

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Promosi Kesehatan (*Health Promotion*)**

##### **2.1.1 Definisi Promosi Kesehatan**

Istilah promosi kesehatan dalam ilmu pendidikan kesehatan masyarakat memiliki dua pengertian pokok, yaitu pengertian promosi kesehatan yang pertama ialah sebagai bagian dari pencegahan penyakit atau upaya untuk memberikan perlindungan diri dari penyakit sebagai upaya pencegahannya. Sehingga dalam konteks pengertian promosi kesehatan yang pertama ini dapat dikatakan bahwa segala upaya yang berkaitan dengan peningkatan kesehatan.

Kemudian promosi kesehatan dalam ilmu pendidikan kesehatan masyarakat yang kedua dapat diartikan sebagai segala usaha memasarkan, menyebarluaskan, atau menjual kesehatan. Dengan kata lain segala usaha promosi kesehatan yang dilakukan digunakan untuk menyebarluaskan, menjual atau memperkenalkan pesan-pesan kesehatan kepada masyarakat, dengan tujuan untuk merubah perilaku, sikap dan tindakan untuk berperilaku hidup sehat. Perubahan pendidikan kesehatan menjadi promosi kesehatan dalam perubahan ini memiliki dampak terhadap batasan maupun definisinya (Notoatmodjo, 2010).

Apabila sebelumnya pendidikan kesehatan lebih berorientasi terhadap perubahan perilaku saja sesuai dengan norma-norma kesehatan, maka dalam konteks perubahan menjadi promosi kesehatan tidak hanya fokus

terhadap upaya perubahan perilaku. Namun, juga fokus terhadap perubahan lingkungan yang memfasilitasi perubahan perilaku tersebut. Di samping itu promosi kesehatan lebih menekankan kepada kemampuan untuk hidup sehat bukan sekedar berperilaku hidup sehat saja.

Kemudian Lawrence Green mendefinisikan promosi kesehatan sebagai bentuk kombinasi pendidikan kesehatan yang terkait dengan ekonomi, politik dan organisasi yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. Dari definisi ini dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan merupakan tujuan untuk menciptakan suatu keadaan, yaitu perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

### **2.1.2 Visi dan Misi dalam Promosi Kesehatan**

Visi umum promosi kesehatan tidak terlepas dari Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2009 maupun misi WHO yakni meningkatnya kemampuan masyarakat di dalam promosi kesehatan merupakan sebuah harapan ataupun cita-cita terhadap suatu program yang akan dijalankan agar memiliki tujuan dan arah yang jelas dalam pelaksanaannya.

Sehingga masyarakat dapat meningkatkan kemampuannya dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya, baik fisik, mental, sosial maupun secara ekonomi. Untuk dapat mencapai visi tersebut yaitu masyarakat yang mau dan mampu untuk meningkatkan kesehatannya, perlu adanya usaha maupun upaya-upaya yang harus dilakukan (Notoatmodjo, 2012). Yaitu melalui misi promosi kesehatan, misi promosi kesehatan secara umum terdapat tiga hal sebagai berikut:

1. Advokat (*advocate*)

yaitu merupakan sebuah kegiatan advokasi terhadap petinggi maupun pengambil keputusan diberbagai program maupun sektor, dengan maksud agar program kesehatan yang ditawarkan dipercayai maupun mendapat dukungan melalui kebijakan-kebijakan maupun keputusan politik.

2. Menjembatani (*mediate*)

Promosi kesehatan memiliki misi untuk menjalin kemitraan dengan berbagai program maupun sektor, yaitu antara sektor kesehatan dengan yang lain sebagai mitra. Dengan kata lain promosi kesehatan merupakan perekat kemitraan dibidang pelayanan kesehatan, kemitran disini memiliki konteks yang sangat penting dalam menjalankan program dan masalah kesehatan yang begitu kompleks dan luas.

3. Memampukan (*enable*)

Memberikan bekal ketrampilan kepada masyarakat agar masyarakat mampu untuk meningkatkan maupun mempercayai kesehatan masyarakat itu sendiri secara pribadi. Hal ini dilakukan agar masyarakat mempunyai kemampuan dan kemauan yang mandiri dalam hal kesehatan masyarakat tersebut, termasuk dalam hal memelihara maupun meningkatkan kesehatan diri masing-masing untuk dapat mewujudkan visi dan misi yang efektif dan efisien, diperlukan cara dan pendekatan yang strategis agar visi dan misi promosi kesehatan dapat berhasil sesuai dengan target

dan tujuannya. Adapun beberapa strategi promosi kesehatan yang dirumuskan secara global akan dijelaskan dalam uraian selanjutnya (Notoatmodjo, 2010).

