

TESIS

**PENGARUH *HEALTH TALK* TERHADAP
PERILAKU DETEKSI DINI KANKER SERVIKS PADA WANITA
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BOJA I, KABUPATEN KENDAL**



OLEH:

Nama : Rafika Rosyda

NIM. 131614153041

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2018

**PENGARUH *HEALTH TALK* TERHADAP
PERILAKU DETEKSI DINI KANKER SERVIKS PADA WANITA
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BOJA I, KABUPATEN KENDAL**

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

OLEH:

Nama : Rafika Rosyda

NIM. 131614153041

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2018

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Rafika Rosyda

NIM : 131614153041

Tanda tangan :



Tanggal : 01 Agustus 2018

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

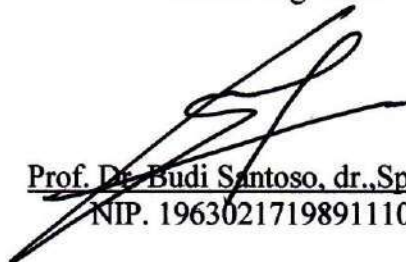
**PENGARUH *HEALTH TALK* TERHADAP
PERILAKU DETEKSI DINI KANKER SERVIKS PADA WANITA
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BOJA I, KABUPATEN KENDAL**

Rafika Rosyda
131614153041

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 01 AGUSTUS 2018

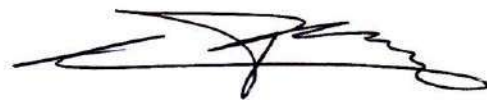
Oleh:

Pembimbing Ketua



Prof. Dr. Budi Santoso, dr., Sp. OG(K)
NIP. 196302171989111001

Pembimbing Kedua



Dr. Esti Yunitasari, S.Kp., M.Kes
NIP. 197706172003122002

Mengetahui,
Koordinator Program Studi



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Rafika Rosyda
NIM : 131614153041
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Pengaruh *Health Talk* Terhadap Perilaku Deteksi Dini Kanker Serviks Pada Wanita Di Wilayah Kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal




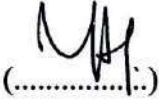
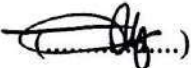
Tesis ini telah diuji dan dinilai

Oleh panitia penguji pada

Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Pada tanggal 01 Agustus 2018

Panitia Penguji,

1. Ketua Penguji : Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) 
2. Anggota : Prof. Dr. Budi Santoso, dr.,Sp.OG(K) 
3. Anggota : Dr. Esti Yunitasari, S.Kp.,M.Kes 
4. Anggota : dr. Indra Yulianti, Sp.OG(K) 
5. Anggota : Tiyas Kusumaningrum, S.Kep., Ns., M.Kep 

Mengetahui,
Koordinator Program Studi




Dr. Tintin Sukartini, S.Kp.,M.Kes
NIP. 197212172000032001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Pengaruh *Health talk* Terhadap Perilaku Deteksi Dini Kanker Serviks pada Wanita di Wilayah Kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal”. Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar magister keperawatan (M.Kep) pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Saya ucapkan terima kasih kepada Prof. Dr. Budi Santoso, dr.,Sp.OG(K) selaku pembimbing pertama, dan Dr. Esti Yunitasari, S.Kp.,M.Kes selaku pembimbing kedua yang senantiasa memberikan koreksi, arahan, dan masukan selama proses penyusunan tesis. Saya ucapkan juga terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Magister Keperawatan,
2. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes, selaku Koordinator Program Studi Magister Keperawatan yang telah memfasilitasi dan memotivasi dalam penyelesaian tesis,
3. dr. Indra Yulianti, Sp.OG(K), dan Tiyas Kusumaningrum,S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku penguji tesis yang telah memberikan saran dan masukan,
4. Bapak Fatikhul, Selaku staf Sekretariat Magister Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memfasilitasi urusan administrasi,

5. Bapak Masqon, M.Kes selaku Kepala Puskesmas Boja I yang telah memberikan bimbingan, dan fasilitas dalam melaksanakan penelitian,
6. Seluruh bidan desa, bidan koordinator Puskesmas Boja I yang telah memberikan bantuan, kerja sama, informasi, dan fasilitas dalam melaksanakan penelitian,
7. Seluruh subyek yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini yang telah meluangkan waktu dalam proses pengambilan data penelitian,
8. Orang tua dan saudaraku yang telah memberikan dukungan materi, motivasi dan doa yang menjadi penyemangat dalam menyelesaikan tesis ini,
9. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu yang telah membantu penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi perbaikan dan penyempurnaan tesis ini. Semoga tesis ini bermanfaat bagi pembaca khususnya bagi keperawatan.

Surabaya, 01 Agustus 2018

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rafika Rosyda
NIM : 131614153041
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi membangun ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan hak kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Pengaruh *Health talk* terhadap Perilaku Deteksi Dini Kanker Serviks pada Wanita di Wilayah Kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada Tanggal : 01 Agustus 2018
Yang menyatakan



Rafika Rosyda

RINGKASAN

PENGARUH *HEALTH TALK* ERHADAP PERILAKU DETEKSI KANKER SERVIKS PADA WANITA

Oleh: Rafika Rosyda

Meskipun skrining adalah metode yang paling terbukti untuk mengurangi angka kejadian kanker serviks, jumlah wanita yang melakukan deteksi dini kanker serviks masih rendah, dan hambatan yang dominan adalah kurangnya pengetahuan, sehingga meningkatkan pengetahuan diperlukan untuk meningkatkan sikap praktik deteksi dini kanker serviks. Salah satu metode untuk peningkatan pengetahuan adalah melalui metode pembelajaran aktif dan partisipatif seperti *health talk*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengevaluasi pengaruh *health talk* terhadap perilaku deteksi dini kanker serviks pada wanita.

Penelitian ini didasarkan pada Precede Proceed Theory, Lawrence Green. *Health talk* memberikan informasi dengan pendekatan partisipatif, informal dan menghibur sehingga peserta dapat dengan bebas mendiskusikan tentang topik tanpa perasaan tidak nyaman seperti pada suasana kelas ketika menerima informasi.

Desain penelitian ini adalah quasi eksperimen dengan *pre-post test with control group*. Kelompok perlakuan diberikan lima kali *health talk* setiap dua minggu, sedangkan kelompok kontrol menerima informasi dengan metode ceramah dengan frekuensi yang sama. *Pre-test* dilakukan pada kedua kelompok. Variabel bebas adalah *health talk*, dan variabel terikat adalah perilaku, termasuk pengetahuan, sikap, dan praktik. Penelitian ini melibatkan 210 wanita yang aktif secara seksual, berusia 30-50 tahun, yang dipilih secara *cluster sampling*. Uji statistik yang digunakan untuk menentukan pengaruh *health talk* pada pengetahuan dan sikap adalah *paired sample t-test*, dan MANOVA, serta *Mann-Whitney U test* untuk menentukan pengaruh *health talk* pada praktik deteksi dini kanker serviks

Paired sample t-test diperoleh $p=0,000$, pada kedua kelompok untuk variabel pengetahuan dan sikap. Secara keseluruhan nilai Wilks's Lambda pada MANOVA diperoleh $p=0,000$. *Mann-Whitney U test* diperoleh $p=0,391$ untuk variabel praktik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *health talk* mempengaruhi pengetahuan wanita tentang kanker serviks dan sikap terhadap deteksi dini kanker serviks. Secara statistik, *health talk* tidak mempengaruhi praktik, tetapi karena sama sekali tidak ada subyek yang melakukan deteksi dini sebelum intervensi, dan terdapat 13 subyek (8 dari kelompok intervensi, 5 dari kelompok kontrol) yang

melakukan deteksi dini kanker serviks setelah intervensi, maka *health talk* mempengaruhi praktik pada beberapa wanita.

Peningkatan pengetahuan dicapai setelah *health talk* berulang. Peningkatan pengetahuan secara efektif meningkatkan sikap perempuan. Namun peningkatan pengetahuan dan sikap tidak diikuti dengan peningkatan praktik yang signifikan. Hanya 13 dari 210 wanita yang melakukan kunjungan ke Puskesmas untuk melakukan deteksi dini kanker serviks setelah intervensi. hal ini mungkin disebabkan oleh faktor lain yang tidak dipertimbangkan dalam penelitian ini.

Health talk dapat dilakukan di PKK untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap pada wanita. Berdasarkan hasil penelitian ini, disarankan untuk penelitian berikutnya untuk melakukan penelitian terkait peningkatan partisipasi deteksi dini kanker serviks, mempertimbangkan berbagai faktor dan menambahkan metode lain untuk meningkatkan partisipasi deteksi dini kanker serviks pada wanita.

EXECUTIVE SUMMARY

IMPACT OF HEALTH TALK ON CERVICAL CANCER SCREENING BEHAVIOR AMONG WOMEN

By: Rafika Rosyda

Even though screening is the most proven method for reducing rates of cervical cancer (CC), the number of women who did CC screening was still low, and the dominant barrier was the lack of knowledge, so increasing knowledge was necessary to improve attitude and CC screening practice. One of the best methods for knowledge improvement was through active, participatory learning method such as health talk. The aim of this study was to determine an overview of the impact of health talk on CC screening behavior.

This study was based on Precede Proceed theory, Lawrence Green. Health talk provide information with participatory, informal and entertaining approach so women can freely discuss about the topic without any uncomfortable feeling like in formal classroom atmosphere when receiving information.

This study was quasy experiment with pre-post test with control group design. The intevention group was given five times health talk in every two weeks, while the control group received lecture with the same frequency. Pre test was done in both groups. The independent variable was health talk, and dependent variables was behavior, including knowledge, attitude, and practice. This study enrolled 210 sexually active women aged 30-50 years, selected by cluster sampling. The statistical test used to determine the effect of health talk on knowledge and attitude was paired sample t-test and MANOVA. Mann-Whitney U test was performed to determine the effect of health talk on practice.

Paired sample t-test obtained $p=0,000$ in both groups for both variables; knowledge and attitude. Overall, Wilks' Lambda obtained $p=0,000$. Mann-Whitney U test obtained $p=0,391$ for practice. The result showed that of health talk affect women knowledge about CC and attitude toward CC screening. Statistically, health talk did not affect practice, but since absolutely no CC screening practice before intervention, and there are 13 women (8 from intervention group, 5 from control group) who participate CC screening after intervention, then health talk affect practice in some women.

Improved knowledge is achieved after repeated health talk. Increased knowledge effectively improve women's attitudes. Only 13 of 210 women performed CC screening practice after intervention. This may be due to other factors that not considered in this study.

Health talk can be performed in PKK to increase knowledge and attitude among women. Based on the results of this study, it is suggested to the next study to conduct research related CC screening participation improvement, consider various factors and add other methods to increase CC screening participation among women.

ABSTRAK

PENGARUH *HEALTH TALK* ERHADAP PERILAKU DETEKSI KANKER SERVIKS PADA WANITA

Oleh: Rafika Rosyda

Pendahuluan: Jumlah wanita yang melakukan deteksi dini kanker serviks masih rendah. Hambatan yang dominan adalah kurangnya pengetahuan, sehingga meningkatkan pengetahuan diperlukan untuk meningkatkan sikap dan praktik deteksi dini kanker serviks. *Health talk* adalah metode pendidikan kesehatan dengan pendekatan partisipatif, informal dan menghibur yang memungkinkan individu untuk berdiskusi tentang kesehatan secara bebas. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengevaluasi pengaruh *health talk* terhadap perilaku deteksi dini kanker serviks pada wanita. **Metode:** Desain penelitian ini adalah quasi eksperimen dengan *pre-post test with control group*. Penelitian ini melibatkan 210 wanita yang aktif secara seksual, dan berusia 30-50 tahun yang diambil berdasarkan *cluster sampling* (105 untuk kelompok eksperimen, 105 untuk kelompok kontrol). Variabel bebas adalah *health talk*, dan variabel terikat adalah perilaku perilaku deteksi dini kanker serviks yang terdiri dari pengetahuan, sikap dan praktik. Data dikumpulkan melalui kuesioner, dan observasi, kemudian dianalisis menggunakan *paired sample t-test* untuk variabel pengetahuan dan sikap, dan secara keseluruhan dengan MANOVA. *Mann Whitney U test* untuk menilai variabel praktik. **Hasil:** Paired sample t-test diperoleh $p=0,000$ pada kedua kelompok untuk variabel pengetahuan dan sikap, dan secara keseluruhan nilai wilks's lambda diperoleh $p=0,000$. Mann-Whitney U test diperoleh $p=0,391$ untuk variabel praktik. **Diskusi:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa *health talk* mempengaruhi pengetahuan dan sikap wanita. Penelitian ini juga menemukan bahwa tingkat pendidikan, dan status pekerjaan berhubungan positif dengan pengetahuan, sikap dan praktik. Dan temuan tambahan ini dikaitkan dengan literasi kesehatan, dan ini adalah argumen dari temuan utama. Secara statistik, *health talk* tidak mempengaruhi praktik, hanya 13 wanita (8 dari kelompok intervensi, 5 dari kelompok kontrol) yang melakukan kunjungan deteksi dini kanker serviks setelah intervensi, temuan ini mungkin karena berbagai faktor yang tidak dipertimbangkan dalam penelitian ini. Peneliti menyarankan untuk melakukan penelitian lebih lanjut terkait peningkatan partisipasi deteksi dini kanker serviks dengan mempertimbangkan berbagai faktor yang mungkin mempengaruhi dan menambahkan metode lain untuk meningkatkan partisipasi deteksi dini kanker serviks pada wanita.

Kata kunci: *health talk*, kanker serviks, deteksi dini, perilaku, pengetahuan, sikap, praktik

ABSTRACT**IMPACT OF HEALTH TALK ON CERVICAL CANCER SCREENING
BEHAVIOR AMONG WOMEN****By: Rafika Rosyda**

Background: The number of women who did cervical cancer (CC) screening was still low. The dominant barrier was the lack of knowledge, so increasing knowledge was necessary to improve attitude and CC screening participation. Health talk is information sharing method with participatory, informal and entertaining approach that allows individuals to freely discuss about health. The aim of this study was to determine an overview of the impact of health talk on CC screening behavior among women. **Method:** This study was quasy-experimental with pre-post test with control group design. Enrolled 210 sexually active women aged 30-50 years by cluster sampling (105 for experiment group, 105 for control group). The independent variable was health talk, and the dependent variable was CC screening behavior; consist knowledge, attitude and practice. Data were collected by questionnaire, and observation, then analyzed used paired sample t-test, and MANOVA for knowledge and attitude, Mann Whitney U test used to determine the effect of intervention to practice. **Result:** Paired sample t-test obtained $p=0,000$ in both groups for both variables; knowledge and attitude, overall wilks' lambda obtained $p=0,000$. Mann-Whitney U test obtained $p=0,391$ for practice. **Discussion:** The result showed that of health talk affect women knowledge and attitude. This study aslo found that educational level, and occupational status were positively related to knowledge, attitude and practice. And these additional findings was associated with health literacy, and this was the argument of the main findings. Statistically, health talk did not affect practice, only 13 women (8 from intervention group, 5 from control group) who participate CC screening after intervention, this finding may due to various factors that not considered in this study. Further researchers suggested to conduct study related CC screening participation improvement, conseder various factors and add other methods to increase CC screening participation.

Keywords: health talk, cervical cancer, screening, early detection, behavior, knowledge, attitude, practice

DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DALAM.....	i
HALAMAN PRASYARAT GELAR.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN TESIS	v
KATA PENGANTAR.....	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS	
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	viii
RINGKASAN	ix
EXECUTIVE SUMMARY.....	xi
ABSTRAK	xiii
ABSTRACT	xiv
DAFTAR ISI.....	xv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR.....	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR SINGKATAN.....	xxi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian Masalah.....	4
1.3 Rumusan Masalah	4
1.4 Tujuan.....	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat.....	5
1.5.1 Teoritis	5
1.5.2 Praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN TEORI.....	6
2.1 Konsep Kanker Serviks	6
2.1.1 Serviks, displasia, dan kanker serviks.....	6
2.1.2 Etiologi.....	8
2.1.3 Faktor risiko kanker serviks.....	10
2.1.4 Diagnosis dan stadium	14
2.1.5 Tata Laksana	16
2.1.6 Pencegahan kanker serviks	20
2.2 Konsep Perilaku	30
2.2.1 Domain perilaku.....	30
2.2.2 Faktor yang mempengaruhi perilaku	35
2.3 Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (PKK).....	38
2.3.1 Pengertian.....	38
2.3.2 Visi dan misi PKK	39
2.3.3 Tujuan PKK	40

2.3.4	Prinsip dasar PKK.....	41
2.3.5	Program Pokok PKK.....	41
2.3.6	Program kelompok kerja (Pokja) PKK	45
2.3.7	Peranan PKK.....	45
2.4	Konsep Pendidikan Kesehatan	46
2.4.1	Pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan	48
2.4.2	Pendidikan kesehatan dan literasi kesehatan.....	51
2.5	<i>Health Talk</i>	52
2.5.1	Kelebihan dan kekurangan.....	53
2.5.2	Prinsip	53
2.5.3	Frekuensi.....	55
2.5.4	Langkah-langkah <i>health talk</i>	55
2.6	<i>Precede – Procede Theory</i>	57
2.7	Pengembangan Modul.....	60
2.8	Keaslian Penelitian	70
BAB 3 KERANGKA KONSEP.....		76
3.1	Kerangka Konsep	76
3.2	Hipotesis Penelitian.....	78
BAB 4 METODE PENELITIAN.....		79
4.1	Rancangan Penelitian	79
4.2	Populasi, dan Subyek	80
4.2.1	Populasi.....	80
4.2.2	Subyek.....	80
4.3	Variabel, dan Definisi Operasional	81
4.4	Instrumen Penelitian.....	83
4.4.1	Pengetahuan	83
4.4.2	Sikap.....	84
4.4.3	Praktik	84
4.5	Validitas dan Reliabilitas Instrumen	84
4.6	Lokasi, dan Waktu Penelitian.....	84
4.7	Prosedur Pengambilan Data	85
4.7.1	Persiapan	85
4.7.2	Pelaksanaan.....	85
4.8	Pengolahan, dan Analisis Data.....	86
4.9	Kerangka Operasional Penelitian	88
4.10	Etik Penelitian	89
4.10.1	<i>Inform consent</i>	89
4.10.2	<i>Anominity</i>	89
4.10.3	<i>Confidentiality</i>	89
4.10.4	<i>Justice</i>	89
4.10.5	<i>Beneficiency dan non maleficiency</i>	89
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....		90
5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	90
5.2	Karakteristik Subyek Penelitian	91
5.3	Analisis Variabel yang Diukur	93

BAB 6 PEMBAHASAN	96
6.1 Pengaruh <i>Health talk</i> Terhadap Perilaku Deteksi Dini Kanker Serviks	96
6.2 Keterbatasan Penelitian	105
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN.....	106
7.1 Simpulan.....	106
7.2 Saran.....	106
7.2.1 Bagi peneliti selanjutnya	106
7.2.2 Bagi instansi terkait dan pemangku kebijakan.....	107
DAFTAR PUSTAKA	108

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Sistem Klasifikasi FIGO untuk Kanker Serviks (Moore, 2006).....	15
Tabel 2.2. Pilihan pengobatan untuk setiap tahap penyakit	16
Tabel 2.3. Klasifikasi IVA Sesuai Temuan Klinis	25
Tabel 2.4. Pedoman deteksi dini kanker serviks dengan PAP Smear (Schwaiger, Aruda, LaCoursiere, Lynch, & Rubin, 2013).....	27
Tabel 2.5. Keaslian Penelitian.....	70
Tabel 4.1. Variabel dan Definisi Operasional	81
Tabel 5.1. Distribusi Subyek Penelitian Berdasarkan Tingkat Pendidikan, Status Pekerjaan, Adanya Orang Terdekat yang Pernah Menderita Kanker, Kepemilikan Asuransi Kesehatan, Pengetahuan Sebelum Intervensi, Sikap Sebelum Intervensi dan Praktik Sebelum Intervensi pada Wanita di Wilayah Kerja Puskesmas Boja I, 12 Maret – 21 Mei 2018 (N=210).....	91
Tabel 5.2. Pengetahuan dan sikap terhadap deteksi dini kanker serviks pada subyek kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Boja I (12 Maret – 21 Mei 2018)	93
Tabel 5.3. Analisis multivariat variabel pengetahuan dan sikap terhadap deteksi dini kanker serviks pada subyek kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Boja I (12 Maret – 21 Mei 2018).....	94
Tabel 5.4. Praktik Deteksi Dini Kanker Serviks Subyek Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi	94
Tabel 5.5. Kujungan Deteksi Dini Kanker Serviks Subyek Penelitian di Puskesmas Boja I, 12 Maret – 21 Mei 2018.....	94

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Kajian Masalah.....	4
Gambar 2.1. Serviks (Dunleavey, 2009).....	7
Gambar 2.2. Perjalanan Kanker Serviks (Nuranna et al., 2005 dalam Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2015).....	8
Gambar 2.3 Gambaran IVA Positif (Carr & Sellors, 2004).....	25
Gambar 2.4. Tindak Lanjut Hasil IVA Positif dan Pengobatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Kemenkes RI, 2015).....	25
Gambar 2.5. Alur Diagnosis, Deteksi Dini, dan Tata Laksana Kanker serviks di Indonesia (dengan IVA) (Andrijono et al., 2013)	26
Gambar 2.6. Alur Diagnosis, Deteksi Dini, dan Tata Laksana Kenker serviks di Indonesia (dengan PAP Smear) (Andrijono et al., 2013).	28
Gambar 2.7. Model Promosi Kesehatan (Hou, 2014).....	49
Gambar 2.8. Model Perilaku Kesehatan (Lawrence W. Green & Marshall W. Kreuter, 1991)	57
Gambar 2.9. Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan (Lawrence W. Green & Marshall W. Kreuter, 1991)	59
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Pengaruh Health talk Terhadap Perilaku Deteksi Dini Kanker Serviks pada Wanita di Wilayah Kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal	76
Gambar 4.1. Rancangan Penelitian	79
Gambar 4.2. Kerangka Operasional Penelitian Pengaruh Health talk terhadap Perilaku Deteksi Dini Kanker Serviks pada Wanita di Wilayah Kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal.....	88

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
- Lampiran 2 Rekomendasi Penelitian Bakesbangpol Provinsi Jawa Timur
- Lampiran 3 Rekomendasi Penelitian DPMTSP Provinsi Jawa Tengah
- Lampiran 4 Rekomendasi Penelitian Bakesbangpol Kabupaten Kendal
- Lampiran 5 Rekomendasi Penelitian Baperlitbang Kabupaten Kendal
- Lampiran 6 Rekomendasi Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal
- Lampiran 7 Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 8 Lembar Informasi (perlakuan)
- Lampiran 9 Lembar informasi (kontrol)
- Lampiran 10 Lembar Persetujuan
- Lampiran 11 Instrumen Penelitian
- Lampiran 12 Satuan Acara Kegiatan
- Lampiran 13 Modul

DAFTAR SINGKATAN

ASCUS	= <i>Atypical squamous cells of undetermined significance</i>
CIN	= <i>Cervical Intraepithelial Neoplasia</i>
DNA	= <i>Deoxyribonucleic Acid</i>
FIGO	= <i>Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique</i>
FKTP	= Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama
HLA	= <i>Human Leukocyte Antigen</i>
HPV	= <i>Human Papilloma Virus</i>
IARC	= <i>International Agency for Research on Cancer</i>
IMS	= Infeksi Menular Seksual
IVA	= Inspeksi Visual Asam Asetat
IVP	= <i>Intravenous Pyelogram</i>
IVU	= <i>Intravenous Urogram</i>
KB	= Keluarga Berencana
KIA	= Kesehatan Ibu Anak
LEEP	= <i>Loop Electrosurgical Excision Procedure</i>
LLETZ	= <i>Large Loop Excision of the Transformation Zone</i>
MRI	= <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
PKK	= Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga
UKM	= Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	= Upaya Kesehatan Perorangan
SCC	= <i>Squamous Cell Carcinoma</i>
SCJ	= <i>Squamo-columnar junction</i>
WHO	= <i>World Health Organizaton</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker serviks adalah kanker paling banyak keempat pada wanita, dan ketujuh secara keseluruhan di seluruh dunia, diperkirakan terdapat 528.000 kasus baru pada tahun 2012. Sebagian besar (sekitar 85%) terjadi di negara yang kurang berkembang, dan menjadi menyumbang hampir 12% dari semua kanker wanita. Daerah dengan risiko tinggi, dengan perkiraan lebih dari 30 per 100.000 wanita, diantaranya Afrika Timur (42,7), Melanesia (33,3), Afrika Selatan (31,5) dan Afrika Tengah (30,6) (Ferlay et al., 2012). Pada tahun 2013, di Indonesia terdapat 98.692 kasus kanker serviks, dengan prevalensi di Jawa Tengah sebanyak 19.734 kasus (Kemenkes, 2015).

Banyak upaya yang dilakukan dengan harapan dapat mencegah kanker serviks di masa mendatang dengan meningkatkan serapan vaksinasi HPV (Cullen, Stokley, & Markowitz, 2014). Walaupun demikian, deteksi dini merupakan metode yang paling terbukti untuk menurunkan angka kanker serviks (de Blasio, Neilson, Klemp, & Skjeldestad, 2012). Inspeksi visual asam asetat (IVA) adalah salah satu metode deteksi dini sensitif alternatif (Lynne Gaffikin, McGrath, Arbyn, & Blumenthal, 2007; Poli, Bidinger, & Gowrishankar, 2015) murah dan non invasif, dan bisa dilakukan di FKTP seperti Puskesmas (Lynne Gaffikin, Lauterbach, & Emerson, 2003). IVA memberikan hasil instan, dan yang memenuhi syarat untuk mendapatkan pengobatan dapat menerima pengobatan lesi prakanker menggunakan krioterapi pada hari yang sama dan di fasilitas kesehatan yang sama (Blumenthal et al., 2004)

Kementerian Kesehatan RI mencanangkan program deteksi dini kanker serviks yang menyasar wanita usia 30-50 tahun dengan target capaian 50% pada tahun 2019. Namun, hingga tahun 2014, capaian program masih rendah, yaitu 2,45% (Kemenkes, 2015). Kunjungan pemeriksaan IVA di wilayah kerja puskesmas Boja I juga masih sangat rendah, yaitu 0,78% selama tahun 2017.

Berbagai faktor menyebabkan wanita tidak melakukan deteksi dini kanker serviks, diantaranya adalah hambatan pengetahuan, keyakinan (Hawkins et al., 2013; Mutambara et al., 2017), dan sulitnya akses ke layanan kesehatan (Daley et al., 2011). Sebuah studi kualitatif yang melibatkan wanita dengan pendidikan yang lebih tinggi mengemukakan bahwa pertama, wanita cenderung mempunyai persepsi bahwa kanker serviks terkait dengan hubungan seksual di luar nikah, sehingga wanita enggan melakukan deteksi dini. Kedua, ketakutan, rasa sakit dan rasa malu wanita, seiring dengan pengaruh budaya, menghalangi mereka menjalani deteksi dini. Ketiga, ketidakpercayaan terhadap obat allopathic dan perawatan kesehatan impersonal mendorong pandangan negatif tentang deteksi dini (Khan & Woolhead, 2015).

Meningkatkan pengetahuan, dan meluruskan pemahaman yang salah mengenai kanker serviks dan deteksi dini dilakukan dengan pendidikan kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa pendidikan dengan keterlibatan pasif pada umumnya mengarah pada retensi pengetahuan yang terbatas. Dua minggu setelah menerima pendidikan kesehatan, partisipan cenderung mengingat 10% dari apa yang telah mereka baca, 20% dari apa yang telah mereka dengar, 30% dari apa yang telah mereka lihat dan dengar, 70% dari apa yang telah dikatakan selama diskusi, dan 90% dari apa yang mereka katakan dan lakukan (McKeachie, 2007).

Mengadaptasi cara pemberian informasi kepada partisipan dapat menciptakan lingkungan di mana retensi pengetahuan meningkat secara signifikan. Situasi seperti itu membutuhkan kerja sama dari partisipan sendiri. Salah satu metode terbaik adalah menerapkan pembelajaran aktif, partisipatif (McKeachie, 2007)

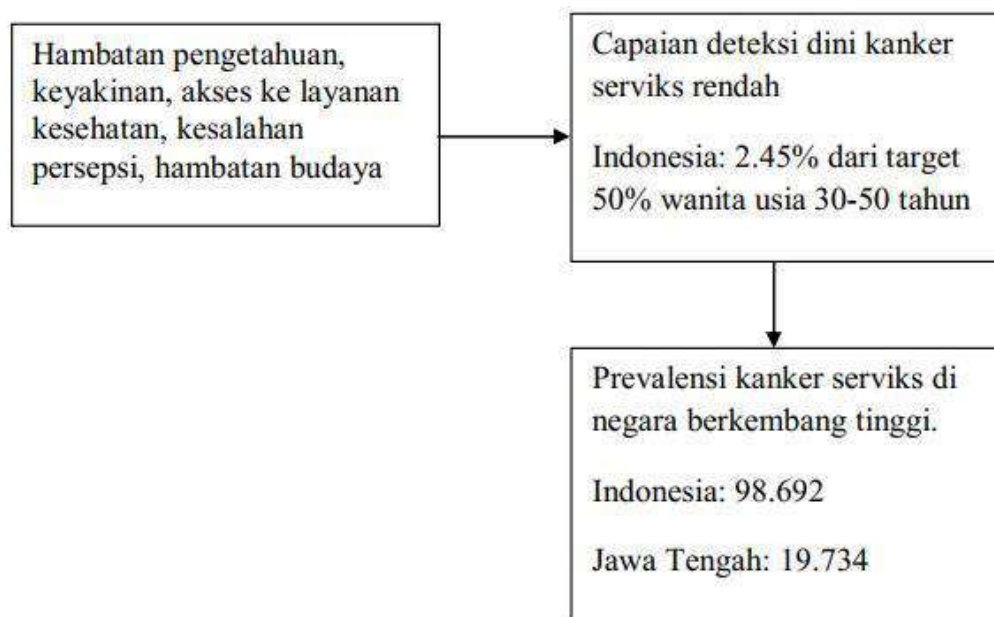
Salah satu metode pembelajaran aktif, partisipatif adalah obrolan kesehatan. Health talk merupakan metode untuk berbagi informasi dengan masyarakat dengan pendekatan partisipatif, informal dan menghibur yang membuat individu dapat menyampaikan pendapat atau berdiskusi dengan lebih leluasa karena beberapa individu mungkin tidak nyaman berada pada suasana kaku dan formal seperti di kelas saat menerima informasi. Health talk efektif dalam menyampaikan informasi kesehatan (Prozesky, 2014). Sebuah penelitian di Cina menyebutkan bahwa health talk efektif meningkatkan pengetahuan, dan motivasi berhenti merokok pada kariawan perusahaan (Wang et al., 2017). Penelitian lain dilakukan di Malawi menyebutkan health talk efektif meningkatkan pengetahuan, dan kesadaran tentang kesehatan penduduk Malawi (Nyirenda et al., 2016). Penelitian yang dilakukan di Afrika Selatan di daerah pedesaan menemukan bahwa tingkat pengetahuan masyarakat tentang topik perawatan kesehatan setempat sangat tinggi, dan melaporkan bahwa sumber informasi mereka adalah layanan kesehatan setempat (Prozesky, 2014).

Selain dilakukan di pusat layanan kesehatan, health talk dapat dilakukan di luar pusat layanan kesehatan seperti pada kegiatan-kegiatan di komunitas. Sejalan dengan program sosialisasi deteksi dini kanker oleh Kementerian Kesehatan RI yaitu Sosialisasi Strategi ditujukan kepada kelompok sasaran sekunder, di dalamnya termasuk kegiatan Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (PKK).

Memasukkan kegiatan health talk dalam PKK dapat dilakukan karena salah satu program pokok PKK adalah kesehatan yang mencakup pendidikan kesehatan pribadi.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk menguji pengaruh health talk terhadap perilaku deteksi dini kanker serviks pada wanita di wilayah kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal.

1.2 Kajian Masalah



Gambar 1.1. Kajian Masalah

1.3 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh health talk terhadap perilaku deteksi dini kanker serviks pada wanita di wilayah kerja puskesmas Boja I?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Mengevaluasi pengaruh health talk terhadap perilaku deteksi dini kanker serviks pada wanita di wilayah kerja Puskesmas Boja I.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis pengaruh health talk terhadap pengetahuan tentang kanker serviks pada wanita di wilayah kerja Puskesmas Boja I,
2. Menganalisis pengaruh health talk terhadap sikap deteksi dini kanker serviks pada wanita di wilayah kerja Puskesmas Boja I,
3. Menganalisis pengaruh health talk terhadap praktik deteksi dini kanker serviks pada wanita di wilayah kerja Puskesmas Boja I.

1.5 Manfaat

1.5.1 Teoritis

Memberi informasi ilmiah mengenai pengaruh health talk terhadap pengetahuan, sikap dan praktik deteksi dini kanker serviks dengan metode Inspeksi Visual Asam asetat (IVA) sehingga dapat digunakan sebagai kerangka dalam mengembangkan ilmu keperawatan.

1.5.2 Praktis

Penelitian ini dapat menjadi dasar perawat dan instansi terkait dalam melakukan promosi kesehatan terutama dalam deteksi dini kanker serviks.

Penelitian ini dapat menjadi acuan bagi penelitian selanjutnya dalam mengembangkan ilmu keperawatan mengenai peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik deteksi dini kanker serviks pada wanita demi melakukan upaya preventif kanker serviks.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Kanker Serviks

2.1.1 Serviks, displasia, dan kanker serviks

Peran serviks pada wanita sehat pada prinsipnya berkaitan dengan reproduksi, serviks membantu menjaga janin yang sedang berkembang dalam rahim dan berperan dalam inisiasi dan perkembangan persalinan. Lendir yang diproduksi oleh serviks dianggap penting dalam kesuburan wanita (Dunleavey, 2009). Serviks juga dianggap memiliki fungsi dalam respons seksual wanita (Dunleavey, 2009).

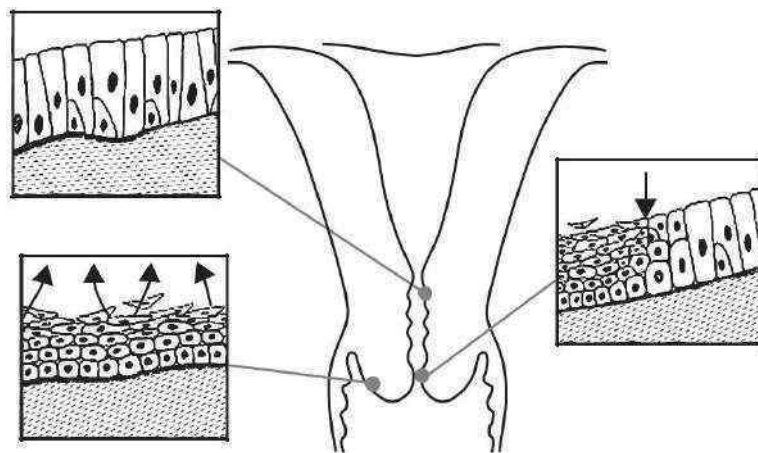
Serviks berbentuk silinder dan terletak pada bagian inferior fibromuskular rahim, terhitung sekitar sepertiga rahim. Dua pertiga uterus lainnya dikenal sebagai tubuh atau korpus. Hal ini terletak di dalam rongga panggul, posterior kandung kemih dan anterior ke rektum-sigmoid dan rektum. Ini melekat pada kandung kemih oleh dua ligamen vesicouterine. Jaringan lateral ke serviks antara ruang paraveical dan pararectal dikenal sebagai parametrium. Pasokan saraf ke serviks berasal dari pleksus hipogastrik dan suplai darahnya dari arteri iliaka internal. Kelenjar getah bening regionalnya meliputi: paramedik, iliaka eksternal, obturator, hipogastrik (iliaka internal) dan iliaka umum (Dunleavey, 2009).

Serviks umumnya berukuran sekitar 3-4 cm dan diameter 2,5 cm, meski ukurannya bervariasi sesuai usia. Pada batas atasnya, di mana ia memenuhi korpus rahim, ada penyempitan yang dikenal sebagai *isthmus* atau *os internal*. Batas bawah serviks dikenal sebagai os eksternal dan terbuka ke dalam vagina - memang, bagian bawah serviks menonjol ke dalam vagina (Dunleavey, 2009)..

Anatomi serviks terbagi menjadi endoserviks dan eksoserviks atau ektoserviks. Endoserviks adalah nama untuk dua pertiga bagian atas serviks dan ektoserviks pada dua pertiga bagian bawah - ini adalah bagian yang lebih mudah divisualisasikan pada pemeriksaan kolposkopik (Dunleavey, 2009)..

