Masalah demikian dapat diminimalisir apabila remaja disabilitas memiliki pengetahuan yang adekuat terkait manajemen menstruasi.

Pengetahuan tentang *menstrual hygiene* pada remaja disabilitas sama pentingnya untuk diketahui, bukan hanya pada remaja normal. Tetapi pada kenyataannya, pengetahuan remaja disabilitas tentang *menstrual hygiene* masih kurang. Akibatnya, banyak diantara mereka yang kesulitan melakukan perawatan diri, seperti tidak menggunakan pembalut saat menstruasi, tidak mengetahui saat dirinya menstruasi, hingga kesulitan melakukan pembersihan pembalut bekas pakai (Daniswari et al., 2017). Padahal menjaga kebersihan diri saat menstruasi pada usia remaja, akan banyak memberikan dampak positif sekaligus penentu status kesehatan di masa dewasa hingga lansia.

Penyandang disabilitas memiliki hak pendidikan yang harus dipenuhi, salah satunya melalui penyelenggaraan Sekolah Luar Biasa (SLB), khususnya pada

remaja agar dapat tumbuh dan berkembang dengan baik. Data Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia tahun 2016/2017 menyebutkan bahwa ada 2.070 SLB di Indonesia, 20 diantaranya ada di kota Makassar yang terdiri atas 2 sekolah negeri, dan 18 sekolah swasta (Kemdikbud, 2017b). Letak sekolah yang tersebar di salah satu kota terbesar di Indonesia ini, membuat akses dan pendidikan penyandang disabilitas seharusnya mampu berkembang dengan optimal, salah satunya pengetahuan tentang *menstrual hygiene*.

Pengetahuan *menstrual hygiene* ini penting karena berkorelasi positif dengan upaya mencegah penyakit reproduksi bagian bawah, khususnya bagi remaja disabilitas. Remaja disabilitas tanpa penyakit akut sudah menjadi tanggungan keluarga, sehingga pencegahan remaja disabilitas dari penyakit reproduksi bagian bawah harus dilakukan dengan intervensi yang tepat (Pokhrel et al., 2020). Penelitian empiris serupa di provinsi lain, diperoleh hasil bahwa pengetahuan tentang *menstrual hygiene* pada remaja disabilitas rendah (Rozi, 2018). Namun penelitian deskriptif tentang pengetahuan *menstrual hygiene* pada remaja disabilitas belum pernah dilakukan di kota Makassar. Oleh karena itu, penelitian ini perlu dilakukan untuk mengetahui pengetahuan remaja disabilitas di kota Makassar tentang *menstrual hygiene*.

B. Rumusan Masalah

Remaja disabilitas memiliki pengalaman *menarche* dan menstruasi yang lebih menantang jika dibandingkan dengan remaja tanpa disabilitas. Kebersihan diri saat menstruasi tidak akan terwujud apabila remaja masih menunjukkan sikap negatif, akibat kurangnya informasi dan pengetahuan tentang manajemen kebersihan diri selama menstruasi. Remaja disabilitas tanpa penyakit akut sudah menjadi tanggungan keluarga, sehingga pencegahan remaja disabilitas dari penyakit reproduksi bagian bawah harus dilakukan dengan intervensi yang tepat. Namun penelitian deskriptif tentang pengetahuan *menstrual hygiene* pada remaja disabilitas belum pernah dilakukan di kota Makassar. Padahal penelitian deskriptif ini dapat digunakan sebagai acuan untuk memilih intervensi yang tepat untuk mencapai pengetahuan remaja disabilitas yang adekuat. Oleh karena itu, masalah yang diangkat pada penelitian ini adalah bagaimana tingkat pengetahuan tentang *menstrual hygiene* pada remaja disabilitas di SLB Kota Makassar?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah diketahuinya gambaran pengetahuan tentang *menstrual hygiene* pada remaja disabilitas di SLB Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahuinya gambaran karakteristik (umur, jenis disabilitas, umur *menarche*, lama menstruasi, siklus menstruasi, keterpaparan

informasi, pendidikan ibu, suku) remaja disabilitas di SLB kota Makassar

- b. Diketuainya tingkat pengetahuan tentang *menstrual hygiene* remaja disabilitas di SLB kota Makassar
- c. Diketuainya gambaran pengetahuan tentang *menstrual hygiene* pada remaja disabilitas di SLB kota Makassar berdasarkan karakteristik umur, jenis disabilitas, umur *menarche*, lama menstruasi, siklus menstruasi, keterpaparan informasi, sumber informasi, pendidikan ibu, suku.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi Pendidikan

Data yang terhimpun dalam penelitian ini dapat digunakan sebagai pertimbangan kedepannya untuk melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat lebih lanjut, khususnya bagi bidang keperawatan maternitas dan komunitas.

2. Bagi Sekolah Luar Biasa

Informasi yang terdapat dalam penelitian ini memberikan kesempatan besar untuk SLB mendapatkan atensi lebih banyak untuk kemudian diberikan intervensi terkait topik kesehatan reproduksi siswi perempuan.

3. Bagi Peneliti

Peneliti mendapatkan wawasan baru mengenai remaja disabilitas dan pengetahuannya tentang *menstrual hygiene*, menjajal pengalaman dan

lingkungan baru di lingkup SLB se-kota Makassar, serta menyelesaikan tugas akhir sebagai syarat mendapatkan gelar Strata 1 bidang keperawatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum *Menstrual hygiene*

Menstruasi adalah pendarahan uterus secara periodik, yang waktu kejadiannya yakni 14 hari setelah terjadi ovulasi, siklus menstruasi rata-rata adalah 28 hari, dengan durasi rata-rata menstruasi adalah 5 hari, volume darah yang keluar rata-rata sebanyak 50 mL (Lowdermilk et al., 2013). Menstruasi pada umumnya terjadi dengan pola tertentu yang disebut siklus menstruasi. Siklus menstruasi adalah peristiwa simultan kerjasama antara endometrium, hipotalamus, kelenjar hipofisis, dan ovarium (Lowdermilk et al., 2013). Definisi lain menyatakan bahwa siklus menstruasi adalah perubahan berulang yang bersifat kompleks pada uterus, ovarium, serviks dan vagina yang bertujuan untuk mempersiapkan kehamilan, namun ketika tidak terjadi kehamilan maka terjadilah menstruasi (Black & Hawks, 2014).

Manajemen *menstrual hygiene* (MMH) dapat diartikan sebagai manajemen kebersihan menstruasi (MKM), adalah manajemen kebersihan diri selama proses menstruasi. UNICEF mendefinisikan MMH sebagai kegiatan yang dilakukan perempuan dewasa dan remaja untuk menggunakan pembalut bersih yang bertujuan untuk menyerap atau mengumpulkan darah menstruasi, menggunakan sabun dan air untuk membasuh tubuh sesuai kebutuhan, serta memiliki akses ke fasilitas yang aman dan nyaman untuk membuang sampah bekas material menstruasi (Alleman & Burgers, 2019). Definisi lain menyebutkan kegiatan dalam manajemen *menstrual hygiene* berupa menggunakan pembalut bersih,

menggantinya sesering mungkin, dan membuangnya dengan aman, serta memiliki akses untuk toilet, sabun, air, untuk membersihkan dirinya dengan privasi terjamin (Kemdikbud, 2017a).