### 2.1.3 Strategi Promosi Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2012) Adapun tahapan strategi promosi kesehatan yang harus dilakukan dalam mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan. Strategi promosi kesehatan merupakan langkah teknik ataupun cara yang harus dilakukan untuk dapat mencapai atau mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan, dengan mengacu pada rumusan Organisasi Kesehatan Dunia WHO yang merumuskan strategi promosi kesehatan secara global terdiri dari 3 hal pokok, yaitu sebagai berikut:

#### 1. Advokasi (*Advocacy*)

Advokasi merupakan strategi yang digunakan untuk dapat meyakinkan orang lain, yang digunakan untuk mendukung dan membantu mewujudkan tujuan dari program yang akan dijalankan sesuai dengan yang diinginkan. Dalam konteks promosi kesehatan ini, advokasi digunakan sebagai pendekatan terhadap para pembuat keputusan penentu kebijakan diberbagai sektor maupun diberbagai Dukungan Sosial (*Social Support*).

Strategi dukungan sosial ini merupakan suatu kegiatan untuk mencari dukungan sosial melalui tokoh-tokoh masyarakat, yaitu tokoh masyarakat formal maupun informal. Tujuan dari kegiatan ini ialah untuk menjembatani antara sektor kesehatan sebagai pelaksana

program-program kesehatan kepada masyarakat, dengan harapan agar masyarakat bersedia untuk menerima maupun berpartisipasi terhadap program kesehatan yang disosialisasikan. Strategi ini dapat di artikan sebagai upaya bina suasana atau membina suasana yang kondusif terhadap kesehatan. Bentuk dari dukungan sosial ini antara lain pelatihan-pelatihan tokoh masyarakat, seminar, lokakarya, bimbingan terhadap tokoh masyarakat dan sebagainya. Sasaran utama dari dukungan sosial atau bina suasana ini ialah para tokoh masyarakat di berbagai tingkat.

## 2. Pemberdayaan Masyarakat (*Empowerment*)

Pemberdayaan masyarakat merupakan strategi yang ditujukan langsung terhadap masyarakat dalam upaya-upaya agar masyarakat dalam memperoleh kemampuan dalam meningkatkan dan memelihara kesehatan mereka sendiri, bentuk dari pemberdayaan ini dapat diwujudkan dalam berbagai kegiatan seperti penyuluhan, pengorganisasian, serta pengembangan masyarakat dalam bentuk pelatihan berdagang, beternak, pembentukan koperasi dan lain sebagainya untuk dapat meningkatkan pendapatan keluarga. Dengan meningkatnya kemampuan ekonomi maka berdampak terhadap kemampuan pemeliharaan kesehatan masyarakat tersebut, misalnya seperti dana kesehatan, pengobatan gratis, kerja bakti sehat, terbentuknya pos obat desa dan lain sebagainya. Dari strategi ini, suatu program akan lebih mudah untuk mencapai tujuan visi dan misi program tersebut yang ditujukan kepada

khalayak sasaran dengan menggunakan langkah-langkah yang terdapat dalam strategi promosi kesehatan tersebut. Yaitu melalui *advocacy* (advokasi), *social support* (dukungan sosial) dan *empowerment* (pemberdayaan masyarakat). Kemudian untuk dapat memberikan dukungan lebih baik terhadap program yang akan dijalankan perlu adanya media yang mendukung agar pesan-pesan dari program yang akan ditujukan lebih dimengerti masyarakat dan sesuai dengan harapan dari tujuan program tersebut.