Ekto dan endoserviks dilapisi dengan dua jenis epitel - endoserviks dengan epitel glandular kolumnar dan ektoserviks dengan epitel skuamosa. Epitel skuamosa dan kelenjar bertemu di persimpangan *squamocolumnar Junction* (SCJ). Persimpangan skuamokolumnar muncul sebagai garis tajam dengan sebuah langkah karena perbedaan ketinggian epitel skuamosa dan kolumnar (Dunleavey, 2009).

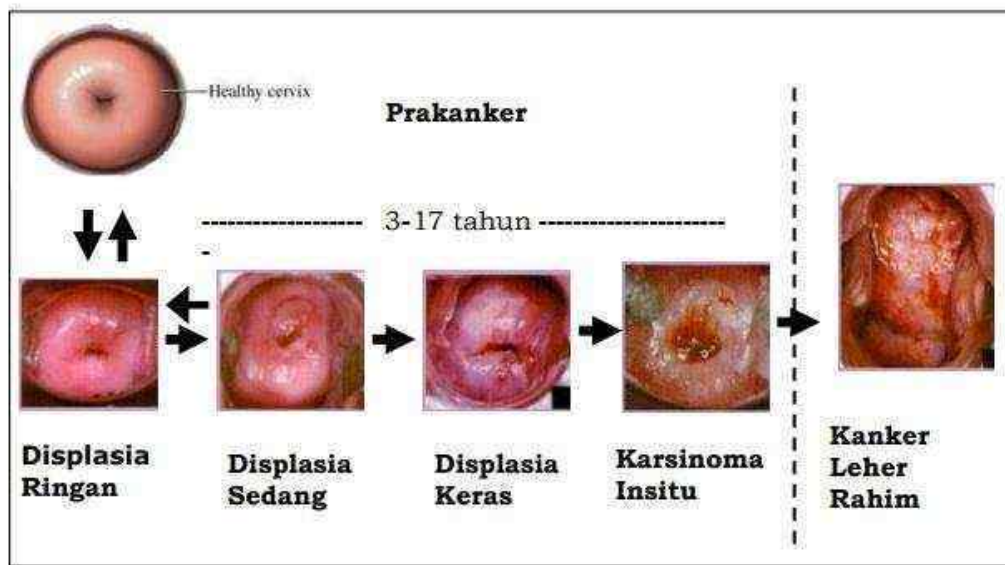
Serviks mengalami perubahan signifikan selama seumur hidup. Pubertas, kehamilan dan menopause semuanya mengubah struktur dan lokasinya.



Gambar 2.1. Serviks (Dunleavey, 2009)

Ada dua tipe utama kanker serviks, yang paling umum adalah *squamous cell carcinoma* (SCC) yang melibatkan epitel skuamosa yang melapisi ektoserviks. Namun, 20% kanker serviks lainnya adalah adenokarsinoma yang

melibatkan sel epitel glandular yang tersebar di sepanjang kanal endoserviks (Dunleavey, 2009). Sebagian kecil kanker serviks juga terdiri dari jenis histologis langka seperti limfoma, sarkoma dan tumor neuroendokrin.



Gambar 2.2. Perjalanan Kanker Serviks (Nuranna et al., 2005 dalam Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2015)

2.1.2 Etiologi

Neoplasia serviks adalah penyakit dimana agen penyebab utama telah diidentifikasi dengan jelas. Sementara sejumlah faktor lain akan mempengaruhi perkembangan dan perkembangan penyakit ini, kunci untuk neoplasia serviks dan kanker serviks adalah *Human Papilloma Virus* (HPV) (Dunleavey, 2009).

Terdapat lebih dari 150 tipe HPV dengan 90% memiliki kemiripan pada tingkat nukleotida. Berdasarkan hubungan HPV dengan kanker serviks dan lesi prekursor, HPV dapat dikelompokkan menjadi tipe onkogenik atau *high-risk* (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, dan 82), *probable-high-risk* (26, 53, dan 66), dan sisanya non onkogenik atau *low-risk* (Muñoz et al., 2003). *Low-risk* HPV tidak terkait dengan kanker serviks namun mungkin masih bertanggung

jawab atas morbiditas fisik dan psikologis yang cukup besar. Jenis *low-risk* HPV 6 dan 11 yang bertanggung jawab untuk sekitar 90% kutil anogenital . HPV16 dan HPV18 adalah dua tipe umum yang dominan terkait dengan kanker (Clifford et al., 2005).

DNA HPV ditemukan pada 99,7% kanker serviks dan virus ditemukan pada 94% wanita dengan CIN. Saat ini sedang diperdebatkan apakah ada karsinoma serviks HPV negatif (Schiffman & Castle, 2003). Bukti yang menunjukkan peran HPV pada kanker serviks sekarang sangat kuat sehingga *International Agency for Research on Cancer (IARC)*, dan *National Toxicology Program*, WHO telah secara resmi mengakui bahwa HPV merupakan faktor penyebab kanker serviks. HPV juga dikaitkan dengan sejumlah kanker lain seperti oral, vulval, vagina, penis dan anal (Ouhoumane et al., 2013; Saraiya et al., 2015). Sebagian besar infeksi HPV tidak bergejala dan tidak terkait dengan temuan pemeriksaan *gynaecologic* selain kemungkinan insiden eritema serviks yang sedikit lebih tinggi. Hubungan antara deteksi DNA HPV dan keputihan, gatal, terbakar, atau gejala sistemik belum ditemukan (Mao et al., 2003).

HPV ditularkan melalui kontak seksual (Otero-Guerra, Fernández-Blázquez, & Vazquez, 2017). Ini adalah infeksi menular seksual yang paling sering didiagnosis di negara maju, dengan sekitar 30 juta kasus baru di seluruh dunia setiap tahunnya (Scheurer, Tortolero-Luna, & Adler-Storthz, 2005). Antara 64% sampai 82% remaja yang aktif secara seksual positif terinfeksi HPV (Wiley & Masongsong, 2006) dan diperkirakan 75% wanita terinfeksi HPV genital setidaknya lebih dari satu kali seumur hidup (Scheurer et al., 2005). Selain

sebagai infeksi menular seksual yang paling umum terjadi di kalangan remaja putri dan wanita muda, HPV juga berlaku luas pada pria muda (Dunleavey, 2009).

2.1.3 Faktor risiko kanker serviks

Sejumlah faktor risiko telah dikaitkan dengan infeksi HPV yang secara konklusif telah ditemukan terkait dengan peningkatan risiko adalah usia dan jumlah pasangan seksual saat ini dan sebelumnya (Scheurer et al., 2005).

Beberapa faktor risiko lainnya dibahas di bawah ini:

a. Usia

Tingkat tertinggi infeksi HPV genital terjadi antara 15 dan 25 tahun, kemudian menurun dengan mantap setelah usia 40 tahun (Wiley & Masongsong, 2006). Pada beberapa populasi, terjadi peningkatan infeksi HPV non-onkogenik pada kelompok usia pascamenopause (Herrero et al., 2000) Ini mungkin hasil dari kekebalan yang didapat, faktor hormonal dan jumlah pasangan seksual yang lebih sedikit (Scheurer et al., 2005). Namun wanita yang lebih tua tetap berisiko mengalami reaktivasi HPV onkogenik dikarenakan adanya interaksi usia dan jumlah pasangan seksual selama hidup (Brown & Weaver, 2013)

b. Jumlah pasangan seksual.

HPV genital jarang terdeteksi pada anak-anak dan pada wanita yang tidak aktif secara seksual namun segera setelah aktivitas seksual dimulai, kejadian meningkat dengan tajam. Prediktor yang paling signifikan untuk mendapatkan infeksi tampaknya merupakan jumlah pasangan seksual seumur hidup. Namun, karena infeksi ini begitu umum, bahkan hanya memiliki satu pasangan seksual berisiko terinfeksi (Winer et al., 2008). 21% wanita muda yang melaporkan satu pasangan seks penetrasi pria diuji positif terhadap DNA HPV (Ley et al., 1991).

Kebanyakan wanita dan pria yang aktif secara seksual akan terinfeksi HPV pada beberapa titik dalam hidup mereka dan beberapa mungkin berulang kali terinfeksi. Waktu puncak terinfeksi baik untuk wanita maupun pria tidak lama setelah menjadi aktif secara seksual. HPV ditularkan secara seksual, namun tidak selalu seks penetratif. Kontak kulit ke kulit genital dapat sangat mungkin mentransmisikan HPV (WHO, 2016).

Ada banyak jenis HPV, dan banyak yang tidak menimbulkan masalah. Infeksi HPV biasanya mengalami remisi tanpa adanya intervensi dalam beberapa bulan setelah akuisisi (sekitar 90%). Sebagian kecil dapat bertahan dan berlanjut ke kanker (WHO, 2016).

c. Kontrasepsi oral

Sejumlah penelitian telah menemukan hubungan antara penggunaan kontrasepsi oral dan infeksi HPV yang terlepas dari perilaku seksual dan faktor risiko lainnya. Sebuah studi kuantitatif tentang hubungan antara kontrasepsi oral dan kanker serviks menyatakan bahwa penggunaan kontrasepsi oral jangka panjang (> 5 tahun) dua kali lipat berisiko terkena kanker serviks. Namun, risiko dapat turun setelah berhenti 10 tahun atau lebih (La Vecchia & Boccia, 2014). Mekanismenya dikaitkan dengan pengaruh hormon estrogen.

d. Imunosupresi

Orang yang mengalami imunosupresi, seperti penerima transplantasi yang secara kimiawi atau pasien yang terinfeksi HIV memiliki tingkat infeksi HPV yang lebih tinggi dan penyakit terkait HPV. Faktor imunogenetik mungkin berperan dalam kemampuan respon imun terhadap infeksi HPV.

Sejumlah faktor lain dikaitkan dengan peningkatan risiko infeksi HPV pada beberapa tapi tidak semua penelitian. Ini termasuk: virus herpes simpleks dan kutil vulva, riwayat hubungan seks anal, usia dini saat pertama melakukan hubungan seksual, wanita kulit hitam atau Hispanik, dan pengguna tembakau (Dell, Chen, Ahmad, & Stewart, 2000).

Meskipun pemahaman tentang perubahan seluler yang terkait dengan perkembangan keganasan telah meningkat dalam beberapa tahun terakhir, pertanyaan mengapa beberapa wanita dengan neoplasia mengalami penyakit invasif sementara yang lain masih belum dijawab dengan cukup. Sejumlah penelitian telah membahas masalah ini dan sementara gagal untuk menjelaskan faktor penyebab yang jelas telah menyarankan faktor pendorong yang jelas. Studi epidemiologi ini menunjukkan bahwa faktor imunologis lingkungan dan hospes memiliki peran dalam perkembangan penyakit (Scheurer et al., 2005; Soto-Wright, Samuelson, & McLellan, 2005; Wiley & Masongsong, 2006).

Faktor terpenting terjadinya kanker serviks tampaknya merupakan infeksi serviks persisten dengan tipe HPV onkogenik (terutama HPV 16 atau 18) (Saraiya et al., 2015). *Viral load* mungkin juga penting, peningkatan *viral load* sering dikaitkan dengan infeksi yang lebih persisten.

Selain infeksi HPV yang terus-menerus, faktor utama yang akan membawa kemajuan dan transformasi terkait dengan status kekebalan host. Dengan demikian, kegagalan dalam faktor *immunosurveillance* bukan faktor gaya hidup yang membawa perubahan ganas. Identifikasi peran sistem kekebalan tubuh menghilangkan beberapa kesalahan dari pasien kanker serviks yang sejak lama telah mengalami stigmatisasi memiliki IMS (Helmerhorst & Meijer, 2002).

Sejumlah faktor menunjukkan bahwa status kekebalan tubuh berperan dalam kanker serviks. Wanita yang mengalami immunosupresi memiliki dua sampai tiga kali tingkat ASCUS, HPV dan CIN dibandingkan dengan wanita yang tidak mengalami gangguan kekebalan tubuh (Cox, 2005). Penerima transplantasi organ berisiko tinggi terhadap displasia dan kanker HPV. Meskipun alasan yang tepat untuk ini belum diidentifikasi, umumnya diasumsikan bahwa immunosupresi terapeutik untuk mencegah penolakan organ meningkatkan kerentanan.

e. Merokok

Merokok memiliki hubungan tertinggi kedua dengan perkembangan displasia serviks setelah infeksi HPV yang persisten (Eldridge et al., 2017). Hubungan antara tembakau, displasia dan kanker terkait HPV telah dipelajari secara ekstensif, dan walaupun mekanisme karsinogenik kausal yang tepat tetap tidak jelas. Namun sebuah penelitian mengemukakan bahwa merokok meningkatkan risiko infeksi berikutnya dengan menurunkan kekebalan tubuh (Eldridge et al., 2017). Terdapat data yang menunjukkan bahwa wanita dengan HPV onkogenik dan apusan serviks abnormal tiga kali lebih mungkin untuk didiagnosis CIN3 atau lebih daripada non-perokok (Mcintyre-seltman et al., 2005).

f. Paritas

Paritas tinggi dan sejumlah besar kehamilan telah dikaitkan dengan perkembangan kanker serviks untuk waktu yang lama. Telah disarankan bahwa kehamilan multipel mungkin memiliki efek traumatik atau immunosupresif kumulatif pada serviks, sehingga mendorong perkembangan infeksi HPV. Kehamilan juga bisa menginduksi efek hormonal pada serviks yang selanjutnya

meningkatkan risiko perkembangan onkogenik (Matos, Moutinho, Pinto, & Medeiros, 2005).

g. Faktor lainnya

Kelompok sosioekonomi (Akinyemiju, Ogunsina, Sakhujia, Ogbhodo, & Braithwaite, 2016), faktor genetik (Chen, Jiang, Shen, & Hu, 2011), jenis HLA (Gimenes et al., 2014), penyakit menular seksual lainnya, jumlah pasangan seksual (Liu, Liu, Li, Ye, & Chen, 2015), obesitas dan faktor makanan semuanya telah dikemukakan sebagai faktor pendorong potensial untuk pengembangan displasia tingkat tinggi dan kanker serviks (Poorolajal & Jenabi, 2016).

2.1.4 Diagnosis dan stadium

Sistem penentuan stadium kanker serviks yang paling banyak digunakan ditentukan oleh *Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique* (FIGO) pada akhir 1950-an, dan dikenal sebagai sistem FIGO. Pada dasarnya tumor stadium I terbatas pada serviks, sedangkan stadium II sampai IV meluas melampaui serviks. Menurut laporan FIGO tahun 2006, 42% kasus kanker serviks didiagnosis pada stadium I, 30% pada stadium II, 21% pada stadium III dan 6% pada stadium IV (Quinn et al., 2006).

Sistem klasifikasi FIGO berbasis klinis, bergantung pada penentuan yang dilakukan melalui pemeriksaan fisik, EUA, kolposkopi, sistoskopi, sigmoidoskopi, IVP, dan foto torax (Moore, 2006).

Tabel 2.1. Sistem Klasifikasi FIGO untuk Kanker Serviks (Moore, 2006)

Stadium 0	Ini lebih sering disebut karsinoma in situ. Karsinoma in situ adalah salah satu yang hanya melibatkan sel-sel di jaringan di mana ia mulai tetapi belum menyebar melampaui ini. Karsinoma in situ adalah fenomena yang telah diamati pada kanker lain dimana ada program deteksi dini seperti kanker payudara. CIS umumnya diperlakukan dengan cara yang sama seperti CIN3.
Stadium I	Tahap 1 menggambarkan kanker invasif yang terbatas pada serviks. Hal ini dibagi ke dalam tahap 1A dan tahap 1B, masing-masing dibagi lagi menjadi dua kelompok: Stadium IA (mikroskopis) IA1: kanker telah menyerang jaringan serviks kurang dari 3 mm dan memiliki lebar kurang dari 7 mm (juga dikenal sebagai kanker serviks mikroinvasif). IA2: kanker menginfiltrasi sampai kedalaman 3 sampai 5 mm namun lebarnya kurang dari 7 mm. IB1: kankernya tidak lebih besar dari 4 cm dan masih terlokalisir ke serviks. IB2: kanker lebih besar dari 4 cm dan masih terlokalisir ke serviks.
Stadium II	Kanker telah mulai menyebar di luar serviks tapi tidak ke dinding samping pelvis. Ini mungkin melibatkan bagian atas vagina tapi bukan sepertiga lebih rendah. Stadium IIA melibatkan dua pertiga bagian atas vagina, tidak ada keterlibatan parametrium. Tahap IIB jelas merupakan keterlibatan parametrium.
Stadium III	Kanker telah memperpanjang meskipun leher rahim ke dinding pelvis. Pada pemeriksaan rektum tidak ada ruang bebas kanker antara tumor dan dinding samping pelvis. Tumor melibatkan sepertiga bagian bawah vagina. Semua pasien dengan hidronefrosis atau ginjal yang tidak berfungsi dihitung sebagai stadium III kecuali diketahui penyebabnya. Stadium IIIA: keterlibatan sepertiga bagian bawah vagina; tidak ada ekstensi untuk dinding samping pelvis. Tahap IIIB: perpanjangan dinding samping pelvis dan / atau hidronefrosis atau ginjal yang tidak berfungsi
Stadium IV	Karsinoma meluas melampaui panggul sejati atau secara klinis melibatkan mukosa kandung kemih atau rektum. Edema bulosa tidak memungkinkan kasus ditunjuk sebagai stadium IV. Tahap IVA: bersifat invasif. Stadium IVB: menyebar ke organ jauh.

Sejumlah tindakan dilakukan untuk mendiagnosis dan menentukan stadium penyakit secara definitif, termasuk: a) pemeriksaan pelvis dengan anestesi (EUA), b) sigmoidoskopi, c) sistoskopi, d) *Computerized Axial Tomography* (CAT), e) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), f) *Intra-Venous Urogram* atau *Pyelogram* (IVU atau IVP), g) tes darah, h) foto torax, dan i) PET (Moore, 2006).

2.1.5 Tata Laksana

Tabel 2.2. Pilihan pengobatan untuk setiap tahap penyakit

Stadium	Klinis	Tata Laksana
IA1	Invasi kurang dari 3.0 mm Dengan invasi <i>lymphovascular space</i>	Jika pasien menginginkan kesuburan, konisasi serviks. Jika tidak, histerektomi sederhana (perut atau vagina). Histerektomi dengan atau tanpa limfadenektomi pelvis
IA2	Invasi 3,0-5,0 mm, <7,0 mm lateral menyebar	Histerektomi radikal dengan limfadenektomi pelvis Radioterapi
IB1	Tumor 4 cm atau kurang	Radikal histerektomi dengan limfadenektomi panggul plus kemoterapi untuk prognosis buruk faktor bedah-patologis *
IB2	Tumor lebih dari 4 cm	Radikal histerektomi dengan limfadenektomi panggul plus kemoterapi untuk prognosis buruk faktor bedah-patologis * Kemoradioterapi Kemoterapi plus histerektomi ajuvan
IIA	Mencapai dua per tiga atas vagina	Histerektomi radikal dengan limfadenektomi pelvis Kemoradioterapi
IIB	Dengan ekstensi parametrial	Kemoradioterapi
IIIA	Mencapai sepertiga bawah vagina	Kemoradioterapi
IVA	<i>Lower extension within pelvis</i>	Kemoradioterapi Eksentrusi pelvis primer
IVB	Metastase jauh	Kemoterapi paliatif kemoradioterapi

* Metastase kelenjar getah bening panggul; tumor besar; invasi stroma serviks yang dalam; invasi ruang limfovaskular; margin vaginal atau parametrium positif

1. Manajemen bedah penyakit stadium awal (IB1)

Tidak seperti penyakit stadium lanjut, yang pada umumnya diobati dengan kemoradioterapi, untuk kanker serviks stadium awal terdapat pilihan manajemen bisa disarankan, yaitu: operasi, gabungan terapi radiasi dan operasi, dan terapi radiasi saja, tergantung fungsi reproduktif yang diinginkan.

Radioterapi dapat dilakukan pada hampir semua pasien dan memiliki tingkat kelangsungan hidup lima tahun sebesar 78% sampai 91% . Pembedahan memiliki tingkat kelangsungan hidup lima tahun sebesar 54 sampai 90%, kebanyakan dicapai dengan terapi *adjuvant*. Pilihan manajemen ini tergantung pada pengalaman dan kepercayaan tim yang merawat pasien, kebijakan institusi dan usia dan kesehatan umum pasien yang terlibat (Morice & Castaigne, 2005).

Usaha untuk meminimalkan komplikasi pasca operasi jangka panjang dilakukan dengan histerektomi sederhana atau pembedahan kerucut (konisasi) yang dilakukan bersamaan dengan diseksi kelenjar getah bening panggul. Tindakan ini dilakukan sebagai tata laksana kanker serviks stadium awal (Dunleavey, 2009). Salah satu perhatian utama pendekatan ini adalah bahwa ini meninggalkan risiko penyakit parametrial yang tidak terdeteksi.

a. *Radical trachelectomy*

Bagi pasien yang menginginkan kehamilan, histerektomi jelas merupakan pilihan pengobatan yang dihindari. Oleh sebab itu, sebuah pendekatan bedah dikembangkan oleh Daniel Dargent pada tahun 1990an yang dikenal sebagai *radical trachelectomy*. Ini adalah teknik bedah, di mana serviks diangkat tapi rahim tetap ada. Ini hanya dapat dilakukan pada pasien dengan penyakit stadium awal berdiameter kurang dari 2 cm, dan masih menginginkan fungsi kesuburan.

Sampai saat ini, telah terjadi banyak kehamilan yang sukses setelah *radical trachelectomy*. Meskipun kekhawatiran awal tentang masalah ketidaksuburan potensial yang terkait dengan serviks pasca *trachelectomy* dan mungkin produksi lendir serviks yang tidak memadai, kebanyakan wanita dapat

hamil alami tanpa bantuan. Komplikasi utama yang dilaporkan adalah prematuritas (Dunleavey, 2009).

b. Histerektomi

Sampai pengenalan trachelektomi radikal pilihan pengobatan utama untuk wanita dengan kanker serviks tahap awal adalah histerektomi. Hari ini histerektomi adalah operasi ginekologi yang paling umum terjadi di negara maju (Farquhar, Sadler, Harvey, & Stewart, 2005). Ada sejumlah jenis histerektomi yang berbeda, dalam manajemen kanker serviks termasuk: total histerektomi – pengangkatan rahim secara keseluruhan (termasuk serviks), dan radikal histerektomi – pengangkatan rahim, serviks, kelenjar getah bening di dekatnya, bagian atas vagina dan parametrium (Farquhar et al., 2005)

2. Radioterapi

Radiasi terapeutik untuk pengobatan kanker biasanya diproduksi oleh mesin akselerator linier. Akselerator linier menciptakan gelombang elektromagnetik yang berinteraksi dengan atom jaringan, menyebabkan mereka melepaskan energinya. Radiasi yang diproduksi serupa dengan sinar-X namun jauh lebih tajam. Radiasi juga dapat dipancarkan dari nukleus unsur radioaktif seperti kobalt 60. Ini dikenal sebagai radiasi gamma.

Radioterapi membawa kerusakan struktural ke nukleus dan sitoplasma sel yang berguna, kerusakan nuklir pada DNA yang memiliki efek kritis dalam menyebabkan kematian sel akibat radiasi dan membuat sel ganas tidak dapat membelah.

Efek radiasi pada tumor mungkin tidak segera terlihat. Beberapa sel kanker tidak akan menunjukkan bukti kerusakan yang nyata sampai mereka

mencoba untuk membagi, dan baru kemudian mereka akan mati. Hal ini dapat diamati secara klinis dengan melihat respons karsinoma serviks yang besar segera setelah selesainya radioterapi definitif. *CT-scan* bisa mengindikasikan tumor residual namun pemeriksaan ulang pada tindak lanjut selanjutnya umumnya akan menunjukkan resolusi lengkap penyakit (Ahamad & Jhingran, 2004).

3. Bedah ditambah radioterapi ajuvan

Sebanyak 50% pasien bedah juga dapat disarankan menjalani radioterapi ajuvan (Dargent et al., 2005). Terapi radio adjuvant diperkirakan mengurangi tingkat kekambuhan dengan mengobati penyakit subklinis - yaitu metastase tak terlihat yang berkembang di jaringan panggul yang tertinggal. Situasi di mana radioterapi pasca operasi dapat dipertimbangkan adalah di mana terdapat: a) Hanya margin bebas tumor kecil, b) kelenjar getah bening positif, c) stadium penyakit yang tidak terduga lebih tinggi setelah operasi, d) diameter tumor besar, e) keterlibatan ruang vaskular atau limfovaskular, f) Operasi primer yang tidak adekuat (histerektomi sederhana tanpa limfadenektomi pada stadium IB dan lebih tinggi), g) invasi stroma yang dalam, h) menyebar ke jaringan selular panggul (Dargent et al., 2005).

4. Kemoterapi

Pada tata laksana kanker serviks, kemoterapi pada dasarnya dicadangkan untuk dua situasi. Pertama, ini bisa digunakan sebagai tambahan untuk radioterapi, yang secara signifikan memperbaiki manfaatnya. Kedua, kemoterapi dapat digunakan sebagai pengobatan untuk penyakit progresif atau berulang yang tidak responsif terhadap pembedahan atau radioterapi.

Sejumlah agen kemoterapi telah terbukti berperan dalam pengobatan kanker serviks stadium lanjut, meski sayangnya manfaat umumnya terbatas. Obat yang paling aktif ditemukan adalah cisplatin, dimana tingkat responsnya adalah penurunan yang 20% sampai 30% bila diberikan sebagai agen tunggal (Dunleavey, 2009).

Penambahan kemoterapi bersamaan dengan radioterapi sinar eksternal merupakan salah satu inovasi utama dalam pengelolaan kanker serviks stadium lanjut dalam beberapa dekade terakhir. Sebuah *systematic review* menyimpulkan bahwa kemoradioterapi meningkatkan respon dan kelangsungan hidup, terutama pada pasien dengan penyakit stadium I dan II. Hal ini terkait dengan penurunan metastasis yang jauh dan manfaatnya dapat diamati terlepas dari agen kemoterapi yang digunakan. Singkatnya, manfaat kelangsungan hidup potensial sebesar 12% dikaitkan dengan kemoradioterapi (Green et al., 2005).

2.1.6 Pencegahan kanker serviks

1. Vaksin kanker serviks

Vaksin dapat didefinisikan sebagai zat asing yang disuntikkan untuk merangsang sistem kekebalan tubuh untuk memicu respons kekebalan terhadap target atau target spesifik yang terkandung dalam vaksin. Terdapat dua kategori vaksin untuk pengobatan kanker serviks: profilaksis dan terapeutik. Vaksin profilaksis untuk kanker serviks menggunakan kapsid virus HPV sebagai antigen. Ini telah difasilitasi oleh pengembangan teknologi yang bisa menghasilkan partikel mirip virus (VLP / *Virus Like Particles*). VLP terdiri dari kapsid virus yang menyerupai keseluruhan virus namun tidak mengandung inti DNA yang

dapat menginduksi respons antibodi penetral tapi tidak dapat melakukan replikasi dan karena itu tanpa risiko infeksius atau onkogenik (Kahn & Bernstein, 2005).

Vaksin yang lebih kompleks melawan HPV telah dikembangkan. Saat ini tersedia vaksin bivalen untuk HPV 16 dan 18, dan vaksin quadrivalen untuk HPV 16, 18, 6 dan 11 (Okonofua, 2015). Diharapkan hal ini akan memberikan imunitas terhadap kanker serviks sekitar 70% dan juga memberikan kekebalan terhadap kanker vulva dan vagina. Selanjutnya, dengan memasukkan HPV 6 dan 11 harus mencegah 90% kutil kelamin (Dunleavey, 2009).

2. Deteksi dini kanker serviks

a. Inspeksi Visual Asam asetat (IVA)

1) Dasar

Dasar dari pemeriksaan IVA (Inspeksi Visual Asam asetat) adalah bahwa mayoritas lesi serviks prainvasif dan invasif terlihat oleh pemeriksaan dengan mata telanjang setelah pengolesan asam asetat 3-5%. Asam asetat dioleskan pada serviks menggunakan kapas, dilanjutkan dengan pemeriksaan serviks dengan lampu halogen setelah satu menit. Hasil tes dapat diartikan sebagai positif jika pada epitel terdapat plak putih (*acetowhite*). Epitel skuamosa normal pada serviks berwarna merah muda dan akan berwarna putih jika terdapat lesi CIN (Mustafa, Jindal, & Singh, 2010).

2) Efikasi dan keefektifan

IVA sangat efektif sebagai metode deteksi dini kanker serviks pada wilayah dengan penghasilan rendah (Mustafa et al., 2010). Wanita yang melakukan pemeriksaan IVA, 25% lebih kecil kemungkinannya untuk menderita kanker serviks di kemudian hari daripada mereka yang tidak, dan 35% lebih kecil

kemungkinannya untuk meninggal karena kanker serviks dibandingkan dengan yang tidak (Sankaranarayanan et al., 2007) karena abnormalitas terdeteksi lebih awal pada periode pra kanker.

Sensitivitas IVA (96,7%) jauh lebih tinggi daripada Pap smear (50%), dan hampir setinggi kolposkopi (100%). Akurasi IVA (36,4%) lebih rendah dari pada Pap smear (97%) dan kolposkopi (96,9%), terjadi pada tingkat *falsepositive* yang tinggi untuk IVA (Goel et al., 2005).

Sebuah penelitian di Iran (Eftekhar, Rahimi-Moghadda, Yarandi, & Brojerdi, 2005) sitologi dan IVA dilakukan pada semua wanita yang datang ke klinik ginekologi. 100 wanita dengan IVA positif, dan 100 dengan tes IVA negatif dipilih secara acak dan dilakukan kolposkopi. Biopsi diperoleh dari wanita yang memiliki temuan kolposkopik abnormal. Hanya wanita dengan diagnosis akhir displasia serviks yang dikonfirmasi oleh kolposkopi dianggap sebagai kasus positif untuk memperkirakan validitas. Hasilnya menunjukkan bahwa IVA memiliki sensitivitas yang lebih tinggi, namun akurasinya lebih rendah daripada Pap smear untuk mendeteksi displasia serviks.

3) Validitas

Sensitivitas IVA berkisar 63-77%, lebih tinggi daripada sitologi (kisaran 30-77%). Namun, akurasi IVA rendah yaitu 44-73%, sedangkan spesifisitas sitologi 99-99,8% (Goel et al., 2005). Spesifisitas dapat diperbaiki dengan menindaklanjuti wanita dengan IVA positif dengan tes HPV atau sitologi. Nilai prediksi positif VIA dalam berbagai penelitian berkisar antara 10-20%; sedangkan nilai prediktif negatif telah berkisar 92-100% (L Gaffikin, Lauterbach, & Blumenthal, 2003).

4) Keunggulan

IVA adalah metode non invasif, mudah, dan relatif murah dibandingkan dengan metode deteksi dini yang lain (Lynne Gaffikin et al., 2003). IVA dapat dilakukan dengan infrastruktur minimal dan dapat dilakukan bahkan dalam kondisi lapangan (Bhatla et al., 2004). Selain itu, karena hasilnya tersedia segera, maka memungkinkan untuk mendapatkan krioterapi pada hari yang sama (Blumenthal et al., 2004). Periode pelatihan yang dibutuhkan untuk memperoleh keterampilan IVA sangat singkat, antara 5 sampai 10 hari (Blumenthal, Lauterbach, Sellors, & Sankaranarayanan, 2005); meskipun itu tergantung pada tingkat keterampilan dasar peserta pelatihan dan jumlah praktik klinis yang tersedia selama pelatihan.

5) Keterbatasan

Keterbatasan utama IVA adalah akurasi yang rendah (Sankaranarayanan et al., 2007). Meskipun IVA adalah deteksi dini yang sensitif untuk mendeteksi displasia serviks, namun IVA biasanya perlu diikuti prosedur triase sekunder lain seperti tes HPV, dan kolposkopi yang membantu mendeteksi lebih banyak kasus dengan lesi prekursor kanker. IVA mungkin kurang efektif untuk pasien lanjut usia, karena kecenderungan zona transformasi masuk ke kanal endoserviks. Hasil IVA tergantung pada pengamat. Masalah lain dengan IVA adalah sifat subjektif tes; yang dapat dielakkan dengan penambahan pewarnaan yodium lugol untuk memperbaiki sensitivitas dan akurasi (Qureshi, Das, & Zahra, 2010).

6) Sasaran dan interval

Berdasarkan Permenkes No. 34 tahun 2015 sasaran deteksi dini kanker serviks pada kelompok berikut ini (Kemenkes RI, 2015):

- a) Perempuan berusia 30 sampai 50 tahun
- b) Perempuan yang menjadi klien pada klinik IMS dengan dari vagina yang abnormal atau nyeri pada abdomen bawah (bahkan jika di luar kelompok usia tersebut).
- c) Perempuan yang tidak hamil (walaupun bukan suatu hal yang rutin, perempuan yang sedang hamil dapat menjalani deteksi dini dengan aman, tetapi tidak boleh menjalani pengobatan dengan krioterapi) oleh karena itu IVA belum dapat dimasukkan pelayanan rutin pada klinik antenatal.
- d) Perempuan yang mendatangi Puskesmas, klinik IMS, dan klinik KB dianjurkan untuk deteksi dini kanker serviks

Seorang wanita yang mendapat tes IVA negatif harus menjalani deteksi dini kembali minimal 5 tahun sekali dan wanita yang mempunyai hasil tes IVA positif dan mendapat pengobatan harus menjalani tes IVA berikutnya 6 bulan kemudian (Kemenkes RI, 2015).

7) Pemberi pelayanan

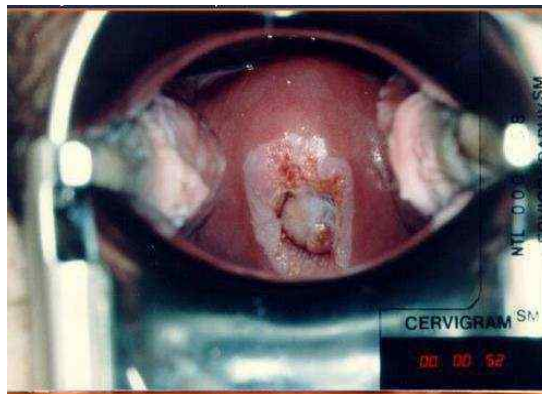
Pemberi layanan IVA adalah petugas kesehatan yang terdiri dari perawat atau bidan terlatih pemeriksaan IVA, dokter umum terlatih pemeriksaan IVA, dokter spesialis obstetri dan ginekologi. IVA dapat dilakukan di rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, polindes, klinik dokter spesialis/dokter umum/bidan (Kemenkes RI, 2015).

8) Interpretasi dan tindak lanjut

Adapun hasil temuan pemeriksaan IVA dapat diklasifikasikan sesuai dengan temuan klinis yang dijelaskan pada tabel 2.3.