Menstrual hygiene yang dikelola dengan baik, merupakan bentuk dari pemenuhan hak asasi perempuan atas kebutuhan sanitasi dan air yang turut tercantum dalam poin keenam di *Sustainable Development Goals* (SDGs) oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa. Meskipun masih dianggap tabu dan menghadapi banyak hambatan, *menstrual hygiene* yang baik dinilai positif dan memiliki banyak urgensi untuk perempuan (Ballys, 2017). Namun, kondisi ekonomi, mitos seputar menstruasi, dan kepercayaan lain menyebabkan perempuan di negara berkembang jarang menggunakan pembalut dan kegiatan *menstrual hygiene* dengan baik (Kaur et al., 2018).

Menstrual hygiene perlu dikelola dengan baik. Sarma (2018) menjabarkan tujuan *menstrual hygiene*, sebagai berikut:

1. Mengurangi risiko perempuan terkena infeksi saluran kemih.

Penggunaan pembalut wanita lebih dari 4 jam, akan membuat area genital menjadi lembab dan menjadi tempat yang ideal untuk tumbuh jamur dan mikroba lain seperti *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus*, *E.coli*, dan *Pseudomonas aeruginosa*. Bakteri ini dapat menyebar hingga ke traktur urinari dan menyebabkan infeksi saluran kemih yang ditandai dengan sensasi nyeri saat berkemih, demam, dan nyeri punggung (Torondel et al., 2018). Komplikasi ini dapat dicegah dengan rutin mengganti pembalut sekali pakai atau

mencuci bersih pembalut kain bekas pakai, mencuci area genital dengan air bersih (pakai sabun lembut jika perlu).

2. Mengurangi kejadian ruam di sekitar area genital perempuan.

Lokasi lembab, diperparah dengan riwayat alergi terhadap bahan di dalam pembalut membuat kejadian ruam ketika menstruasi cukup tinggi di kalangan perempuan. Pembalut yang jarang diganti akan membuat kulit menjadi lembab yang akan membuat jamur dan bakteri tumbuh di lokasi tersebut. Zat-zat kimia di dalam pembalut satu kali pakai, terkadang tidak cocok untuk sebagian orang, sehingga pembalut *bio-degradable* dianggap bisa menjadi solusi.

3. Mencegah infeksi traktus reproduksi bagian bawah

Pembalut yang tidak higienis dapat meningkatkan risiko infeksi traktus reproduksi bagian bawah. RTI dapat menyebabkan morbiditas kesehatan reproduksi karena bakteri yang bertanggung jawab atas infeksi ini dapat menyerang lapisan mukosa saluran reproduksi dan menyebabkan kerusakan serius pada dinding rahim, ovarium, dan saluran tuba (Torondel et al., 2018). Vaginitis dan keputihan yang abnormal adalah gejala awal dari RTI yang parah. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran perempuan dapat menjadi solusi.

4. Meminimalisir risiko terkena kanker leher rahim (serviks)

Kanker leher rahim adalah kanker yang disebabkan oleh *Human Papilloma Virus* yang bertransmisi secara seksual, namun

manajemen kebersihan diri yang buruk akan meningkatkan risiko keterpaparannya (Belayneh & Mekuriaw, 2019). Pembalut wanita dan sanitasi yang kurang higienis merupakan penyebab yang bisa meningkatkan risiko terkena kanker serviks, meskipun beberapa alasan lain juga bertanggung jawab.

Pemenuhan tujuan *menstrual hygiene* tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor. Sebuah penelitian menyatakan bahwa faktor yang berpengaruh terdiri dari empat kategori yaitu pengalaman perempuan, kebutuhan perempuan, kesadaran perempuan, dan fasilitas WASH (*Water, Sanitation, Hygiene*) (Shallo et al., 2020). Pengalaman perempuan yang mempengaruhi pengetahuan tentang *menstrual hygiene* adalah tentang sudah berapa lama sejak dia mengalami *menarche*, ketakutan melihat darah, seberapa berpengaruh kondisi menstruasinya terhadap kesehariannya. Faktor lainnya adalah kesadaran dari perempuan itu sendiri, semakin banyak informasi dia peroleh maka akan semakin baik *menstrual hygiene*-nya. Faktor yang terakhir adalah sarana WASH, meliputi ketersediaan air, kebersihan toilet, dan ketersediaan pembalut sesuai kebutuhan (Shallo et al., 2020).

Faktor lain yang mempengaruhi pengetahuan dan perilaku manajemen *menstrual hygiene* faktor sosio-kultural, lingkungan, personal, interpersonal, dan biologis (Alleman & Burgers, 2019). Faktor-faktor tersebut dapat dirincikan sebagai berikut:

1. Faktor sosio-kultural, terdiri dari peraturan yang berlaku, tradisi, budaya yang dianut. Banyak budaya yang memberikan peraturan tak

tertulis tentang mengelola menstruasi, sebagian membantu, sebagian lainnya cenderung berimplikasi negatif. Beberapa budaya membuat perempuan kesulitan bersosialisasi saat menstruasi yang akan membatasi kebebasannya. Di salah satu kepercayaan, perempuan yang sedang menstruasi dilarang mandi atau dia akan *infertile*, dilarang menyentuh bunga atau dia akan layu, dilarang menyentuh sapi, dilarang menyentuh cermin, dan lain-lain (House et al., 2016).

2. Faktor lingkungan, seperti ketersediaan air, sanitasi, dan sumberdaya lain yang tersedia.
3. Faktor interpersonal, seperti hubungan antara orang tua, guru dan teman sebaya. Sebuah penelitian menyatakan bahwa pendidikan ibu mempengaruhi pengetahuan dan perilaku *menstrual hygiene* anak perempuannya, karena ibu merupakan sumber informasi pertama anaknya, terutama untuk hal yang dianggap tabu, seperti menstruasi (Chowdhury & Chakraborty, 2017).
4. Faktor personal, seperti pengetahuan, keterampilan, dan kepercayaan pribadi.
5. Faktor biologis seperti, umur, keparahan menstruasi, dan siklus menstruasi.

Faktor-faktor yang tidak diatasi dengan seksama akan menimbulkan buruknya pengelolaan *menstrual hygiene*. *Menstrual hygiene* yang tidak dikelola dengan baik akan menimbulkan dampak negatif di beberapa aspek sekaligus.

Kemdikbud (2017a) membagi dampak tersebut dalam empat aspek besar berikut ini:

1. Dampak ke kesehatan

Menstrual hygiene yang baik dapat mencegah komplikasi kesehatan berkelanjutan. Apabila tidak dilakukan dengan baik dapat menimbulkan beberapa keluhan seperti keputihan, infeksi saluran kemih, iritasi kulit, dan gangguan traktus reproduksi bagian bawah (Torondel et al., 2018).

2. Dampak ke pendidikan (remaja usia sekolah)

Penelitian yang dilakukan di Indonesia, menyatakan bahwa lebih dari setengah remaja yang menjadi sampel tidak melakukan *menstrual hygiene* dengan baik dan 11% diantaranya pernah setidaknya satu hingga dua hari tidak masuk sekolah karena menstruasi (Davis et al., 2018). Hal ini akan menyebabkan remaja perempuan rentan tertinggal pelajaran sekolahnya.

3. Dampak ke partisipasi sosial

Banyak hal yang membuat perempuan yang sedang menstruasi harus mengurangi kegiatannya sehari-hari, seperti keluhan PMS, kebiasaan, dan lainnya. Sebuah penelitian menyatakan bahwa lebih dari 30% wanita mengurangi produktivitasnya selama menstruasi karena hal tersebut (Schoep et al., 2019).

4. Dampak ke lingkungan

Tempat sampah untuk menampung pembalut bekas yang tidak tersedia akan membuat perempuan cenderung membuangnya ke dalam toilet. Lambat laun hal ini akan membuat toilet tersumbat, sampah pembalut yang mengandung plastik tidak terurai dan mencemari lingkungan. Alternatif solusi yang dapat dilakukan saat ini adalah menggunakan pembalut yang bisa dipakai ulang, menggunakan *menstrual cup*, atau memakai tampon yang 100% katun tanpa plastik (Borunda, 2019).