#### **2.1.4 Metode dan Teknik dalam Promosi Kesehatan**

Dalam metode dan teknik promosi kesehatan ini merupakan suatu pendekatan maupun cara yang diterapkan untuk mendukung setiap pelaksanaan promosi kesehatan. Yaitu melalui alat-alat bantu maupun media yang digunakan oleh penyampai promosi kesehatan, agar pesan kesehatan maupun distribusi informasi kesehatan dapat dengan mudah tersampaikan dengan baik kepada masyarakat sasaran spesifik (Notoatmodjo, 2011). Dilihat berdasarkan sarasannya, metode dan teknik promosi kesehatan terbagi menjadi 3 bagian, yaitu sebagai berikut:

1. Metode promosi kesehatan individual

Metode ini dapat digunakan oleh penyampai program kesehatan kepada sarasannya ataupun masyarakat dengan cara berkomunikasi secara langsung, bertatap muka ataupun melalui sarana komunikasi lainnya (Notoatmodjo, 2011). Dalam hal ini penyampai program kesehatan dapat langsung merespon apa yang menjadi keluhan masyarakat, media yang digunakan oleh penyampai program kesehatan

dalam menjelaskan masalah kepada masyarakat dapat menggunakan alat peraga ataupun alat bantu yang sesuai dengan masalahnya, metode dan teknik promosi kesehatan individual yang sering diterapkan maupun digunakan yaitu konseling.

## 2. Metode promosi kesehatan kelompok

Metode dan teknik promosi kesehatan kelompok ini dapat digunakan untuk sasaran kelompok, dalam metode ini digolongkan menjadi dua kategori kelompok, yaitu kelompok kecil dan kelompok besar. Adapun dapat diuraikan dalam kelompok kecil apabila skala kelompok sasaran terdiri dari 5-15 orang, kemudian dalam kelompok besar apabila skala kelompok sasaran terdiri dari 15 sampai dengan 50 orang. Kedua kelompok ini dapat dijabarkan sebagai berikut: Metode dan teknik promosi kesehatan untuk kelompok kecil dapat dilakukan dengan diskusi kelompok, metode curah pendapat, metode permainan simulasi dan yang lainnya, untuk dapat mengaktifkan metode kelompok kecil ini perlu dibantu dengan alat bantu maupun media seperti lembar balik (*flip chart*), alat peraga, slide dan sebagainya. Kemudian metode dan teknik promosi kesehatan kelompok besar dapat dilakukan dengan ceramah yang disertai ataupun tidak dengan tanya jawab, seminar, loka karya, dan sebagainya. Untuk dapat mendukung metode ini perlu menggunakan alat bantu seperti *projector*, *film*, *sound system* ataupun sebagainya yang mendukung dan memudahkan penyampaian pesan dalam kelompok besar ini.

### 3. Metode promosi kesehatan massa

Dilihat dari peranannya metode promosi kesehatan massa lebih berperan terhadap sasaran yang jauh lebih banyak maupun masal atau publik, ketika metode sebelumnya diterapkan untuk khalayak yang jauh lebih kecil dan memiliki kesamaan kepentingan maka tidak tepat jika diterapkan dalam khalayak sasaran massal. Namun pada metode promosi kesehatan massa sasaran publiknya sangat beragam atau heterogen. Dengan kata lain keberagaman sasaran dapat dilihat baik dari kelompok umur, tingkat ekonomi, tingkat pendidikan, sosio budaya dan lain sebagainya. Sehingga terlihat lebih sulit dalam pelaksanaannya, sebab penyelenggara program kesehatan harus memahami masing-masing kelompok sasaran yang variatif, sehingga berpengaruh terhadap respon, cara mempersepsikan dan memahami terhadap pesan-pesan kesehatan yang di promosikan. Padahal dalam merancang pesan-pesan tersebut harus dengan metode teknik dan isi pesan yang sama agar pesan dapat diterima dengan baik oleh publik. Bentuk dari metode dan teknik promosi kesehatan massa yang sering digunakan ialah sebagai berikut:

- a. Ceramah umum (*public speaking*), yang terletak di sebuah tempat terbuka maupun tempat umum seperti lapangan, stadion dan yang lainnya.
- b. Penggunaan media massa elektronik, seperti radio, TV, media online dan lain sebagainya. Dalam penggunaan



media elektronik ini dapat dirancang berbagai bentuk sajian seperti *talk show*, dialog interaktif, simulasi, dan lain sebagainya.

- c. Penggunaan media cetak, seperti koran, majalah, leflet, pamflet, poster, selebaran, buku dan lain sebagainya. Bentuk sajian dari media ini dapat berupa artikel, komik, tanya jawab pemberitahuan dan lain sebagainya.
- d. Penggunaan media diluar ruang, seperti baliho, spanduk, billboard, umbul-umbul dan lain sebagainya (Notoatmodjo, 2011).