Tabel 2.3. Klasifikasi IVA Sesuai Temuan Klinis

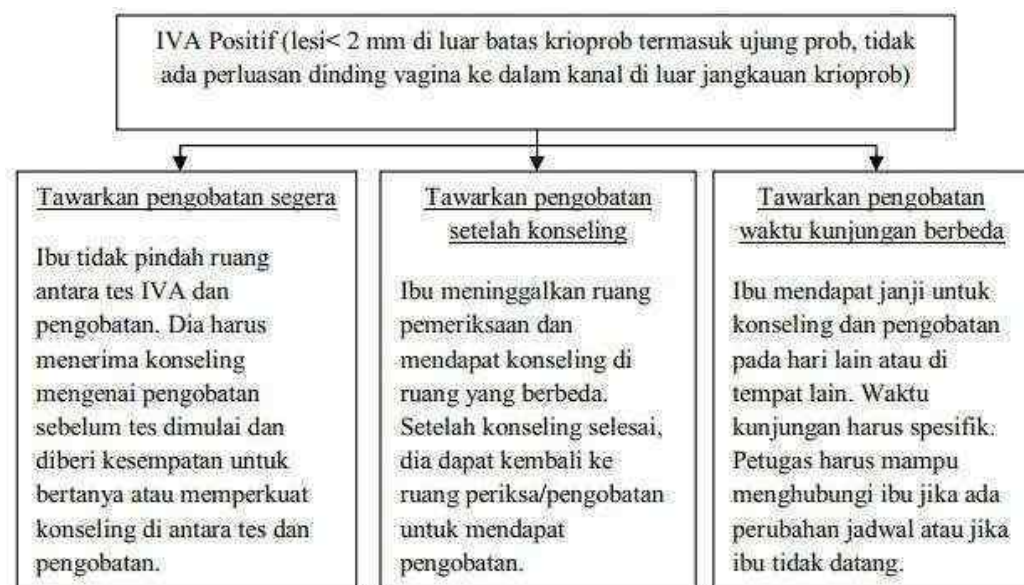
Klasifikasi IVA	Temuan Klinis
Hasil Tes Negatif	Permukaan polos dan halus, berwarna merah muda, ektropion polip, servisititis, inflamasi, <i>Nabothian cysts</i>
Hasil Tes Positif	Plak putih yang tebal atau <i>epitel acetowhite</i> , biasanya dekat <i>squamo-columnar junction</i> (SCJ) (gambar 2.3)
Kanker	Pertumbuhan seperti bunga kol dan mudah berdarah



Gambar 2.3 Gambaran IVA Positif (Carr & Sellors, 2004)

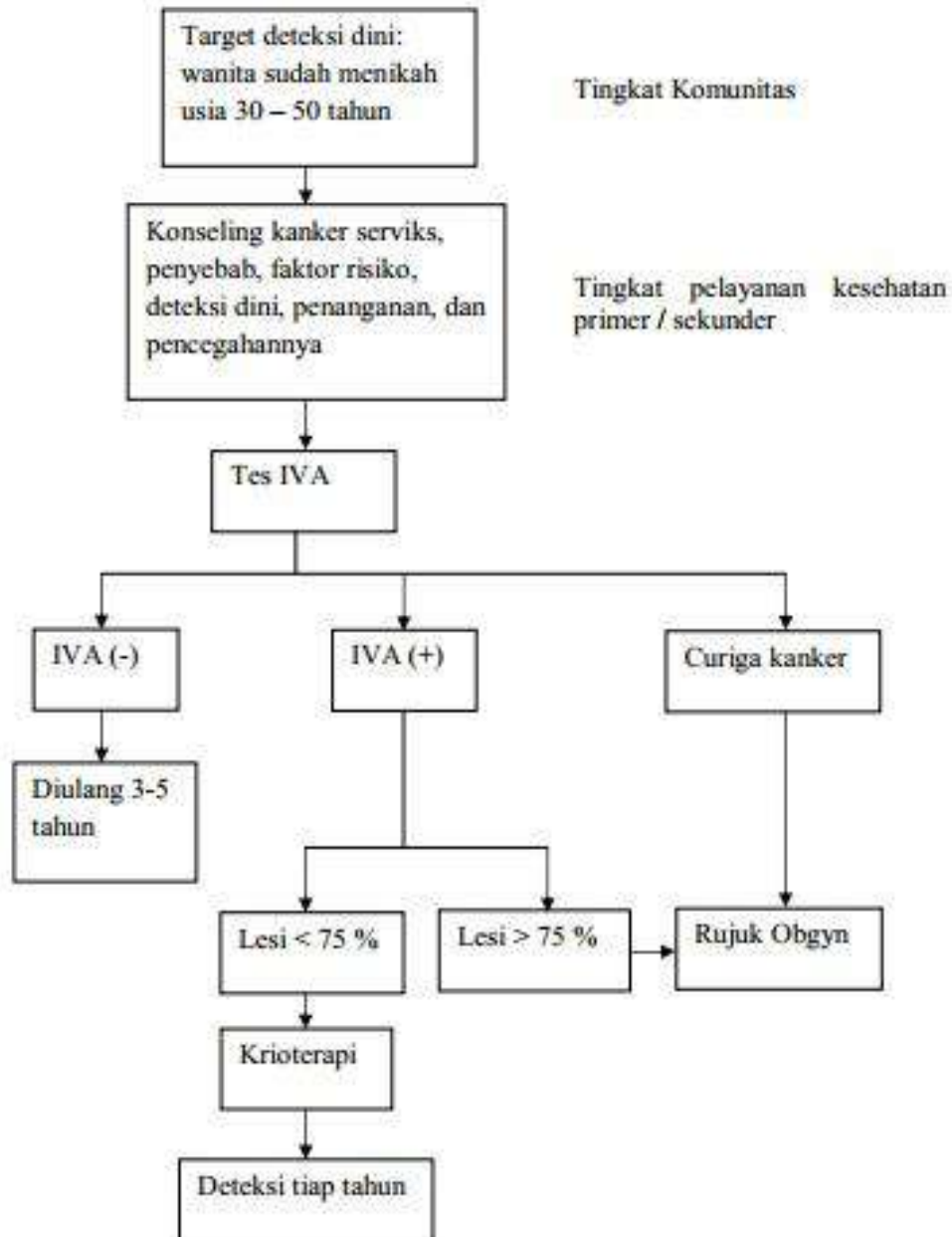
Berikut adalah bagan tindak lanjut hasil IVA positif dan Pengobatan di

FKTP:



Gambar 2.4. Tindak Lanjut Hasil IVA Positif dan Pengobatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Kemenkes RI, 2015)

Alur Diagnosis Deteksi Dini dan Tata Laksana dengan Tes IVA di Indonesia dijelaskan pada gambar 2.5.



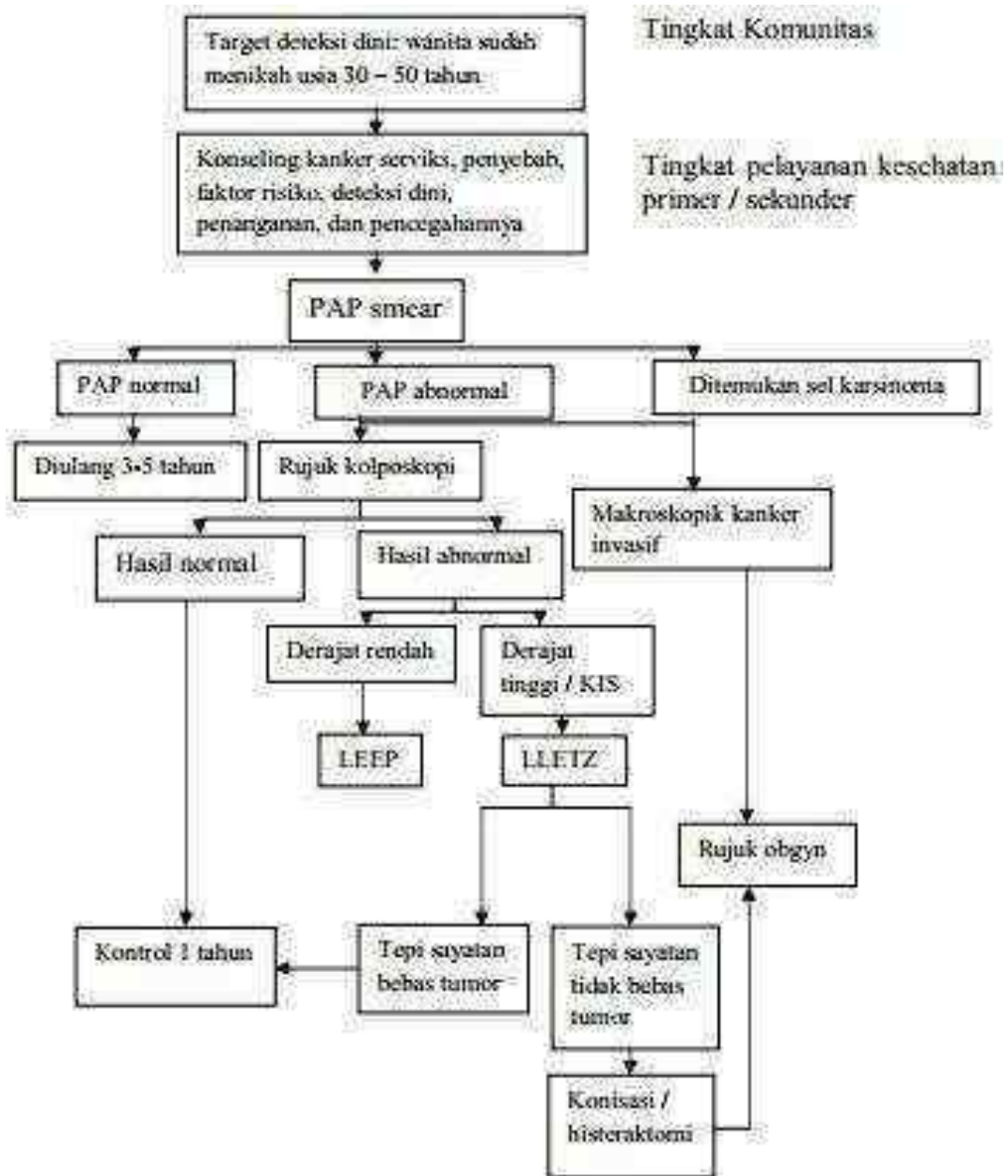
Gambar 2.5. Alur Diagnosis, Deteksi Dini, dan Tata Laksana Kanker serviks di Indonesia (dengan IVA) (Andrijono et al., 2013)

b. PAP Smear

Tabel 2.4. Pedoman deteksi dini kanker serviks dengan PAP Smear (Schwaiger, Aruda, LaCoursiere, Lynch, & Rubin, 2013)

	<i>American cancer society</i>	<i>US Preventive Services Task Force</i>	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
Usia pertama kali deteksi dini	21 tahun	21 tahun	21 tahun
Metode dan interval untuk usia 21-29 tahun	Pap smear tiap 3 tahun Tidak ada tes DNA HPV untuk wanita antara 21 dan 29 kecuali hasil pap smear positif	Pap smear setiap 3 tahun (sampai usia 65 tahun) Tidak ada tes DNA HPV untuk wanita berusia di bawah 30 saja atau dikombinasikan dengan pap smear	Pap smear konvensional setiap 3 tahun Tidak ada tes DNA HPV di bawah usia 30 tahun
Metode dan interval untuk usia 30-65 tahun	Pap smear dan tes HPV setiap 5 tahun lebih diutamakan Pap smear saja bisa dilakukan setiap 3 tahun sekali Tes yang lebih sering harus dilakukan pada wanita yang memiliki HIV, transplantasi organ, kemoterapi, penggunaan steroid kronis, paparan DES, atau riwayat pengobatan prakanker	Pap smear dan Tes HPV setiap 5 tahun sekali Wanita dengan diagnosis lesi serviks prekanker tingkat tinggi atau kanker serviks, dalam paparan uterus terhadap DES, atau immunocompromise harus melakukan pemeriksaan yang lebih sering.	Wanita di kelompok usia ini yang memiliki hasil tes negatif, co-testing dengan Pap smear dikombinasikan dengan tes HPV setiap 5 tahun sekali Pap smear saja setiap 3 tahun sekali diterima wanita dalam kelompok usia ini jika tes HPV tidak tersedia Wanita dengan riwayat kanker serviks atau yang HIV-positif, immunocompromised, atau terpapar DES in utero sebaiknya tidak mengikuti pedoman deteksi dini kanker serviks rutin. Wanita ini mungkin perlu pemeriksaan lebih sering.
Saat mengakhiri deteksi dini	Lebih dari 65 tahun dengan deteksi dini reguler di masa lalu dengan hasil normal Lanjutkan deteksi dini untuk wanita dengan riwayat pendahulu serviks sebelumnya	Lebih dari 65 tahun dengan dengan Pap smear normal, yang tidak berisiko tinggi terkena kanker serviks	Lebih dari 65 tahun tanpa riwayat CIN 2, CIN 3, adenokarsinoma in situ, atau kanker serviks dan yang juga memiliki 3 hasil tes Pap negatif berturut-turut atau 2 hasil tes negatif berturut-turut dalam 10 tahun sebelumnya, termasuk dengan tes dilakukan dalam 5 tahun terakhir
Deteksi dini pasca histerektomi removal serviks	Hentikan deteksi dini jika tidak ada riwayat kanker serviks atau prakanker	Hentikan deteksi dini jika tidak ada riwayat lesi prakanker tingkat tinggi (grade CIN) 2 atau 3) atau kanker serviks	Hentikan deteksi dini jika tidak ada riwayat CIN 2 atau CIN 3

Alur diagnosis, deteksi dini, dan tata laksana dengan Pap smear di Indonesia dijelaskan pada Gambar 2.6.



Gambar 2.6. Alur Diagnosis, Deteksi Dini, dan Tata Laksana Kenker serviks di Indonesia (dengan PAP Smear) (Andrijono et al., 2013).

c. Tes HPV DNA

Faktor risiko kanker serviks adalah infeksi HPV. Tes HPV (tipe *high-risk* atau karsinogenik) yang kemungkinan besar menyebabkan kanker serviks dilakukan dengan mencari potongan DNA HPV di sel serviks. Tes ini bisa dilakukan bersamaan dengan Pap smear *liquid*. Tes DNA HPV paling sering digunakan dalam 2 situasi (American Cancer Society, 2016) yaitu:

- 1) Tes DNA HPV dapat digunakan bersamaan dengan tes Pap untuk skrining kanker serviks. *American Cancer Society* merekomendasikan kombinasi ini untuk wanita berusia 30 dan lebih tua. Tes DNA HPV tidak disarankan untuk deteksi dini kanker serviks pada wanita berusia di bawah 30 tahun karena wanita berusia 20-an yang aktif secara seksual jauh lebih mungkin (daripada wanita yang lebih tua) untuk memiliki infeksi HPV yang akan hilang dengan sendirinya. Bagi wanita muda ini, hasil tes ini tidak signifikan dan mungkin lebih membingungkan.
- 2) Tes DNA HPV juga dapat digunakan pada wanita yang memiliki hasil tes Pap yang tidak normal (ASC-AS) untuk mengetahui apakah mereka memerlukan pengujian atau perawatan lebih lanjut.

Tes DNA HPV telah disetujui oleh FDA untuk digunakan tanpa tes Pap untuk skrining kanker serviks. Jika hasil pap smear normal, namun tes DNA HPV positif, pilihan utamanya adalah (American Cancer Society, 2016):

- 1) Ulangi pengujian bersama (dengan tes Pap dan tes HPV) dalam satu tahun
- 2) Pengujian untuk jenis HPV 16 atau 18 (ini sering dapat dilakukan pada sampel di laboratorium). Jika tes positif untuk tipe 16 atau 18, kolposkopi

akan direkomendasikan (kolposkopi dibahas di bagian ini, hasil tes Pap abnormal). Jika tes negatif, harus mengulangi *co-testing* dalam satu tahun.

2.2 Konsep Perilaku

Perilaku diartikan sebagai tindakan atau aktifitas dari manusia yang mempunyai bentangan yang sangat luas seperti: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, menulis, membaca, dan sebagainya. sehingga disimpulkan bahwa perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati (Notoatmodjo, 2010).

2.2.1 Domain perilaku

Notoatmodjo (2010) menjelaskan tentang determinan perilaku bahwa salah satu teori untuk mengungkap determinan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan adalah Teori Lawrence Green yang mengatakan bahwa perilaku terbentuk dari 3 faktor, yaitu: faktor predisposisi (*predisposing factor*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya; faktor pendukung (*enabling factor*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, fasilitas atau sarana kesehatan; faktor pendorong (*reinforcing faktor*) yang terwujud dalam perilaku tenaga kesehatan, masyarakat, keluarga dan orang lain. Pengukuran hasil, ketiga domain tersebut diukur dari:

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi intensitas perhatian dan persepsi terhadap obyek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera

pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata) (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

Menurut Notoatmodjo (2010) Pengetahuan seseorang terhadap obyek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yaitu:

a. Tahu (*know*)

Diartikan hanya sebagai recall memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Untuk mengetahui atau mengukur bahwa orang tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan-pertanyaan.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekadar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekadar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

d. Analisa (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan/atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu obyek tertentu.

2. Sikap

Sikap adalah respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus. Salah seorang ahli psikologi sosial, Newcomb menyatakan bahwa sikap merupakan kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu (Notoatmodjo, 2010).

Konstrak kognisi, afeksi, dan konasi tidak menyatu langsung ke dalam konsepsi mengenai sikap. Pandangan ini dinamakan tripartie model, menempatkan komponen afeksi, kognisi, dan konasi sebagai faktor pertama dalam suatu model hirarkis. Ketiganya didefinisikan tersendiri dan kemudian dalam abstraksi yang lebih tinggi membentuk konsep sikap sebagai faktor tunggal jenjang kedua (Rosenberg dan Hovland, 1960; Ajzen, 1988 dalam Azwar, 2013). Ketiga komponen ini saling berinteraksi. Ketiganya selaras dan konsisten, dikarenakan apabila dihadapkan dengan satu obyek sikap yang sama maka ketiga komponen itu harus mempolakan arah sikap yang seragam. Secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting (Azwar, 2013).

a. Kognitif

Berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi obyek sikap. Sekalipun kepercayaan telah terbentuk, hal ini akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai apa yang diharapkan dari obyek tertentu. Dengan demikian, interaksi kita dengan pengalaman dimasa yang akan datang serta, prediksi kita mengenai pengalaman tersebut akan mempunyai arti dan keteraturan. Tanpa adanya sesuatu yang kita pasti menjadi terlampau kompleks untuk dihayati dan sulit untuk ditafsirkan artinya. Kepercayaan yang menyederhanakan dan mengatur apa yang kita lihat dan kita temui (Azwar, 2013).

b. Afektif

Komponen afektif menyangkut masalah emosional subjektif seseorang terhadap obyek sikap. Secara umum, komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Namun, pengertian perasaan pribadi seringkali sangat berbeda perwujudannya bila dikaitkan dengan sikap. Reaksi emosional yang merupakan komponen afektif ini banyak dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang kita percayai sebagai benar dan berlaku bagi obyek yang dimaksud (Azwar, 2013).

c. Konatif

Bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya. Hal ini berkaitan dengan dasar asumsi bahwa kepercayaan dan perasaan banyak mempengaruhi perilaku.

Sikap dibagi ke dalam beberapa tingkatan, yaitu: (1) Menerima, yaitu orang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek). (2) Merespon,

yaitu memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. (3) Menghargai, yaitu mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah, (4) Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

3. Tindakan atau praktik

Sikap belum terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain antara lain adanya fasilitas atau sarana dan prasarana. Praktik atau tindakan ini dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitasnya yaitu:

- a. Praktik terpimpin, apabila seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan.
- b. Praktik secara mekanisme, apabila subyek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis maka disebut praktik mekanis.
- c. Adopsi (*adoption*) merupakan suatu tindakan yang sudah berkembang, apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi, atau tindakan atau perilaku yang berkualitas.

Beberapa orang mungkin pernah mendengar bahwa evaluasi mengenai perubahan perilaku atau praktik umumnya memakan 21 hari. pernyataan ini tampaknya berasal dari bukti anekdot pasien yang telah menerima perawatan bedah plastik dan secara khas disesuaikan secara psikologis dengan penampilan baru mereka dalam 21 hari. Penelitian yang lebih relevan menemukan bahwa evaluasi perubahan perilaku rata-rata memakan waktu sekitar 66 hari (Gardner, Lally, & Wardle, 2012).

2.2.2 Faktor yang mempengaruhi perilaku

1. Faktor-faktor predisposisi

Faktor yang terwujud dalam kepercayaan, keyakinan nilai-nilai dan juga variasi demografi. Faktor ini bersifat dari dalam diri individu tersebut.

a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, (Notoatmodjo, 2010) yaitu: a) kesadaran, dimana seseorang menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus, b) tertarik terhadap stimulus atau obyek tersebut, c) evaluasi terhadap baik tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya, d) mencoba melakukan sesuatu sesuai apa yang dikehendaki oleh stimulus, e) Adoption perilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

b. Keyakinan

Keyakinan adalah pendirian bahwa suatu fenomena atau obyek benar atau nyata. Kebenaran adalah kata-kata yang sering digunakan untuk mengungkapkan atau mensyaratkan keyakinan agar terjadi perubahan perilaku. Seseorang harus yakin bahwa kesehatannya terancam. Orang tersebut harus merasakan potensi keseriusan kondisi itu dalam bentuk nyeri atau ketidaknyamanan, kehilangan

waktu untuk bekerja, dan kesulitan ekonomi. Orang yang bersangkutan harus yakin bahwa manfaat yang berasal dari perilaku sehat melebihi pengeluaran yang harus dibayarkan dan sangat mungkin dilaksanakan serta berada dalam kapasitas jangkauannya. Harus ada “isyarat kunci yang bertindak” atau sesuatu kekuatan pencetus yang membuat orang itu merasa perlu mengambil keputusan tindakan.

c. Nilai

Nilai-nilai perseorangan tidak dapat dipisahkan dari pilihan perilaku. Konflik dalam hal nilai yang menyangkut kesehatan merupakan satu dari dilema dan tantangan penting bagi para penyelenggara pendidikan kesehatan.

d. Sikap

Sikap merupakan kecenderungan jiwa atau perasaan yang relatif tetap terhadap kategori tertentu dari obyek, atau situasi.

2. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*)

Merupakan faktor pendukung yang terwujud dalam lingkungan fisik, termasuk di dalamnya adalah berbagai macam sarana dan prasarana, misal : dana, transportasi, fasilitas, kebijakan pemerintah dan lain sebagainya.

a. Sarana

Segala jenis peralatan, perlengkapan kerja dan fasilitas yang berfungsi sebagai alat utama/pembantu dalam pelaksanaan pekerjaan dan juga dalam rangka kepentingan yang sedang berhubungan dengan organisasi kerja.

b. Prasarana

Penunjang keberhasilan suatu proses upaya yang dilakukan di dalam pelayanan publik, karena apabila kedua hal ini tidak tersedia maka semua kegiatan

yang dilakukan tidak akan dapat mencapai hasil yang diharapkan sesuai dengan rencana.

- 1) Dana merupakan nilai ekonomi dana dapat dengan segera dalam bentuk barang dan jasa.
 - 2) Transprotasi adalah pemindaian manusia, hewan atau barang dari satu tempat ke tempat lainnya dengan menggunakan sebuah wahana yang digunakan untuk memudahkan manusia dalam melakukan aktifitas sehari-hari.
 - 3) Fasilitas adalah segala sesuatu yang dapat mempermudah dan memperlancar kerja.
 - 4) Kebijakan pemerintah yaitu suatu aturan yang mengatur kehidupan bersama yang harus ditaati dan berlaku mengikat seluruh warganya. Setiap pelanggaran akan diberi sanksi dijatuhkan didepan masyarakat oleh lembaga yang mempunyai tugas menjatuhkan sanksi.
3. Faktor-faktor pendukung (*reinforcing factors*)

Faktor ini meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku petugas termasuk petugas kesehatan, undang-undang peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan.

Tokoh masyarakat adalah orang yang dianggap serba tahu dan mempunyai pengaruh yang besar terhadap masyarakat. Sehingga segala tindakanduknya merupakan pola aturan patut diteladani oleh masyarakat. Tokoh agama adalah panutan yang mempresentasikan kegalauan umatnya dan persoalan yang sudah dianggap oleh para tokoh agama menjadi perhatian untuk diselesaikan dan

dicarikan jalan keluarnya. Petugas kesehatan adalah tenaga profesional, seyogyanya selaku menerapkan etika dalam sebagian besar aktifitas sehari-hari. Etika yang merupakan suatu norma perilaku atau bisa disebut dengan azaz moral, sebaiknya selalu dijunjung dalam kehidupan bermasyarakat kelompok manusia.

2.3 Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (PKK)

2.3.1 Pengertian

Berdasarkan Permendagri Nomor 1 Tahun 2013 Pasal 1 (Menteri Dalam Negeri, 2013) bahwa:

“Gerakan Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga, selanjutnya disingkat Gerakan PKK adalah gerakan nasional dalam pembangunan masyarakat yang tumbuh dari bawah yang pengelolaannya dari, oleh dan untuk masyarakat, menuju terwujudnya keluarga yang beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia dan berbudi luhur, sehat sejahtera, maju dan mandiri, kesetaraan dan keadilan gender serta kesadaran hukum dan lingkungan”.

Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (PKK) merupakan wadah membina keluarga bermasyarakat baik di perkotaan maupun di pedesaan yang dapat menghasilkan sinergi untuk keluarga sejahtera yang mandiri dengan meningkatkan mental spiritual perilaku hidup dengan menghayati dan mengamalkan Pancasila. Berbagai upaya dan kegiatan seperti meningkatkan pendidikan dan ketrampilan yang diperlukan, ikut mengupayakan dalam kehidupan bangsa serta meningkatkan pendapatan keluarga, meningkatkan kualitas dan kuantitas pangan keluarga, meningkatkan derajat kesehatan, kelestarian lingkungan hidup serta membiasakan hidup berencana dalam semua aspek kehidupan dan perencanaan ekonomi keluarga dengan membiasakan menabung dikembangkan dalam wadah ini. Adanya pengelolaan PKK baik

kegiatan pengorganisasian maupun pelaksanaan program-program, yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi masyarakat (Sutedjo, 2006).

PKK memiliki panca dharma PKK. Panca dharma berisi tentang peranan-peranan wanita dalam kehidupan, yaitu:

1. Wanita sebagai pendamping suami
2. Wanita sebagai pengelola rumah tangga
3. Wanita sebagai penerus keturunan dan pendidik anak
4. Wanita sebagai pencari nafkah tambahan
5. Wanita sebagai warga negara dan anggota masyarakat

2.3.2 Visi dan misi PKK

1. Visi

Terwujudnya keluarga yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia dan berbudi luhur, sehat sejahtera, maju, mandiri, kesetaraan dan keadilan gender serta kesadaran hukum dan lingkungan.

2. Misi

- a. Meningkatkan mental spiritual, perilaku hidup dengan menghayati dan mengamalkan Pancasila serta meningkatkan pelaksanaan hak dan kewajiban sesuai dengan Hak Asasi Manusia (HAM), demokrasi, meningkatkan kesetiakawanan sosial dan kegotongroyongan serta pembentukan watak bangsa yang selaras, serasi dan seimbang.
- b. Meningkatkan pendidikan dan ketrampilan yang diperlukan, ikut mengupayakan dalam mencerdaskan kehidupan bangsa serta meningkatkan pendapatan keluarga.

- c. Meningkatkan kualitas dan kuantitas pangan keluarga, serta upaya peningkatan pemanfaatan pekarangan melalui Halaman Asri, Teratur, Indah dan Nyaman (hatinya) PKK, sandang dan perumahan serta tata laksana rumah tangga yang sehat.
- d. Meningkatkan derajat kesehatan kelestarian lingkungan hidup serta membiasakan hidup berencana dalam semua aspek kehidupan dan perencanaan ekonomi keluarga dengan membiasakan menabung.
- e. Meningkatkan pengelolaan Gerakan PKK, baik kegiatan pengorganisasian maupun pelaksanaan program-programnya, yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi masyarakat setempat.

2.3.3 Tujuan PKK

1. Tujuan Umum

Mendorong peningkatan kemandirian Gerakan PKK dalam keluarga dan masyarakat di lingkungannya melalui pelaksanaan kegiatan 10 Program Pokok PKK.

2. Tujuan khusus

Meningkatkan efektivitas, efisiensi dan akuntabilitas dalam pelaksanaan kegiatan 10 Program Pokok PKK yang merata di semua jenjang, serta meningkatkan mutu pengorganisasian Gerakan PKK dan kapasitas Gerakan PKK baik di desa dan maupun di kota dengan kader-kader yang handal dan berkualitas, serta meningkatkan kemitraan dalam pelaksanaan UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

2.3.4 Prinsip dasar PKK

Dalam menyusun suatu rencana kerja atau kegiatan perlu memperhatikan beberapa prinsip dasar antara lain:

1. Adanya sejumlah kekuatan yang dimiliki atau kekuatan yang mendukung, baik internal maupun eksternal yang berpengaruh terhadap upaya atau kegiatan yang akan dilakukan.
2. Adanya berbagai kelemahan yang dihadapi dan yang secara nyata berpengaruh terhadap proses kegiatan yang akan dilakukan.
3. Adanya beberapa peluang atau kondisi yang memungkinkan sehingga dapat didayagunakan atau dimanfaatkan untuk memperlancar tujuan yang akan dicapai.
4. Adanya ancaman yang diperkirakan dapat berpengaruh secara langsung terhadap pencapaian tujuan kegiatan yang dilakukan. PKK dapat menyusun suatu rencana kerja secara baik, tepat guna, tepat sarana dan sesuai dengan permasalahan yang dihadapi maupun potensi yang dimiliki.

2.3.5 Program Pokok PKK

Program PKK pada disesuaikan dengan Pedoman Umum baru Tim Penggerak PKK di dalam melaksanakan 10 Program Pokok PKK, telah melakukan pembenahan kesekretariatan dan pembinaan langsung ke setiap Kecamatan dan Kelurahan. Adapun program PKK yang harus diperhatikan yaitu:

1. Penghayatan dan pengamalan Pancasila

Menumbuhkan kesadaran berkeluarga dalam kehidupan bermasyarakat berbangsa dan bernegara perlu memahami hak dan kewajibannya sebagai warga Negara dengan sosialisasi melalui penyuluhan, pelatihan dan simulasi terpadu.

2. Gotong royong

Dalam pelaksanaan gotong royong perlu membangun kerja sama yang baik antarsesama keluarga, warga dan kelompok dalam rangka mewujudkan semangat persatuan dan kesatuan.

3. Pangan

Mempelajari cara pengolahan akan kebutuhan makanan keluarga sebagai faktor penting untuk pertumbuhan dan kesehatan individu di dalam kesejahteraan keluarga. Makanan keluarga harus cukup seimbang, mengandung kalori yang sesuai dengan keperluan setiap individu sehingga cukup protein, vitamin dan mineral, menarik dan sedap sesuai selera dan keuangan keluarga.

4. Sandang

Cara pengelolaan kebutuhan keluarga sebagai kebutuhan hidup yang mempunyai pengaruh terhadap individu baik jasmani, rohani dan sosial. Dan membudayakan perilaku berbusana sesuai dengan moral budaya Indonesia dan meningkatkan kesadaran masyarakat mencintai produksi dalam negeri.

5. Perumahan dan tata laksana rumah tangga

Perumahan sebagai kebutuhan hidup yang pokok disamping sandang dan pangan. Perumahan mempunyai pengaruh yang besar terhadap kesejahteraan keluarga, sehingga perlu diusahakan agar fungsi rumah sebagai tempat tinggal menjadi nyaman dan layak untuk ditinggali. Meningkatkan permasyarakatan tentang perumahan sehat dan layak huni serta menumbuhkembangkan kesadaran akan bahaya bertempat tinggal di daerah perbukitan dan menumbuhkan kesadaran hukum tentang kepemilikan rumah dan tanah.

6. Pendidikan dan keterampilan

Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran keluarga mengenai tumbuh kembang anak balita secara optimal dan pentingnya PAUD melalui pelatihan BKB atau Bina Keluarga Balita dan penyuluhan orientasi PAUD. Melakukan penyuluhan dan menggerakkan keluarga tentang wajib belajar pendidikan dasar 12 tahun (Wajib Dikdas 12 tahun).

7. Kesehatan

Memelihara kesehatan individu maupun keluarga dan lingkungannya, baik jasmani, rohani dan sosial mencakup pendidikan kesehatan pribadi dan keluarganya, kebersihan lingkungan, sumber air minum yang sehat, pembuangan limbah dan pelestarian lingkungan hidup. Dan upaya perbaikan gizi keluarga, kepedulian keluarga terhadap perilaku hidup bersih dan sehat serta pola makan sehat dan bergizi seimbang.

8. Pengembangan kehidupan berkoperasi

Memotivasi keluarga agar mau menjadi anggota koperasi untuk meningkatkan penghasilan keluarga. Keuangan keluarga secara rasional, efektif dan efisien berdasarkan penghasilan keluarga yang dihubungkan dengan pendapatan dan pengeluaran dengan melaksanakan cara hidup sederhana dan sehat.

9. Kelestarian lingkungan hidup

Kebiasaan membuang sampah di tempat yang benar, cuci tangan dengan sabun setelah buang air kecil/besar dan sebelum makan, minum serta dalam mengolah makanan. Pengelolaan sampah rumah tangga dan kebersihan

perorangan dan melakukan program sejuta pohon sebagai paruparu lingkungan perumahan.

10. Perencanaan sehat

Pentingnya suatu perencanaan untuk masa depan kehidupan dan penghidupan keluarga dengan mempertimbangkan bakat, kondisi dan kesanggupan dari masing-masing keluarga sehingga dapat mencapai keluarga sejahtera dan kesejahteraan masyarakat. Meningkatkan penyuluhan tentang pentingnya pemahaman dan kesertaan dalam program keluarga berencana menuju keluarga berkualitas.

Kesepuluh pokok program PKK ini saling berhubungan, saling mempengaruhi dan tidak dapat dipisahkan, sehingga menjadi satu kesatuan ilmu pengetahuan dan ketrampilan yang mendasarkan pada kesejahteraan keluarga, meliputi sandang, pangan, perumahan, keuangan/berkoperasi, kesehatan dan keamanan. Untuk itu segala sumber yang ada dalam keluarga harus ditatalaksanakan yang berarti segala aktivitas keluarga direncanakan terlebih dahulu.

Pelaksanaan tatalaksana untuk mencapai tujuan yang diinginkan harus bekerja sama antar anggota keluarga dan dalam kehidupan bermasyarakat. Sehingga perlu adanya penghayatan dan pengamalan Pancasila serta gotong royong dengan cara memberikan pendidikan dan ketrampilan bagi keluarga. Berdasarkan pemaparan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa PKK merupakan organisasi yang menjadi wadah dalam membina keluarga bermasyarakat baik di perkotaan maupun di pedesaan yang dapat menghasilkan sinergi untuk keluarga

sejahtera pembangunan masyarakat yang tumbuh dari bawah, yang pengelolaannya dari, oleh dan untuk masyarakat.

2.3.6 Program kelompok kerja (Pokja) PKK

1. Pokja I mengelola program penghayatan dan pengamalan Pancasila, dan gotong royong
2. Pokja II mengelola program pendidikan dan ketrampilan, dan pengembangan kehidupan berkoperasi
3. Pokja III mengelola program pangan, sandang, dan perumahan dan tata laksana rumah tangga
4. Pokja IV mengelola program kesehatan, kelestarian lingkungan hidup, dan perencanaan sehat.

2.3.7 Peranan PKK

Peranan PKK merupakan segala macam tindakan yang dilakukan melalui berbagai macam kegiatan ketrampilan yang banyak dilakukan mulai dari hidup sehat, pendidikan keluarga yang dimulai dari lingkungan terbawah hingga Desa dan kelurahan.

Peran PKK sangat penting bagi pemerintah karena merupakan penengak utama antara negara dan wanita desa. PKK bahkan bertugas untuk mensukseskan program P4 (Pedoman Penghayatan dan Pengamalan Pancasila) pemerintah secara tegas menyebutkan bahwa PKK berperan dan bertujuan sebagai pembantu pemerintah dalam usaha pembangunan. Bahkan dalam struktur organisasi berada di bawah naungan departemen dalam negeri, dan ketuanya di tingkat desa adalah istri kepala desa. Peranan PKK tersebut sejalan dengan visi dan misi PKK, dan

didukung dengan sepuluh program pokok yang dimiliki PKK, kemudian lebih dikenal sebagai “Sepuluh Program Pokok PKK”.

Dengan sepuluh program pokok PKK tersebut dapat diketahui secara jelas bahwa PKK memiliki agenda dan tujuan yang sangat mulia, yaitu ingin mencapai kemajuan dan kesejahteraan keluarga yang menjadi dambaan setiap keluarga. Supaya dalam pelaksanaannya dapat berdaya guna dan berhasil guna, maka PKK membentuk Kelompok Kerja (Pokja) dengan spesifikasi penanganan yang khusus. Pokja-pokja tersebut (sekarang ada empat pokja) berjalan seiring dan saling melengkapi sehingga koordinasi di antara keempat pokja tersebut sangat diperlukan untuk mencapai hasil yang optimal.

2.4 Konsep Pendidikan Kesehatan

WHO mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan kesehatan fisik, sosial dan mental yang lengkap, dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan. Sebagai tambahan, Deklarasi Ottawa menyatakan bahwa individu atau kelompok harus dapat mengidentifikasi dan mewujudkan aspirasi, memenuhi kebutuhan, dan untuk mengubah atau mengatasi lingkungan. Oleh karena itu, kesehatan dipandang sebagai sumber kehidupan sehari-hari, bukan tujuan hidup. Kesehatan adalah konsep positif yang menekankan sumber daya sosial dan pribadi, serta kemampuan fisik (Hou, 2014).

Pendidikan Kesehatan merupakan tindakan yang dilakukan secara sadar membangun kesempatan untuk belajar dengan melibatkan beberapa bentuk komunikasi yang dirancang untuk meningkatkan kemampuan membaca kesehatan, termasuk meningkatkan pengetahuan, dan mengembangkan kecakapan hidup, yang kondusif bagi kesehatan individu dan masyarakat (Hou, 2014).