Dampak tersebut dapat diminimalisir dengan pemenuhan sarana WASH yang dikelola dengan baik (UNICEF, 2019b). WASH adalah singkatan dari *water, sanitation and hygiene*, adalah program yang diadakan oleh UNICEF bekerjasama dengan pemerintah di seluruh dunia untuk menjamin hak atas kehidupan yang bersih dan lingkungan yang aman (UNICEF, 2019b). Saat ini, akses dasar untuk WASH yang adekuat menjadi langkah awal dari *menstrual hygiene* menuju perubahan ke arah yang lebih baik (Alleman & Burgers, 2019).

Beberapa poin penting dalam pemenuhan sarana dan prasarana WASH adalah sebagai berikut:

1. Infrastruktur WASH

Fasilitas seperti air, toilet yang aman bersih, sabun, dan tempat untuk mencuci pembalut yang memadai merupakan hal dasar untuk tercapainya manajemen *menstrual hygiene* yang baik. Penelitian menyatakan bahwa sekitar 2 juta orang masih kesulitan untuk mengakses fasilitas sanitasi yang layak. Bahkan di negara

berkembang, masih banyak sekolah yang tidak menyediakan fasilitas WASH yang memadai (Sida, 2016).



Gambar 2. 1 Infrastruktur WASH yang ideal (Kemdikbud, 2017)

Memastikan ketersediaan fasilitas WASH akan turut mendukung hak asasi perempuan selama menstruasi. Remaja penyandang disabilitas juga membutuhkan fasilitas WASH dengan beberapa perhatian khusus, sehingga akan mengurangi hambatan mereka untuk melakukan *menstrual hygiene* (Alleman & Burgers, 2019). Kurangnya fasilitas yang dapat diakses dapat menjadi penghalang lain bagi anak perempuan penyandang disabilitas untuk menghadiri sekolah. Pendidikan dan dukungan MHH sangat penting baik dalam program di dalam maupun di luar sekolah untuk menjangkau anak perempuan penyandang disabilitas. Seringkali perempuan penyandang disabilitas diasumsikan tidak mengalami

menstruasi, sehingga diperlukan pendidikan untuk menghilangkan mitos tentang menstruasi dan disabilitas.

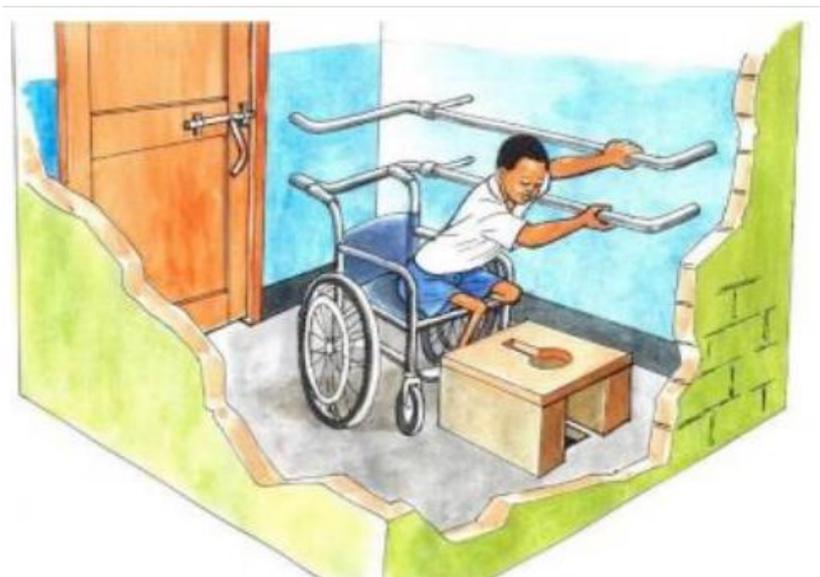
Remaja yang memiliki keterbatasan mobilitas dengan tubuh dan lengan bagian atas mungkin mengalami kesulitan menempatkan bahan pelindung sanitasi pada posisi yang benar, dan mencuci diri, pakaian, dan bahannya. Mereka yang memiliki gangguan penglihatan (buta atau *low vision*) mungkin menghadapi tantangan untuk mengetahui apakah mereka telah sepenuhnya membersihkan diri, dan mereka yang memiliki gangguan intelektual dan perkembangan mungkin memerlukan dukungan khusus untuk mempelajari *menstrual hygiene*.

Pertimbangan utama sarana WASH untuk perempuan disabilitas:

- a. Remaja perempuan dan perempuan dewasa turut berpartisipasi dalam mendesain toilet yang sesuai dengan kebutuhannya.
- b. Remaja perempuan merancang atau menyesuaikan fasilitas WASH agar dapat diakses oleh disabilitas dan memenuhi standar aksesibilitas nasional atau internasional. Desain toilet harus memiliki fitur-fitur aksesibilitas, seperti yang diungkapkan House et al. (2016) berikut ini:
 - 1) Peningkatan ruang di dalam jamban.
 - 2) Lebar pintu lebih besar.
 - 3) Gagang pintu yang besar dan mudah digunakan.

- 4) Lereng untuk akses, dengan platform pendaratan sementara di luar pintu (memungkinkan cukup ruang untuk membuka pintu), dan trotoar atau pegangan tangan yang ditinggikan.
- 5) Pegangan tangan.
- 6) Kursi atau bangku berlubang.
- 7) Permukaan anti selip.
- 8) Tanda menggunakan simbol timbul besar untuk pria dan wanita

c. Melibatkan remaja perempuan dengan berbagai jenis disabilitas dilibatkan dalam audit fasilitas untuk keselamatan dan kesesuaian.



Gambar 2. 2 Bentuk modifikasi untuk penyandang disabilitas (House et al, 2016)

2. Absorben menstruasi

Banyak remaja perempuan yang tidak menggunakan bahan penyerap darah menstruasi dengan baik. Seperti menggunakan bahan yang tidak higienis dan tidak aman selama menstruasi karena beberapa faktor seperti: tidak tersedia, rasa malu yang dialami saat membeli produk di depan umum, dan / atau ketidakmampuan membayar atau masalah memilih untuk tidak menghabiskan dana terbatas untuk kebutuhan menstruasi (Sida, 2016).



Gambar 2. 3 Jenis-jenis material absorben menstruasi (Alleman & Burgers, 2019)

UNICEF membagi macam-macam absorben menstruasi menjadi lima macam yang berbeda (Alleman & Burgers, 2019), dengan keuntungan dan kerugiannya masing-masing, dengan rincian berikut:

- a. Kain. Kelebihannya: dapat digunakan kembali, terjangkau, sudah digunakan dalam banyak konteks. Kekurangan: tidak praktis, membutuhkan air bersih dan sabun, serta menghabiskan waktu untuk mencuci dan mengeringkan.
- b. Pembalut kain. Kelebihannya: dapat digunakan kembali, dapat dibuat sendiri atau diproduksi secara lokal, yang berkualitas baik, nyaman. Kekurangannya: sedikit kurang praktis,

menghabiskan sabun air, dan membutuhkan waktu untuk mencuci dan mengeringkan.