### **2.1.5 Evaluasi Promosi Kesehatan**

Evaluasi merupakan bagian terpadu dari proses manajemen, termasuk manajemen promosi kesehatan yaitu dengan tujuan untuk mengetahui seberapa efektif dan apakah promosi program yang telah dijalankan telah berjalan sesuai dengan rencana, kemudian dengan evaluasi dapat menilai apakah kegiatan yang dilakukan memberi hasil dan dampak sesuai dengan kebutuhan yang diinginkan. Proses evaluasi promosi kesehatan memiliki dua langkah penting yang digunakan dalam proses evaluasi terhadap promosi kesehatan suatu program.

## **2.2 Pengetahuan**

### **2.2.1. Definisi Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil dari “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan,

pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar, pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga (Notoatmodjo, 2011).

Kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai kanker serviks dan keengganan untuk melakukan deteksi dini menyebabkan lebih dari 70% mulai menjalani perawatan medis justru pada ketika keadaan kondisi parah dan sulit disembuhkan. Hanya sekitar 2% dari perempuan Indonesia mengetahui kanker serviks (Sabrina, 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh Lorianto Rossalina (2011) menyatakan bahwa jumlah responden yang berhasil dikumpulkan sebanyak 198 individu. Secara umum, mereka menunjukkan masih kurangnya pengetahuan dalam konteks kanker serviks serta upaya pencegahannya. Sikap mayoritas responden cukup baik, namun perilaku yang mereka catumkan kurang menyatakan dukungan mereka terhadap pencegahan kanker serviks. Pengetahuan yang dimiliki para responden masih kurang hanya setengah dari responden yang menjawab benar pada pertanyaan mengenai insidens kanker serviks. Lebih dari dua pertiga responden memang mengetahui tentang gejala awal yang umum terjadi pada kanker serviks seperti perdarahan pasca koitus, metro monorrhagi, dan *foul discharge*. Tetapi, kurang dari sepertiga responden menganggap gejala berupa nyeri didaerah kemaluan merupakan manifestasi dari gejala awal pada kanker serviks. Padahal, keadaan seperti itu sudah merupakan gejala lanjut kanker serviks.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Karena dari

pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (2010) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilakubar (berperilaku baru), dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yang disebut AIETA, yaitu:

1. *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus obyek.
2. *Interest* (merasa tertarik), terhadap stimulus atau obyek tersebut.
3. *Evaluation*, menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
2. *Trial*, dimana subyek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
3. *Adaption* adalah dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus (Notoatmodjo, 2011).

### 2.2.2 Tingkat Pengetahuan

1. Menurut Notoatmodjo (2011), pengetahuan mempunyai enam tingkatan yaitu:

- a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh

sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara obyektif yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang ada.

### 2.2.3 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan - tingkatan diatas (Notoatmodjo,2011). Menurut Arikunto (2010) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

1. Baik, bila subyek menjawab benar 76%-100% seluruh pertanyaan.
2. Cukup, bila subyek menjawab benar 56%-75% seluruh pertanyaan.
3. Kurang, bila subyek menjawab benar <56% seluruh pertanyaan.

#### 2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Lukman yang dikutip oleh Hendra (2009), ada beberapa faktor yang pengetahuan yaitu:

##### 1. Umur

Singgih (2010), mengemukakan bahwa makin tua umur seseorang maka proses-proses perkembangan mentalnya bertambah baik akan tetapi pada umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat ketika berumur belasan tahun. Selain itu, Abu Ahmadi (2012), juga mengemukakan bahwa daya ingat seseorang itu salah satunya dipengaruhi oleh umur. Dari uraian ini maka dapat disimpulkan bahwa bertambahnya umur dapat berpengaruh pada penambahan pengetahuan yang diperolehnya, akan tetapi pada umur-umur tertentu atau menjelang usia lanjut kemampuan penerimaan atau mengingat suatu pengetahuan akan berkurang. Untuk keperluan perbandingan maka WHO menganjurkan pembagian-pembagian umur sebagai berikut :