Glosarium promosi kesehatan WHO menggambarkan pendidikan kesehatan tidak terbatas untuk penyebaran informasi terkait kesehatan tetapi juga mendorong motivasi, keterampilan dan kepercayaan diri yang diperlukan untuk mengambil tindakan untuk memperbaiki kesehatan, serta komunikasi informasi mengenai kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan yang mendasarinya yang berdampak kesehatan, serta faktor risiko individu dan perilaku berisiko, dan penggunaan sistem perawatan kesehatan. Oleh karena itu, tujuan yang luas dari pendidikan kesehatan tidak hanya untuk meningkatkan pengetahuan tentang perilaku kesehatan pribadi, tetapi juga untuk mengembangkan ketrampilan yang mendemonstrasikan kelayakan politik dan kemungkinan organisasi dari berbagai bentuk tindakan untuk mengatasi faktor-faktor penentu kesehatan sosial, ekonomi dan lingkungan.

Beberapa istilah seperti literasi kesehatan dan promosi kesehatan mungkin saling tumpang tindih dengan istilah pendidikan kesehatan. Literasi kesehatan merupakan tingkat di mana orang dapat mengakses, memahami, menilai dan mengkomunikasikan informasi untuk terlibat dengan tuntutan konteks kesehatan yang berbeda untuk mempromosikan dan memelihara kesehatan yang baik di seluruh jalur kehidupan (Hou, 2014). Promosi kesehatan adalah proses untuk memungkinkan orang meningkatkan kontrol, dan memperbaiki kesehatan mereka. Banyak yang telah ditulis selama bertahun-tahun tentang hubungan, keunikan dan tumpang tindih antara pendidikan kesehatan, promosi kesehatan dan konsep lainnya, seperti melek kesehatan, perawatan kesehatan primer, pengembangan masyarakat dan mobilisasi, dan peran pemberdayaan. Menggambarkan berbagai hubungan ini tidaklah mudah; Temuan dan konsensus tidak akan jatuh rapi ke

tempatya seperti potongan teka-teki gambar. Selanjutnya, diskusi seputar konsep ini bisa menjadi intens karena afiliasi profesional yang terkait dengannya seringkali kuat dan mengakar. Hambatan lainnya adalah kurangnya konsistensi dalam terminologi yang digunakan, yaitu karena konsep itu sendiri masih berkembang atau telah berevolusi pada waktu yang berbeda dari disiplin ilmu yang terpisah seperti psikologi, sosiologi, kedokteran dan bidang keadilan sosial.

2.4.1 Pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan

Promosi kesehatan berkaitan dengan peningkatan kesehatan dengan berusaha mempengaruhi gaya hidup, layanan kesehatan dan, yang terpenting, lingkungan (yang tidak terbatas pada lingkungan fisik namun juga mencakup keadaan budaya dan sosioekonomi yang secara substansial menentukan status kesehatan). Ada beberapa definisi promosi kesehatan yang diakui, yang sebagian besar mencakup prinsip kesehatan, partisipasi masyarakat dan pemberdayaan individu. Yang paling menonjol, dari *Ottawa Charter for Health Promotion*, mengajukan kerangka kerja untuk tindakan yang menetapkan lima bidang prioritas: membangun kebijakan publik yang sehat; menciptakan lingkungan yang mendukung; memperkuat aksi masyarakat; mengembangkan keterampilan pribadi; dan reorientasi layanan kesehatan (Hou, 2014).

Promosi kesehatan berakar pada berbagai disiplin ilmu. Seiring waktu promosi kesehatan memasukkan beberapa komponen yang sebelumnya terpisah, salah satunya adalah pendidikan kesehatan. Beberapa pihak berwenang berpendapat bahwa promosi kesehatan terdiri dari tiga komponen yang saling tumpang tindih: pendidikan kesehatan, perlindungan kesehatan dan pencegahan. (Hou, 2014) Daerah yang tumpang tindih ini, seperti yang digambarkan pada

Gambar 2.7, berpotensi besar: pendidikan kesehatan, misalnya, mencakup upaya pendidikan untuk mempengaruhi gaya hidup yang menjaga kesehatan dan upaya mendorong partisipasi dalam layanan pencegahan. Perlindungan kesehatan menangani kebijakan dan peraturan yang bersifat preventif. Upaya gabungan ketiga komponen tersebut merangsang lingkungan sosial yang kondusif bagi keberhasilan tindakan perlindungan kesehatan preventif seperti lobi intensif untuk undang-undang sabuk pengaman.



Gambar 2.7. Model Promosi Kesehatan (Hou, 2014)

Terdapat sudut pandang yang lebih luas. Green dan Kreuter berpendapat bahwa ciri khas pendidikan kesehatan adalah partisipasi sukarela peserta didik dalam menentukan praktik kesehatan mereka sendiri (Hou, 2014). WHO menjelaskan pendidikan kesehatan karena tidak terbatas pada penyebaran informasi terkait kesehatan tetapi juga mendorong motivasi, keterampilan dan kepercayaan diri (*self-efficacy*) yang diperlukan untuk mengambil tindakan untuk memperbaiki kesehatan dan juga komunikasi informasi mengenai kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan yang mendasari berdampak pada kesehatan, serta faktor risiko individu dan perilaku berisiko, dan penggunaan sistem perawatan

kesehatan. Oleh karena itu, tujuan yang luas dari pendidikan kesehatan tidak hanya untuk meningkatkan pengetahuan tentang pribadi, perilaku kesehatan, tetapi juga untuk mengembangkan keterampilan yang mendemonstrasikan kelayakan politik dan kemungkinan organisasi dari berbagai bentuk tindakan untuk mengatasi faktor-faktor penentu kesehatan sosial, ekonomi dan lingkungan.

O'Byrne (2011) dalam Hou (2014) membuat perbedaan antara aspek lingkungan individu yang berada dalam kendali seseorang, seperti perilaku terkait kesehatan individu dan penggunaan layanan kesehatan, dan aspek di luar kendali seseorang - faktor sosial, ekonomi dan lingkungan dan penyediaan layanan kesehatan. Promosi kesehatan, menurut O'Byrne, meliputi kedua wilayah tersebut. Melalui pendidikan kesehatan, ia menyediakan individu dan kelompok dengan pengetahuan, nilai dan keterampilan yang mendorong tindakan efektif untuk kesehatan. Melalui kebijakan publik yang sehat, hal itu menghasilkan komitmen politik untuk kebijakan dan praktik pendukung kesehatan, penyediaan layanan dan peningkatan kepentingan umum, dan permintaan akan kesehatan.

Pendidikan kesehatan, sesuai dengan yang diungkapkan O'Byrne, berfokus pada pengembangan kapasitas individu melalui teknik pendidikan, motivasi, pengembangan keterampilan dan peningkatan kesadaran. Kebijakan publik yang sehat memberikan dukungan lingkungan yang akan mendorong dan meningkatkan perubahan perilaku. Dengan mempengaruhi kedua faktor intrinsik dan ekstrinsik ini, perubahan bermakna dan berkelanjutan dalam kesehatan individu dan masyarakat dapat direalisasikan.

2.4.2 Pendidikan kesehatan dan literasi kesehatan

Menurut Ratzan (2001) dalam Hou (2014) istilah literasi kesehatan pertama kali digunakan dalam konteks pendidikan kesehatan sekitar 30 tahun yang lalu. Hari ini dianggap sebagai konsep penting tidak hanya di kalangan praktisi pendidikan kesehatan tapi juga di antara mereka yang terlibat dalam aspek promosi kesehatan yang lebih luas. Definisi istilah literasi kesehatan kesehatan muncul dalam glosarium WHO, di mana disarankan agar melek kesehatan melambangkan keterampilan kognitif dan sosial yang menentukan motivasi dan kemampuan individu untuk mendapatkan akses, memahami dan menggunakan informasi dengan cara yang mempromosikan dan menjaga kesehatan. Selain itu, literasi kesehatan kesehatan lebih berarti daripada membaca pamflet dan membuat janji temu. Dengan memperbaiki akses masyarakat terhadap informasi kesehatan, dan kemampuan mereka untuk menggunakannya secara efektif, melek kesehatan sangat penting untuk pemberdayaan. Definisi ini mewakili perluasan definisi terdahulu, termasuk mampu menerapkan keterampilan keaksaraan ke materi terkait kesehatan seperti resep, kartu janji, label obat, dan petunjuk untuk perawatan kesehatan di rumah (Hou, 2014) dan sejauh mana orang memiliki kapasitas untuk memperoleh, memproses, dan memahami informasi dan layanan kesehatan dasar yang diperlukan untuk membuat keputusan kesehatan yang dapat diterima (Hou, 2014).

Literasi kesehatan, dapat dipandang sebagai hasil untuk pendidikan kesehatan yang efektif dengan meningkatkan kapasitas individu untuk mengakses dan menggunakan informasi kesehatan untuk membuat keputusan kesehatan yang tepat dan menjaga kesehatan dasar.

2.5 *Health Talk*

Pendidikan kesehatan masyarakat adalah kombinasi antara pengalaman belajar yang dirancang untuk membantu individu dan masyarakat memperbaiki kesehatan mereka, dengan meningkatkan pengetahuan atau mempengaruhi sikap. Metode komunikasi khusus lebih berguna dalam setting spesifik pada kelompok tertentu daripada yang lain. Metode pendidikan kesehatan masyarakat adalah teknik atau cara serangkaian kegiatan untuk mengkomunikasikan gagasan, informasi dan mengembangkan keterampilan dan sikap yang diperlukan.

Health talk adalah bentuk pendidikan kesehatan yang digunakan sangat umum di seluruh dunia, namun di beberapa negara memang kurang populer. Biasanya dilakukan di Puskesmas atau klinik, di awal hari, saat pasien sampai di Puskesmas. Materi obrolan terkait dengan program medis untuk hari itu. *Health talk* biasanya diberikan dalam bahasa daerah setempat. Alat bantu visual dapat digunakan - poster, atau benda peraga (Prozesky, 2014).

Popularitas *health talk* bervariasi dari satu negara ke negara lain. Beberapa negara tidak digunakan sama sekali, sedangkan di tempat lain banyak digunakan. Seringkali petugas kesehatan merasa sangat perlu melakukan *health talk* karena pendidikan kesehatan dianggap sebagai salah satu elemen Perawatan Kesehatan Primer. Hal ini dipandang sebagai tugas rutin seperti yang lainnya di Puskesmas, dan dilakukan secara rutin (Prozesky, 2014).

Health talk adalah metode untuk berbagi informasi dengan masyarakat dengan pendekatan partisipatif. Ada banyak bukti bahwa *health talk* efektif dalam menyampaikan informasi kesehatan. Penelitian yang dilakukan di Afrika Selatan di daerah pedesaan yang luas menemukan bahwa tingkat pengetahuan masyarakat tentang topik perawatan kesehatan utama yang penting sangat tinggi, dan anggota

masyarakat melaporkan bahwa sumber informasi mereka adalah pusat kesehatan setempat (Prozesky, 2014). Penelitian menyebutkan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan, sikap dan motivasi berhenti merokok setelah dilakukan *health talk* (Wang et al., 2017). Penelitian lain dilakukan di Malawi menyebutkan *health talk* efektif meningkatkan pengetahuan, dan kesadaran tentang kesehatan penduduk Malawi (Nyirenda et al., 2016).

2.5.1 Kelebihan dan kekurangan

Peserta *health talk* bisa mencapai jumlah orang yang cukup banyak pada saat bersamaan, dan membutuhkan persiapan yang relatif sedikit. Sedangkan salah satu keterbatasan utamanya adalah peserta orang-orang yang sudah datang ke Puskesmas - orang-orang yang benar-benar membutuhkan informasi tersebut mungkin tidak datang ke puskesmas sama sekali (Prozesky, 2014). Meski begitu, *health talk* dapat dilakukan di luar Puskesmas dengan memasukkan *health talk* dalam kegiatan-kegiatan di komunitas.

2.5.2 Prinsip

Penyampaian informasi dengan *health talk* dapat optimal dengan memperhatikan hal-hal berikut (Prozesky, 2014):

1. Komunikasi dua arah, menghibur, dan ramah

Berbeda dengan metode ceramah yang memberikan informasi satu arah seperti “guru dan siswa”, dalam *health talk* lebih banyak interaksi dengan peserta. *Health talk* menghindari komunikasi satu arah, dan kaku yang akan membuat peserta bosan atau bahkan tidak nyaman untuk bertanya maupun berdiskusi. Idealnya, *health talk* harus menghindari suasana seperti di kelas.

2. Singkat – satu atau dua pesan inti saja.

Terlalu banyak informasi yang didiskusikan akan memperkecil retensi informasi yang diterima peserta. Oleh sebab itu, *health talk* haruslah singkat dengan satu atau dua pesan inti saja.

3. Materi pelajaran praktis

Materi haruslah sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat, sehingga peserta antusias mengikuti obrolan.

4. Menggunakan alat bantu visual

Alat bantu visual, ataupun peraga dapat membantu memudahkan penyampaian informasi kepada peserta.

5. Sederhana, bahasa mudah dipahami

Health talk harus mudah dipahami, oleh karena itu penggunaan istilah-istilah asing harus diminimalisir. Obrolan juga biasanya menggunakan bahasa daerah setempat, maka semua orang yang terlibat termasuk petugas kesehatan hendaknya memahami bahasa daerah setempat.

6. Peserta didorong untuk berpartisipasi dan mengajukan pertanyaan

Obrolan yang baik harus terjadi komunikasi dua arah, sehingga pemberi informasi harus mempunyai ketrampilan mendorong peserta untuk berpartisipasi dalam percakapan.

7. Suasana yang meriah dengan banyak tawa dan interupsi

Dibandingkan dengan metode ceramah, ini merupakan kebaikan dari *health talk*, bahwa kegiatan penyampaian informasi haruslah informal sehingga peserta tidak merasa diberikan pelajaran seperti di kelas. Suasana seperti ini

diciptakan agar peserta merasa nyaman berdiskusi bukan seperti pengajar dan orang yang diajar.

8. Memastikan bahwa peserta mengerti

Seperti halnya metode pendidikan kesehatan pada umumnya, pada akhir *health talk* harus dipastikan bahwa semua peserta mengerti mengenai topik yang dibicarakan.

2.5.3 Frekuensi

Frekuensi pemberian pendidikan, termasuk *health talk* setidaknya memperhatikan durasi retensi pengetahuan yang diterima peserta, Dua minggu setelah menerima pendidikan kesehatan, peserta cenderung mengingat 10% dari apa yang telah mereka baca, 20% dari apa yang telah mereka dengar, 30% dari apa yang telah mereka lihat dan dengar, 70% dari apa yang telah dikatakan selama proses pembelajaran (McKeachie, 2007). Sehingga pengulangan *health talk* perlu dilakukan setidaknya setiap dua minggu untuk menghindari berkurangnya retensi pengetahuan yang diterima peserta, dan seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa perubahan perilaku rata-rata memakan waktu sekitar 66 hari (Gardner et al., 2012). Sehingga paling tidak penilaian praktik dilakukan pada hari ke-66 atau pada minggu ke-10. Berdasarkan alasan tersebut, maka *health talk* idealnya dilakukan dua minggu sekali sampai dengan minggu ke-10.

2.5.4 Langkah-langkah *health talk*

1. *Orientation*

Dimulai dengan pengenalan dan membangun kepercayaan populasi. Kemudian mempelajari lebih lanjut tentang minat populasi, tren, dan isu-isu yang dapat mempengaruhi pelaksanaan, termasuk keinginan, dan kebutuhan. Data yang

terkait dengan kebutuhan kesehatan masyarakat dapat diperoleh dari salah satu atau dua sumber yaitu sumber primer dan sekunder.

2. *Set goals*

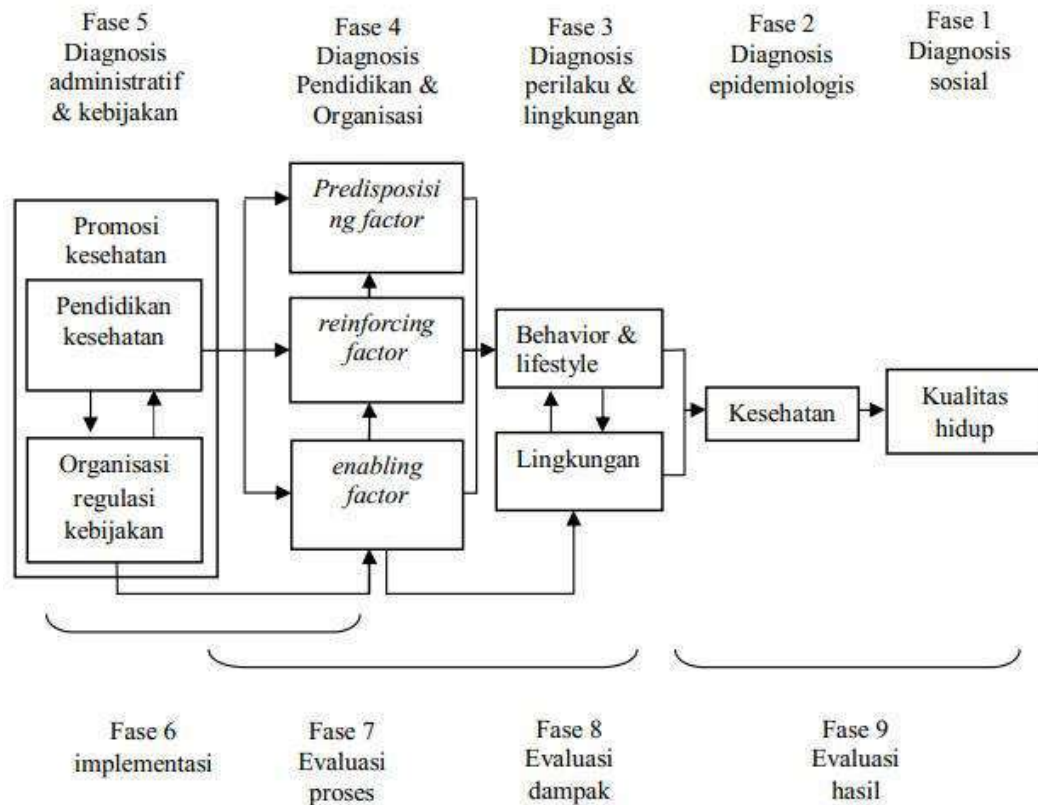
Menggunakan hasil penilaian situasional untuk menentukan tujuan, hasil dan tujuan akhir. Memastikan tujuan program, populasi tujuan minat dan hasil sesuai dengan langkah strategis kegiatan. Perhatikan beberapa hal, yaitu: Tujuan, pernyataan luas yang memberikan arahan keseluruhan untuk sebuah program dalam jangka waktu yang panjang; Populasi yang diminati, kelompok yang membutuhkan perhatian khusus untuk mencapai tujuan; serta tujuan akhir, pernyataan singkat yang menentukan perubahan yang diinginkan

3. *Implementation*

Topik *health talk* harus tentang satu isu atau topik sederhana. Penting untuk mencantumkan poin yang akan bicarakan: Siapkan hanya beberapa poin utama. Selanjutnya, ditulis apa yang akan dikatakan, jika memang tidak ditulis, maka harus dipikirkan mengenai amsal dan cerita lokal untuk menekankan poin yang disampaikan sehingga dapat tersampaikan pesan kesehatan yang positif. Alat bantu visual adalah cara yang baik untuk menarik perhatian orang dan membuat pesan lebih mudah dimengerti, alat bantu visual dapat berupa foto, gambar ilustrasi, alat-alat yang digunakan untuk pemeriksaan IVA, dan sebagainya.

Identifikasi kapan sumber daya akan dievaluasi, catat semua umpan balik sehingga bisa digunakan dalam evaluasi. Hal yang perlu dievaluasi adalah tanggapan dari audiens utama, dampak terhadap pengetahuan, sikap, dan praktik dari peserta. Penting untuk melibatkan peserta, pemangku kepentingan, petugas kesehatan setempat dalam evaluasi

2.6 *Precede – Procede Theory*

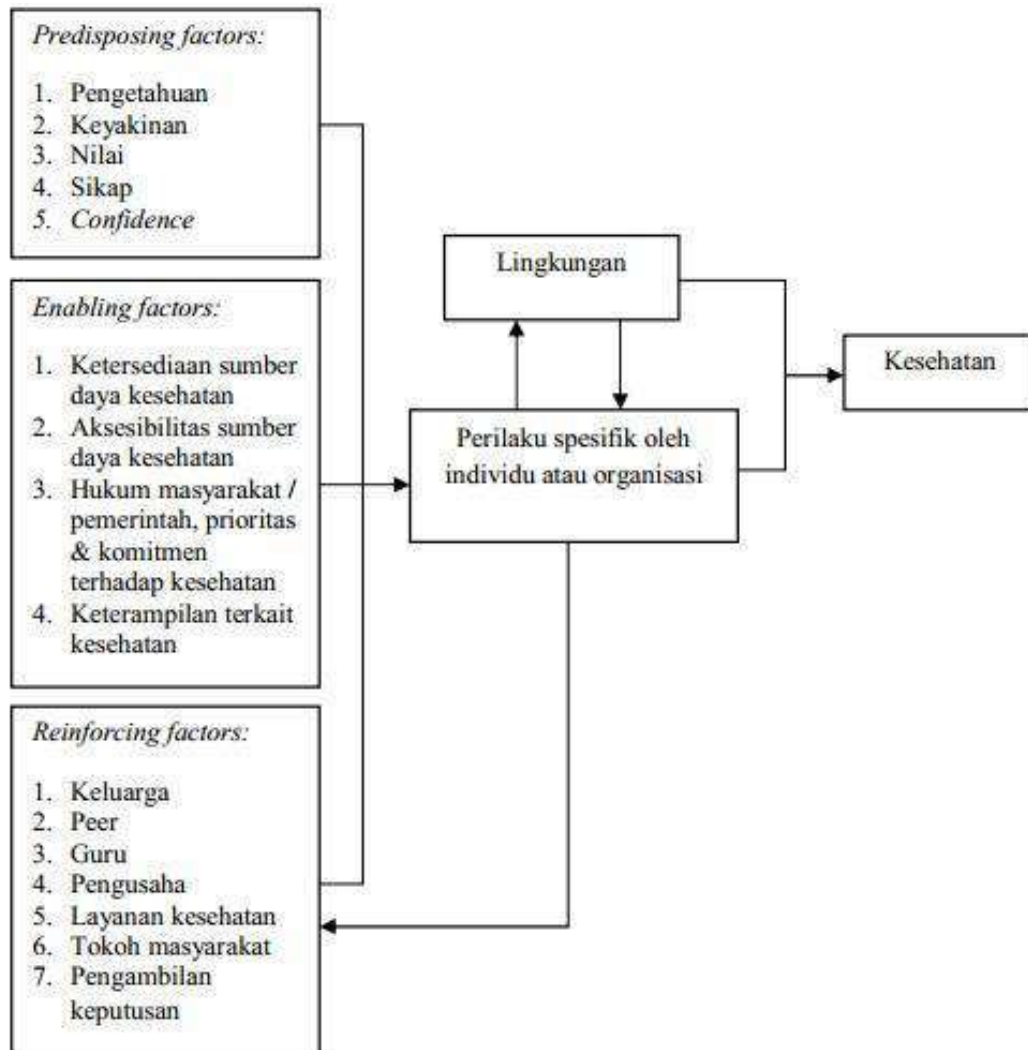


Gambar 2.8. Model Perilaku Kesehatan (Lawrence W. Green & Marshall W. Kreuter, 1991)

Perencanaan program promosi kesehatan menunjukkan bagaimana urutan tertib diagnosis sosial, epidemiologi, perilaku dan lingkungan dapat menyebabkan pemahaman yang jelas tentang tindakan dan kondisi hidup yang mempengaruhi populasi aspirasi, masalah atau kebutuhan. Tahap berikutnya dari mendahului model fase 4, pendidikan dan organisasi diagnosis. Kondisi-kondisi perilaku dan lingkungan terkait dengan status kesehatan atau kualitas hidup untuk menentukan penyebabnya. Diagnosis pendidikan dan organisasi mengidentifikasi faktor yang harus diubah untuk memulai dan mempertahankan proses perubahan perilaku dan lingkungan; Faktor ini akan menjadi sasaran langsung atau tujuan dan dapat dilihat sebagai proses perubahan yang harus diaktifkan atau digerakkan jika perubahan perilaku dan lingkungan yang diperlukan terjadi.

Perilaku dan lingkungan dipengaruhi melalui program promosi kesehatan, diagnosis pendidikan dan organisasi dalam promosi kesehatan berkaitan dengan faktor yang mempengaruhi perilaku dan kondisi hidup dari orang yang berisiko untuk masalah kesehatan dan dari orang-orang yang dapat mempengaruhi kondisi lingkungan. Fase ini mendahului membantu perencana melepaskan kekuatan kompleks membentuk perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dan kondisi lingkungan.

Lawrence Green menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor lingkungan (*nonbehaviour causes*). Untuk mewujudkan suatu perilaku, diperlukan pengelolaan manajemen program melalui tahap pengkajian, perencanaan, intervensi, sampai dengan penilaian dan evaluasi (Lawrence W. Green & Marshall W. Kreuter, 1991). Perilaku terbentuk dari 3 faktor yang dijelaskan pada gambar 2.9.



Gambar 2.9. Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan (Lawrence W. Green & Marshall W. Kreuter, 1991)

Faktor predisposisi (*predisposing factor*), adalah faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan lain-lain. Faktor pendukung (*enabling factor*), seperti: lingkungan fisik, ketersediaan fasilitas atau sarana kesehatan. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) merupakan faktor yang menguatkan perilaku, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, *peer*, orang tua, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. Faktor-faktor tersebut dipengaruhi oleh penyuluhan, dan kebijakan, peraturan

serta organisasi. Faktor-faktor tersebut masuk ke dalam ruang lingkup promosi kesehatan.

Faktor lingkungan merupakan faktor fisik, biologis maupun sosial budaya yang dapat memengaruhi derajat kesehatan. Perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Selain itu, ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan juga akan mendukung terbentuknya perilaku (Lawrence W. Green & Marshall W. Kreuter, 1991).

2.7 Pengembangan Modul

Modul dapat diartikan sebagai materi pelajaran yang disusun dan disajikan secara tertulis sedemikian rupa sehingga pembacanya diharapkan dapat menyerap sendiri materi tersebut (Lasmono, 2000).

2.7.1 Tahap Perencanaan Penulisan Modul

Jenis kegiatan apapun, perencanaan merupakan tahap awal yang harus dilakukan. Kegiatan pengembangan bahan ajar modul juga harus diawali dengan menyusun perencanaan penulisan. Untuk menghasilkan modul yang lebih baik, biasanya pada tahap perencanaan penulisan bahan ajar modul melibatkan para ahli. Tenaga ahli dalam hal ini yaitu ahli materi pelajaran, ahli pembelajaran atau setidaknya orang yang berpengetahuan dan berpengalaman dalam bidang metodologi pembelajaran dan kurikulum, serta ahli media atau sedikitnya orang yang berpengetahuan tentang media pembelajaran (Lasmono, 2000).

Perencanaan dalam mempersiapkan penulisan modul adalah sangat penting, karena dengan perencanaan yang baik dalam penulisan modul, maka modul yang

dihasilkan akan memiliki tingkat keterbacaan yang tinggi, serta kedalaman materi yang sesuai dengan tingkat kemampuan peserta didik (Lasmono, 2000).

Modul yang kita kembangkan jika memiliki tingkat keterbacaan yang tinggi serta sesuai dengan kemampuan peserta didik, maka akan dapat membantu peserta didik mencapai tujuan pembelajaran secara efektif dan efisien. Demikian pentingnya perencanaan dalam mempersiapkan penulisan modul yang baik (Lasmono, 2000).

Ketika akan menulis modul hendaknya mulai fokus menulis sejak perencanaan, sehingga ia mengetahui dan memahami tujuan yang ingin dicapai dan materi pelajaran yang disajikan dalam pembelajaran melalui modul. Dalam merencanakan penulisan modul, terlebih dahulu penulis harus menyusun Garis-Garis Besar Isi Modul (GBIM). GBIM yang dihasilkan selanjutnya dijadikan pedoman dalam menulis modul bahan ajar. Faktor-faktor yang melandasi kegiatan penyusunan GBIM tersebut, sebagai berikut (Lasmono, 2000):

1. Peserta didik yang akan memanfaatkan modul yang akan ditulis,
2. Tujuan umum dan tujuan khusus yang akan dicapai dalam pembelajaran,
3. Materi pelajaran yang akan disampaikan atau disajikan dalam modul,
4. Sistematika atau urutan penyajian materi pelajaran,
5. Metode dan media yang akan digunakan dalam pembelajaran,
6. Penilaian terhadap peserta didik yang akan dilakukan,
7. Alokasi waktu pada setiap materi pelajaran yang disajikan,
8. Penilaian dan revisi modul bahan ajar.

Modul yang disusun akan sesuai dengan kebutuhan peserta didik, tersaji dengan baik, serta memiliki kebenaran dan kebermaknaan materi, jika

diidentifikasi informasi penting tentang peserta didik dalam melaksanakan tahap perencanaan menulis modul. faktor-faktor yang melandasi perencanaan penulisan modul, sebagai berikut:

1. Peserta didik

Ketika akan menulis modul, hendaknya penyusun memiliki informasi se jelas mungkin untuk siapa modul yang akan ditulis, siapa sasaran pembacanya. Faktor-faktor apa yang harus diketahui dan relevan untuk mengembangkan modul bahan ajar, meliputi (Lasmono, 2000):

- a. Keadaan peserta didik: jumlah peserta didik yang menjadi sasaran belajar, rata-rata usia, pekerjaan, lingkungan sosial budaya
- b. Motivasi: alasan mengikuti pembelajaran dengan modul, hubungan kegiatan pembelajaran dengan kehidupan peserta, alasan mengapa mereka memilih belajar dengan modul, keinginan mereka dari kegiatan pembelajaran.
- c. Kemampuan belajar: kemampuan sebagai pembelajar, pengalaman belajar sebelumnya, ketersediaan waktu dan fasilitas untuk belajar.
- d. Latar belakang bidang studi: kompetensi yang telah mereka kuasai sesuai dengan materi yang akan dibelajarkan, pengalaman yang sesuai.

2. Menentukan tujuan umum dan tujuan khusus

Mempertimbangkan dan menentukan tujuan (umum dan khusus) sejak awal proses penulisan modul tentunya sangat penting, karena sangat bermanfaat dalam upaya untuk menghasilkan modul yang lebih baik.

Tujuan Pembelajaran Umum (*goal, general instructional objective*) merupakan pernyataan tentang apa yang diharapkan dapat dikuasai oleh peserta didik setelah selesai pembelajaran/setelah menyelesaikan suatu modul bahan ajar.

Tujuan Pembelajaran Umum tersebut dapat pula menggambarkan tentang apa yang ingin disampaikan oleh modul.

Tujuan Pembelajaran Khusus (*behavioral objective /specific instructional objective*), merupakan pernyataan pernyataan yang menginformasikan apa yang dapat dicapai oleh peserta didik setelah menyelesaikan suatu kegiatan pembelajaran, mengandung tentang kemampuan-kemampuan (kompetensi) khusus (pengetahuan, keterampilan, sikap) yang dapat terukur. Kemampuan-kemampuan yang dicerminkan dalam tujuan pembelajaran khusus dinyatakan dengan kata kerja yang dapat diukur (Lasmono, 2000).

3. Menentukan isi dan urutan materi pembelajaran

Langkah yang Anda tempuh dalam tahap perencanaan, setelah menentukan tujuan pembelajaran, Anda menentukan isi pelajaran dan urutannya. Cara yang dilakukan adalah: (1) identifikasi topik utama, konsep-konsep, prinsip-prinsip, dan teori-teori yang akan disajikan dalam modul, (2) uraikan pokok bahasan ke dalam sub-sub pokok bahasan (Lasmono, 2000).

4. Memilih dan menentukan media

Sekalipun pembelajaran menggunakan modul, media sebagai pendukung dalam belajar dengan modul tetap diperlukan, seperti misalnya kaset audio, film strip, ataupun media cetak lainnya untuk mendukung pembelajaran melalui penggunaan modul, khususnya untuk memperkuat pembelajaran yang memerlukan praktek. Pertimbangan yang perlu kita lakukan dalam memilih media pendukung pembelajaran dengan modul (Lasmono, 2000).

2.7.2 Tahap penulisan modul

Sebagaimana telah dijelaskan pada pembelajaran sebelumnya, bahwa pada tahap perencanaan harus dihasilkan rencana menulis modul yang diwujudkan dalam bentuk pola dasar kegiatan pembelajaran atau Garis Besar Isi Modul (GBIM). GBIM yang dimaksud berisi tentang peserta didik, tujuan umum dan tujuan khusus, materi/isi pelajaran, media yang digunakan dan strategi penilaian (Lasmono, 2000).

1. Mempersiapkan *outline*/rancangan penulisan

Kegiatan yang ditempuh dalam mempersiapkan *outline* meliputi langkah-langkah (Lasmono, 2000):

a. Menentukan topik atau pokok bahasan yang disajikan

Setelah selesai menganalisis GBIM, Anda harus melakukan pemilihan dan menilai pokok bahasan-pokok bahasan (topik) yang akan disajikan disesuaikan dengan kondisi sasaran belajarnya yaitu peserta didik. Dalam melakukan langkah tersebut ada dua pertimbangan yang harus diingat yaitu: pertama, daftar tentang kebutuhan belajar peserta didik dan tujuan pembelajaran khusus. Materi yang akan disajikan harus terkait relevan dengan kebutuhan peserta didik dan tujuan pembelajaran khusus.

Kedua, fokus pada belajar secara aktif. Agar modul yang ditulis mengembangkan belajar aktif, materi yang dikembangkan diarahkan pada pengembangan bahan belajar aktif, jangan terlalu mengarahkan fokus pikiran mengenai aktivitas belajar setelah uraian materi pelajaran. Oleh sebab itu untuk mendukung pada pembelajaran aktif maka harus memilih dan memilah materi-materi atau topik-topik apa yang akan disajikan dalam modul.

b. Mengatur urutan materi sesuai dengan urutan tujuan

Urutan materi/topik diatur secara logis dalam upaya membantu peserta didik menyerap materi pelajaran disajikan. Pikirkan pengalaman peserta didik sebagai titik awal, dan didasarkan pada kebutuhan peserta didik, bukan didasarkan pada gagasan penyusun semata.

Penguraian materi bergerak dari yang sederhana menuju pada yang lebih kompleks, pada setiap unit atau penggalan materi (kegiatan per unit materi pelajaran) berikan aktivitas, dan kesempatan mempraktekkan sebelum peserta didik melangkah pada pembelajaran materi selanjutnya.

Jika diperlukan, pertimbangkan kemungkinan penggunaan media lain sebagai media pendukung, misalnya jika memang pada setiap akhir unit pembelajaran diharapkan siswa mendengarkan kaset audio, maka isi kaset tersebut jangan mengulang materi cetak, uraikan materi itu dari sudut pandang yang berbeda.

c. Mempersiapkan rancangan/*outline* penulisan

Rancangan / *outline* sebuah modul terdiri dari:

- 1) Adanya pendahuluan, bagian ini umumnya berisi uraian singkat mengenai informasi materi yang akan diuraikan dalam modul, hubungan dengan materi sebelumnya, menguraikan tujuan, media (jika diperlukan) dan waktu yang dibutuhkan dalam mempelajari modul, motivasi belajar dan lain sebagainya.
- 2) Adanya bagian utama/inti modul, pada umumnya bagian utama sebuah modul terdiri dari beberapa penggalan/kegiatan pembelajaran. Pada setiap penggalan/kegiatan pembelajaran berisikan tentang tujuan pembelajaran

khusus, uraian materi, contoh-contoh, ilustrasi, tabel, diagram, adanya latihan, dan umpan balik.

- 3) Adanya bagian penutup, bagian ini biasanya berisi rangkuman atau kesimpulan, penjelasan terkait dengan materi selanjutnya, serta tes yang harus dikerjakan oleh peserta didik. Jadi bagian ini merupakan bagian akhir dari sebuah modul.

d. Mulai penulisan modul

Outline yang telah disiapkan, selanjutnya dijadikan patokan untuk memulai menulis modul. Berikut petunjuk penulisan modul:

- 1) Tulis draft modul dengan menggunakan bahasa yang umum digunakan, gunakan bahasa yang akrab,
- 2) Gunakan pertanyaan-pertanyaan retorik, maksudnya untuk menanamkan pemahaman dan kecermatan.
- 3) Hindari penggunaan sebuah kata terlalu sering, gunakan kata-kata penggantinya.
- 4) Upayakan menggunakan bahasa yang jelas (*precise*), hindari penggunaan bahasa abstrak dan tidak jelas.
- 5) Gunakanlah kalimat-kalimat aktif dalam uraian yang disajikan.
- 6) Gunakanlah kalimat-kalimat yang jelas, cukup pendek dan sederhana.
- 7) Gunakan pada setiap satu paragraf berisi satu gagasan/ide yang dijelaskan.
- 8) Upayakan penggunaan paragraf secara jelas dan tepat mengandung satu gagasan.
- 9) Memberikanlah contoh-contoh secara tepat dalam uraian yang diungkapkan.