- c. Pembalut sekali pakai. Kelebihannya: nyaman, praktis, tersedia secara luas, disukai oleh banyak wanita dan anak perempuan. Kekurangannya: menciptakan sampah yang sangat banyak dan tidak bisa didaur ulang, harus dibeli dengan harga yang lumayan mahal.
- d. *Menstrual cup*. Kelebihannya: dapat digunakan kembali, sudah tersedia di beberapa negara. Kekurangannya: pemasangannya tidak praktis, membutuhkan air dan sabun untuk membersihkan, dan terhalang oleh budaya tabu tentang keperawanan.
- e. Tampon. Kelebihannya: nyaman, tersedia di beberapa negara. Kekurangan: menimbulkan sampah yang tidak bisa didaur ulang dan terhalang oleh tabu budaya seputar keperawanan.

Pemilihan jenis absorben menstruasi dapat dilakukan sesuai kebutuhan perempuan yang akan menggunakannya. Ditinjau dari aspek kesehatan dan efektivitasnya, pembalut modern sekali pakai mendapatkan lebih banyak keunggulan dibandingkan dengan pembalut kain (Hennegan et al., 2017). Risiko terbesar dari penggunaan pembalut kain sifatnya yang tidak mampu menyerap darah menstruasi secara adekuat, sehingga meningkatkan kelembapan di vulva, dan hal tersebut akan menjadi tempat berkembang biak bakteri dan jamur (Gunter,

2019). Oleh karena itu, pembalut sekali pakai lebih disarankan karena memiliki daya serap yang adekuat.



Gambar 2. 4 Konstruksi lapisan pembalut sekali pakai

Daya serap yang adekuat ini tercipta dari beberapa lapisan yang terdapat dalam pembalut sekali pakai, yang terbuat dari bahan kimia. Beberapa studi kasus menyebutkan bahwa senyawa organik yang mudah menguap termasuk stirena, klorometana, kloroetana, kloroform, dan aseton terdeteksi dari produk komersial dan sifatnya karsinogenik (Bae et al., 2018). Bahan-bahan tersebut dapat dihindari dengan tidak menggunakan pembalut yang mengandung gel dan pewangi, karena sebuah studi menyatakan bahwa *Cinnamaldehyde* dan *cinnamic alcohol*, yang dilaporkan menjadi agen penyebab reaksi alergi kulit dan ruam oleh European Chemical Agency (ECHA), ditemukan dari pembalut dengan zat pewangi (Bae et al., 2018). Sebuah artikel menyebutkan bahwa penggunaan absorben sekali pakai dinilai lebih sehat, mudah, dan aksesibel untuk penyandang disabilitas (Brooke, 2021). Dapat dikatakan bahwa pembalut sekali pakai lebih direkomendasikan pula pada penyandang disabilitas.

Pengkajian menstruasi dan aspek-aspek *menstrual hygiene* khususnya pada perempuan dengan disabilitas memerlukan perhatian khusus. Menurut Lowdermilk et al. (2013), wanita yang dikatakan berkebutuhan khusus yaitu

wanita yang memiliki kelainan baik itu secara fisik maupun mental. Wanita dengan gangguan penglihatan, pendengaran, emosional atau fisik harus dihormati dan dilibatkan dalam pengkajian dan pemeriksaan fisik dengan kemampuan penuhnya. Pengkajian dan pemeriksaan fisik dapat disesuaikan dengan kebutuhan individu setiap wanita.

Jika yang berkebutuhan khusus masih remaja, tambahkan beberapa cara khusus. Remaja harus diberikan pertanyaan-pertanyaan yang sama yang terdapat dalam anamnesis. Perhatian utama harus diberikan untuk menemukan perilaku berisiko, gangguan makan, dan depresi. Seorang remaja dapat aktif secara seksual atau tidak. Setelah terbina hubungan yang baik, berbicara kepada remaja dengan orang tua (atau pasangan atau teman) di luar ruangan adalah cara terbaik. Pertanyaan harus ditanyakan dengan sensitif, lembut, dan tidak menuduh (Lowdermilk et al., 2013).

B. Tinjauan Umum Remaja Disabilitas

Undang-Undang No. 8 Tahun 2016 mendefinisikan disabilitas sebagai seseorang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak (Kemensos, 2016).

Istilah disabilitas berbeda dengan cacat. Cacat bermakna negatif yang mengartikan sesuatu tidak seperti biasanya dan berkonotasi rusak atau tidak sempurna. Cacat berfokus pada cara pandang medis, yaitu memandang hambatan

sesorang dalam beraktivitas karena hambatan fisik. Sementara disabilitas memandang hambatan yang dialami seseorang akibat fasilitas dan lingkungan yang tidak mendukung untuk seseorang tersebut beraktivitas (Nurakhmi et al., 2019). Oleh karena itu disabilitas hadir untuk menggantikan istilah cacat.

Penyandang disabilitas secara sederhana dapat dikenali melalui dua aspek yaitu pertumbuhan dan perkembangan. Disabilitas dari aspek fisik biasanya lebih mudah untuk diidentifikasi karena menunjukkan secara langsung perbedaan fisik, misalnya orang dengan tunanetra, tunarungu, tunadaksa. Sedangkan disabilitas dari aspek perkembangan, perlu melibatkan ahli untuk menemukannya melalui pemeriksaan komprehensif jenis disabilitas ini, seperti ahli saraf dan psikolog (Nurakhmi et al., 2019).

Ragam penyandang disabilitas menurut Undang-Undang No. 8 Tahun 2016, meliputi: (a) penyandang disabilitas fisik, (b) penyandang disabilitas intelektual, (c) penyandang disabilitas mental, (d) penyandang disabilitas sensorik (Kemensos, 2016). Nurakhmi et al (2019) menjelaskan lebih rinci definisi dari masing-masing jenis disabilitas sebagai berikut:

1. Disabilitas fisik

Disabilitas fisik adalah kondisi dimana seseorang kehilangan fungsi tubuh sebagian atau total, sehingga mengalami hambatan untuk melakukan kegiatan seperti berjalan (motorik kasar) dan berbicara (motorik halus). Disabilitas fisik ini dapat diakibatkan oleh rusaknya pusat motorik di otak yang mengakibatkan kemampuannya berpindah/bergerak menjadi terganggu, bentuk tubuh yang tidak

sempurna, dan segala jenis hambatan yang berhubungan dengan tulang, otot dan persendian (Nurakhmi et al., 2019).

Secara awam, seseorang dengan disabilitas fisik dikenal sebagai tuna tubuh, cacat badan atau cacat tubuh. Disabilitas yang dialami oleh anak-anak hingga remaja banyak mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangannya. Beberapa disabilitas fisik dapat mengganggu kemampuan eksplorasi lingkungan, kesulitan komunikasi, fungsi sensorik, motorik, dan lainnya (Nurakhmi et al., 2019). Beberapa gangguan yang tergolong ke dalam jenis disabilitas fisik diantaranya: *Cerebral palsy* (CP), *Spina bifida*, epilepsi, *poliomyelitis*, *Distrophy Muscular Progresivse* (DMP), *amputee* .

2. Disabilitas intelektual

Disabilitas intelektual adalah kondisi dimana seseorang pada usia anak-anak hingga 18 tahun, memiliki kekurangan dari segi kecerdasan (intelektual), yang biasanya diukur menggunakan tes IQ (*intellegent quotient*) dan menunjukkan hasil IQ > 70, memiliki usia kecerdasan yang jauh dari usia kronologis, dan memiliki dua atau lebih hambatan dalam berinteraksi dengan sekitar (Nurakhmi et al., 2019).

Anak atau remaja dengan disabilitas intelektual diklasifikasikan untuk mengetahui tingkat keparahannya. Salah satu indikator keparahan disabilitas intelektual adalah hasil tes IQ, dengan

rinciannya sebagai berikut: (1) Ringan : IQ 55-69; (2) Sedang: IQ 40 – 54; (3) Berat: IQ 25 – 39 dan (4) Sangat berat: IQ < 25.