##### a. Menurut tingkat kedewasaan:

0-14 tahun: bayi dan anak – anak 15-49 tahun: orang muda dan dewasa 50 tahun ke atas: orang tua

##### b. Interval 5 tahun: kurang dari 1 tahun, 1-4 tahun, 5-9 tahun, 10-14 tahun dan sebagainya. Menurut Depkes RI (2017) pembagian kategori umur, yaitu:

- 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

## 2. Intelegensi

Intelegensi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk belajar dan berpikir abstrak guna menyesuaikan diri secara mental dalam situasi baru. Intelegensi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi hasil dari proses belajar. Intelegensi bagi seseorang merupakan salah satu modal untuk berpikir dan mengolah berbagai informasi secara terarah sehingga ia menguasai lingkungan (Khayan, 2011). Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa perbedaan intelegensi dari seseorang akan berpengaruh pula terhadap tingkat pengetahuan.

## 3. Lingkungan

Menurut Wied Hary A. (2010), lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang. Lingkungan memberikan pengaruh pertama bagi seseorang, di mana seseorang dapat mempelajari hal-hal yang baik dan juga hal-hal yang buruk tergantung pada sifat kelompoknya. Dalam

lingkungan seseorang akan memperoleh pengalaman yang akan berpengaruh pada cara berpikir seseorang.

#### 4. Sosial budaya

Menurut Wied Hary A. (2010), sosial budaya mempunyai pengaruh pada pengetahuan seseorang. Seseorang memperoleh suatu kebudayaan dalam hubungannya dengan orang lain, karena hubungan ini seseorang mengalami suatu proses belajar dan memperoleh suatu pengetahuan.

#### 5. Pendidikan

Menurut Wied Hary A. (2010), pendidikan adalah suatu kegiatan atau proses pembelajaran untuk mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu sehingga sasaran pendidikan itu dapat berdiri sendiri. Menyebutkan bahwa tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah atau tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh, pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang makin baik pula pengetahuannya.

#### 6. Informasi

Menurut Wied Hary A. (2010), informasi akan memberikan pengaruh pada pengetahuan seseorang. Meskipun seseorang memiliki pendidikan yang rendah tetapi jika ia mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media misalnya televisi, radio atau surat kabar, maka hal itu akan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Informasi tidak terlepas dari sumber



informasinya. Menurut Notoatmodjo (2011), sumber informasi adalah asal dari suatu informasi atau data yang diperoleh. Sumber informasi ini dikelompokkan dalam tiga golongan, yaitu:

1) Sumber informasi dokumenter

Merupakan sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen resmimaupun dokumen tidak resmi. Dokumen resmi adalah bentuk dokumen yang diterbitkan maupun yang tidak diterbitkan di bawah tanggung jawab instansi resmi. Dokumen tidak resmi adalah segala bentuk dokumen yang berada atau menjadi tanggung jawab dan wewenang badan instansi tidak resmi atau perorangan. Sumber primer atau sering disebut sumber data dengan pertamadan hukum mempunyai wewenang dan tanggung jawab terhadap informasi tersebut.

2) Sumber kepustakaan

Kita telah mengetahui bahwa di dalam perpustakaan tersimpan berbagai bahan bacaan dan informasi dan berbagai disiplin ilmu dari buku, laporan-laporan penelitian, majalah, ilmiah, jurnal, dan sebagainya.

3) Sumber informasi lapangan

Sumber informasi akan mempengaruhi bertambahnya pengetahuan seseorang tentang suatu hal sehingga informasi yang diperoleh dapat terkumpul secara keseluruhan ataupun sebagainya. (Rahmahayani, 2010)

## 7. Pengalaman

Pengalaman merupakan guru yang terbaik. Pepatah tersebut dapat diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan atau pengalaman itu suatu cara memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu, pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu (Notoatmodjo, 2011 dalam Rahmahayani, 2010).

### 2.3 Konsep Dasar Penyakit

#### 2.3.1 Pengertian Kanker Serviks

Kanker Serviks adalah keganasan yang berasal dari serviks, serviks merupakan sepertiga bagian bawah uterus, berbentuk silindris, menonjol dan berhubungan dengan vagina melalui ostium eksterum (Kemenkes RI, 2017). Kanker leher rahim atau kanker serviks (*cervical cancer*) merupakan kanker yang terjadi pada serviks uterus suatu daerah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke arah rahim yang terletak antara rahim (uterus) dengan liang seggama (vagina) (Purwoastuti, 2015).