10) Tampilkan gambar/diagram jika diperlukan secara tepat sesuai dengan isi dan konteks dari penjelasan yang diungkapkan.

2. Menulis penilaian hasil belajar

Penulisan tes atau penilaian hasil belajar bagi peserta didik yang belajar dengan modul, pada prinsipnya tidak terlepas dari proses pengembangan modul bahan ajar yang dilakukan. Tentunya bagi seorang penulis modul harus mampu memilih metode, teknik dan instrumen penilaian yang sesuai untuk dapat mengukur tercapainya tujuan yang telah ditetapkan (Lasmono, 2000).

Pada dasarnya penggunaan penilaian digunakan dua jenis penilaian, yaitu penilaian formatif dan penilaian sumatif. Penilaian formatif dimaksudkan untuk membantu dan memperbaiki peserta didik belajar. Sedangkan penilaian sumatif dimaksudkan untuk menginformasikan pencapaian hasil belajar.

2.7.3 Keterbacaan modul

Keterbacaan (*readability*) dari suatu modul diindikasikan oleh beberapa aspek, diantaranya: pemahaman yang tepat mengenai isi modul, tingkat kemampuan pembaca atau kelompok sasaran, dan penggunaan bahasa modul.

Aspek yang harus dikuasai untuk meningkatkan keterbacaan modul, yaitu: (1) faktor bahasa; (2) gaya penyajian yang akrab; (3) relevansi waktu belajarnya; (4) tingkat kemampuan pembacanya/peserta didik; (5) menarik tidaknya materi yang disajikan; (6) pengorganisasian dari penyajian, dan (7) pendekatan penulisan yang digunakan, dan seterusnya. Apabila Anda menulis modul dengan memenuhi unsur-unsur tersebut di atas, modul yang Anda tulis akan mudah dimengerti, dan berarti modul tersebut sudah memenuhi persyaratan keterbacaan (Inten, 2000).

2.7.4 Bahasa dalam penulisan modul

Bahasa modul tentunya sangat berbeda dengan bahasa yang digunakan dalam buku teks. Sebagaimana kita tahu bahwa modul sebagai bahan ajar digunakan untuk belajar mandiri, maka bahasa yang digunakan adalah bahasa percakapan yang mengkondisikan seolah-olah pembacanya melakukan percakapan ketika membacanya (Inten, 2000).

1. Gaya bahasa percakapan

Gaya bahasa yang digunakan dalam penulisan modul, dapat dibayangkan seperti gaya bahasa seseorang sedang bercakap-cakap dengan orang lain yang belum saling mengenal secara baik. Dengan demikian gaya bahasa yang digunakan dalam penulisan modul gunakanlah gaya bahasa percakapan. Gaya bahasa percakapan yang dituangkan dalam penulisan modul biasanya sering menggunakan pertanyaan-pertanyaan retorik, yaitu pertanyaan yang tidak perlu dijawab langsung setelah diungkapkan.

2. Tata bahasa sederhana

Struktur kalimat yang digunakan dalam uraian penyajian dalam modul, tidak menggunakan tata bahasa secara ilmiah dan ketat seperti menentukan subyek, predikat, imbuhan, awalan ber-, awalan per- dan sebagainya, akan tetapi cukup gunakan kalimat-kalimat sederhana, kalimat tunggal, dan pendek.

3. Penyusunan paragraf

sebuah paragraf berisikan kumpulan beberapa kalimat yang disusun secara logis, sehingga membentuk satu kesatuan utuh dari sebuah ide/pokok pikiran. Paragraf yang Anda tulis hendaknya mengarah pada suatu uraian, menuju pada suatu pokok pikiran yang dikandung oleh kalimat utama. Kalimat utama yang

dimaksudkan di sini, adalah kalimat inti pada suatu paragraf, dan mengandung kunci gagasan atau ide.

2.7.5 *Review* dan uji coba modul

Suatu modul yang telah selesai disusun, sekalipun penyusunannya sudah menempuh langkah-langkah yang baik (penyusunan *draft* 1, dan *draft* 2), namun tetap diperlukan perbaikan baik yang menyangkut isi maupun efektivitasnya. Kegiatan perbaikan yang dimaksud adalah melalui *review* dan uji coba. Proses *review* dan uji coba dimaksudkan untuk memperoleh tanggapan dari beberapa orang terhadap modul (Lasmono, 2000).

1. *Review*

Dilakukan dengan cara meminta beberapa orang untuk membaca draft modul. Orang terkait untuk *me-review draft* modul tersebut, biasanya adalah, ahli materi bidang studi, ahli pembelajaran, tutor/guru sebagai teman sejawat

2. Uji coba modul

Uji coba modul yang dimaksudkan di sini adalah mencobakan *draft* modul kepada beberapa orang sampel sasaran belajar calon peserta.

2.8 Keaslian Penelitian

Tabel 2.5. Keaslian Penelitian

No	Judul / Desain/ Penulis	Sampel / Teknik Pengambilan sampel	Variable / Instrumen	Analisis	Hasil
1	<i>Proactive outreach smoking cessation programme for Chinese employees in China feasibility trial and indepth interview</i> (Wang et al., 2017)	<i>Trial: N=2.941 by simple random sampling</i> <i>Indepth interview: N=20 by convenience sampling</i>	Independen: <i>Proactive outreach smoking cessation programme (booklet, sms reminder, health talk, counseling)</i> Dependen: <i>quit smoking</i> <i>Questionnaire</i>	Kuantitatif: <i>logistic regression</i> Kualitatif: <i>re-reading the transcripts and re-examination of the concepts</i>	Kuantitatif: Dalam follow up 6- dan 12 bulan, peserta merasakan tingkat kepentingan penting untuk berhenti (skor 6,5 dan 6,9) dan tingkat kepercayaan diri yang rendah untuk berhenti (mencetak 5,9 untuk kedua tindak lanjut) dan kesulitan untuk berhenti (mencetak gol 5.5 dan 5.9). Semua nilai pengetahuan pada kelompok C meningkat secara signifikan setelah health talk ($p < 0,001$) Kualitatif: Peserta termotivasi untuk berhenti setelah health talk. 3 partisipan menyatakan teknik berhenti merokok didapat dari booklet dan konselor. Isi sms memotivasi, namun tidak menarik karena terlalu panjang. Peserta menyebutkan bahwa kurangnya motivasi dan determinasi merupakan hambatan utama untuk berhenti merokok
2	<i>Evaluation of a participative education process for increasing tween restraint use in Virginia: The Make it Click initiative</i> RCT (Will & Dunaway, 2017)	<i>N=2.542 by simple random sampling</i>	Independen: <i>participative education (creativity contest, play; buckle challenge, safety-themed classroom assignments, parent education flyers and presentations, teacher newsletters)</i> Dependen: <i>safety restraint and back-seat use questionnaire</i>	<i>Logistic regression</i>	Penggunaan sabuk pengaman meningkat dari 31,9% menjadi 67,9%, dan siswa di sekolah intervensi memiliki kemungkinan 3,3 kali lebih banyak memakai sabuk pengaman mereka daripada siswa di sekolah kontrol, $X^2(1) = 19,72$, $p < 0,001$. Selanjutnya, peningkatan penggunaan sabuk dipelihara dalam pengamatan studi lebih lama daripada yang dihasilkan dari program penegakan Click atau Penjadwalan Nasional yang dipublikasikan. Perbedaan signifikan tidak diamati pada penggunaan kursi belakang.

No	Judul / Desain/ Penulis	Sampel / Teknik Pengambilan sampel	Variable / Instrumen	Analisis	Hasil
3	<i>A Mixed Methods Study of Sexual Health Education for Students with Disabilities</i> <i>Quantitative and qualitative</i> (Treacy & Taylor, 2016)	N=130 teachers by simple random sampling Kualitatif: critical sampling	Independen: Konferensi Dependen: Teacher knowledge Kuantitatif: SHED Teacher Knowledge Instrument Kuanlitatif: Indepth Interview	Mann Withney U test	Kuanitatif: Pengetahuan guru pendidikan khusus kelompok intervensi tidak berbeda dengan pengetahuan guru kelompok kontrol saat mengajarkan pendidikan kesehatan seksual kepada siswa dengan atau tanpa cacat. Kualitatif: Guru mengungkapkan serangkaian tingkat pelatihan yang berbeda yang dibutuhkan untuk mengajarkan pendidikan kesehatan seksual. Pandangan peserta mengenai konten termasuk: abstain - hanya untuk siswa dengan dan tanpa kecacatan, pendidikan kesehatan seksual komprehensif baik untuk siswa dengan dan tanpa cacat.
4	<i>Knowledge, attitude and practice towards medicines among school teachers in Lalitpur district, Nepal before and after an educational intervention</i> <i>RCT</i> (Jha, Bajracharya, & Shankar, 2013)	N=393 by simple random sampling	Independen: educational intervention (presentations, brainstorming sessions, interactive discussion, leaflet) Dependen: Knowledge, Attitude, Practice Questionnaire	Wilcoxon signed ranks test	Sebanyak 393 guru berpartisipasi sebelum dan sesudah intervensi. Skor pengetahuan, sikap dan latihan rata-rata (interkuartil) sebelum intervensi masing-masing adalah 63 (10), 23 (5) dan 270 (48) sedangkan skor keseluruhan adalah 356. Nilai rata-rata pengetahuan, sikap dan praktik setelah intervensi 71 (10), 28 (5) dan 270 (48) sedangkan nilai keseluruhan meningkat menjadi 369. Skor pengetahuan, sikap dan praktik maksimal masing-masing adalah 100, 40 dan 320. Skor meningkat secara signifikan untuk pengetahuan ($p < 0,001$), sikap ($p < 0,001$) dan skor total ($p < 0,001$) tetapi tidak untuk latihan ($p = 0,528$) .
5	<i>Public engagement in Malawi through a health-talk radio programme 'Umoyo nkukambirana'</i>	Sampel adalah penduduk Malawi. <i>Total sampling</i>	Independen: <i>Health talk radio</i> Dependen: <i>Awareness of health</i>	Qualitative: thematic content and framework analysis	Kuantitatif: Sebanyak 277 sampai 695 SMS (Median: 477) diterima per tema. Mayoritas SMS diterima dari pria (64%) dan terutama dari daerah pedesaan (54%). Program ini meningkatkan pengetahuan tentang penelitian medis, kesehatan dan menghilangkan kesalahpahaman.

No	Judul / Desain/ Penulis	Sampel / Teknik Pengambilan sampel	Variable / Instrumen	Analisis	Hasil
	<i>A mixed-methods evaluation</i> (Nyirenda et al., 2016)	FGD: sampel dari radio listening clubs	<i>Quantitative monitoring with frontlinesms</i> <i>Qualitative: FGD</i>	Quantitative: Descriptive	Kualitatif: hanya beberapa peserta FGD yang menggambarkan metode ini sebagai 'cara menemukan solusi untuk masalah kesehatan di daerah yang teridentifikasi'.
6	<i>talking about cancer with confidence: evaluation of cancer awareness training for community-based health workers</i> <i>RCT</i> (Grimmett et al., 2014)	<i>N=187 (Completed 167) by simple random sampling</i>	Independen: workshop Dependen: kepercayaan diri berbicara mengenai kaker Kuesioner		Perbaikan yang cukup banyak diamati dalam hal percaya diri membahas kanker. proporsi peserta yang melaporkan perasaan 'sangat percaya diri' / 'cukup percaya diri' dalam membahas tanda dan gejala kanker meningkat dari 32% menjadi 96% ($p < .001$). Perbaikan substansial pengetahuan peserta pelatihan juga diamati, dengan 79% peserta mengidentifikasi dengan benar 10 dari 11 faktor risiko kanker yang diketahui pada satu bulan dibandingkan dengan 21% sebelum pelatihan ($p < .001$). Penarikan kembali gejala dan gejala kanker juga meningkat dari 2,3 ($\pm 1,6$) menjadi 2,7 ($\pm 1,5$), ($p = .02$). Sebagian besar peserta pelatihan (83%) menilai 'sangat berguna'.
7	Teaching Breast Health To adolescent Females In High School: Comparing Interactive Teaching With Traditional Didactic Methods <i>RCT</i> (Horton, 2011)	N=310 by simple random sampling	Independen: Interactive teaching, Didactic teaching Dependen: breast health knowledge and beliefs kuesioner	independent t-test, and analysis of variance (ANOVA)	peserta yang menggunakan pembelajaran interaktif memiliki retensi pengetahuan yang lebih tinggi terhadap kesehatan payudara / kanker. peserta yang menggunakan pembelajaran interaktif memiliki persepsi yang lebih tinggi tentang manfaat kesadaran diri terhadap payudara. peserta yang menggunakan pembelajaran interaktif memiliki hambatan yang lebih rendah terhadap pemeriksaan payudara sendiri.
8	Use of the Talking Circle for Comanche	N=7 by purposive sampling	Independen: Talking Circle	Content analysis	Tema yang muncul adalah Hambatan terhadap Informasi, Hambatan untuk screening, Hambatan Ekonomi, Hambatan

No	Judul / Desain/ Penulis	Sampel / Teknik Pengambilan sampel	Variable / Instrumen	Analisis	Hasil
	Women's Breast Health Education Qualitative (Haozous, Eschiti, Lauderdale, Hill, & Amos, 2010)		Dependen: Indepth interview		untuk Tindak Lanjut, dan proteksi.
9	Effects of a mixed media education intervention program on increasing knowledge, attitude, and compliance with standard precautions among nursing students: A randomized controlled trial (Xiong, Zhang, Wang, Wu, & Hall, 2017)	Sampel: 84 mahasiswa keperawatan, 42 dalam kelompok intervensi (mix media: lecture, video, role play), dan 42 dalam kelompok kontrol (self-direct reading) Sampling: random sampling	Independen: Mixed-media intervention (lectures, videos, role-play, and feedback) Dependen: Pengetahuan Sikap Compliance Pengetahuan: KPSQ by Zhao et al Sikap: ASPS by Zhao et al Compliance: CSPS by the Centers for Disease Control And Prevention	χ^2 test Fisher exact test	Pada follow up 6 minggu, pada Kuesioner Pengetahuan dengan Standar precaution, Sikap dengan Skala Standar precaution, dan Kepatuhan terhadap Skala standar precaution meningkat secara signifikan pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol ($P < .01$). Standar kebersihan tangan pada kelompok intervensi (38) mengungguli kelompok kontrol (23) ($P < .01$)
10	Impact of an Educational Intervention on Women's Knowledge	Populasi: wanita usia 25-65 tahun di 4 pusat perawatan	Independen: Edukasi Dependen:	Mann-Whitney-U-test dan chi-square test	Peserta yang menerima intervensi pendidikan memiliki pengetahuan yang lebih tinggi secara signifikan tentang HPV dan kanker serviks daripada kelompok kontrol ($p, 0,05$), namun tidak ada perbedaan yang signifikan pada

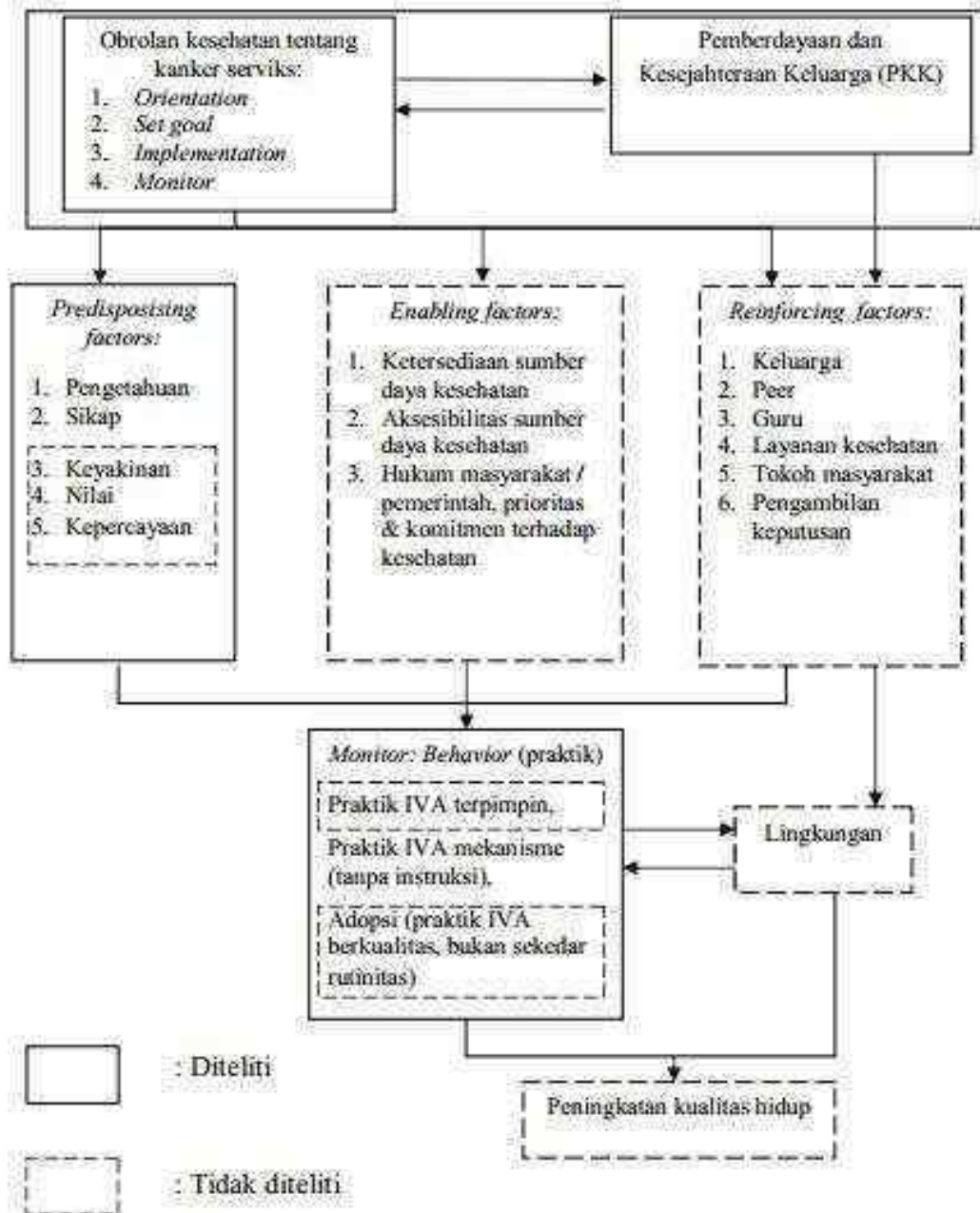
No	Judul / Desain/ Penulis	Sampel / Teknik Pengambilan sampel	Variable / Instrumen	Analisis	Hasil
	and Acceptability of Human Papillomavirus Self-Sampling: A Randomized Controlled Trial in Cameroon (Sossauer et al., 2014)	kesehatan di Yaounde' dan sekitarnya Sampel: 302 wanita usia 25-65 tahun yang seharusnya melakukan deteksi dini kanker serviks, terbagi dalam kelompok kontrol (n=149) yang menerima informasi standar Dan kelompok edukasi video (n=152) Sampling: random sampling	pengetahuan penerimaan kuesioner: sosio-demografi, pengetahuan, dan HPV self sampling		penerimaan dan kemungkinan Self-HPV dalam metode ini yang diketahui di antara kedua kelompok.
11	Impact of health education intervention on knowledge and perception of cervical cancer and cervical deteksi dini uptake among adult women in rural communities in Nigeria	Populasi: wanita dewasa di Ogun, Nigeria Sampel: wanita wanita dewasa yang tinggal di Odogbulu sebagai kelompok	Independen: Health Education (didactic lectures, practical sessions and participatory learning sessions) Dependen: Pengetahuan Persepsi	fisher's exact test, chi square, students't test	Intervensi meningkatkan tingkat kesadaran tentang kanker serviks dan deteksi dini sampai 100% (p < 0.0001). proporsi wanita dengan pengetahuan sangat baik tentang kanker serviks dan deteksi dini meningkat dari 2% ke 70.5% ($\chi^2 = 503.7$, p < 0.0001), sementara proporsi wanita dengan persepsi baik meningkat dari 5.1% ke 95.1% (p < 0.0001). Skor rerata pengetahuan dan rerata persepsi juga meningkat (p < 0.0001). ada peningkatan proporsi wanita

No	Judul / Desain/ Penulis	Sampel / Teknik Pengambilan sampel	Variable / Instrumen	Analisis	Hasil
	Quasi experimental- before and after study (Abiodun, Olu- Abiodun, Sotunsa, & Oluwole, 2014)	intervensi (n=337) dan yang tinggal di Ikenne sebagai kelompok control (n=350) Sampling: multistage sampling technique Area: random Rumah: sistematik random	Kuesioner		yang melakukan deteksi dini kanker serviks dari 4.3% menjadi 8.3% (p = 0.038). alasan utama wanita tidak melakuka deteksi dini kanker serviks adalah kurangnya kesadaran tentang kanker serviks dan deteksi dini. Terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dalam hal pengetahuan, sikap, dan praktik kanker serviks deteksi dini setelah intervensi (p < 0.05).

BAB 3

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Pengaruh Health talk Terhadap Perilaku Deteksi Dini Kanker Serviks pada Wanita di Wilayah Kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal

Deskripsi:

Lawrence Green menjelaskan perilaku kesehatan ditentukan oleh faktor predisposisi (*prediposising factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, dan nilai-nilai; faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam dukungan keluarga, *peer*, tokoh masyarakat, layanan kesehatan, dan sebagainya; dan faktor pendorong (*reinforcing factors*), yang terwujud dalam ketersediaan dan aksesibilitas fasilitas kesehatan, peraturan, serta komitmen terkait kesehatan. Faktor-faktor tersebut bisa mempengaruhi perilaku wanita dalam melakukan deteksi dini kanker serviks. Pendidikan kesehatan merupakan usaha untuk meningkatkan praktik deteksi dini kanker serviks (yang dimaksud pada penelitian ini adalah deteksi dini kanker serviks menggunakan menggunakan metode IVA).

Salah satu dari sepuluh program pokok PKK adalah kesehatan yang mencakup pendidikan kesehatan pribadi dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan. Health talk merupakan metode pendidikan kesehatan dengan pendekatan partisipatif dan informal yang memungkinkan lebih banyak peserta berdiskusi dengan lebih nyaman. memasukkan kegiatan health talk dalam kegiatan PKK diharapkan dapat menjadi metode yang dapat meningkatkan pengetahuan, merubah sikap ke arah yang lebih positif, serta praktik yang terwujud dalam bentuk kunjungan pemeriksaan IVA di Puskesmas.

Penyampaian informasi dengan metode health talk akan meningkatkan pengetahuan dan meluruskan persepsi-persepsi yang salah mengenai deteksi dini kanker serviks. Pengetahuan subyek yang meningkat akan berdampak pada sikap

subyek yang selanjutnya akan mempengaruhi praktik, yaitu berkunjung ke Puskesmas untuk melakukan deteksi dini dengan IVA.

3.2 Hipotesis Penelitian

H1:

1. Health talk meningkatkan pengetahuan tentang kanker serviks pada wanita di wilayah kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal,
2. Health talk meningkatkan sikap deteksi dini kanker serviks pada wanita di wilayah kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal,
3. Health talk meningkatkan praktik deteksi dini kanker serviks wanita di wilayah kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal.

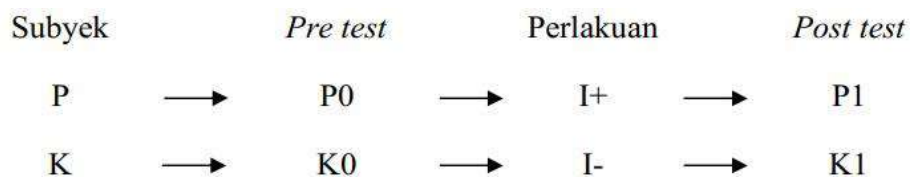
BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan tentang jenis dan rancangan penelitian; populasi, subyek, jumlah subyek dan teknik pengambilan subyek; variabel penelitian; responden, instrumen penelitian; lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengambilan data; cara pengolahan dan analisis data serta kerangka operasional.

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian quasi eksperimen dengan rancangan *Pretest–posttest Control Group Design*. Berikut adalah skema rancangan penelitian ini:



Gambar 4.1. Rancangan Penelitian

Keterangan:

- P : Kelompok Perlakuan
- P0 : Pengetahuan, sikap, dan praktik deteksi dini kanker serviks kelompok perlakuan sebelum intervensi
- I+ : Intervensi *health talk* dalam kegiatan PKK sebanyak 5 kali
- P1 : Pengetahuan, sikap, dan praktik deteksi dini kanker serviks dengan IVA kelompok perlakuan setelah intervensi
- K : Kelompok Kontrol
- K0 : Pengetahuan, sikap, dan praktik deteksi dini kanker serviks kelompok kontrol sebelum intervensi
- I- : Pendidikan kesehatan dengan ceramah
- K1 : Pengetahuan, sikap, dan praktik deteksi dini kanker serviks dengan IVA kelompok kontrol setelah intervensi

4.2 Populasi, dan Subyek

4.2.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah wanita usia 30 sampai 50 tahun di wilayah kerja Puskesmas Boja I pada 12 Maret 2018 sampai dengan 21 Mei 2018.

4.2.2 Subyek

Subyek pada penelitian ini diambil dari populasi menurut kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria Inklusi:

1. Wanita usia 30 sampai dengan 50 tahun,
2. Komunikasi verbal dan tertulis baik,
3. Aktif berhubungan seksual.

Kriteria Eksklusi:

1. Mempunyai gangguan pendengaran,
2. Mempunyai gangguan kejiwaan,
3. Sedang hamil.

Jumlah subyek dalam penelitian ini dihitung berdasarkan rumus berikut:

$$s = \frac{\lambda^2 \times N \times P \times Q}{d^2 \times (N - 1) + \lambda^2 \times P \times Q}$$

Keterangan:

s: jumlah subyek

λ^2 : konstanta tabel chi-square (3,841 untuk derajat signifikan 95%)

N: Populasi

P: Proporsi (50%)

Q: 1-P

d: derajat kesalahan

Maka didapatkan:

$$s = \frac{3,841 \times 140 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2 \times (140 - 1) + 3,841 \times 0,5 \times 0,5} = 102,79$$

Berdasarkan hasil perhitungan di atas, jumlah subyek minimal dalam penelitian ini adalah 102,79 dibulatkan menjadi 103 untuk masing-masing kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Pengambilan subyek dalam penelitian ini dengan cara *random cluster sampling*. Wilayah kerja Puskesmas Boja I meliputi 10 desa. Secara acak dipilih 5 desa untuk kelompok perlakuan, dan 5 desa untuk kelompok kontrol.

Jumlah subyek pada penelitian ini adalah 210 wanita, 105 untuk kelompok perlakuan, dan 105 untuk kelompok kontrol.

4.3 Variabel, dan Definisi Operasional

Independen : Health talk

Dependen : Perilaku deteksi dini kanker serviks.

Tabel 4.1. Variabel dan Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Health talk	Kegiatan berbagi informasi dengan masyarakat mengenai tanda, gejala, faktor risiko, dan deteksi dini kanker serviks	Tahap 1: <i>orientation</i> – perkenalan, membangun kepercayaan, pengkajian kebutuhan informasi mengenai kanker serviks dan IVA	SAK		Kelompok intervensi = 1
	<i>Health talk</i> dilakukan selama 20 menit, setiap 2 minggu selama 10 minggu oleh bidan desa	Tahap 2: <i>Set goals</i> – tahap penentuan tujuan Health talk, yaitu peningkatan pengetahuan dan sikap. tujuan akhir: peserta melakukan kunjungan			Kelompok Kontrol = 2

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
	berkelompok pada kegiatan PKK	pemeriksaan IVA Tahap 3: <i>Implementation</i> – pelaksanaan health talk Tahap 4: <i>Monitor</i> – Mencatat feed back, post test pengetahuan, sikap, dan praktik dengan melibatkan petugas kesehatan setempat			
Perilaku:					
1. Pengetahuan	fakta, informasi, dan keterampilan yang diperoleh melalui pendidikan kesehatan; pemahaman teoritis tentang kanker serviks	Pengetahuan subyek pada tingkat <i>Know</i> Mengenai: 1. Tanda gejala kanker serviks 2. Faktor risiko 3. Deteksi dini (IVA)	Kuesioner	Rasio	Rentang 0 – 24
2. Sikap	kecenderungan psikologis untuk melakukan deteksi dini kanker serviks	Kognitif: keyakinan dalam diri untuk mencari pertolongan dan melakukan deteksi dini (IVA) Afektif: reaksi emosional dari keyakinan yang dimiliki Konatif: kecenderungan berperilaku mencari pertolongan dan melakukan deteksi dini (IVA)	Kuesioner	Rasio	Rentang 0 – 9
3. Praktik	tindakan yang dapat diamati. Kunjungan melakukan pemeriksaan IVA di Puskesmas	Praktik terpinpin: melakukan IVA tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan. Praktik secara mekanisme: melakukan IVA	Lembar observasi	Ordinal	Tidak melakukan IVA = 1 Melakukan IVA = 2

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
		secara otomatis tanpa instruksi			
		Adopsi (<i>adoption</i>): tindakan yang sudah berkembang, IVA dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah merupakan tindakan yang berkualitas.			

4.4 Instrumen Penelitian

Materi pembelajaran disusun dalam bentuk modul yang dikembangkan peneliti. Health talk dimulai dengan tahapan orientasi (*orientation*), yaitu pengenalan dan membangun kepercayaan, pengumpulan informasi pengetahuan, dan sikap subyek sebelum intervensi didapat dari hasil pengisian kuesioner. Selanjutnya peneliti menetapkan tujuan (*set goal*), dan melakukan implementasi (*implementation*). Tahap *monitor* dilakukan dengan cara *post test* pengetahuan, dan sikap setelah intervensi didapat dari hasil pengisian kuesioner yang dikembangkan peneliti, sementara evaluasi praktik didapatkan dari observasi kunjungan ke layanan kesehatan ke Puskesmas

4.4.1 Pengetahuan

kuesioner terdiri dari tiga pertanyaan untuk mengukur pengetahuan mengenai kanker serviks dan deteksi dini sehingga peneliti dapat menilai secara sistematis dampak intervensi. Pertanyaan terdiri dari:

1. Tanda gejala (11 item) (Pertanyaan 1.)
2. Faktor risiko (11 item) (Pertanyaan 2.)
3. Program deteksi dini kanker serviks di Indonesia (2 item) (Pertanyaan 3.)

- a. Pengetahuan (1 item)
- b. Usia pertama kali harus deteksi dini (1 item)

4.4.2 Sikap

Pengukuran sikap didapatkan dari hasil pengisian kuesioner oleh subyek. Kuesioner terdiri dari satu pertanyaan dengan total 9 item yang harus dijawab.

4.4.3 Praktik

Penilaian praktik didapatkan dari observasi kunjungan subyek ke Puskesmas untuk melakukan IVA. Penilaian praktik dilakukan oleh petugas.

4.5 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Sebelum proses pengumpulan data, peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap instrumen yang akan digunakan. Uji instrumen dilakukan pada 30 wanita di wilayah kerja Puskesmas Boja II, Kabupaten Kendal. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada responden di luar subyek penelitian namun memiliki karakteristik yang sama. Analisis uji validitas dan reliabilitas menggunakan program SPSS dengan $r\text{-tabel}=0,361$ dan derajat signifikansi 0,05.

Kuesioner pengetahuan dinyatakan valid, dan reliabel dengan nilai $r\text{ alpha cronbach's}=0,737$ ($>0,361$), berarti kuesioner ini reliabel atau konsisten. Kuesioner sikap dinyatakan valid, dan reliabel dengan nilai $r\text{ alpha cronbach's}=0,775$ ($>0,361$), berarti kuesioner sikap ini reliabel atau konsisten.

4.6 Lokasi, dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Boja I. Pengumpulan data dilakukan selama 10 minggu, 12 Maret 2018 sampai 21 Mei 2018.

4.7 Prosedur Pengambilan Data

4.7.1 Persiapan

1. Penyusunan proposal, instrumen penelitian, dan tahapan pelaksanaan *health talk*
2. Peneliti memulai proses penelitian setelah proposal penelitian dinyatakan laik etik dari KEPK (Nomor: 676-KEPK) dan peneliti mendapatkan izin penelitian baik dari Universitas Airlangga maupun lokasi penelitian.

4.7.2 Pelaksanaan

1. Peneliti mengidentifikasi pembagian wilayah pengambilan subyek kelompok perlakuan dan kelompok kontrol
2. Peneliti menentukan subyek penelitian dari 10 desa di wilayah kerja Puskesmas Boja I yang dipilih dengan *random cluster sampling*. 5 desa sebagai kelompok perlakuan, dan 5 desa lainnya sebagai kelompok kontrol.
3. Peneliti berkoordinasi dengan bidan desa, memberikan pelatihan ke bidan desa mengenai pelaksanaan *health talk* dan materi yang harus disampaikan.
4. Peneliti berkoordinasi dengan pengurus PKK di masing-masing RW untuk menentukan jadwal pertemuan selama 10 minggu ke depan.
5. Peneliti memberikan lembar informasi kepada calon subyek yang memenuhi kriteria pada saat kegiatan PKK. Calon subyek diberikan kesempatan untuk bertanya.
6. Pelaksanaan *health talk* oleh bidan desa pada kelompok perlakuan diikuti oleh 15 sampai 20 peserta selama 20 menit.

Tahap pertama, *orientation*: petugas memperkenalkan diri dan menjelaskan peran, membangun *trust* dengan subyek. Subyek diminta menjawab pertanyaan dalam kuesioner untuk menilai pengetahuan dan sikap deteksi dini kanker serviks sebelum intervensi. Selanjutnya *set goals*: petugas menetapkan tujuan *health talk*, dan tujuan akhir. Selanjutnya *Implementation*: petugas dan subyek kelompok perlakuan melakukan *health talk* tentang kanker serviks dan IVA. Selanjutnya *Monitor*: pada minggu kesembilan, subyek akan dinilai kembali pengetahuan, dan sikap. Penilaian praktik tercermin pada kunjungan pemeriksaan IVA ke yang dilakukan antara minggu pertama hingga minggu kesepuluh.

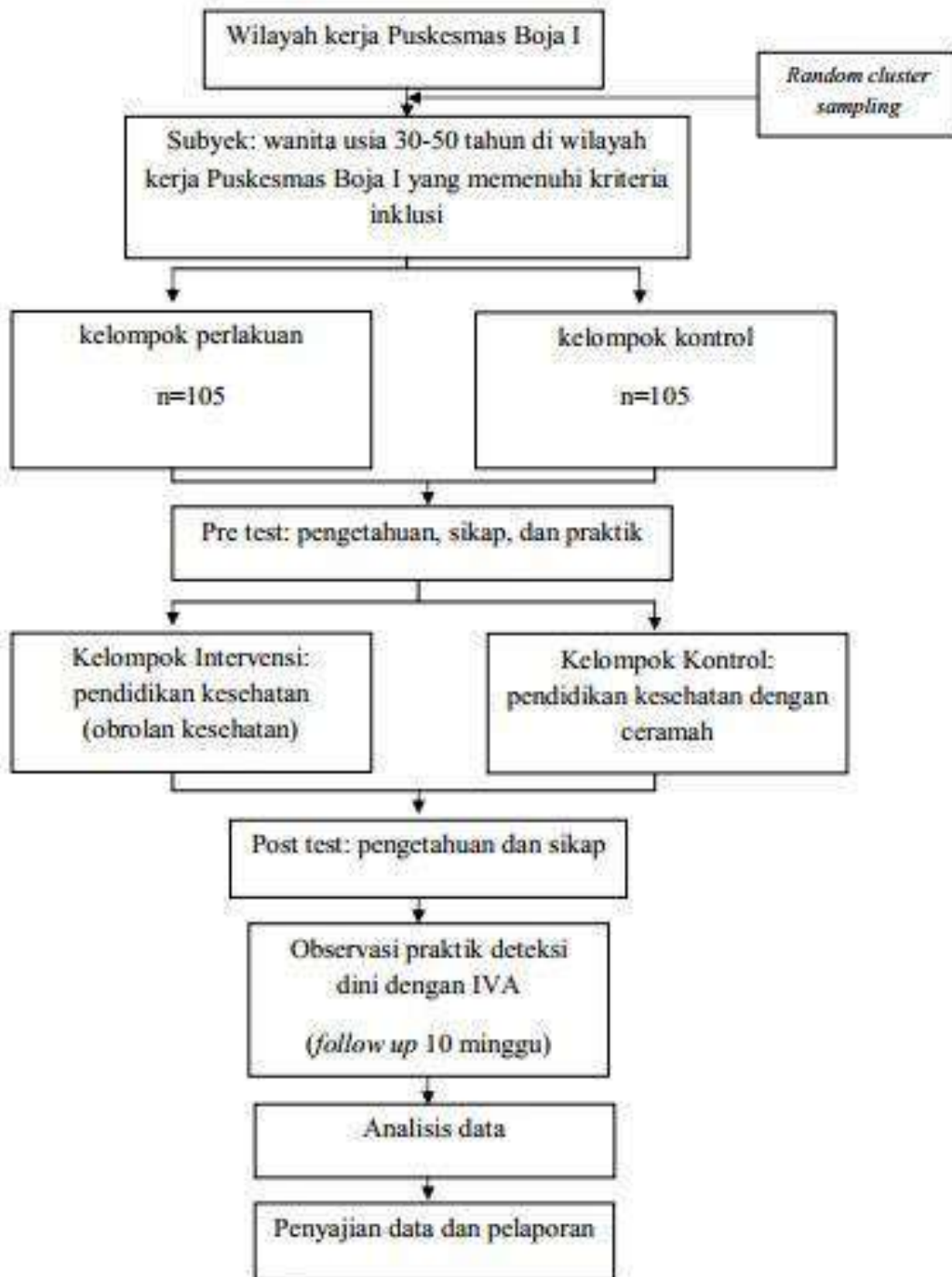
7. Pada kelompok kontrol pendidikan kesehatan dilakukan dengan metode ceramah oleh tim Promkes Puskesmas dengan frekuensi yang sama.
8. Post test kedua kelompok dilakukan pada minggu kesepuluh dengan memberikan kuesioner untuk mengukur pengetahuan dan sikap serta observasi kunjungan IVA di Puskesmas selama sepuluh minggu ke belakang untuk menilai praktik.