3. Disabilitas mental

Disabilitas mental adalah gangguan yang disebabkan oleh disfungsi dalam proses biologis, psikologis yang berdampak pada penurunan secara signifikan dari aspek kognisi, kontrol emosi, atau perilaku individu (Nurakhmi et al., 2019). Prevalensi tertinggi dari disabilitas mental adalah kondisi autisme atau *Autism Spectrum Disorder* (ASD). Secara fisik, anak-anak dengan ASD tidak memiliki ciri fisik yang nampak berbeda dengan anak normal lain. Namun, karakteristik khas penderita ASD nampak pada interaksi sosial yang kurang dan perilaku berulang (Nurakhmi et al., 2019).

4. Disabilitas sensorik (penglihatan dan pendengaran)

Disabilitas sensorik penglihatan atau tunanetra adalah kondisi keterbatasan penglihatan, yang terbagi menjadi beberapa jenis tunanetra, total dan *low vision* (Nurakhmi et al., 2019). Penyebab dari tunanetra dibagi menjadi dua faktor, yaitu endogen dan eksogen (Riadi, 2019). Faktor endogen biasanya berupa bawaan dari lahir yang ditandai dengan bentuk bola mata yang normal, namun tidak responsif terhadap cahaya dari lingkungan sekitar. Sedangkan faktor eksogen bisa berupa bentuk keparahan dari paparan virus seperti *Rubella* atau kecelakaan (Muhit et al., 2018).

Di Indonesia, seseorang dikatakan tunanetra secara legal apabila memiliki ketajaman penglihatan 20/200 saat diukur menggunakan *Eye Chart* dan memiliki lapang pandang < 20 derajat (Rahardja, 2018). Sedangkan seseorang dikatakan *low vision* apabila kesulitan melihat sesuatu tanpa alat bantu, harus mendekatkan atau menjauhkan objek, secara klinis ditandai dengan skor uji ketajaman penglihatan antara 20/200 hingga 70/200 (Riadi, 2019).

Tunanetra yang masih berada pada masa pertumbuhan memiliki beberapa karakteristik istimewa di berbagai aspek kehidupannya. Rahardja (2018) menjabarkannya menjadi karakteristik kognitif, karakteristik akademik, karakteristik sosial dan emosional, karakteristik perilaku. Anak dengan tunanetra memiliki hambatan dalam mengeksplorasi lingkungannya. Disaat anak lain menggunakan seluruh inderanya untuk beraktivitas, anak tunanetra harus memaksimalkan salah satu inderanya seperti pendengaran atau perabaan sebagai substitusi indera penglihatan yang tidak maksimal fungsinya. Pada fungsi mobilisasi atau perpindahan tempat, anak tunanetra harus belajar lebih banyak cara berjalan yang aman ditengah keramaian, dan belajar bagaimana memanfaatkan benda sekitarnya untuk mengefisienkan eksplorasi lingkungannya.

Anak dengan tunanetra membutuhkan media khusus untuk melakukan kegiatan baca tulis. Namun dengan kecanggihan teknologi terkini, anak tunanetra mampu mengejar kemampuan akademisnya

layaknya seperti anak tanpa tunanetra. Anak tunanetra cenderung pasif. Anak tunanetra seringkali tidak memperhatikan kebutuhan sehari-harinya, sehingga sering membutuhkan bantuan orang lain dalam memenuhi kebutuhannya. Beberapa diantara mereka sering melakukan kegiatan berulang yang sifatnya stereotipe, seperti membunyikan buku-buku jari, menggelengkan kepala, dsb.

Disabilitas sensorik pendengaran (tunarungu) adalah kondisi dimana seseorang memiliki hambatan dalam mengenali sensori pendengaran (auditori) akibat adanya gangguan pada organ pendengarannya (Nurakhmi et al., 2019). Dalam buku yang sama dijelaskan pula bahwa, tunarungu dibagi menjadi dua yaitu tuli (*deaf*) dan kurang dengar (*hard of hearing*). Seseorang yang digolongkan sebagai tuli ketika sama sekali tidak mampu mempersepsikan suara, sedangkan kurang dengar memiliki makna bahwa seseorang masih mampu mendengar suara dengan alat bantu dengar.

Berdasarkan tingkat keparahan hilangnya pendengaran yang diukur dengan satuan desibel (*dB*), tunarungu dibedakan menjadi tunarungu sangat ringan (27-40 dB), tunarungu ringan (41-55 dB), tunarungu sedang (50-76 dB), tunarungu berat (71-90 dB), tunarungu sangat berat/tuli (> 90 dB)

Hambatan pada perkembangan bahasa dan komunikasi yang dialami anak tunarungu menyebabkan hambatan dalam berkomunikasi baik secara ekspresif (menyampaikan informasi) dan reseptif

(memahami informasi yang dibicarakan orang lain). Hambatan yang timbul memicu inovasi dalam berkomunikasi dengan anak tunanetra, khususnya yang masih bersekolah, seperti penggunaan metode belajar konsultatif, delegatif, dan partisipatif (Restendy, 2019).

Tumbuh dengan disabilitas, anak-anak tetap akan melalui masa remaja atau *adolescence*. Remaja merupakan masa terjadinya transisi dari masa anak-anak menuju masa dewasa, yang biasanya terjadi di usia 13 sampai 20 tahun (Potter & Perry, 2010). Penamaan *adolescence* merujuk pada kematangan dari beberapa aspek diantaranya kematangan psikologis, sedangkan istilah pubertas merujuk pada saat telah memiliki kemampuan reproduksi. Remaja memiliki tiga subfase yaitu fase remaja awal (usia 11 sampai 14 tahun), remaja tengah (usia 15 sampai 17 tahun), dan masa remaja akhir (18 sampai 20 tahun).

Ada beberapa variasi perubahan yang terjadi pada masa remaja, diantara adalah perubahan fisik, kognitif dan psikososial. Potter & Perry (2010) menyatakan bahwa peran keluarga dan orang sekitar mampu memberikan dukungan positif kepada remaja yang sedang memasuki fase transisi dan mengalami berbagai perubahan fisik, kognitif, psikososial.

Perubahan fisik terjadi dengan cepat seiring dengan perkembangan karakteristik seksual primer dan sekunder. Perubahan fisik pada remaja diantaranya adalah peningkatan pertumbuhan tulang dan otot; perubahan spesifik sesuai dengan jenis kelaminnya; perubahan distribusi lemak; serta perkembangan sistem reproduksi dan perubahan seks sekunder.

Remaja perempuan biasanya lebih signifikan mengalami perubahan fisik. Perubahan hormonal menimbulkan perubahan fisik khususnya remaja perempuan, seperti tumbuhnya payudara, melebarnya pinggul, dan tumbuhnya rambut halus di beberapa bagian tubuh. Black & Hawks (2014) menjelaskan tentang perubahan fisik pada sistem reproduksi perempuan. Perubahan tersebut berupa perubahan sekunder dan primer dari sistem reproduksi perempuan, seperti struktur genital (eksternal dan internal), dan payudara.

Perubahan pada pikiran dan lingkungan sosial remaja akan menghasilkan tingkat perkembangan intelektual tertinggi. Lingkungan pendidikan yang cukup membuat Individu memiliki perkembangan saraf yang optimal. Di masa remaja memperkirakan suatu kemungkinan, mengurutkannya, memecahkan masalah dan berpikir logis akan berkembang pesat. Selain itu remaja akan meningkatkan peningkatan keterampilan bahasa. Teknik komunikasi dengan remaja juga harus diperhatikan. Jangan diskusi tentang masalah sensitif seperti seks obat-obatan dan sekolah. Kemudian berikan pertanyaan terbuka atau open ended, dan melibatkan pihak dan sumber daya lain jika dibutuhkan.