#### 2.3.2 Etiologi

Menurut Nurarif (2016) Penyebab terjadinya kelainan pada sel-sel serviks tidak diketahui secara pasti, tetapi terdapat faktor resiko yang berpengaruh terhadap terjadinya kanker serviks yaitu:

1. HPV (*Human Papiloma Virus*)

HPV (*Human Papiloma Virus*) adalah virus penyebab kutil genetalis (*Kandiloma Akuminanta*) yang ditularkan melalui hubungan seksual.

Varian yang sangat berbahaya adalah HPV tipe 16,18,45,dan 56.

2. Merokok

Tembakau merusak sistem kekebalan dan mempengaruhi kemampuan tubuh untuk melawan infeksi HPV pada serviks.

3. Hubungan seksual pertama kali dilakukan pada usia dini.

4. Berganti-ganti pasangan seksual.

5. Suami/pasangan seksualnya melakukan hubungan seksual pertama pada usia dibawah 18 tahun, berganti-ganti pasangan dan pernah menikah dengan wanita yang menderita kanker serviks.

6. Pemakaian DES (*Diethylstilbestrol*) pada wanita hamil untuk mencegah keguguran (banyak digunakan pada tahun 1940-1970).

7. Gangguan sistem kekebalan.

8. Pemakaian pil KB.

9. Infeksi herpes genetalis atau infeksi kamidia menahun.

10. Golongan ekonomi lemah (karena mampu melakukan pap smear secara rutin).

### 2.3.3 Tanda Dan Gejala

Menurut Purwoastuti (2015), gejala kanker leher rahim adalah sebagai berikut:

1. Keputihan makin lama makin berbau busuk.
2. Pendarahan setelah segama yang kemudian berlanjut menjadi pendarahan abnormal, terjadi secara spontan walaupun tidak melakukan hubungan seksual.
3. Hilangnya nafsu makan dan berat badan yang terus menurun.
4. Nyeri tulang panggul dan tulang belakang.
5. Nyeri disekitar vagina.
6. Nyeri abdomen atau nyeri pada panggul bawah.
7. Nyeri pada anggota gerak (kaki).
8. Terjadi pembengkakan pada area kaki.
9. Sakit waktu berhubungan seks.
10. Pada fase invasif dapat keluar cairan kekuning-kuningan, berbau dan bercampur dengan darah.
11. Anemia (kurang darah) karena perdarahan yang sering timbul.
12. Siklus menstruasi yang tidak teratur atau terjadi perdarahan diantara siklus haid.
13. Sering pusing dan sinkope.
14. Pada stadium lanjut, badan menjadi kurus kering karena kurang gizi, edema kaki, timbul iritasi kandung kencing dan poros usus besar bagian bawah (rectum), terbentuknya fistel vesikovaginal atau rectovagina, atau gejala-gejala akibat metastasi jauh.

### 2.3.4 Klasifikasi

Stadium klinis menurut FIGO membutuhkan pemeriksaan pelvic, jaringan serviks (biopsi konisasi untuk stadium IA dan biopsi jaringan serviks untuk stadium kliniknya), foto paru-paru, pielografi, intravena, (dapat digantikan dengan foto CT-scan). Untuk kasus stadium lanjut diperlukan pemeriksaan sistoskopi, protoskopi dan barium enema (Prawirohardjo, 2011).

### 2.3.5 Patofisiologi

Puncak insidensi karsinoma insitu adalah 20 hingga usia 30 tahun. Faktor resiko mayor untuk kanker serviks adalah infeksi *Human Papilloma Virus* (HPV) yang ditularkan secara seksual. Faktor resiko lain perkembangan kanker serviks adalah aktivitas seksual pada usia muda, paritis tinggi, jumlah pasangan seksual yang meningkat, status sosial ekonomi yang rendah dan merokok (Price, 2012).