4.8 Pengolahan, dan Analisis Data

Pengolahan data dalam penelitian ini melalui proses *editing* (memeriksa data, memeriksa jawaban, melakukan pengecekan terhadap data yang dikumpulkan dan memeriksa kelengkapan serta kesalahan), *coding* (memberi kode jawaban subyek), *transferring* (memindahkan jawaban atau kode dalam master table), *tabulating* (pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat di jumlah, disusun dan ditata untuk disajikan dan dianalisis). Data yang sudah diolah dilakukan analisis pengetahuan, sikap dan

praktik sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok perlakuan dan pada kelompok kontrol. Uji diawali dengan uji normalitas dan homogenitas. Selanjutnya diuji dengan *paired sample t-test* untuk menilai efek intervensi terhadap pengetahuan dan sikap, dan secara keseluruhan keduanya dinilai dengan MANOVA. Uji Mann Whitney U test dilakukan untuk menguji efek intervensi terhadap praktik. nilai α ditetapkan 0,05.

4.9 Kerangka Operasional Penelitian



Gambar 4.2. Kerangka Operasional Penelitian Pengaruh Health talk terhadap Perilaku Deteksi Dini Kanker Serviks pada Wanita di Wilayah Kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal

4.10 Etik Penelitian

4.10.1 Inform consent

Sebelum menjadi responden, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Setelah responden mengerti maksud dan tujuan penelitian, responden menandatangani lembar persetujuan.

4.10.2 Anominity

Di dalam surat pengantar penelitian dijelaskan bahwa semua data yang menjelaskan identitas subyek akan dihapus setelah semua data terkumpul.

4.10.3 Confidentiality

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden selaku subyek penelitian dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.10.4 Justice

Subyek penelitian pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan tetap mendapat keadilan, oleh karena itu maka kelompok kontrol tetap diberikan intervensi ceramah dari Puskesmas.

4.10.5 Beneficiency dan non maleficiency

Prinsip ini merefleksikan mengutamakan manfaat dan tidak merugikan responden. Dalam penelitian ini, perlakuan diberikan semata-mata untuk memberi manfaat pada responden. Perlakuan di semua proses penelitian diterapkan dengan tidak menyebabkan cedera fisik maupun psikis dan ditujukan untuk mendapatkan manfaat.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan hasil pengumpulan data tentang pengaruh *health talk* terhadap perilaku deteksi dini kanker serviks pada wanita di wilayah kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal. Data disampaikan dalam bentuk tabel dan narasi yang meliputi data gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik responden, serta data variabel penelitian yang diukur dan perhitungan uji statistik.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Boja I terletak di wilayah Kecamatan Boja, Kabupaten Kendal yang meliputi 10 Desa dari 18 Desa di Kecamatan Boja, yaitu: Desa Bebengan, Desa Boja, Desa Belimbing, Desa Salamsari, Desa Tampingan, Desa Kaligading, Desa Campurejo, Desa Meteseh, Desa Trisobo, dan Desa Purwogondo.

Subyek kelompok perlakuan diambil dari Desa Salamsari, Desa Trisobo, Desa Campurejo, Desa Purwogondo, dan Desa Belimbing. Lima desa lainnya diambil sebagai kelompok kontrol.

Layanan di Puskesmas Boja I terdiri dari layanan rawat inap, kegawat daruratan, Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Layanan terkait kanker serviks di Puskesmas Boja I hanya mencakup kegiatan preventif, dan promotif yaitu pemeriksaan IVA yang merupakan bagian dari program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) pada UKP, dan Promosi Kesehatan dan KIA pada UKM. Meskipun upaya promosi kesehatan telah dilakukan, namun sejauh ini kunjungan pemeriksaan IVA masih rendah.

Layanan pemeriksaan IVA di Puskesmas Boja I dilakukan dua kali dalam satu minggu, setiap hari Senin dan Rabu. Pemeriksaan IVA di Puskesmas Boja I ditanggung asuransi (BPJS) jika terdaftar di FKTP Puskesmas Boja I.

5.2 Karakteristik Subyek Penelitian

Karakteristik subyek penelitian disajikan berdasarkan tingkat pendidikan, status pekerjaan, adanya orang terdekat yang pernah menderita kanker, kepemilikan asuransi kesehatan, tingkat pengetahuan, sikap, dan praktik sebelum intervensi

Tabel 5.1. Distribusi Subyek Penelitian Berdasarkan Tingkat Pendidikan, Status Pekerjaan, Adanya Orang Terdekat yang Pernah Menderita Kanker, Kepemilikan Asuransi Kesehatan, Pengetahuan Sebelum Intervensi, Sikap Sebelum Intervensi dan Praktik Sebelum Intervensi pada Wanita di Wilayah Kerja Puskesmas Boja I, 12 Maret – 21 Mei 2018 (N=210)

Karakteristik Subyek	Kelompok Perlakuan (n=105)		Kelompok Kontrol (n=105)	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Tingkat Pendidikan				
SD	29	27,62 %	18	17,14%
SMP	37	35,24%	31	29,52%
SMA	34	32,38%	49	46,67%
Diploma	4	3,81%	5	4,77%
>Sarjana	1	0,95%	2	1,90%
Total	105	100%	105	100%
<i>Kolmogorov-smirnov (p=0,807)</i>				
Status Pekerjaan				
Bekerja	19	18,09%	20	19,04%
Wirausaha	5	4,76%	4	3,81%
Ibu Rumah Tangga	81	77,14%	81	77,14%
Total	105	100%	105	100%
<i>Kolmogorov-smirnov (p=0,747)</i>				
Orang terdekat yang pernah menderita kanker				
Tidak ada	99	94,29%	98	93,33%
Keluarga dekat	2	1,90%	3	2,86%
Teman	4	3,81%	4	3,81%
Total	105	100%	105	100%
<i>Kolmogorov-smirnov (p=0,751)</i>				
Tanggung jawab asuransi				
Ada	74	70,48%	69	65,71%
Tidak ada	31	29,52%	36	34,29%
Total	105	100%	105	100%
<i>Kolmogorov-smirnov (p=0,123)</i>				

Karakteristik Subyek	Kelompok Perlakuan (n=105)		Kelompok Kontrol (n=105)	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Skor Pengetahuan				
0	41	39,05%	24	22,86%
1	16	15,24%	23	21,90%
2	14	13,33%	28	26,67%
3	6	5,71%	21	20,00%
4	11	10,48%	1	0,95%
5	9	8,57%	2	1,90%
6	3	2,86%	-	0%
7	1	0,95%	1	0,95%
12	2	1,90%	3	2,86%
13	-	0%	1	0,95%
14	1	0,95%	1	0,95%
16	1	0,95%	-	0%
Total	105	100%	105	100%
<i>Kolmogorov-smirnov (p=0,060)</i>				
Skor Sikap				
0	4	3,81%	-	0%
1	46	43,81%	48	45,71%
2	44	41,90%	47	44,76%
3	6	5,71%	4	3,81%
4	1	0,95%	1	0,95%
7	3	2,86%	2	1,90%
8	1	0,95%	3	2,86%
Total	105	100%	105	100%
<i>Kolmogorov-smirnov (p=0,951)</i>				
Praktik				
Melakukan IVA	-	0%	-	0%
Tidak melakukan IVA	105	100%	105	100%
Total	105	100%	105	100%

Berdasarkan tabel 5.1 di atas dapat disimpulkan bahwa dilihat dari tingkat pendidikan, hampir setengah subyek kelompok perlakuan adalah tamatan SMP (35,24%) dan hampir setengah subyek kelompok kontrol adalah tamatan SMA (49%). Dilihat dari status pekerjaan, sebagian besar subyek kelompok perlakuan (77,14%) dan kelompok kontrol (77,14%) adalah ibu rumah tangga. Sebagian besar subyek, baik kelompok perlakuan (94,29%) maupun kelompok kontrol (93,33%) menyatakan tidak ada kerabat atau teman yang pernah menderita kanker. Sebagian besar subyek penelitian baik dari kelompok perlakuan (70,48%), dan kelompok kontrol (65,71%) tertanggung asuransi. Hampir setengah subyek kelompok perlakuan (39,05%) mendapatkan skor 0, dan hampir setengah subyek

kelompok kontrol (26,67%) mendapatkan skor 2 pada pengukuran pengetahuan sebelum intervensi. hampir setengah subyek kelompok perlakuan (43,81%), dan hampir setengah subyek kelompok kontrol (45,71%) mendapatkan skor 1 pada pengukuran sikap sebelum intervensi. Seluruh subyek kelompok perlakuan dan kelompok kontrol tidak pernah melakukan IVA pada saat sebelum intervensi.

5.3 Analisis Variabel yang Diukur

5.3.1 Pengetahuan, dan sikap kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi

Tabel 5.2. Pengetahuan dan sikap terhadap deteksi dini kanker serviks pada subyek kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Boja I (12 Maret – 21 Mei 2018)

Variabel	Kelompok	Pre	Post	Δ	Paired sample t-test
		(Mean+SD) Min-Maks	(Mean+SD) Min-Maks	(Mean+SD) Min-Maks	
Pengetahuan	Perlakuan	2,13+3,003 0-16	17,69+2,236 14-24	15,55+1,881 8-20	p=0,000
	Kontrol	2,15+2,685 1-8	16,36+2,531 14-24	14,21+1,843 10-19	
Sikap	Perlakuan	1,76+1,305 0-8	6,98+0,961 5-9	5,22+1,065 1-7	p=0,000
	Kontrol	1,87+1,428 1-8	6,43+1,184 5-9	4,56+1,293 1-8	

Berdasarkan tabel 5.2. di atas, uji paired t-test untuk variabel pengetahuan didapatkan $p=0,000$ ($<0,05$), artinya terdapat perbedaan yang bermakna antara pengetahuan sebelum intervensi dan sesudah intervensi. hasil uji paired t-test pada variabel sikap didapatkan $p=0,000$ ($<0,05$), artinya terdapat perbedaan yang bermakna antara sikap terhadap deteksi dini kanker serviks sebelum intervensi dan sesudah intervensi.

Tabel 5.3. Analisis multivariat variabel pengetahuan dan sikap terhadap deteksi dini kanker serviks pada subyek kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Boja I (12 Maret – 21 Mei 2018)

<i>Effect</i>		F	Hipotesis df	<i>Partial eta squared</i>	Sig.
<i>Health talk</i>	Pillai's trace	14.800 ^a	2.000	0,125	0,000
	Wilks' Lambda	14.800 ^a	2.000	0,125	0,000

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan nilai *Wilk's lambda* $p=0,000$ ($<0,05$), artinya terdapat perbedaan pengetahuan, dan sikap antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

5.3.2 Praktik Deteksi Dini Kanker Serviks Subyek Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi

Tabel 5.4. Praktik Deteksi Dini Kanker Serviks Subyek Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi

Variabel	Kelompok	<i>Pre test</i>			<i>Post test</i>			<i>Chi-square</i>
		Modus	SD	Min-Maks	Modus	SD	Min-Maks	
Praktik	Perlakuan	1	0,000	1-1	1	0,266	1-2	$p=0,285$
	Kontrol	1	0,000	1-1	1	0,214	1-2	
<i>Mann-Whitney</i>		$p=1,000$			$p=0,391$			

Berdasarkan tabel 5.4 dapat dilihat bahwa hasil uji *Mann-Whitney* pada *post test* didapatkan $p=0,391$ ($>0,05$), artinya tidak ada perbedaan yang bermakna antara praktik deteksi dini sebelum dan setelah intervensi. hasil uji *chi-square* didapatkan $p=0,285$ ($>0,05$), artinya tidak ada perbedaan yang bermakna antara praktik kelompok perlakuan dengan praktik kelompok kontrol sesudah intervensi.

Tabel 5.5. Kujungan Deteksi Dini Kanker Serviks Subyek Penelitian di Puskesmas Boja I, 12 Maret – 21 Mei 2018

	<i>Pre test</i>				<i>Post test</i>			
	Perlakuan		Kontrol		Perlakuan		Kontrol	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Melakukan kunjungan IVA	-	0%	-	0%	8	7,62%	5	4,76%
Tidak melakukan kunjungan IVA	105	100%	105	100%	97	92,38%	100	95,24%
Σ	105	100%	105	100%	105	100%	105	100%

Berdasarkan tabel 5.5. di atas dapat dilihat pada saat sebelum intervensi seluruh subyek penelitian tidak pernah melakukan kunjungan IVA ke Puskesmas. Sebagian kecil subyek kelompok perlakuan (7,62%) dan kelompok kontrol (4,76%) melakukan kunjungan IVA ke Puskesmas setelah intervensi.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini membahas hasil penelitian tentang pengaruh *health talk* terhadap perilaku deteksi dini kanker serviks pada wanita di wilayah kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal.

6.1 Pengaruh *Health talk* Terhadap Perilaku Deteksi Dini Kanker Serviks

Health talk terkait dengan peningkatan pengetahuan mengenai kanker serviks dan deteksi dini kanker serviks pada wanita di wilayah kerja Puskesmas Boja I. Terdapat peningkatan rerata pengetahuan sesudah intervensi dibandingkan dengan sebelum intervensi *health talk* pada kelompok perlakuan. Peningkatan pengetahuan meliputi pengetahuan tentang tanda gejala, faktor risiko, dan deteksi dini kanker serviks.

Beberapa penelitian mengungkapkan temuan yang sama, bahwa *health talk* dapat secara signifikan meningkatkan pengetahuan mengenai topik-topik kesehatan (Wang et. al, 2017; Prozesky, 2014; Nyirenda et al., 2016). Subyek kelompok perlakuan melakukan *health talk* mengenai kanker serviks, dan deteksi dini kanker serviks setiap dua minggu sebanyak lima kali.

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera (Notoadmodjo, 2012). Pengetahuan sangat dipengaruhi intensitas perhatian dan persepsi terhadap obyek. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

Peningkatan pengetahuan juga terjadi pada kelompok kontrol yang diberikan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dengan frekuensi yang sama. Yang menarik, secara statistik tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara tingkat pengetahuan subyek kelompok perlakuan dengan subyek kelompok kontrol sesudah diberikan intervensi. Argumen temuan ini adalah terkait retensi pengetahuan. Meskipun kelompok kontrol mendapatkan informasi dengan metode pembelajaran pasif, namun menurut McKeachie (2007) dalam dua minggu individu akan mengingat 30% dari apa yang mereka dengar dan mereka lihat. Selama proses penelitian, subyek pada kedua kelompok mengalami proses di dalam diri terkait kognitif, setidaknya timbul kesadaran, dalam arti subyek mengetahui terlebih dahulu mengenai kanker serviks dan deteksi dini kanker serviks. Informasi yang diberikan secara berulang setiap 2 minggu selama 10 minggu memungkinkan adanya retensi pengetahuan, termasuk pada subyek kelompok kontrol

Peningkatan sikap subyek terhadap deteksi dini kanker serviks juga ditemukan dalam penelitian ini. Terdapat peningkatan rerata sikap sesudah intervensi dibandingkan dengan sebelum intervensi *health talk*. peningkatan sikap termasuk peningkatan keyakinan dalam diri, reaksi emosional, dan kecenderungan mencari pertolongan dan melakukan deteksi dini kanker serviks. Hasil yang sama dikemukakan oleh Jha, Bajracharya, dan Shankar dalam penelitiannya di Nepal yang menyebutkan bahwa *health talk* meningkatkan sikap ke arah yang lebih positif (Jha et al., 2013).

Sikap adalah respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus. Seorang ahli psikologi sosial, Newcomb menyatakan bahwa sikap

merupakan kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu (Notoatmodjo, 2010). Dalam penentuan sikap, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting (Azwar, 2013).

Pada penelitian ini peningkatan sikap juga terjadi pada subyek kelompok kontrol, hal ini terkait dengan peningkatan pengetahuan juga signifikan pada kelompok kontrol, dimana pengetahuan berperan penting dalam penentuan sikap. Sama dengan tingkat pengetahuan, secara statistik pada juga tidak ditemukan perbedaan yang bermakna antara sikap subyek kelompok perlakuan dengan subyek kelompok kontrol sesudah intervensi.

Pengetahuan dan sikap subyek meningkat signifikan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Pada penelitian ini pengetahuan dan sikap juga menunjukkan adanya korelasi positif. Temuan ini sejalan dengan temuan Kietpeerakool dan kolega yang mengkonformasi bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan individu, maka individu cenderung menunjukkan sikap yang lebih baik (Kietpeerakool, Phianmongkhol, Jitvacharanun, Siriratwatakul, & Srisomboon, 2009). Peningkatan pengetahuan terjadi karena terbentuknya kesadaran yaitu menyadari arti stimulus. Selanjutnya proses yang terjadi adalah timbulnya ketertarikan terhadap topik yang disampaikan dan kemudian terjadi evaluasi dalam diri mengenai baik tidaknya deteksi dini bagi diri mereka sehingga timbul kecenderungan prasaan yang relatif tetap terhadap kanker serviks dan deteksi dini kanker serviks.

Dilihat dari praktiknya, sebelum intervensi tidak satupun subyek pada kedua kelompok yang pernah melakukan kunjungan ke Puskesmas untuk melakukan

IVA. Kemudian sesudah intervensi terdapat subyek yang melakukan kunjungan. Temuan yang dapat diamati adalah keseluruhan subyek dengan tingkat pendidikan perguruan tinggi (diploma dan sarjana) menunjukkan peningkatan pengetahuan dan sikap yang lebih tinggi dari subyek dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah. Selain itu dari 13 orang subyek yang melakukan deteksi dini, 9 diantaranya adalah subyek yang mempunyai tingkat pendidikan perguruan tinggi baik dari kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Temuan tersebut menunjukkan bahwa tingkat pendidikan berkorelasi positif dengan pengetahuan, sikap, dan praktik. Peningkatan pengetahuan dan sikap diikuti dengan peningkatan praktik, meski hanya terjadi pada beberapa subyek terutama subyek dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi.

Seperti yang disebutkan di atas, pada penelitian ini ditemukan adanya hubungan yang positif antara tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan, sikap dan praktik. Inilah yang menjadi argumen temuan utama mengapa hampir keseluruhan subyek tidak melakukan kunjungan ke Pukesmas untuk melakukan deteksi dini kanker serviks. Dilihat dari tingkat pendidikannya, masih banyak subyek yang berpendidikan rendah. Berbagai penelitian berulang kali menemukan adanya hubungan yang kuat antara tingkat pendidikan yang rendah dengan praktik terkait kesehatan yang buruk (Kunst et al., 2005; Mackenbach et al., 2008). Beberapa penelitian menemukan bahwa tingkat pendidikan berkorelasi positif dengan literasi kesehatan (Ayres, Atkins, & Lee, 2010; Howard, Sentell, & Gazmararian, 2006; Nutbeam, 2008). Literasi kesehatan adalah kapasitas individu untuk mendapatkan, memproses, dan memahami informasi dan layanan kesehatan dasar yang berguna dalam pengambilan keputusan yang terkait dengan kesehatan.

Salah satu faktor penting yang dapat menentukan tingkat literasi kesehatan adalah tingkat pendidikan. Individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi menunjukkan literasi kesehatan yang lebih tinggi. (Van Der Heide et al., 2013). Pada penelitian ini hanya sebagian kecil subyek penelitian yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi. Individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi lebih mungkin untuk memahami keseluruhan informasi dan instruksi. Lebih dari itu, individu dengan literasi kesehatan lebih tinggi dapat meningkatkan kemungkinan komunikasi ke penyedia layanan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan.

Individu dengan kapasitas literasi kesehatan yang tinggi memiliki kapasitas yang lebih tinggi untuk menerima informasi bahwa deteksi dini diperlukan untuk mencegah kanker serviks, sehingga mempengaruhi pengambilan keputusan terkait kesehatan juga lebih baik, termasuk sikap terhadap deteksi dini kanker serviks. Beberapa ulasan menemukan hubungan yang positif antara tingkat pendidikan dengan beberapa perilaku kesehatan, termasuk praktik deteksi dini (Cutler & Lleras-Muney, 2010). Alasannya adalah individu dengan pendidikan yang lebih tinggi lebih mempunyai minat, dan akses yang lebih baik pada informasi, sehingga mereka memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang masalah kesehatan dan perilaku untuk meningkatkan kesehatan. Selain itu, mereka juga memiliki kesadaran yang lebih tinggi akan risiko (Adams, 2010; Hahn & Truman, 2015). Sederhananya, kecukupan pengetahuan mengenai topik-topik terkini memiliki pengaruh yang positif pada pilihan perilaku yang mendukung peningkatan kesehatan. Rendahnya tingkat pendidikan dapat menjadi penghalang

individu dalam mengakses sumber daya kesehatan termasuk informasi kesehatan, layanan kesehatan, serta upaya pencegahan penyakit.

Sikap belum terwujud dalam praktik, sebab untuk terwujudnya praktik perlu faktor lain antara lain adanya fasilitas atau sarana dan prasarana. Walaupun terdapat subyek yang melakukan kunjungan ke Puskesmas untuk melakukan IVA, namun yang perlu digaris bawahi adalah bahwa peningkatan pengetahuan dan sikap subyek pada penelitian ini secara statistik tidak diikuti oleh peningkatan praktik yang signifikan padahal lebih dari setengah dari keseluruhan subyek bertanggung asuransi. Temuan ini kontras dengan penelitian terdahulu dimana wanita yang bertanggung asuransi mempunyai kecenderungan lebih tinggi untuk melakukan praktik deteksi dini kanker serviks (Damiani et al., 2012). Subyek kelompok perlakuan yang melakukan kunjungan ke Puskesmas untuk melakukan IVA masih sangat rendah dibandingkan dengan yang tidak melakukan kunjungan, hal yang sama juga diamati pada kelompok kontrol. Temuan ini kontras dengan *Precede Proceed Theory* dari Lawrence Green (Green & Kreuter, 1991).

Pada penelitian ini, praktik tidak meningkat secara signifikan. Green menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor lingkungan (*nonbehaviour causes*). Untuk mewujudkan suatu perilaku, diperlukan pengelolaan manajemen program melalui tahap pengkajian, perencanaan, intervensi, sampai dengan penilaian dan evaluasi. Tahapan tersebut secara garis besar sesuai dengan tahapan health talk, meliputi tahap *orientation* dimana dimulai dengan pengenalan, membangun kepercayaan, dan mempelajari hal-hal yang dapat mempengaruhi pelaksanaan; *set goals* dimana penilaian pada tahap

awal digunakan untuk menentukan tujuan, dan tujuan akhir; *implementation* atau tahap pelaksanaan; dan *monitor* atau evaluasi termasuk umpan balik, dampak terhadap pengetahuan, sikap dan praktik.

Perilaku terbentuk dari 3 faktor, yaitu: faktor predisposisi (*predisposing factor*), adalah faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan lain-lain. Faktor pendukung (*enabling factor*), seperti: lingkungan fisik, ketersediaan fasilitas atau sarana kesehatan. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) merupakan faktor yang menguatkan perilaku, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, *peer*, pasangan, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku.

Faktor lingkungan merupakan faktor fisik, biologis maupun sosial budaya yang dapat memengaruhi derajat kesehatan. Perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Selain itu, ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan juga akan mendukung terbentuknya perilaku.

Selanjutnya, intervensi pada penelitian ini hanya mempengaruhi faktor internal individu, yaitu pengetahuan dan sikap. Padahal hasil dari berbagai penelitian menunjukkan praktik deteksi dini kanker serviks dipengaruhi oleh faktor lain seperti jenis sistem pelayanan kesehatan dan kemudahan aksesnya, kebijakan mengenai deteksi dini, lingkungan, sosiokultural, asuransi dan faktor pada tingkat individu seperti usia, dan ras (Blackwell, Martinez, & Gentleman,

2008; Coughlin, Leadbetter, Richards, & Sabatino, 2008; Damiani et al., 2012). Lokasi penelitian ini adalah di wilayah kerja Puskesmas Boja I yang merupakan daerah pedesaan. Layanan pemeriksaan IVA di Puskesmas Boja I juga hanya dilakukan dua kali dalam satu minggu setiap hari Senin dan Rabu pada jam kerja poli KIA. Menurut beberapa penelitian tingkat partisipasi deteksi dini kanker serviks relatif rendah di daerah pedesaan dibandingkan dengan daerah perkotaan (Burton-Jeangros et al., 2016; Menvielle, Richard, Ringa, Dray-Spira, & Beck, 2014; Ricardo-Rodrigues et al., 2015). Hal ini terkait dengan minimnya jumlah pemberi layanan, jarak ke pusat layanan kesehatan, jam kerja di layanan kesehatan yang lebih pendek, dan keterbatasan waktu serta keterbatasan finansial. Terkait dengan hal tersebut, temuan lain pada penelitian ini adalah bahwa status pekerjaan berkorelasi positif dengan pengetahuan, sikap, dan praktik. Temuan ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa wanita dengan status sosioekonomi rendah cenderung mempunyai pengetahuan rendah, sikap negatif dan tidak melakukan praktik deteksi dini kanker (Couture, Nguyen, Alvarado, Velasquez, & Zunzunegui, 2008; Damiani et al., 2012; Moser, Patnick, & Beral, 2009).

Status pekerjaan terkait dengan pendapatan keluarga dan ketersediaan waktu untuk mengunjungi layanan kesehatan untuk melakukan deteksi dini. Wanita dengan tingkat pendapatan keluarga lebih tinggi lebih cenderung menunjukkan perilaku terkait kesehatan yang lebih baik. Namun wanita yang bekerja juga mempunyai lebih sedikit waktu untuk mengunjungi layanan kesehatan untuk melakukan praktik deteksi dini, ditambah lagi layanan pemeriksaan IVA di Puskesmas Boja I hanya dilakukan dua hari dalam satu minggu pada jam kerja

poli. Hal tersebut merupakan penghalang yang perlu dipertimbangkan terkait partisipasi deteksi dini kanker serviks.

Lebih dari itu, dikonfirmasi dari beberapa penelitian, dukungan pasangan merupakan faktor penting yang mempengaruhi partisipasi wanita dalam deteksi dini kanker serviks (Lyimo & Beran, 2012; Thiel de Bocanegra, Trinh-Shevrin, Herrera, & Gany, 2009). Singh dan kolega pada penelitiannya di India juga mengungkapkan bahwa sikap negatif pasangan merupakan faktor kunci yang menyebabkan rendahnya serapan partisipasi deteksi dini pada wanita (Singh, Bloom, & Tsui, 1998). Ketika pasangan memberikan dukungan, wanita cenderung berpartisipasi melakukan deteksi dini. Sehingga dukungan pasangan merupakan faktor penting untuk dipertimbangkan. Di masyarakat laki-laki atau suami memiliki peran dominan atas keputusan terkait kesehatan bagi istri mereka, persetujuan suami menjadi bagian integral dari perilaku kesehatan istri. Sehingga mempengaruhi pasangan adalah langkah peralihan penting menuju praktik deteksi dini kanker serviks.

Faktor budaya disebut dapat menjadi prediktor penting terkait praktik deteksi dini kanker serviks. Beberapa penelitian melaporkan bahwa rendahnya praktik deteksi dini kanker serviks disebabkan oleh rendahnya pengetahuan tentang deteksi dini yang diperburuk dengan berbagai faktor budaya, seperti sikap negatif terhadap penyakit dan kesalahpahaman tentang faktor risiko dan kesalahpahaman mengenai praktik deteksi dini itu sendiri (Cadet, Burke, Stewart, Howard, & Schonberg, 2017; Luque et al., 2015; Madhivanan, Valderrama, Krupp, & Ibanez, 2015).

6.2 Keterbatasan Penelitian

1. Penelitian ini tidak mempertimbangkan faktor lingkungan yang mungkin berpengaruh pada praktik deteksi dini kanker serviks,
2. Penelitian ini tidak mempertimbangkan faktor budaya dan keyakinan setempat, serta dukungan pasangan yang mungkin berpengaruh pada praktik deteksi dini kanker serviks,
3. Peneliti tidak hadir di beberapa pertemuan *health talk* karena dilaksanakan pada waktu yang sama, jadi hanya berdasarkan bukti presensi peserta dan kepercayaan peneliti kepada bidan desa,
4. Karena dilakukan pada kegiatan PKK, dan meski tidak berpartisipasi aktif, dalam beberapa pertemuan *health talk* masih diikuti oleh peserta yang tidak termasuk dalam kriteria subyek penelitian,
5. Setting tempat *health talk* berubah-ubah dari minggu ke minggu karena dilaksanakan di rumah warga secara bergantian. Hal ini mungkin mempengaruhi penerimaan informasi subyek penelitian,
9. Monitor *post test* pengetahuan dan sikap hanya dilakukan pada pertemuan terakhir *health talk* dimana retensi pengetahuan kelompok kontrol tidak jauh berbeda dengan kelompok perlakuan.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Health talk berpengaruh pada peningkatan pengetahuan, dan sikap, namun tidak berpengaruh pada praktik deteksi dini kanker serviks pada wanita di wilayah kerja Puskesmas Boja I.

1. *Health talk* meningkatkan pengetahuan tentang kanker serviks meliputi tanda gejala, faktor risiko dan deteksi dini pada wanita di wilayah kerja Puskesmas Boja I,
2. *Health talk* meningkatkan sikap deteksi dini kanker serviks meliputi peningkatan keyakinan dalam diri, reaksi emosional, dan kecenderungan mencari pertolongan dan melakukan deteksi dini kanker serviks pada wanita di wilayah kerja Pskesmas Boja I,
3. *Health talk* tidak meningkatkan praktik kunjungan deteksi dini kanker serviks pada wanita di wilayah kerja Puskesmas Boja I ke layanan kesehatan.

7.2 Saran

Berdasarkan simpulan di atas, maka saran yang dapat diberikan adalah:

7.2.1 Bagi peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian terkait peningkatan partisipasi deteksi dini kanker serviks seperti penambahan metode lain disamping *health talk* dengan mempertimbangkan berbagai faktor yang mungkin mempengaruhi,

7.2.2 Bagi instansi terkait dan pemangku kebijakan

Metode *health talk* dapat dilakukan di kegiatan PKK dengan peran aktif bidan desa untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap wanita terkait kanker serviks dan deteksi dini kanker serviks. Namun perlu adanya tambahan intervensi untuk meningkatkan kunjungan pemeriksaan IVA ke Puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- Abiodun, O. A., Olu-Abiodun, O. O., Sotunsa, J. O., & Oluwole, F. A. (2014). Impact of health education intervention on knowledge and perception of cervical cancer and cervical screening uptake among adult women in rural communities in Nigeria. *BMC Public Health*, *14*(1), 814. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-814>
- Adams, R. J. (2010). Improving health outcomes with better patient understanding and education. *Risk Manag Healthc Policy*, *3*, 61–72. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/RMHP.S7500>
- Ahamad, A., & Jhingran, A. (2004). New radiation techniques in gynecological cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, *14*(4), 569–579. <https://doi.org/10.1111/j.1048-891X.2004.14437.x>
- Akinyemiju, T., Ogunsina, K., Sakhujia, S., Ogbhodo, V., & Braithwaite, D. (2016). Life-course socioeconomic status and breast and cervical cancer screening: Analysis of the WHO's Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE). *BMJ Open*, *6*(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012753>
- American Cancer Society. (2016). The HPV DNA Test. Retrieved January 10, 2018, from <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/prevention-and-early-detection/hpv-test.html>
- Andrijono, Purwoto, G., Sekarutami, S. M., Handjari, D. R., Primariadewi, Nuhonni, S. A., ... Octavia, L. I. (2013). Panduan Penatalaksanaan Kanker Serviks. *Komite Penanggulangan Kanker Nasional*, 1–30.
- Ayres, C. G., Atkins, R., & Lee, J. H. (2010). Factors Related to Health Practices: Cervical Cancer Screening Among Filipino Women. *Research and Theory for Nursing Practice*, *24*(3), 197–208. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.24.3.197>
- Azwar, S. (2013). Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya. *Sikap Manusia: Teori Dan Pengukurannya*, *5*. <https://doi.org/10.1038/cddis.2011.1>
- Bhatla, N., Mukhopadhyay, A., Joshi, S., Kumar, A., Kriplani, A., Pandey, R., & Verma, K. (2004). Visual inspection for cervical cancer screening: evaluation by doctor versus paramedical worker. *Indian J Cancer*, *41*(1), 32–36.
- Blackwell, D. L., Martinez, M. E., & Gentleman, J. F. (2008). Women's Compliance with Public Health Guidelines for Mammograms and Pap tests in Canada and the United States. An Analysis of Data from the Joint Canada/United States Survey of Health. *Women's Health Issues*, *18*(2), 85–99. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2007.10.006>
- Blumenthal, P. D., Chumworathayee, B., Emerson, M., Gaffikin, L., Kanavacharakul, S., Limpaphayom, K. K., ... Warajamin, S. (2004). *A qualitative evaluation of the acceptability and feasibility of a single visit approach to cervical cancer prevention in Ghana*. TT -. (K. DeCamp, Ed.). Baltimore: JHPIEGO. Retrieved from <http://www.alliance-cxca.org/english/documents/GhanaQualEvalFinal.pdf>

- Blumenthal, P. D., Lauterbach, M., Sellors, J. W., & Sankaranarayanan, R. (2005). Training for cervical cancer prevention programs in low-resource settings: Focus on visual inspection with acetic acid and cryotherapy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 89(SUPPL. 2), S30–S37. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2005.01.012>
- Brown, D. R., & Weaver, B. (2013). Human Papillomavirus in older women: New infection or reactivation? *Journal of Infectious Diseases*, 207(2), 211–212. <https://doi.org/10.1093/infdis/jis662>
- Burton-Jeangros, C., Cullati, S., Manor, O., Courvoisier, D. S., Bouchardy, C., & Guessous, I. (2016). Cervical cancer screening in Switzerland: cross-sectional trends (1992–2012) in social inequalities. *The European Journal of Public Health*, ckw113. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw113>
- Cadet, T. J., Burke, S. L., Stewart, K., Howard, T., & Schonberg, M. (2017). *Cultural and emotional determinants of cervical cancer screening among older Hispanic women. Health Care for Women International* (Vol. 38). <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1364740>
- Carr, K. C., & Sellors, J. W. (2004). Cervical cancer screening in low resource settings using visual inspection with acetic acid. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49(4), 329–337. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.02.015>
- Chen, X., Jiang, J., Shen, H., & Hu, Z. (2011). Genetic susceptibility of cervical cancer. *Journal of Biomedical Research*, 25(3), 155–164. [https://doi.org/10.1016/S1674-8301\(11\)60020-1](https://doi.org/10.1016/S1674-8301(11)60020-1)
- Clifford, G. M., Rana, R. K., Franceschi, S., Smith, J. S., Gough, G., & Pimenta, J. M. (2005). Human Papillomavirus Genotype Distribution in Low-Grade Cervical Lesions : Comparison by Geographic Region and with Cervical Cancer Human Papillomavirus Genotype Distribution in Low-Grade Cervical Lesions : Comparison by Geographic Region and with Cervica, 14(May), 1157–1164. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-04-0812>
- Coughlin, S. S., Leadbetter, S., Richards, T., & Sabatino, S. A. (2008). Contextual analysis of breast and cervical cancer screening and factors associated with health care access among United States women, 2002. *Social Science and Medicine*, 66(2), 260–275. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.09.009>
- Couture, M. C., Nguyen, C. T., Alvarado, B. E., Velasquez, L. D., & Zunzunegui, M. V. (2008). Inequalities in breast and cervical cancer screening among urban Mexican women. *Preventive Medicine*, 47(5), 471–476. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.07.005>
- Cox, J. T. (2005). Management of women with cervical cytology interpreted as ASC-US or as ASC-H. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 48(1), 160–177. <https://doi.org/10.1097/01.grf.0000151571.91814.f3>
- Cullen, K. A., Stokley, S., & Markowitz, L. E. (2014). Uptake of human papillomavirus vaccine among adolescent males and females: Immunization Information System sentinel sites, 2009-2012. *Academic Pediatrics*, 14(5), 497–504. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.03.005>

- Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of Health Economics*, 29(1), 1–28. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.10.003>
- Daley, E., Alio, A., Anstey, E. H., Chandler, R., Dyer, K., & Helmy, H. (2011). Examining barriers to cervical cancer screening and treatment in florida through a socio-ecological lens. *Journal of Community Health*, 36(1), 121–131. <https://doi.org/10.1007/s10900-010-9289-7>
- Damiani, G., Federico, B., Basso, D., Ronconi, A., Bianchi, C. B. N. A., Anzellotti, G. M., ... Ricciardi, W. (2012). Socioeconomic disparities in the uptake of breast and cervical cancer screening in Italy: A cross sectional study. *BMC Public Health*, 12(1), 99. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-99>
- Dargent, D., Lamblin, G., Romestaing, P., Montbarbon, X., Mathevet, P., & Bouchaib, M. (2005). Effect of radiotherapy on pelvic lymph node metastasis in cervical cancer stages IB2-IVA: A retrospective analysis of two comparative series. *International Journal of Gynecological Cancer*, 15(3), 468–474. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1438.2005.15310.x>
- de Blasio, B. F., Neilson, A. R., Klemp, M., & Skjeldestad, F. E. (2012). Modeling the impact of screening policy and screening compliance on incidence and mortality of cervical cancer in the post-HPV vaccination era. *Journal of Public Health*, 34(4), 539–547. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fds040>
- Dell, D. L., Chen, H., Ahmad, F., & Stewart, D. E. (2000). Knowledge about human papillomavirus among adolescents. *Obstetrics and Gynecology*, 96(5), 653–656. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(00\)01009-7](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(00)01009-7)
- Dunleavy, R. (2009). *Cervical Cancer: A Guide for Nurses*. *Cervical Cancer: A Guide for Nurses*. <https://doi.org/10.1002/9780470988046>
- Eftekhari, Z., Rahimi-Moghadda, P., Yarandi, F., & Brojerdi, R. (2005). No Title Accuracy of visual inspection with acetic acid (VIA) for early detection of cervical dysplasia in Tehran, Iran. *Asian Pac J Cancer Prev*, 6(1), 69–71.
- Eldridge, R. C., Schiffman, M., Wentzensen, N., Pawlita, M., Waterboer, T., Wilson, L., ... Gravitt, P. E. (2017). Smoking and subsequent human papillomavirus infection: a mediation analysis. *Annals of Epidemiology*, 27(11), 724–730.e1. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.10.004>
- Farquhar, C. M., Sadler, L., Harvey, S. A., & Stewart, A. W. (2005). The association of hysterectomy and menopause: A prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(7), 956–962. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00696.x>
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., ... Bray, F. (2012). *Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No.11*. Lyon.
- Gaffikin, L., Lauterbach, M., & Blumenthal, P. D. (2003). Performance of visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening: a qualitative

summary of evidence to date. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 58(8), 543–550. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med4&AN=12886165>

- Gaffikin, L., Lauterbach, M., & Emerson, M. (2003). Safety, Acceptability, and Feasibility of a Single Visit Approach to Cervical Cancer Prevention: Results from a Demonstration Project in Rural Thailand, (October), 814–820. Retrieved from http://screening.iarc.fr/doc/FullThai2_final JHPIEGO.pdf
- Gaffikin, L., McGrath, J. A., Arbyn, M., & Blumenthal, P. D. (2007). Visual inspection with acetic acid as a cervical cancer test: accuracy validated using latent class analysis. *BMC Medical Research Methodology*, 7(1), 36. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-7-36>
- Gardner, B., Lally, P., & Wardle, J. (2012). Making health habitual: The psychology of “habit-formation” and general practice. *British Journal of General Practice*, 62(605), 664–666. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X659466>
- Gimenes, F., Teixeira, J. J. V., de Abreu, A. L. P., Souza, R. P., Pereira, M. W., da Silva, V. R. S., ... Consolaro, M. E. L. (2014). Human leukocyte antigen (HLA)-G and cervical cancer immunoediting: A candidate molecule for therapeutic intervention and prognostic biomarker? *Biochimica et Biophysica Acta - Reviews on Cancer*, 1846(2), 576–589. <https://doi.org/10.1016/j.bbcan.2014.10.004>
- Goel, A., Gandhi, G., Batra, S., Bhambhani, S., Zutshi, V., & Sachdeva, P. (2005). Visual inspection of the cervix with acetic acid for cervical intraepithelial lesions. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 88(1), 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2004.09.018>
- Green, J., Kirwan, J., Tierney, J., Vale, C., Symonds, P., Fresco, L., ... Collingwood, M. (2005). Concomitant chemotherapy and radiation therapy for cancer of the uterine cervix. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD002225. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002225.pub2>
- Grimmett, C., Macherianakis, A., Rendell, H., George, H., Kaplan, G., Kilgour, G., & Power, E. (2014). Talking about cancer with confidence: evaluation of cancer awareness training for community-based health workers. *Perspectives in Public Health*, 134(5), 268–275. <https://doi.org/10.1177/1757913914534840>
- Hahn, R. A., & Truman, B. I. (2015). Education improves public health and promotes health equity. *International Journal of Health Services*, 45(4), 657–678. <https://doi.org/10.1177/0020731415585986>
- Haozous, E. A., Eschiti, V., Lauderdale, J., Hill, C., & Amos, C. (2010). Use of the Talking Circle for Comanche Women’s Breast Health Education. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(4), 377–385. <https://doi.org/10.1177/1043659609360847>
- Hawkins, N. A., Benard, V. B., Greek, A., Roland, K. B., Manninen, D., & Saraiya, M. (2013). Patient knowledge and beliefs as barriers to extending cervical cancer screening intervals in Federally Qualified Health Centers ☆

- , ☆☆. *Preventive Medicine*, 57(5), 641–645. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.08.021>
- Helmerhorst, T. J. M., & Meijer, C. J. L. M. (2002). Cervical cancer should be considered as a rare complication of oncogenic HPV infection rather than a STD. *International Journal of Gynecological Cancer*, 12(3), 235–236. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1438.2002.t01-3-01126.x>
- Herrero, R., Hildesheim, A., Bratti, C., Sherman, M. E., Hutchinson, M., Morales, J., ... Schiffman, M. (2000). Population-based study of human papillomavirus infection and cervical neoplasia in rural Costa Rica. *J Natl Cancer Inst*, 92(6), 464–474. <https://doi.org/10.1093/jnci/92.6.464>
- Horton, J. A. (2011). *Teaching Breast Health To adolescent Females In High School: Comparing Interactive Teaching With Traditional Didactic Methods*. University of Alabama. Retrieved from http://journals.cambridge.org/abstract_S0165115300023299
- Hou, S.-I. (2014). *Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies*. *Health promotion practice*. <https://doi.org/10.1177/1524839914538045>
- Howard, D. H., Sentell, T., & Gazmararian, J. A. (2006). Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 857–861. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00530.x>
- Inten, W. (2000). *Bahasa Modul*. Jakarta: Pustekom Depdiknas.
- Jha, N., Bajracharya, O., & Shankar, P. R. (2013). Knowledge, attitude and practice towards medicines among school teachers in Lalitpur district, Nepal before and after an educational intervention. *BMC Public Health*, 13(1), 652. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-652>
- Kahn, J. a, & Bernstein, D. I. (2005). Human papillomavirus vaccines and adolescents. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 17(5), 476–82. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16141761>
- Kemenkes RI. (2015). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2015 Tentang Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim.
- Khan, S., & Woolhead, G. (2015). Perspectives on cervical cancer screening among educated Muslim women in Dubai (the UAE): a qualitative study. *BMC Women's Health*, 15(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0252-8>
- Kietpeerakool, C., Phianmongkhol, Y., Jitvacharanun, K., Siriratwatakul, U., & Srisomboon, J. (2009). Knowledge, awareness, and attitudes of female sex workers toward HPV infection, cervical cancer, and cervical smears in Thailand. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 107(3), 216–219. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.07.023>
- Kunst, A. E., Bos, V., Lahelma, E., Bartley, M., Lissau, I., Regidor, E., ... Mackenbach, J. P. (2005). Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of*

- Epidemiology*, 34(2), 295–305. <https://doi.org/10.1093/ije/dyh342>
- La Vecchia, C., & Boccia, S. (2014). Oral contraceptives, human papillomavirus and cervical cancer. *European Journal of Cancer Prevention*, 23(2), 110–112. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000000>
- Lasmono, S. (2000). *Prosedur Pengembangan Bahan Belajar Mandiri*. Jakarta: Pustekom Depdiknas.
- Ley, C., Bauer, H. M., Reingold, A., Schiffman, M. H., Chambers, J. C., Tashiro, C. J., & Manos, M. M. (1991). Determinants of genital human papillomavirus infection in young women. *J Natl Cancer Inst*, 83(14), 997–1003. <https://doi.org/10.1093/jnci/83.14.997>
- Liu, Z., Liu, W., Li, Y., Ye, X., & Chen, S. (2015). Multiple Sexual Partners as a Potential Independent Risk Factor for Cervical Cancer: a Meta-analysis of Epidemiological Studies. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(9), 3893–900.
- Luque, J. S., Tarasenko, Y. N., Maupin, J. N., Alfonso, M. L., Watson, L. C., Reyes-Garcia, C., & Ferris, D. G. (2015). Cultural Beliefs and Understandings of Cervical Cancer Among Mexican Immigrant Women in Southeast Georgia. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(3), 713–721. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0117-5>
- Lyimo, F. S., & Beran, T. N. (2012). Demographic, knowledge, attitudinal, and accessibility factors associated with uptake of cervical cancer screening among women in a rural district of Tanzania: Three public policy implications. *BMC Public Health*, 12(1), 22. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-22>
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A.-J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0707519>
- Madhivanan, P., Valderrama, D., Krupp, K., & Ibanez, G. (2015). Family and cultural influences on cervical cancer screening among immigrant Latinas in Miami-Dade county, USA. *Culture, Health and Sexuality*, 18(6), 710–722. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1116125>
- Mao, C., Hughes, J. ., Kiviat, N., Kuypers, J., Lee, S. ., Adam, D. ., & Koutsky, L. . (2003). Clinical findings among young women with genital human papillomavirus infection. *Am J Obstet Gynecol*, 188(3), 677–84. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12634640>
- Matos, A., Moutinho, J., Pinto, D., & Medeiros, R. (2005). The influence of smoking and other cofactors on the time to onset to cervical cancer in a southern European population. *Eur J Cancer Prev*, 14(5), 485–491. <https://doi.org/00008469-200510000-00007> [pii]
- Mcintyre-seltman, K., Castle, P. E., Guido, R., Schiffman, M., Wheeler, C. M., & Group, A. (2005). Smoking Is a Risk Factor for Cervical Intraepithelial Neoplasia Grade 3 among Oncogenic Human Papillomavirus DNA – Positive Women with Equivocal or Mildly Abnormal Cytology. *Cancer*

- Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 14(5), 1165–1171. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-04-0918>
- McKeachie, W. J. (2007). *McKeachie Teaching Tips: Strategies, Research, and Theory for College and University Teachers* (12th ed.). Boston, MA: Cengage Learning.
- Menteri Dalam Negeri. (2013). Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 1 Tahun 2013 Tentang Pemberdayaan Masyarakat Melalui Gerakan Pemberdayaan Dan Kesejahteraan Keluarga.
- Menvielle, G., Richard, J. B., Ringa, V., Dray-Spira, R., & Beck, F. (2014). To what extent is women's economic situation associated with cancer screening uptake when nationwide screening exists? A study of breast and cervical cancer screening in France in 2010. *Cancer Causes and Control*, 25(8), 977–983. <https://doi.org/10.1007/s10552-014-0397-z>
- Moore, D. H. (2006). Cervical Cancer. *Obstetrics & Gynecology*, 107(5), 1152–1161. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000215986.48590.79>
- Morice, P., & Castaigne, D. (2005). Advances in the surgical management of invasive cervical cancer. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 17(1), 5–12. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15711405>
- Moser, K., Patnick, J., & Beral, V. (2009). Inequalities in reported use of breast and cervical screening in Great Britain: analysis of cross sectional survey data. *Bmj*, 338(jun16 2), b2025–b2025. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2025>
- Muñoz, N., Bosch, F. X., de Sanjosé, S., Herrero, R., Castellsagué, X., Shah, K. V, ... Meijer, C. J. L. M. (2003). Epidemiologic Classification of human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. *N Engl J Med*, 348(6), 518–27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa021641>
- Mustafa, M., Jindal, A., & Singh, P. (2010). Visual inspection using acetic acid for cervical cancer in low resource settings. *Medical Journal Armed Forces India*, 66(4), 382–384. [https://doi.org/10.1016/S0377-1237\(10\)80024-3](https://doi.org/10.1016/S0377-1237(10)80024-3)
- Mutambara, J., Mutandwa, P., Mahapa, M., Chirasha, V., Nkiwane, S., & Shangahaidonhi, T. (2017). Knowledge , attitudes and practices of cervical cancer screening among women who attend traditional churches in Zimbabwe. *Journal of Cancer Research and Practice*, 4(2), 53–58. <https://doi.org/10.1016/j.jcrpr.2017.02.001>
- Notoatmodjo, S. (2010). Ilmu perilaku kesehatan. *Jakarta: Rineka Cipta*, 20–40.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Nyirenda, D., Makawa, T. C., Chapita, G., Mdalla, C., Nkolokosa, M., Obyrne, T., ... Desmond, N. (2016). Public engagement in Malawi through a health-talk radio programme 'Umoyo nkukambirana: A mixed-methods evaluation. *Public Understanding of Science*. <https://doi.org/10.1177/0963662516656110>
- Okonofua, F. (2015). Preventing and Controlling Cervical Cancer in Africa: A

- Call for Action. *Afr J Reprod Health*, 19(1), 9–13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26103690>
- Otero-Guerra, L., Fernández-Blázquez, A., & Vazquez, F. (2017). Rapid diagnosis of sexually transmitted infections. *Enfermedades Infecciosas Y Microbiologia Clínica (English Ed.)*, 35(7), 444–450. <https://doi.org/10.1016/j.eimce.2017.01.035>
- Ouhoumane, N., Steben, M., Coutlée, F., Vuong, T., Forest, P., Rodier, C., ... Brassard, P. (2013). Squamous anal cancer: Patient characteristics and HPV type distribution. *Cancer Epidemiology*, 37(6), 807–812. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2013.09.015>
- Poli, U. R., Bidinger, P. D., & Gowrishankar, S. (2015). No Title Visual Inspection with Acetic Acid (VIA) Screening Program: 7 Years Experience in Early Detection of Cervical Cancer and Pre-Cancers in Rural South India. *Indian J Community Med*, 40(3), 203–207. <https://doi.org/10.4103/0970-0218.158873>
- Poorolajal, J., & Jenabi, E. (2016). The association between BMI and cervical cancer risk: A meta-analysis. *European Journal of Cancer Prevention*, 25(3), 232–238. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000164>
- Prozesky, D. (2014). Giving a health talk. Retrieved November 7, 2017, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4477818/>
- Quinn, M. a, Benedet, J. L., Odicino, F., Maisonneuve, P., Beller, U., Creasman, W. T., ... Pecorelli, S. (2006). Carcinoma of the cervix uteri. FIGO 26th Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 95 Suppl 1(26), S43–S103. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(06\)60030-1](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(06)60030-1)
- Qureshi, S., Das, V., & Zahra, F. (2010). Evaluation of visual inspection with acetic acid and Lugol's iodine as cervical cancer screening tools in a low-resource setting. *Tropical Doctor*, 40(1), 9–12. <https://doi.org/10.1258/td.2009.090085>
- Rasjidi, I. (2009). *Deteksi Dini & Pencegahan Kanker pada Wanita*. Jakarta: Sagung Seto.
- Ricardo-Rodrigues, I., Jiménez-García, R., Hernández-Barrera, V., Carrasco-Garrido, P., Jiménez-Trujillo, I., & López de Andrés, A. (2015). Social disparities in access to breast and cervical cancer screening by women living in Spain. *Public Health*, 129(7), 881–888. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.02.021>
- Sankaranarayanan, R., Esmay, P. O., Rajkumar, R., Muwonge, R., Swaminathan, R., Shanthakumari, S., ... Cherian, J. (2007). Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial. *Lancet*, 370(9585), 398–406. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61195-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61195-7)
- Saraiya, M., Unger, E. R., Thompson, T. D., Lynch, C. F., Hernandez, B. Y., Lyu,

- C. W., ... Goodman, M. T. (2015). US assessment of HPV Types in cancers: Implications for current and 9-valent HPV vaccines. *Journal of the National Cancer Institute*, 107(6), 1–12. <https://doi.org/10.1093/jnci/djv086>
- Scheurer, M. E., Tortolero-Luna, G., & Adler-Storthz, K. (2005). Human papillomavirus infection: biology, epidemiology, and prevention. *International Journal of Gynecological Cancer: Official Journal of the International Gynecological Cancer Society*, 15(5), 727–746. Retrieved from <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1525-1438.2005.00246.x>
- Schiffman, M., & Castle, P. E. (2003). Human papillomavirus: epidemiology and public health. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 127(8), 930–4. [https://doi.org/10.1043/1543-2165\(2003\)127<930:HPEAPH>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1043/1543-2165(2003)127<930:HPEAPH>2.0.CO;2)
- Schwaiger, C. B., Aruda, M. M., LaCoursiere, S., Lynch, K. E., & Rubin, R. J. (2013). Increasing adherence to cervical cancer screening guidelines. *Journal for Nurse Practitioners*, 9(8), 528–535. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2013.05.013>
- Singh, K. K., Bloom, S. S., & Tsui, A. O. (1998). Husbands' reproductive health knowledge, attitudes, and behavior in Uttar Pradesh, India. *Studies in Family Planning*, 29(4), 388–99. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9919632>
- Sossauer, G., Zbinden, M., Tebeu, P. M., Fosso, G. K., Untiet, S., Vassilakos, P., & Petignat, P. (2014). Impact of an educational intervention on women's knowledge and acceptability of human papillomavirus self-sampling: A randomized controlled trial in cameroon. *PLoS ONE*, 9(10), 1–9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0109788>
- Soto-Wright, V., Samuelson, R., & McLellan, R. (2005). Current management of low-grade squamous intraepithelial lesion, high-grade squamous epithelial lesion, and atypical glandular cells. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 48(1), 147–159. <https://doi.org/10.1097/01.grf.0000152020.79383.ec>
- Thiel de Bocanegra, H., Trinh-Shevrin, C., Herrera, A. P., & Gany, F. (2009). Mexican immigrant male knowledge and support toward breast and cervical cancer screening. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11(4), 326–333. <https://doi.org/10.1007/s10903-008-9161-3>
- Treacy, A. C., & Taylor, S. S. (2016). *A Mixed Methods Study of Sexual Health Education for Students with Disabilities*.
- Van Der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., & Uiters, E. (2013). The relationship between health, education, and health literacy: Results from the dutch adult literacy and life skills survey. *Journal of Health Communication*, 18(SUPPL. 1), 172–184. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825668>
- Wang, M. P., Suen, Y. N., Li, W. H. C., Lau, O. S., Lam, T. H., & Chan, S. S. C. (2017). Proactive outreach smoking cessation program for Chinese employees in China. *Archives of Environmental and Occupational Health*,

- 8244(March), 1–12. <https://doi.org/10.1080/19338244.2017.1308309>
- WHO. (2016). Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. Retrieved January 8, 2018, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/>
- Wiley, D., & Masongsong, E. (2006). Human papillomavirus: The burden of infection. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 61(6 SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000221010.82943.8c>
- Will, K. E., & Dunaway, K. E. (2017). Evaluation of a participative education process for increasing tween restraint use in Virginia: The Make it Click initiative. *Transportation Research Part F: Psychology and Behaviour*, 45, 54–64. <https://doi.org/10.1016/j.trf.2016.11.013>
- Winer, R. L., Feng, Q., Hughes, J. P., O'Reilly, S., Kiviat, N. B., & Koutsky, L. A. (2008). Risk of Female Human Papillomavirus Acquisition Associated with First Male Sex Partner. *The Journal of Infectious Diseases*, 197(2), 279–282. <https://doi.org/10.1086/524875>
- Xiong, P., Zhang, J., Wang, X., Wu, T. L., & Hall, B. J. (2017). Effects of a mixed media education intervention program on increasing knowledge, attitude, and compliance with standard precautions among nursing students: A randomized controlled trial. *American Journal of Infection Control*, 45(4), 389–395. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.11.006>



IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> | e-mail : dekan_ners@fkp.unair.ac.id

Nomor : 108 /UN3.1.13/PPd/S2/2018
Lampiran : 1 (Satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

1 Maret 2018

Kepada Yth.
Kepala Bakesbangpol
Provinsi Jawa Timur

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Rafika Rosyda, S.Kep., Ns.
NIM : 131614153041
Judul Proposal : Pengaruh Obrolan Kesehatan terhadap Perilaku Deteksi Dini Kankers Serviks pada Wanita di wilayah Kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n Dekan,
Wakil Dekan I

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196808291989031002



P E M E R I N T A H P R O V I N S I J A W A T I M U R
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

JALAN PUTAT INDAH NO. 1 TELP. (031) - 5677935, 5681297, 5675493
SURABAYA - (60189)

Surabaya, 5 Maret 2018

Nomor : 070 / 2094 / 209.4/ 2018
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Penelitian/Survey/Research

K e p a d a
Yth Gubernur Jawa Tengah
Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP
di
SEMARANG

Menunjuk surat : Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Nomor : 108 / UN3.1.13/PPd / S2/2018
Tanggal : 1 Maret 2018

Bersama ini memberikan Rekomendasi kepada :

Nama : Rafika Rosyda, S.Kep., Ns.
A l a m a t : Dsn. Gedangan RT 7 RW 6 Boja, Kendal, Jawa Tengah
Pekerjaan : Mahasiswa
Kebangsaan : Indonesia

bermaksud mengadakan penelitian/survey/research :

Judul : "Pengaruh Obrolan Kesehatan terhadap Perilaku Deteksi Dini Kanker Serviks pada Wanita di wilayah Kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal
Tujuan/bidang : Mengambil data, Tesis / Kesehatan
Dosen Pembimbing : Prof. Dr. Budi Santoso, dr., Sp.OG(K) dan Dr. Esti Yunitasari, S.Kp., M.Kes.
Peserta : -
Waktu : 3 bulan
Lokasi : Provinsi Jawa Tengah

Sehubungan dengan hal tersebut, diharapkan dukungan dan kerjasama pihak terkait untuk memberikan bantuan yang diperlukan. Adapun kepada peneliti agar memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di daerah setempat;
2. Pelaksanaan penelitian/survey/research agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah setempat;
3. Melaporkan hasil penelitian dan sejenisnya kepada Bakesbangpol Provinsi Jawa Timur.

Demikian untuk menjadi maklum.

a.n. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
PROVINSI JAWA TIMUR
Kepala Bidang Budaya Politik



Tembusan :

- Yth. 1. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga di
Surabaya ;
2. Yang bersangkutan.

NIP. 19620116 198903 1 006

PENGARUH HEALTH TALK...

RAFIKA ROSYDA



IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jalan Mgr. Sugiyopranoto Nomor 1 Semarang Kode Pos 50131 Telepon : 024 – 3547091, 3547438,
3541487 Faksimile 024-3549560 Laman <http://dpmpstsp.jatengprov.go.id> Surat Elektronik
dpmpstsp@jatengprov.go.id

REKOMENDASI PENELITIAN

NOMOR : 070/5223/04.5/2018

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 07 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian ;
2. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 72 Tahun 2016 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Jawa Tengah ;
3. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 18 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu di Provinsi Jawa Tengah.

Memperhatikan : Surat Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Provinsi Jawa Timur Nomor : 070/2094/209.4/2018 Tanggal : 5 Maret 2018 Perihal : Rekomendasi Penelitian/Survey/Kegiatan

Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Jawa Tengah, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : RAFIKA ROSYDA
2. Alamat : Dsn. Gedangan RT 007 / RW 006, Ds. Boja, Kec. Boja, Kendal, Provinsi Jawa Tengah.
3. Pekerjaan : Mahasiswa

Untuk : Melakukan Penelitian dengan rincian sebagai berikut :

- a. Judul Proposal : PENGARUH OBROLAN KESEHATAN TERGADAP PERILAKU DETEKSI DINI KANKER SERVIKS PADA WANITA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BOJA I, KABUPATEN KENDAL
- b. Tempat / Lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Boja I
- c. Bidang Penelitian : Keperawatan
- d. Waktu Penelitian : 07 Maret 2018 sampai 11 Mei 2018
- e. Penanggung Jawab : Prof. Dr. Budi Santoso, dr., Sp. OG (K), Dr. Esti Yunitasari, S.Kp.M.Kes
- f. Status Penelitian : Baru
- g. Anggota Peneliti : -
- h. Nama Lembaga : Universitas Airlangga Surabaya

Ketentuan yang harus ditaati adalah :

- a. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat setempat / Lembaga swasta yang akan di jadikan obyek lokasi;
- b. Pelaksanaan kegiatan dimaksud tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan;
- c. Setelah pelaksanaan kegiatan dimaksud selesai supaya menyerahkan hasilnya kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Jawa Tengah;
- d. Apabila masa berlaku Surat Rekomendasi ini sudah berakhir, sedang pelaksanaan kegiatan belum selesai, perpanjangan waktu harus diajukan kepada instansi pemohon dengan menyertakan hasil penelitian sebelumnya;
- e. Surat rekomendasi ini dapat diubah apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Semarang, 07 Maret 2018

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
PROVINSI JAWA TENGAH





IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jalan Mgr. Sugiyopranoto Nomor 1 Semarang Kode Pos 50131 Telepon : 024 – 3547091, 3547438,
3541487 Faksimile 024-3549560 Laman <http://dpmptsp.jatengprov.go.id> Surat Elektronik
dpmptsp@jatengprov.go.id

Semarang, 07 Maret 2018

Nomor : 070/2323/2018
Sifat : Biasa
Lampiran : 1 (Satu) Berkas
Perihal : Rekomendasi Penelitian

Kepada
Yth. Bupati Kendal
U.p Kepala Kantor Kesbangpol
Kabupaten Kendal

Dalam rangka memperlancar pelaksanaan kegiatan penelitian bersama ini terlampir disampaikan Penelitian Nomor 070/5223/04.5/2018 Tanggal 07 Maret 2018 atas nama RAFIKA ROSYDA dengan judul proposal PENGARUH OBROLAN KESEHATAN TERGADAP PERILAKU DETEKSI DINI KANKER SERVIKS PADA WANITA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BOJA I, KABUPATEN KENDAL, untuk dapat ditindaklanjuti.

Demikian untuk menjadi maklum dan terimakasih.

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
PROVINSI JAWA TENGAH


Dr. PRASETYO ARIBOWO, SH, Msoc, SC.
Pembina Utama Madya
NIP.19611115 198603 1 010

Tembusan :

1. Gubernur Jawa Tengah;
2. Kepala Badan Kesbangpol Provinsi Jawa Tengah;
3. Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Provinsi Jawa Timur;
4. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya;
5. Sdri. RAFIKA ROSYDA.



TANDA TERIMA PEMBERITAHUAN

Nomor : 070 / 37 / III / 2018

Telah terima 1 (Satu) bendel surat pemberitahuan untuk mengadakan penelitian/survey atas nama :

- Nama : RAFIKA ROSYDA
- Pekerjaan : MAHASISWA UNIVERSITAN AIRLANGGA SURABAYA
- Alamat : DS. BOJA RT 07/06 BOJA
- Tujuan : *Mengadakan Penelitian Dengan Judul :*
- Judul : *"PENGARUH OBROLAN KESEHATAN TERHADAP PERILAKU DETEKSI DINI KANKER SERVIKS PADA WANITA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BOJA 01 KABUPATEN KENDAL"*
- Lokasi : *PUSKESMAS BOJA 01 KABUPATEN KENDAL*

Yang bersangkutan telah melaporkan ke Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Kendal dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Pemberitahuan penelitian berlaku untuk masa 3 (tiga) Bulan terhitung dari tanggal pengajuan pemberitahuan penelitian;
2. Apabila sampai pada batas waktu berlaku penelitian belum selesai. maka wajib untuk mengajukan perpanjangan ijin penelitian;
3. Sanggup mentaati dan tidak melanggar ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
4. Setelah penelitian selesai. Peneliti wajib menyerahkan laporan hasil penelitian pada Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Kendal.

Demikian untuk menjadikan maklum dan guna seperlunya.

Kendal, 7 Maret 2018

AN. KEPALA KANTOR KESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN KENDAL
Kasubidina Idiologi dan Wawasan Kebangsaan





IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
PEMERINTAH KABUPATEN KENDAL
BADAN PERENCANAAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN

Jl. Soekarno – Hatta No. 193 Kendal (51313) Telp/Fax (0294) 381225
e-mail : baperlitbang@kendalkab.go.id website: baperlitbang.kendalkab.go.id

Kendal 06 Maret 2018

Nomor : 070 / 631 /Baperlitbang
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : Pemberitahuan Pelaksanaan Ijin
Penelitian an. Rafika Rosyida

Kepada :
Yth. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Kendal

di

TEMPAT

Menunjuk Peraturan Bupati Kendal Nomor 12 Tahun 2006 tanggal 29 Maret 2006 perihal Pelayanan Rekomendasi Penelitian dan surat Bupati Kendal Nomor : 070/631R/Baperlitbang tanggal 06 Maret 2018, Perihal Surat Rekomendasi Penelitian atas nama Rafika Rosyida, dengan Judul “Pengaruh Obrolan Kesehatan Terhadap Perilaku Deteksi Dini Kanker Serviks pada Wanita Di Wilayah Kerja Puskesmas Boja 01 Kabupaten Kendal”, maka bersama ini kami hadapkan peneliti tersebut untuk mendapatkan bimbingan dan bantuannya guna kelancaran pelaksanaan kegiatan penelitian tersebut.

Demikian pemberitaahuan ini disampaikan atas bantuan dan bimbingannya disampaikan terima kasih.

a.n. BUPATI KENDAL
Kepala Badan Perencanaan, Penelitian dan
Pengembangan
Urb.
Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan



RONDY, S.Sos. Msi
Penata Tk I

NIP. 197205301997031002

Tembusan :

1. Bupati Kendal (sebagai laporan);
2. Kepala Badan Perencanaan, Penelitian dan Pengembangan Kabupaten Kendal;
3. Saudara Rafika Rosyida;
4. Pertinggal.



IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
PEMERINTAH KABUPATEN KENDAL
BADAN PERENCANAAN, PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN

Jl Soekarno Hatta No. 193 Kendal (51313) telp/fax. (0294) 381225
Email: baperlitbang@kendalkab.go.id website: baperlitbang.kendalkab.go.id

SURAT REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070 /631R/ Baperlitbang

- I Dasar : Peraturan Bupati Kendal Nomor 10 Tahun 2006 tanggal 29 Maret 2006 tentang Pelayanan Rekomendasi Penelitian.
- II Membaca : Surat Tanda Terima Pemberitahuan Pelaksanaan Penelitian dari Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Kendal Nomor : 070/351/III /2018, tanggal 06 Maret 2018, atas nama Rafika Rosyida.

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Badan Perencanaan, Penelitian dan Pengembangan Kabupaten Kendal bertindak atas nama Bupati Kendal menyatakan tidak keberatan atas pelaksanaan penelitian di Wilayah Kabupaten Kendal yang dilaksanakan oleh :

- 1 Nama : Rafika Rosyida
2 Pekerjaan : Mahasiswa Universitas Airlangga Surabaya
3 Alamat : Ds. Boja RT 07/06 Boja
4 Penanggung jawab : Prof. Dr. Budi Santoso
5 Judul Penelitian : Pengaruh Obrolan Kesehatan Terhadap Perilaku Deteksi Dini Kanker Serviks pada Wanita Di Wilayah Kerja Puskesmas Boja 01 Kabupaten Kendal
7 Lokasi : Puskesmas Boja 01 Kabupaten Kendal

Dengan ketentuan – ketentuan sebagai berikut :

- a. Pelaksanaan penelitian tidak disalahgunakan untuk tujuan yang dapat mengganggu kestabilan Pemerintah.
- b. Sebelum pelaksanaan penelitian langsung kepada masyarakat, maka harus terlebih dahulu melaporkan kepada pimpinan Wilayah/ Desa/ Kelurahan setempat.
- c. Setelah penelitian selesai agar memberitahukan dan menyampaikan hasilnya kepada Bupati Kendal c.q. Kepala Badan Perencanaan, Penelitian dan Pengembangan Kabupaten Kendal selambat-lambatnya 15 hari kerja.

III Surat ijin penelitian ini berlaku dari tanggal 06 Maret 2018 sampai dengan 04 Juni 2018

Ditetapkan di Kendal
Pada tanggal 06 Maret 2018
a.n. BUPATI KENDAL

Kepala Badan Perencanaan, Penelitian dan Pengembangan

Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan



RONDIL S.Sps. Msi

Penata Tk I

NIP. 197205301997031002

Tembusan :

1. Bupati Kendal (sebagai laporan);
2. Kepala Badan Perencanaan, Penelitian dan Pengembangan Kabupaten Kendal;
3. Saudara Rafika Rosyida;
4. Pertiinggal



PEMERINTAH KABUPATEN KENDAL
DINAS KESEHATAN

Jl. Waluyo No.10 Kendal Telp.(0294) 381159, Fax. 381588 Kode Pos : 51318

e-mail : dinkeskendal@gmail.com

Kendal, 9 Maret 2018

Nomor : 440/070.03/1.18/Dinkes
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : Pemberitahuan tentang
Pelaksanaan Ijin Penelitian
An. Rafika Rosyida

Kepada Yth :
Ka. UPTD Puskesmas Boja 01
Kabupaten Kendal

di-
TEMPAT

Menunjuk Surat Kepala Baperlitbang No.070/ 631/ Baperlitbang tanggal 6 Maret 2018 perihal seperti pada pokok surat.

Bersama ini kami sampaikan hal – hal sebagai berikut :

1. Agar mahasiswa tersebut diberikan pengertian, bimbingan dan dibantu pelaksanaannya sesuai kewenangan yang ada di wilayah Saudara.
2. Foto copy surat rekomendasi penelitian (terlampir)
3. Kepada Mahasiswa tersebut di atas agar melaksanakan tugas dengan penuh tanggung jawab dan melaksanakan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
4. Setelah Penelitian selesai agar memberitahukan dan menyampaikan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal

Demikian untuk dapat dipergunakan seperlunya, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

An.KEPALA DINAS KESEHATAN

KABUPATEN KENDAL

Sekretaris,



Arifani Sa'adah, SH, MM

NIP. 19641212 199203 2 010



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”

No : 676-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

**“PENGARUH OBROLAN KESEHTAN TERHADAP PERILAKU DETEKSI
DINI KANKER SERVIKS PADA WANITA”**

<u>Peneliti utama</u> <i>Principal Investigator</i>	: Rafika Rosyda
<u>Nama Institusi</u> <i>Name of the Institution</i>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u> <i>Setting of research</i>	: Wilayah Kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal, Jawa Tengah

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited.

Surabaya, 28 Februari 2018
Ketua (CHAIRMAN)

Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
NIP. 1963 0608 1991 03 1002

LEMBAR INFORMASI (PERLAKUAN)

Ibu yang terhormat,

Ibu diundang untuk berpartisipasi dalam sebuah penelitian. Sebelum memutuskan apakah akan ikut berpartisipasi, penting bagi ibu untuk memahami mengapa penelitian dilakukan dan apa yang akan dilakukan. Mohon luangkan waktu untuk membaca informasi berikut dengan saksama.

Judul Penelitian:

Pengaruh *Health talk* terhadap perilaku Dini Kanker Serviks pada Wanita di Wilayah Kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal.

Apa tujuan dari penelitian ini?