Pada perkembangan psikososial, pencarian jati diri merupakan hal utama yang menjadi prioritas remaja. mereka akan mulai membuat keputusan mengenai karir pendidikan di masa depan dan gaya hidup. dengan perkembangan psikososial yang maksimal akan membuat remaja membentuk identitas pribadi dewasa yang baru serta memiliki ciri khas masing-masing individu

Tantangan yang dihadapi remaja disabilitas cukup variatif. Di seluruh dunia, umumnya penyandang disabilitas mengalami kesulitan untuk mengakses

layanan kesehatan dan pendidikan, khususnya penyandang disabilitas yang masih berusia remaja (Bundy et al., 2017). Dengan kondisi yang melibatkan berbagai jenis keterbatasan baik fisik maupun psikis, remaja disabilitas dan orang terdekatnya mungkin saja menghadapi beberapa tantangan dalam pertumbuhan dan perkembangannya. Mereka menghadapi kesenjangan sosial, ekonomi, budaya dan sipil yang lebih parah dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki disabilitas (UNICEF, 2019a).

Pendidikan mendukung sumber daya manusia, meminimalkan hambatan untuk memasuki dunia kerja, dan meningkatkan potensi penghasilan ekonomi. Pendidikan pada remaja disabilitas berperan penting untuk mereduksi stigma negatif mereka dalam kehidupan sosial (Bundy et al., 2017). Banyak penelitian menunjukkan bahwa penyandang disabilitas berusia dewasa memiliki pencapaian pengetahuan lebih rendah dibandingkan orang dewasa tanpa disabilitas (Jones, Presler-Marshall, et al., 2018). Batasan-batasan untuk mengakses pendidikan dan mendapatkan pengetahuan berupa fasilitas, kemampuan guru, kurikulum, dan faktor eksternal dari lingkungan.

Masalah kesehatan dan status gizi remaja penyandang disabilitas lebih buruk dibandingkan dengan teman sebayanya yang tidak memiliki disabilitas. Selain itu, karena masalah stigma, biaya, dan aksesibilitas fisik terkait disabilitas, mereka juga memiliki akses yang lebih terbatas ke informasi dan perawatan kesehatan umum, termasuk yang terkait dengan kesehatan seksual dan reproduksi (Jones, Presler-marshall, et al., 2018). Remaja perempuan penyandang disabilitas dalam banyak konteks lebih dirugikan dibandingkan dengan remaja laki-laki,

karena norma gender yang dominan menganut patriarki, dan remaja dengan gangguan intelektual tampaknya lebih rentan mengalami pelecehan secara seksual. Kurangnya informasi orang tua tentang disabilitas sering kali menjadi penyebab utama remaja memiliki akses yang buruk ke layanan kesehatan.

Dalam banyak konteks, disabilitas banyak mengalami kesulitan akses seperti akses informasi tentang *Sexual and Reproductive Health* (SRH), akses ke pelayanan WASH (*Water, Sanitation, Hygiene*), akses nutrisi, akses ke layanan kesehatan primer dan sekunder. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa remaja disabilitas memiliki tingkat pengetahuan kesehatan seksual dan reproduksi atau *sexual and reproduction health* (SRH) yang lebih rendah dan masih membutuhkan belajar lebih banyak (Burke et al., 2017). Penyebabnya bisa akibat gagalnya orang tua memberikan informasi tentang pengetahuan SRH. Hal ini diperparah dengan rendahnya pengetahuan tentang siklus menstruasi dan kehamilan. Lebih dari 50% remaja penyandang disabilitas di Ethiopia tidak mengetahui kapan waktu suburnya dalam satu kali siklus menstruasi (Kassa et al., 2016).

Dalam hal akses ke layanan WASH, remaja perempuan penyandang disabilitas bisa dikatakan kurang beruntung. Hal ini dikarenakan infrastruktur WASH tidak sesuai dengan beberapa jenis kebutuhan kaum disabilitas (WASH United, 2020). Kebutuhan sanitasi yang berhubungan dengan reproduksi perempuan disabilitas terkadang masih dianggap sebelah mata oleh penyedia bantuan sosial baik dari pemerintah maupun pihak swasta (Danes, 2020). Sehingga

dapat diaktakan bahwa, kegiatan membersihkan diri selama masa menstruasi bisa menjadi tantangan khusus bagi remaja perempuan dengan disabilitas.

Remaja perempuan penyandang disabilitas ditemukan memiliki insiden penyakit yang lebih tinggi dan akses yang lebih buruk ke perawatan primer. Masalah-masalah kesehatan pada remaja disabilitas dapat dicegah melalui upaya-upaya terintegrasi. Beberapa negara sudah memberikan asuransi kesehatan gratis bagi penyandang disabilitas, mengadakan pemetaan lokasi remaja dengan jenis gangguan yang berbeda untuk mengidentifikasi kesenjangan dan solusi untuk kelompok yang paling sulit dijangkau, termasuk mereka yang berada di pedesaan; libatkan pengasuh (*caregiver*) remaja penyandang disabilitas; pembuatan kebijakan berbasis *evidence based*; meningkatkan tata kelola dan akuntabilitas di antara pembuat kebijakan (Jones, Presler-marshall, et al., 2018).

Beberapa praktik menjanjikan untuk meningkatkan derajat kesehatan remaja disabilitas dapat dilakukan dengan memberikan akses ke berbagai lini kebutuhan dasar. Akses tersebut seperti meningkatkan keterlibatan layanan kesehatan primer, sekunder, dan pemrograman nutrisi (Jones, Presler-marshall, et al., 2018). Remaja disabilitas harus mendapatkan perhatian khusus, karena rentan mengalami cedera akibat keterbatasannya. Pemenuhan kebutuhan layanan kesehatan sekunder dapat terwujud dengan pengoptimalan peran CBR (*community based rehabilitation*).

CBR bekerja dengan memanfaatkan sumber daya yang ada, termasuk penyandang disabilitas, keluarga mereka, dan penyedia pemerintah dan LSM, yang memberikan layanan kesehatan, pendidikan, kejuruan dan sosial. CBR

berfokus pada semua aspek kesehatan - termasuk promosi, pencegahan, perawatan medis, konseling dan rehabilitasi (Rahman, 2018).

Pencegahan gangguan kesehatan berhubungan dengan reproduksi dan seksualitas, pendidikan tentang SRH (*Sexual and Reproductive Hygiene*) harus ditingkatkan. Pencegahan gangguan kesehatan terkait nutrisi dilakukan dengan kerja sama pemerintah dan LSM untuk memberikan suplemen untuk memenuhi kebutuhan nutrisi anak-anak terutama penyandang disabilitas (Jones, Presler-marshall, et al., 2018).

C. Tinjauan Umum tentang Pengetahuan *Menstrual hygiene* pada Disabilitas

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diperoleh dengan cara memahami, mengeksplorasi, dan mempelajari sesuatu, untuk mengetahui apa yang harus diketahui, bersifat progresif atau bisa bertambah seiring waktu (Agarwal, 2017). Pengetahuan berbeda dengan kebijaksanaan. Sebagai contoh pengetahuan adalah kondisi mengetahui bagaimana cara menggunakan pembalut yang benar. Sedangkan kebijaksanaan adalah kondisi seseorang mengetahui kapan pembalutnya harus diganti agar tidak memberikan dampak negatif kepada dirinya.