Karsinoma sel skuamosa biasanya muncul pada taut epitel skuamosa dan epitel kubus mukosa endoserviks (persambungan skuamokolumnar atau zona transformasi). Pada zona transformasi serviks memperlihatkan tidak normalnya sel progresif yang berakhir sebagai karsinoma servikal invansif. *Dysplasia Cervical* dan *Carcinoma In Situ* atau *High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion* (HSIL) mendahului karsinoma invasif. Karsinoma serviks terjadi bila tumor menginvasi epitelium masuk ke dalam stroma serviks. Kanker servikal menyebar luas secara langsung kedalam jaringan para servikal. Pertumbuhan yang berlangsung mengakibatkan lesi yang dapat dilihat dan terlibat lebih progresif pada

jaringan servikal. Karsinoma servikal invasif dapat menginvasif atau meluas ke dinding vagina, ligamentum kardinale dan rongga endometrium. Invasi ke kelenjar getah bening dan pembuluh darah mengakibatkan metastase ke bagian tubuh yang jauh (Price, 2012).

### 2.3.6 Pemeriksaan Diagnostik Kanker Serviks

Preinvasive kanker serviks biasanya tanpa gejala dan sudah diderita selama  $\pm 10-15$  tahun. Pada tahap awal, kanker dapat dideteksi selama prosedur skrining, namun sebagian besar perempuan memiliki kesadaran yang rendah untuk melakukan pemeriksaan baik melalui test paps smear maupun inspeksi visual dengan asam asetat (IVA). Hasil penelitian, bahwa dari 171 perempuan yang mengetahui tentang kanker serviks, hanya 24,5% (42 perempuan) yang melakukan prosedur skrining (Wuringsih, 2016).

#### 1. IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat)

Sesuai dengan namanya, IVA merupakan pemeriksaan leher rahim (serviks) dengan cara melihat langsung (dengan mata telanjang) leher rahim setelah memulas leher rahim dengan arutan asetat 3-5%. Apabila setelah pulasan terjadi perubahan warna asam asetat yaitu tampak bercak putih maka kemungkinan ada kelainan tahap prakanker serviks. Jika tidak ada perubahan warna, maka dapat dianggap tidak ada infeksi pada serviks (Wijaya, 2010). Proses skrining dengan inspeksi visual dengan asam asetat (IVA) merupakan pemeriksaan yang paling disarankan oleh departemen kesehatan. Salah satu pertimbangan karena biayanya yang sangat murah. Namun perlu diingat, pemeriksaan ini dilakukan hanya untuk deteksi

dini. Jika terlihat tanda yang mencurigakan, maka metode deteksi lainnya yang lebih lanjut harus segera dilakukan (Wijaya, 2010).

## 2. Tes *Pap Smear*

tes *Pap Smear* merupakan cara atau metode untuk mendeteksi sejak dini munculnya lesi prakanker serviks. Pemeriksaan ini dilakukan dengan cepat, tidak sakit, dan dengan biaya yang relatif terjangkau serta hasil yang akurat (Wijaya, 2010).

Pemeriksaan *pap smear* dilakukan ketika wanita tidak sedang masa menstruasi. Waktu yang terbaik untuk skrining adalah antara 10 dan 20 hari setelah pertama menstruasi. Selama kira-kira dua hari sebelum pemeriksaan, seorang wanita sebaiknya menghindari *douching* atau penggunaan pembersih vagina, karena bahan-bahan ini dapat menghilangkan atau menyembunyikan sel-sel abnormal (Wijaya, 2010). Hasil pemeriksaan *Pap smear* biasanya akan keluar setelah dua atau tiga minggu. Pada akhir pemeriksaan *Pap smear*, setiap wanita hendaknya menanyakan kapan dia bisa menerima hasil pemeriksaan *pap smear*-nya dan apa yang harus dipelajari darinya (Wijaya, 2010). *Pap smear* hanyalah sebatas skrining, bukan diagnosis adanya kanker serviks. Jadi, apabila hasil pemeriksaan positif yang berarti terdapat sel-sel abnormal, maka harus dilakukan pemeriksaan lebih lanjut dan pengobatan oleh dokter ahli kandungan. Pemeriksaan tersebut berupa kalposkopi, yaitu pemeriksaan dengan pembesaran (seperti mikroskop) yang digunakan untuk mengamati secara langsung permukaan serviks dan

bagian serviks yang abnormal. Dengan kalposkopi, akan tampak jelas lesi-lesi pada permukaan serviks. Setelah itu, dilakukan biopsi pada lesi-lesi tersebut (Wijaya, 2010)