Pada manusia ada tiga aspek yaitu kognitif, afektif, dan psikomotor. Pengetahuan erat kaitannya dengan aspek kognitif. Apabila aspek kognitif seseorang baik maka akan berbanding lurus dengan pengetahuannya. Pengetahuan pada manusia disimpan dalam sistem ingatan di dalam otak. Sistem ingatan manusia paling terkenal adalah paradigma Atkinson dan Shiffrin yang telah disempurnakan oleh Tulving dan Madigan (Solso,1995) yang membagi ingatan

dalam tiga struktur yaitu ingatan sensorik, ingatan jangka panjang, dan ingatan jangka pendek.

Ingatan tercipta di dalam otak melalui beberapa proses pendekatan, misalnya penglihatan (visual), pendengaran (auditori), maupun secara semantis. Ingatan jangka pendek terbentuk tepat sesaat setelah menerima stimulus yang kemudian dibentuk menjadi bongkahan-bongkahan informasi dan disandikan menjadi bentuk yang lebih sederhana. Proses ingatan jangka panjang dijelaskan oleh Donald Hebb, dapat terjadi apabila ingatan tersebut sudah tersimpan dalam ingatan pendek terus menerus. Hal ini terjadi karena dalam memori jangka pendek suatu sirkuit-bergema (reverberating circuit) dari aktivitas neural akan terjadi di otak, dengan suatu putaran bangkitan diri dari neuron (Bhinnety, 2018). Apabila sirkuit tetap aktif dalam suatu periode maka terjadilah perubahan kimiawi atau struktural sehingga memori secara permanen akan tersimpan.

Penyandang disabilitas baik fisik, intelektual, mental, dan sensorik mengalami hambatan dalam terpapar informasi hingga proses penerjemahan ingatan menjadi lebih sederhana dan mudah. Sebagai contoh pada penyandang disabilitas sensorik (baik itu tunarungu maupun tunanetra) mengalami kesulitan dalam membuat ingatan dengan pendekatan audio atau visual. Penyandang disabilitas mental mengalami kesulitan dalam melakukan pendekatan afektif (emosional). Pada penyandang disabilitas intelektual, merupakan tingkat keparahan dari keduanya, sehingga pendekatan yang bisa dicapainya adalah psikomotor (keterampilan).

Pengetahuan *menstrual hygiene* pada remaja disabilitas didefinisikan sebagai kemampuan remaja disabilitas (fisik, mental, intelektual, sensorik) untuk memahami dan mengerti dalam mengakses dan menggunakan material *menstrual hygiene* yang bersih, nyaman, dan dapat diandalkan untuk menyerap dan menampung darah menstruasi; memiliki akses ke tempat yang mampu menjaga privasi remaja untuk membersihkan diri, mencuci, menjemur, mengganti, menyimpan, dan membuang material menstruasi bekas; menggunakan sabun dan air untuk membasuh badan, mencuci material menstruasi bekas pakai; dan tempat sampah terpisah; serta memiliki pengetahuan dasar tentang siklus menstruasi dan bagaimana mengelolanya tanpa ketakutan dan ketidaknyamanan (Belayneh & Mekuriaw, 2019).

Pengetahuan merupakan aspek yang akan mempengaruhi perilaku (*behavior*) seseorang. Pengetahuan dapat dikategorikan menjadi tiga tingkatan yaitu pengetahuan berdasarkan pengalaman (*experiential knowledge*), keterampilan (*skills*), dan pengetahuan yang diakui (*claims knowledge*) (Dombrowski et al., 2013). Mereka tidak terhubung satu sama lain, tetapi memiliki beberapa ciri spesifik mereka sendiri. Tingkatan pengetahuan tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Pengetahuan berdasarkan pengalaman (*experiential knowledge*)

Pengetahuan eksperimental adalah apa yang kita dapatkan dari hubungan langsung dengan lingkungan, melalui sistem sensorik kita, dan kemudian diproses oleh otak (Dombrowski et al., 2013). Misalnya, seseorang akan mengetahui bagaimana itu menstruasi,

sensasi nyeri selama menstruasi (*dismenorrhoea*) ketika sudah mengalami menstruasi. Kita tidak bisa mendapatkan pengetahuan itu hanya dari buku atau menonton orang-orang yang menceritakan kisah menstruasinya.

Pengetahuan berdasarkan pengalaman bersifat pribadi karena hanya dapat diperoleh melalui antarmuka langsung dari sistem sensorik kita dan kemudian diproses oleh otak. Ini pada dasarnya didasarkan pada persepsi dan refleksi. Beberapa orang yang bersama-sama memiliki pengalaman yang sama dapat memperoleh pengetahuan pengalaman yang berbeda karena merefleksikan pengalaman hidup berarti benar-benar mengintegrasikannya dalam beberapa pengalaman dan struktur pengetahuan serupa sebelumnya

2. Keterampilan (*skills*)

Keterampilan berarti pengetahuan tentang bagaimana melakukan sesuatu yang sebenarnya sudah kita ketahui sebelumnya. Ini didasarkan pada pengetahuan berdasarkan pengalaman (*experiential knowledge*) tetapi keterampilan lebih kepada pengetahuan yang terstruktur dengan baik dan berorientasi tindakan yang kita dapatkan dengan melakukan tugas tertentu berulang kali dan belajar dengan melakukannya. Contoh keterampilan berupa cara belajar berenang, bersepeda, bermain ski, bermain piano atau melakukan banyak kegiatan serupa lainnya.

Tingkatan lebih tinggi dari keterampilan adalah keterampilan prosedural. Hal ini berarti seseorang memiliki kemampuan untuk mengerjakan sesuatu sesuai dengan peraturan atau tata cara yang sudah baku dan tidak bisa diganggu gugat. Sebagai contoh, adalah Standar Operasional Prosedur perawatan luka terbuka, dan lain sebagainya.

3. Pengetahuan yang mendapat pengakuan (*claims knowledge*)

Claims knowledge adalah tingkatan paling kompleks dari sebuah pengetahuan. Pengetahuan ini tidak disadari, bahkan oleh orang yang memilikinya, karena pengetahuan yang dimaksud disini bersifat luas, general, eksplisit, sehingga letaknya pun berada di alam bawah sadar seseorang dan dikenal sebagai intuisi (Dombrowski et al., 2013). Luaran dari *claims knowledge* ini berupa teori baru, inovasi, dan hal-hal lain yang disampaikan dengan bahasa linguistik sehingga dapat diperiksa dan didiskusikan, dipertanyakan, dievaluasi, disangkal, atau dipublikasikan dan diteruskan oleh orang lain.

Kondisi-kondisi yang menghasilkan pengetahuan terwujud baik secara eksternal (seperti dalam pengetahuan objek, subjek, lingkungan, semantik), dan secara internal (seperti dalam pengetahuan spiritual, mengetahui emosi, pikiran) (Agarwal, 2017). Beberapa hal yang mempengaruhi pengetahuan remaja disabilitas diantaranya:

- a. Umur dan pengalaman. Sebuah penelitian menyatakan bahwa orang yang masih berada di usia produktif memiliki pengetahuan kognitif

paling baik, sehingga memiliki kesempatan untuk mengeksplorasi pengalaman sebanyak-banyaknya yang kemudian akan meningkatkan pengetahuan orang tersebut dalam segala aspek (Suwaryo & Yuwono, 2017).

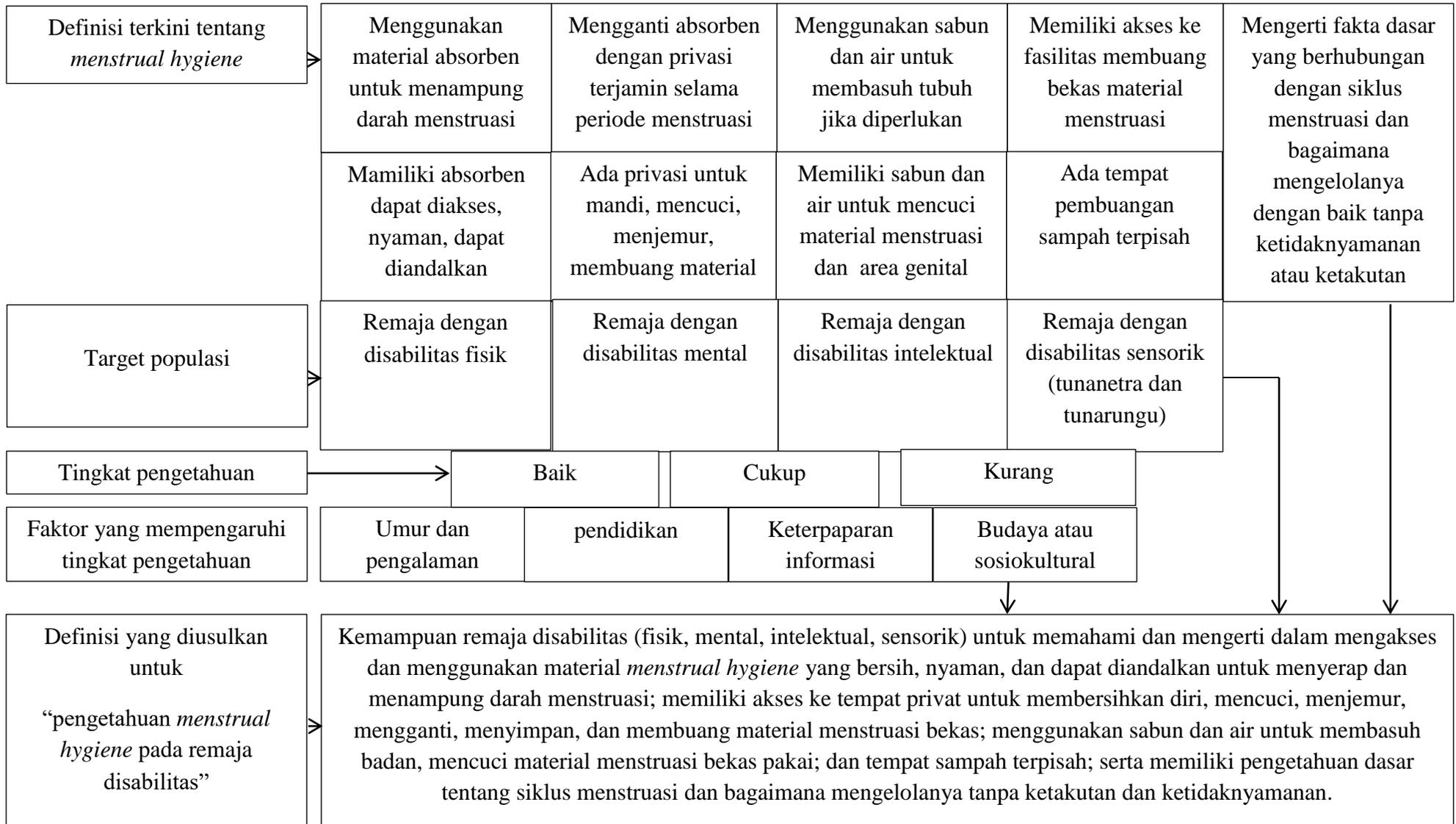
- b. Tingkat pendidikan. Pendidikan membuat seseorang lebih terbuka untuk menerima informasi baru, sehingga dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka pengetahuannya akan semakin tinggi pula Mantra dalam Utari (2018). Tingkatan pendidikan dibagi menjadi tiga, yaitu (1) rendah : SD – SMP; (2) sedang SMA/SMK/MA; (3) tinggi: D3, S1, S2, S3, guru besar.
- c. Informasi. Keterpaparan informasi yang adekuat menyebabkan seseorang memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan yang tidak pernah terpapar informasi (Z. He et al., 2016).
- d. Budaya. Budaya adalah kebiasaan yang sering dilakukan seseorang, bukan hanya yang bersifat adat istiadat namun bisa juga berupa budaya dalam sebuah organisasi. Pengetahuan dalam sebuah organisasi sangat dipengaruhi oleh budaya yang tercipta dan dianut seseorang di dalamnya, semakin positif kebiasannya, maka pengetahuannya akan meningkat pula (Prystupa, 2017).

Pengetahuan dapat diukur melalui wawancara langsung atau dengan memberikan angket sesuai dengan topik yang ditetapkan, dengan syarat angket tersebut harus sudah teruji validitas dan reliabilitasnya. Kriteria pengetahuan

menurut Arikunto dalam Putri (2018) dapat diketahui dengan skala sebagai berikut:

- a. Baik, apabila responden memberikan jawaban benar 76% - 100%
- b. Cukup, apabila responden memberikan jawaban benar 56% - 75%
- c. Kurang, apabila responden memberikan jawaban benar <56% dari seluruh pertanyaan.

D. Kerangka Teori



Bagan 2. 1 Kerangka Teori

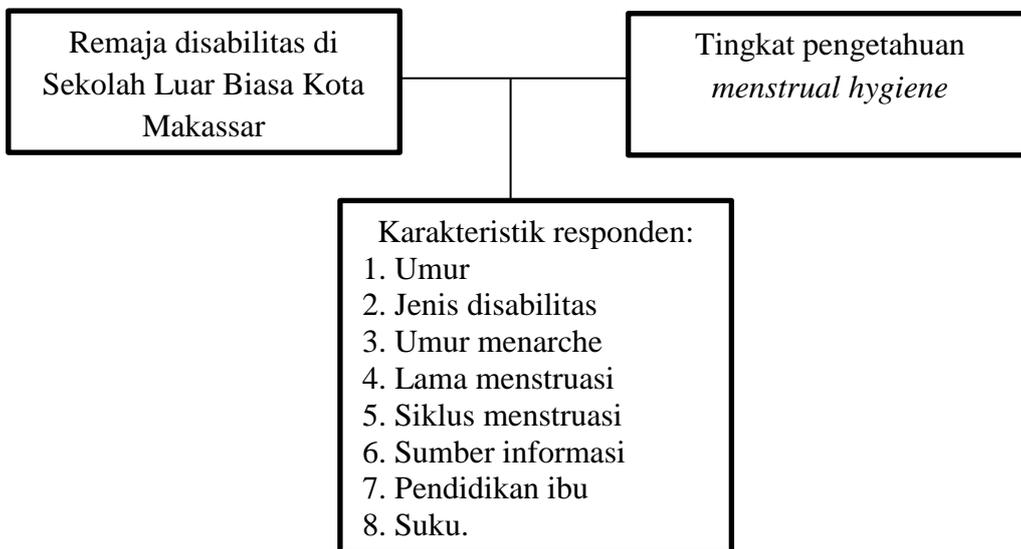
Sumber: Alleman & Burgers, 2019; Kemensos, 2016; Arikunto, 2010; Agarwal, 2017

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan rangkuman dari kerangka teori yang dibuat dalam bentuk diagram. Adapun kerangka konsep penelitian sesuai tinjauan teori sebagai berikut:



Bagan 3. 1 Kerangka Konsep

Keterangan:

: variabel yang akan diteliti