Saya Rafika Rosyda, Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya sedang melakukan survei untuk menilai pengetahuan dan sikap akan faktor risiko kanker serviks, dan tanda dan gejala. Hasilnya akan digunakan untuk mengembangkan komunikasi yang lebih baik dan lebih efektif dan layanan untuk membantu meningkatkan diagnosa dini kanker serviks.

Mengapa Ibu diajak berpartisipasi?

Saya meminta setiap orang berusia 30 sampai 50 tahun untuk berpartisipasi dalam survei di wilayah kerja Puskesmas Boja I, dan Ibu telah terpilih secara acak

Apakah ibu harus berpartisipasi?

Terserah ibu untuk memutuskan apakah akan ikut berpartisipasi. Partisipasi dalam survei ini bersifat sukarela. Jika Ibu memutuskan untuk berpartisipasi, Ibu akan diberi lembar informasi ini untuk disimpan dan diminta menandatangani formulir persetujuan. Jika Ibu memutuskan untuk berpartisipasi, Ibu masih bebas untuk mengundurkan diri kapan saja dan tanpa memberi alasan.

Apa yang harus ibu lakukan?

Jika ibu memutuskan untuk berpartisipasi, ibu akan mengisi survei yang akan memakan waktu sekitar 5 menit untuk menjawabnya. Kemudian ibu akan bertemu dengan saya dan ibu-ibu lain untuk berbincang-bincang mengenai kanker serviks sebanyak 5 (lima) kali. Pertemuan ibu dengan saya dan ibu-ibu lain bersifat tidak formal, ibu dibebaskan bertanya dan berdiskusi apapun mengenai kanker serviks dan tes IVA tanpa canggung dan malu karena tidak ada peraturan-peraturan khusus seperti pembelajaran di kelas dalam pertemuan kita nanti. Pada pertemuan kelima ibu saya minta mengisi survei kembali.

Kerahasiaan

Semua informasi yang dikumpulkan tidak akan tercantum nama pada saat pelaporan, dan dijaga kerahasiaannya secara ketat. Hanya tim peneliti yang mempunyai akses pada informasi

Apa yang terjadi dengan informasi yang dikumpulkan?

Semua rincian yang bisa menjelaskan identitas ibu akan dihapus sebelum saya mengolah datanya. Semua informasi yang dikumpulkan dalam survei ini (walaupun bukan nama ibu), akan disimpan di arsip saya.

Apa yang ibu dapatkan dari mengikuti kegiatan ini?

Ibu akan mendapatkan informasi mengenai kanker serviks dan IVA, dan untuk waktu yang telah ibu lunakan, saya berikan souvenir berupa kerudung sebagai ucapan terima kasih pada masing-masing pertemuan yang ibu ikuti.

Terima kasih telah membaca

Kendal, / 03 / 2018

Peneliti,

Rafika Rosyda

Kontak: 0815-1114-3940

LEMBAR INFORMASI (KONTROL)

Ibu yang terhormat,

Ibu diundang untuk berpartisipasi dalam sebuah penelitian. Sebelum memutuskan apakah akan ikut berpartisipasi, penting bagi ibu untuk memahami mengapa penelitian dilakukan dan apa yang akan dilakukan. Mohon luangkan waktu untuk membaca informasi berikut dengan saksama.

Judul Penelitian:

Pengaruh *Health talk* terhadap perilaku Dini Kanker Serviks pada Wanita di Wilayah Kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal.

Apa tujuan dari penelitian ini?

Saya Rafika Rosyda, Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya sedang melakukan survei untuk menilai pengetahuan dan sikap akan faktor risiko kanker serviks, dan tanda dan gejala. Hasilnya akan digunakan untuk mengembangkan komunikasi yang lebih baik dan lebih efektif dan layanan untuk membantu meningkatkan diagnosa dini kanker serviks.

Mengapa Ibu diajak berpartisipasi?

Saya meminta setiap orang berusia 30 sampai 50 tahun untuk berpartisipasi dalam survei di wilayah kerja Puskesmas Boja I, dan Ibu telah terpilih secara acak

Apakah ibu harus berpartisipasi?

Terserah ibu untuk memutuskan apakah akan ikut berpartisipasi. Partisipasi dalam survei ini bersifat sukarela. Jika Ibu memutuskan untuk berpartisipasi, Ibu akan diberi lembar informasi ini untuk disimpan dan diminta menandatangani formulir persetujuan. Jika Ibu memutuskan untuk berpartisipasi, Ibu masih bebas untuk mengundurkan diri kapan saja dan tanpa memberi alasan.

Apa yang harus ibu lakukan?

Jika ibu memutuskan untuk berpartisipasi, ibu akan mengisi survei yang akan memakan waktu sekitar 5 menit untuk menjawabnya. Kemudian ibu akan mengikuti penyuluhan bersama petugas Puskesmas setiap 2 minggu sebanyak 5 kali. Selanjutnya pada pertemuan kelima saya meminta ibu mengisi survei kembali.

Kerahasiaan

Semua informasi yang dikumpulkan tidak akan tercantum nama pada saat pelaporan, dan dijaga kerahasiaannya secara ketat. Hanya tim peneliti yang mempunyai akses pada informasi

Apa yang terjadi dengan informasi yang dikumpulkan?

Semua rincian yang bisa menjelaskan identitas ibu akan dihapus sebelum saya mengolah datanya. Semua informasi yang dikumpulkan dalam survei ini (walaupun bukan nama ibu), akan disimpan di arsip saya.

Apa yang ibu dapatkan dari mengikuti survei ini?

Ibu akan mendapatkan informasi mengenai kanker serviks dan IVA, dan sebagai ucapan terima kasih karena telah meluangkan waktu mengisi survei, saya berikan souvenir berupa kerudung sebagai ucapan terima kasih pada masing-masing pertemuan yang ibu ikuti

Terima kasih telah membaca

Kendal , / 03 / 2018

Peneliti,

Rafika Rosyda

Kontak: 0815-1114-3960

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul Penelitian:

Pengaruh Pengaruh *Health talk* terhadap perilaku Dini Kanker Serviks pada Wanita di Wilayah Kerja Puskesmas Boja I, Kabupaten Kendal.

Mohon beri tanda cawang / centang (✓) pada kolom yang sesuai

Saya telah membaca dan memahami lembar informasi penelitian tertanggal ... / 03/ 2018	
Saya diberi kesempatan untuk mengajukan pertanyaan tentang penelitian ini.	
Saya setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Berpartisipasi dalam penelitian ini berarti saya akan mengikuti pertemuan sebanyak 5 kali, dan menjawab survei sebanyak 3 kali pada pertemuan pertama, ketiga, dan kelima.	
Saya mengerti bahwa peran saya bersifat sukarela; Saya dapat mengundurkan diri dari penelitian ini setiap saat dan saya tidak akan ditanyai tentang mengapa saya tidak lagi ingin berpartisipasi.	
Saya mengerti detail pribadi saya seperti nama, nomor telepon dan alamat tidak akan terungkap kepada orang-orang di luar penelitian.	
Saya mengerti bahwa kata-kata saya mungkin dikutip dalam publikasi, laporan, halaman web, dan hasil penelitian lainnya namun nama saya tidak akan digunakan kecuali jika saya memintanya.	
Saya setuju dengan data yang saya berikan untuk diarsipkan.	
Saya mengerti bahwa peneliti menggunakan kata-kata saya dalam publikasi, laporan, halaman web, dan hasil penelitian lainnya sesuai dengan persyaratan yang telah saya tetapkan dalam formulir ini.	
Saya setuju untuk memberikan hak cipta yang saya pegang dalam materi yang terkait dengan proyek ini kepada Rafika Rosyda	

Kendal, / 03 / 2018

Peneliti

saksi,

Partisipan

Rafika Rosyda

Kontak: 0815-1114-3960

(nama dan tanda tangan)

(nama dan tanda tangan)

KUESIONER

Bagian Pertama

Demografi

Jawab dengan mengisi titik-titik atau memberikan tanda cawang / centang (✓) pada kotak yang tersedia.

Nama :.....*)

*) akan dirahasiakan

*) akan saya hapus setelah semua data terkumpul

1. Usia : tahun

2. Suku :

3. Bahasa sehari-hari :

4. Pendidikan tertinggi :

Sarjana atau lebih tinggi

Diploma

SMA atau sederajat

SMP atau sederajat

SD atau sederajat

Tidak menempuh pendidikan formal

5. Pekerjaan :

Bekerja

Bekerja paruh waktu

Tidak bekerja

Wirausaha

Ibu rumah tangga

Masih menempuh pendidikan

Tidak mampu bekerja karena sakit

6. Kepemilikan asuransi kesehatan / BPJS

Punya

Tidak punya

7. Keluarga atau teman yang terkena kanker:

	Ya	Tidak	Tidak tahu	Saya tidak ingin menyebutkan
Saya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keluarga dekat (kakek, nenek, ayah, ibu, atau anak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keluarga lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bagian Kedua

Pengetahuan

Jawab dengan mengisi titik-titik dan/atau memberikan tanda cawang / centang (✓) pada kotak yang tersedia.

1. Berikut ini mungkin adalah tanda kanker serviks. Saya tertarik dengan pendapat ibu:			
Pernyataan	Benar	Salah	Tidak tahu
Perdarahan dari vagina di luar menstruasi bisa jadi pertanda kanker serviks			
Nyeri punggung bawah yang terus-menerus bisa jadi pertanda kanker serviks			
Keputihan yang terus-menerus yang berbau tidak sedap bukan pertanda kanker serviks?			
ketidaknyamanan atau rasa sakit saat berhubungan seks bisa jadi pertanda kanker serviks			
Waktu menstruasi yang lebih lama dari biasanya bukan pertanda kanker serviks			
Diare / mencret terus-menerus bisa jadi pertanda kanker serviks			
Setelah usia tua dan tidak pernah menstruasi lagi, kemudian ada perdarahan dari vagina bisa jadi pertanda kanker serviks			
Nyeri panggul terus-menerus bukan pertanda kanker serviks			
Pendarahan vagina selama atau setelah berhubungan seks bisa jadi pertanda kanker serviks			
Darah dalam tinja atau air kencing bukan pertanda kanker serviks			
Penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan bisa menjadi tanda kanker serviks			

2. Berikut ini mungkin meningkatkan risiko wanita terkena kanker serviks. Saya tertarik dengan pendapat ibu.			
Pernyataan	Benar	Salah	Tidak tahu
Infeksi HPV (human papillomavirus) menyebabkan kanker serviks			
Merokok meningkatkan risiko kanker serviks			
Kekebalan tubuh lemah meningkatkan risiko kanker serviks			
Mengonsumsi pil KB dalam waktu yang panjang meningkatkan risiko kanker serviks			
Terkena penyakit infeksi menular seksual tidak ada hubungannya dengan kanker serviks			
Tidak ada hubungannya memiliki pasangan yang tidak disunat dengan kanker serviks			
Sering berhubungan seksual dapat meningkatkan risiko kanker serviks			
Pertama kali melakukan hubungan seksual pada usia muda (sebelum 17 tahun) tidak ada hubungannya dengan kanker serviks			
Memiliki banyak pasangan seksual dapat meningkatkan risiko kanker serviks			
Mempunyai banyak anak (lebih dari 7) meningkatkan risiko kanker serviks			
Tidak rutin melakukan pemeriksann dini (Pap smear atau IVA) dapat meningkatkan risiko kanker serviks			

3. a. Sejauh yang ibu tahu, apakah ada program pemeriksaan dini kanker serviks di Indonesia?

Ya

Tidak

Saya tidak tahu

b. Jika ya, pada usia berapa wanita pertama kali diharuskan menjalani pemeriksaan?

..... tahun

Saya tidak tahu

Sikap

4. Saya ingin mengetahui pendapat ibu mengenai hal-hal berikut

Pernyataan	Setuju	Tidak setuju	Saya tidak tahu
Semua wanita yang sudah menikah wajib melakukan pemeriksaan dini kanker serviks (IVA)			
Jika tidak terdapat keluhan terkait kanker serviks, maka tidak perlu melakukan pemeriksaan			
Jika hasil pemeriksaan IVA negatif, maka tidak perlu mengulang tes			
Jika terdapat keluhan penyakit kelamin, segera konsultasi dengan petugas kesehatan			
Jika wanita sedang hamil, maka harus melakukan pemeriksaan dini (IVA)			
Jika hasil IVA negatif, maka harus mengulang diulang setiap 3-5 bulan sekali			
Jika hasil IVA negatif, maka harus diulang setiap 3-5 tahun sekali			
Jika hasil IVA positif, maka harus menjalani pengobatan, dan kontrol kembali 6 bulan kemudian			
Wanita usia tua (lebih dari 50 tahun), tidak dianjurkan melakukan IVA			

Kunci Jawaban:

1. Berikut ini mungkin adalah tanda kanker serviks. Saya tertarik dengan pendapat ibu:			
Pernyataan	Benar	Salah	Tidak tahu
Perdarahan dari vagina di luar menstruasi bisa jadi pertanda kanker serviks	1	0	0
Nyeri punggung bawah yang terus-menerus bisa jadi pertanda kanker serviks	1	0	0
Keputihan yang terus-menerus yang berbau tidak sedap bukan pertanda kanker serviks?	0	1	0
ketidaknyamanan atau rasa sakit saat berhubungan seks bisa jadi pertanda kanker serviks	1	0	0
Waktu menstruasi yang lebih lama dari biasanya bukan pertanda kanker serviks	0	1	0
Diare / mencret terus-menerus bisa jadi pertanda kanker serviks	1	0	0
Setelah usia tua dan tidak pernah menstruasi lagi, kemudian ada perdarahan dari vagina bisa jadi pertanda kanker serviks	1	0	0
Nyeri panggul terus-menerus bukan pertanda kanker serviks	0	1	0
Pendarahan vagina selama atau setelah berhubungan seks bisa jadi pertanda kanker serviks	1	0	0
Darah dalam tinja atau air kencing bukan pertanda kanker serviks	0	1	0
Penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan bisa menjadi tanda kanker serviks	1	0	0

5. Berikut ini mungkin meningkatkan risiko wanita terkena kanker serviks. Saya tertarik dengan pendapat ibu.			
Pernyataan	Benar	Salah	Tidak tahu
Infeksi HPV (human papillomavirus) menyebabkan kanker serviks	1	0	0
Merokok meningkatkan risiko kanker serviks	1	0	0
Kekebalan tubuh lemah meningkatkan risiko kanker serviks	1	0	0
Mengonsumsi pil KB dalam waktu yang panjang meningkatkan risiko kanker serviks	1	0	0
Terkena penyakit infeksi menular seksual tidak ada hubungannya dengan kanker serviks	0	1	0
Tidak ada hubungannya memiliki pasangan yang tidak disunat dengan kanker serviks	0	1	0
Sering berhubungan seksual dapat meningkatkan risiko kanker serviks	0	1	0
Pertama kali melakukan hubungan seksual pada usia muda (sebelum 17 tahun) tidak ada hubungannya dengan kanker serviks	0	1	0
Memiliki banyak pasangan seksual dapat meningkatkan risiko kanker serviks	1	0	0
Mempunyai banyak anak (lebih dari 7) meningkatkan risiko kanker serviks	1	0	0
Tidak rutin melakukan pemeriksann dini (Pap smear atau IVA) dapat meningkatkan risiko kanker serviks	1	0	0

2. Se jauh yang ibu tahu, apakah ada program pemeriksaan dini kanker serviks di Indonesia?

Ya

Tidak

Saya tidak tahu

Jika ya, pada usia berapa wanita pertama kali diharuskan menjalani pemeriksaan?

30 tahun (1)

Saya tidak tahu

Sikap

1. Saya ingin mengetahui pendapat ibu mengenai hal-hal berikut			
Pernyataan	Setuju	Tidak setuju	Saya tidak tahu
Semua wanita yang sudah menikah wajib melakukan pemeriksaan dini kanker serviks (IVA)	1	0	0
Jika tidak terdapat keluhan terkait kanker serviks, maka tidak perlu melakukan pemeriksaan	0	1	0
Jika hasil pemeriksaan IVA negatif, maka tidak perlu mengulang tes	0	1	0
Jika terdapat keluhan penyakit kelamin, segera konsultasi dengan petugas kesehatan	1	0	0
Jika wanita sedang hamil, maka harus melakukan pemeriksaan dini (IVA)	0	1	0
Jika hasil IVA negatif, maka harus mengulang diulang setiap 3-5 bulan sekali	0	1	0
Jika hasil IVA negatif, maka harus diulang setiap 3-5 tahun sekali	1	0	0
Jika hasil IVA positif, maka harus menjalani pengobatan, dan kontrol kembali 6 bulan kemudian	1	0	0
Wanita usia tua (lebih dari 50 tahun), tidak dianjurkan melakukan IVA	1	0	0

SATUAN ACARA KEGIATAN

Materi : Kanker Serviks
Sasaran : Subyek Kelompok Perlakuan
Waktu : Maret – Mei 2018
Tempat : Rumah Warga

A. Analisis Situasional

1. Pelaksana : Peneliti
2. Sasaran : Subyek Kelompok Perlakuan

B. Tujuan Instruksional**1. Umum**

Setelah diberikan intervensi health talk dalam kegiatan PKK diharapkan subyek kelompok perlakuan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik deteksi dini kanker serviks dengan metode Inspeksi Visual Asam asetat (IVA).

2. Khusus

Setelah mendapatkan intervensi health talk diharapkan subyek pada kelompok perlakuan dapat:

- a. Meningkatkan pengetahuan tentang kanker serviks meliputi gejala, faktor risiko, dan program deteksi dini kanker serviks di Indonesia,
- b. Menunjukkan sikap positif terkait deteksi dini kanker serviks,
- c. Menunjukkan praktik dalam bentuk kunjungan deteksi dini kanker serviks dengan metode Inspeksi Visual Asam asetat (IVA) ke Puskesmas.

C. Materi

Kanker Serviks.

D. Metode

Health talk

E. Alat dan Media

Alat yang digunakan untuk kegiatan ini adalah; alat peraga, gambar ilustrasi, foto dan kuesioner.

F. Kegiatan

Pertemuan Minggu ke-1:

Kegiatan	Kegiatan fasilitator	Kegiatan peserta	Alokasi Waktu
<p><i>Orientation:</i></p> <p><i>Set goals</i></p>	<p>Memperkenalkan diri dan menjelaskan peran</p> <p>Melakukan kontrak dengan peserta</p> <p>Membangun kepercayaan</p> <p>Mengkaji pengetahuan dan sikap peserta terkait kanker serviks dan deteksi dini dengan memberikan kuesioner pre test.</p> <p>Menentukan tujuan</p>	<p>Melakukan kontrak dengan petugas kesehatan</p> <p>Menjawab pertanyaan kuesioner</p>	10 menit
<p><i>Implementation</i></p> <p>Health talk dengan materi kanker serviks: gejala, faktor risiko, dan program deteksi dini di Indonesia.</p>	<p>Mengeksplorasi pengetahuan peserta</p> <p>Memberikan kesempatan kepada peserta untuk melakukan health talk terkait kanker serviks dan deteksi dini (IVA)</p> <p>Menjadi bagian dari peserta, menjaga suasana tetap santai, ramah, penuh interupsi, dan informal selama diskusi berlangsung</p> <p>Meluruskan persepsi-persepsi yang salah tanpa kesan menggurui</p> <p>Memberikan jawaban dengan bantuan alat peraga, gambar ilustrasi, ataupun foto.</p> <p>Memastikan semua peserta memahami obrolan</p>	Berdiskusi dengan peserta lain dan fasilitator tentang kanker serviks	20 menit
<p><i>Monitor:</i></p> <p>Mencatat <i>feedback</i> dari peserta</p> <p>Monitor kunjungan IVA peserta ke Puskesmas</p>	<p>Menerima dan mencatat <i>feedback</i> dari peserta</p> <p>Observasi kunjungan IVA ke Puskesmas</p>	<p>Menyampaikan <i>feedback</i></p> <p>Melakukan kunjungan IVA ke Puskesmas</p>	<p>5 menit</p> <p>Maks. minggu ke-10</p>

Pertemuan Minggu ke-3:

Kegiatan	Kegiatan fasilitator	Kegiatan peserta	Alokasi Waktu
<p><i>Orientation:</i></p> <p><i>Set goals</i></p>	<p>Melakukan kontrak dengan peserta</p> <p>Membangun kepercayaan</p> <p>Mengkaji ulang pengetahuan dan sikap secara singkat</p> <p>Menentukan tujuan</p>	<p>Melakukan kontak dengan petugas kesehatan</p>	<p>5 menit</p>
<p><i>Implementation</i></p> <p>Health talk dengan materi kanker serviks: gejala, faktor risiko, dan program deteksi dini di Indonesia.</p>	<p>Mengeksplorasi pengetahuan peserta</p> <p>Memberikan kesempatan kepada peserta untuk melakukan health talk terkait kanker serviks dan deteksi dini (IVA)</p> <p>Menjadi bagian dari peserta, menjaga suasana tetap santai, ramah, penuh interupsi, dan informal selama diskusi berlangsung</p> <p>Meluruskan persepsi-persepsi yang salah tanpa kesan menggurui</p> <p>Memberikan jawaban dengan bantuan alat peraga, gambar ilustrasi, ataupun foto.</p> <p>Memastikan semua peserta memahami obrolan</p>	<p>Berdiskusi dengan peserta lain dan fasilitator tentang kanker serviks</p>	<p>20 menit</p>
<p><i>Monitor:</i></p> <p>Mencatat <i>feedback</i> dari peserta</p> <p>Monitor kunjungan IVA peserta ke Puskesmas</p>	<p>Menerima dan mencatat <i>feedback</i> dari peserta</p> <p>Observasi kunjungan IVA ke Puskesmas</p>	<p>Menyampaikan <i>feedback</i></p> <p>Melakukan kunjungan IVA ke Puskesmas</p>	<p>5 menit</p> <p>Maks. Minggu ke-10</p>

Pertemuan Minggu ke-5:

Kegiatan	Kegiatan fasilitator	Kegiatan peserta	Alokasi Waktu
<p><i>Orientation:</i></p> <p><i>Set goals</i></p>	<p>Melakukan kontrak dengan peserta</p> <p>Membangun kepercayaan</p> <p>Mengkaji ulang pengetahuan secara singkat</p> <p>Menentukan tujuan</p>	<p>Melakukan kontrak dengan petugas kesehatan</p>	<p>5 menit</p>
<p><i>Implementation</i></p> <p>Health talk dengan materi kanker serviks: gejala, faktor risiko, dan program deteksi dini di Indonesia.</p>	<p>Mengeksplorasi pengetahuan peserta</p> <p>Memberikan kesempatan kepada peserta untuk melakukan health talk terkait kanker serviks dan deteksi dini (IVA)</p> <p>Menjadi bagian dari peserta, menjaga suasana tetap santai, ramah, penuh interupsi, dan informal selama diskusi berlangsung</p> <p>Meluruskan persepsi-persepsi yang salah tanpa kesan menggurui</p> <p>Memberikan jawaban dengan bantuan alat peraga, gambar ilustrasi, ataupun foto.</p> <p>Memastikan semua peserta memahami obrolan</p>	<p>Berdiskusi dengan peserta lain dan fasilitator tentang kanker serviks</p>	<p>20 menit</p>
<p><i>Monitor:</i></p> <p>Mencatat <i>feedback</i> dari peserta</p> <p>Monitor kunjungan IVA peserta ke Puskesmas</p>	<p>Menerima dan mencatat <i>feedback</i> dari peserta</p> <p>Observasi kunjungan IVA ke Puskesmas</p>	<p>Menyampaikan <i>feedback</i></p> <p>Melakukan kunjungan IVA ke Puskesmas</p>	<p>5 menit</p> <p>Maks. Minggu ke-10</p>

Pertemuan Minggu ke-7:

Kegiatan	Kegiatan fasilitator	Kegiatan peserta	Alokasi Waktu
<p><i>Orientation:</i></p> <p><i>Set goals</i></p>	<p>Melakukan kontrak dengan peserta</p> <p>Membangun kepercayaan</p> <p>Mengkaji ulang pengetahuan secara singkat</p> <p>Menentukan tujuan</p>	<p>Melakukan kontrak dengan petugas kesehatan</p>	<p>5 menit</p>
<p><i>Implementation</i></p> <p>Health talk dengan materi kanker serviks: gejala, faktor risiko, dan program deteksi dini di Indonesia.</p>	<p>Mengeksplorasi pengetahuan peserta</p> <p>Memberikan kesempatan kepada peserta untuk melakukan health talk terkait kanker serviks dan deteksi dini (IVA)</p> <p>Menjadi bagian dari peserta, menjaga suasana tetap santai, ramah, penuh interupsi, dan informal selama diskusi berlangsung</p> <p>Meluruskan persepsi-persepsi yang salah tanpa kesan menggurui</p> <p>Memberikan jawaban dengan bantuan alat peraga, gambar ilustrasi, ataupun foto.</p> <p>Memastikan semua peserta memahami obrolan</p>	<p>Berdiskusi dengan peserta lain dan fasilitator tentang kanker serviks</p>	<p>20 menit</p>
<p><i>Monitor:</i></p> <p>Mencatat <i>feedback</i> dari peserta</p> <p>Monitor kunjungan IVA peserta ke Puskesmas</p>	<p>Menerima dan mencatat <i>feedback</i> dari peserta</p> <p>Observasi kunjungan IVA ke Puskesmas</p>	<p>Menyampaikan <i>feedback</i></p> <p>Melakukan kunjungan IVA ke Puskesmas</p>	<p>5 menit</p> <p>Maks. 10 minggu</p>

Pertemuan Minggu ke-9:

Kegiatan	Kegiatan fasilitator	Kegiatan peserta	Alokasi Waktu
<p>Orientation:</p> <p>Set goals</p>	<p>Melakukan kontrak dengan peserta</p> <p>Membangun kepercayaan</p> <p>Mengkaji ulang pengetahuan secara singkat</p> <p>Menentukan tujuan</p>	<p>Melakukan kontrak dengan petugas kesehatan</p> <p>Menjawab pertanyaan kuesioner</p>	5 menit
<p>Implementation</p> <p>Health talk dengan materi kanker serviks: gejala, faktor risiko, dan program deteksi dini di Indonesia.</p>	<p>Mengeksplorasi pengetahuan peserta</p> <p>Memberikan kesempatan kepada peserta untuk melakukan health talk terkait kanker serviks dan deteksi dini (IVA)</p> <p>Menjadi bagian dari peserta, menjaga suasana tetap santai, ramah, penuh interupsi, dan informal selama diskusi berlangsung</p> <p>Meluruskan persepsi-persepsi yang salah tanpa kesan menggurui</p> <p>Memberikan jawaban dengan bantuan alat peraga, gambar ilustrasi, ataupun foto.</p> <p>Memastikan semua peserta memahami obrolan</p>	Berdiskusi dengan peserta lain dan fasilitator tentang kanker serviks	20 menit
<p>Monitor:</p> <p>Mencatat feedback dari peserta</p> <p>Monitor kunjungan IVA peserta ke Puskesmas</p>	<p>Menerima dan mencatat <i>feedback</i> dari peserta</p> <p>Post test</p> <p>Observasi kunjungan IVA ke Puskesmas</p>	<p>Menyampaikan <i>feedback</i></p> <p>Menjawab kuesioner</p> <p>Melakukan kunjungan IVA ke Puskesmas</p>	<p>10 menit</p> <p>Maks. Minggu ke-10</p>

G. Evaluasi

Penilaian kegiatan ini dengan memberikan nilai 2 untuk kelompok yang mengikuti *health talk* dan 1 untuk kelompok yang tidak mengikuti *health talk*.

H. Uraian Materi

SERVIKS

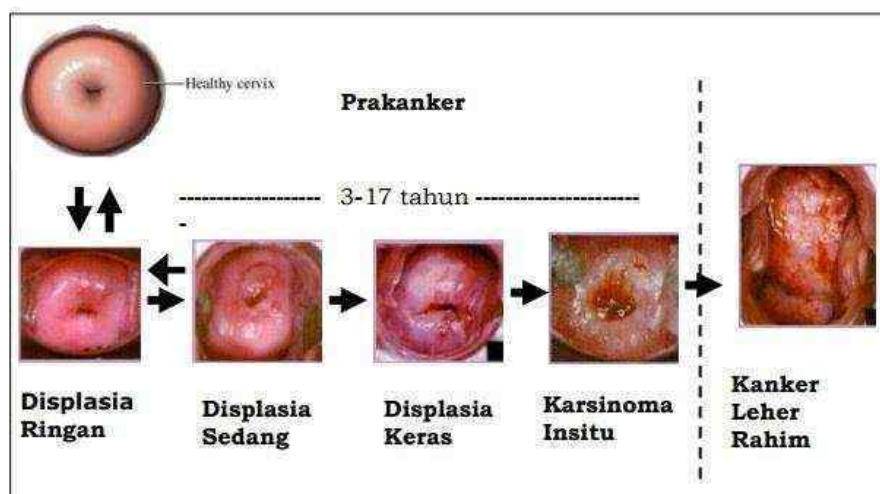
Fungsi serviks / leher rahim pada wanita sehat pada prinsipnya berkaitan dengan reproduksi, serviks membantu menjaga janin yang sedang berkembang dalam rahim dan berperan dalam inisiasi dan perkembangan persalinan. Lendir yang diproduksi oleh serviks dianggap penting dalam kesuburan wanita (Dunleavey, 2009). Serviks juga dianggap memiliki fungsi dalam respons seksual wanita (Dunleavey, 2009). Serviks mengalami perubahan signifikan selama seumur hidup. Pubertas, kehamilan dan menopause mengubah struktur dan lokasinya.



Gambar. 1 serviks

KANKER SERVIKS

Kanker serviks adalah penyakit keganasan yang menyerang serviks atau leher rahim.



Gambar 2. Perjalanan kanker serviks

PENYEBAB KANKER SERVIKS

Penyebab kanker serviks adalah *human papilloma virus* (HPV). HPV juga dikaitkan dengan sejumlah kanker lain seperti mulut, kelamin, dan anus (Ouhoumane et al., 2013; Saraiya et al., 2015). Sebagian besar infeksi HPV tidak bergejala dan tidak terkait dengan temuan pemeriksaan selain kemungkinan adanya kemerahan pada serviks. Hubungan antara deteksi DNA HPV dan keputihan, gatal, terbakar, atau gejala sistemik belum ditemukan (Mao et al., 2003).

HPV ditularkan melalui kontak seksual (Otero-Guerra et al., 2017). Ini adalah infeksi menular seksual yang paling sering didiagnosis di negara maju, dengan sekitar 30 juta kasus baru di seluruh dunia setiap tahunnya (Scheurer et al., 2005). Antara 64% sampai 82% remaja yang aktif secara seksual positif terinfeksi HPV (Wiley & Masongsong, 2006) dan diperkirakan 75% wanita terinfeksi HPV genital setidaknya lebih dari satu kali seumur hidup (Scheurer et al., 2005). Selain sebagai infeksi menular seksual yang paling umum terjadi di kalangan remaja putri dan wanita muda, HPV juga berlaku luas pada pria muda (Dunleavey, 2009)

TANDA DAN GEJALA KANKER SERVIKS

Gejala kanker serviks tidak selalu jelas, dan mungkin tidak menimbulkan gejala sama sekali sampai mencapai stadium lanjut.

a. Perdarahan yang tidak biasa

Pada kebanyakan kasus, perdarahan vagina adalah gejala kanker serviks yang pertama. Biasanya terjadi setelah berhubungan seks. Perdarahan pada waktu lain, selain periode menstruasi juga dianggap tidak biasa. termasuk perdarahan setelah menopause.

b. Gejala lainnya

Gejala lain dari kanker serviks termasuk rasa sakit dan ketidaknyamanan saat berhubungan seks dan keputihan yang tidak nyaman.

c. Kanker serviks stadium lanjut

Jika kanker menyebar ke organ sekitarnya, itu bisa memicu berbagai gejala lain, termasuk: sembelit ataupun diare, darah dalam urin (hematuria), kehilangan kontrol berkemih (inkontinensia urin), nyeri tulang, pembengkakan kaki, Nyeri parah di sisi atau punggung disebabkan oleh pembengkakan di ginjal, terkait dengan kondisi yang disebut hidonrosfrosis,

Perubahan pada kandung kemih dan kebiasaan buang air besar, kehilangan selera makan, penurunan berat badan, serta kelelahan dan kekurangan energi.

FAKTOR YANG MENINGKATKAN PELUANG TERKENA KANKER SERVIKS

a. Usia.

Tingkat tertinggi infeksi HPV terjadi antara usia 15 dan 25 tahun, kemudian menurun dengan mantap setelah usia 40 tahun (Wiley & Masongsong, 2006). Namun wanita yang lebih tua tetap berisiko mengalami reaktivasi HPV onkogenik dikarenakan adanya interaksi usia dan jumlah pasangan seksual selama hidup (Brown & Weaver, 2013).

b. Jumlah pasangan seksual.

HPV jarang terdeteksi pada anak-anak dan pada wanita yang tidak aktif secara seksual namun segera setelah aktivitas seksual dimulai, kejadian meningkat dengan tajam. Namun, karena infeksi ini begitu umum, bahkan hanya memiliki satu pasangan seksual saja tetap berisiko terinfeksi (Winer et al., 2008). 21% wanita muda yang melaporkan satu pasangan seks positif terhadap HPV (Ley et al., 1991).

Kebanyakan wanita dan pria yang aktif secara seksual akan terinfeksi HPV pada beberapa titik dalam hidup mereka dan beberapa mungkin berulang kali terinfeksi. Waktu puncak terinfeksi baik untuk wanita maupun pria tidak lama setelah menjadi aktif secara seksual. HPV ditularkan secara seksual, namun tidak selalu seks penetratif. Kontak kulit ke kulit kelamin dapat sangat mungkin menularkan HPV (WHO, 2016).

Ada banyak jenis HPV, dan banyak yang tidak menimbulkan masalah. Infeksi HPV biasanya sembuh sendiri tanpa adanya intervensi dalam beberapa bulan. Namun sebagian dapat bertahan dan berlanjut ke kanker (WHO, 2016).

c. Pil KB.

Sejumlah penelitian telah menemukan hubungan antara penggunaan Pil KB dan infeksi HPV yang terlepas dari perilaku seksual dan faktor risiko lainnya. bahwa penggunaan Pil KB jangka panjang (> 5 tahun) dua kali lipat berisiko terkena kanker serviks. Namun, risiko dapat turun setelah berhenti 10 tahun atau lebih (La Vecchia & Boccia, 2014). Mekanismenya dikaitkan dengan pengaruh hormon estrogen.

d. Daya tahan tubuh rendah

Orang yang mengalami penurunan kekebalan tubuh, memiliki tingkat infeksi HPV yang lebih tinggi dan penyakit terkait HPV. Faktor imunogenetik mungkin berperan dalam kemampuan respon imun terhadap infeksi HPV.

Sejumlah faktor lain dikaitkan dengan peningkatan risiko infeksi HPV pada beberapa tapi tidak semua penelitian. Ini termasuk: virus herpes simpleks dan kutil vulva, riwayat hubungan seks melalui anus, usia dini saat pertama melakukan hubungan seksual, wanita kulit hitam atau Hispanik, dan perokok (Dell et al., 2000). Faktor imunologis lingkungan dan individu memiliki peran dalam perkembangan penyakit (Scheurer et al., 2005; Soto-Wright et al., 2005; Wiley & Masongsong, 2006). Selain infeksi HPV yang terus-menerus, faktor utama yang akan membawa kemajuan dan transformasi terkait dengan status kekebalan (Helmerhorst & Meijer, 2002).

e. Merokok

Merokok memiliki hubungan tertinggi kedua dengan kanker serviks setelah infeksi HPV yang terus-menerus (Eldridge et al., 2017). Hubungan antara tembakau, displasia dan kanker terkait HPV telah dipelajari, dan walaupun mekanismenya belum jelas. Namun sebuah penelitian mengemukakan bahwa merokok meningkatkan risiko infeksi berikutnya dengan menurunkan kekebalan tubuh (Eldridge et al., 2017). Terdapat data yang menunjukkan bahwa wanita perokok dengan apusan serviks tidak normal pada tiga kali pemeriksaan lebih mungkin untuk kanker serviks daripada non-perokok (Mcintyre-seltman et al., 2005).

f. Jumlah Kehamilan

Kehamilan yang sering telah dikaitkan dengan perkembangan kanker serviks untuk waktu yang lama. Telah disarankan bahwa kehamilan beberapa kali mungkin memiliki efek traumatik atau pada serviks, sehingga mendorong perkembangan infeksi HPV. Kehamilan juga bisa mempengaruhi hormonal pada serviks yang selanjutnya meningkatkan risiko perkembangan kanker (Matos et al., 2005).

g. Faktor lainnya

Kelompok sosioekonomi (Akinyemiju et al., 2016), faktor genetik (Chen et al., 2011), jenis HLA (Gimenes et al., 2014), penyakit menular seksual lainnya, jumlah pasangan seksual, pasangan yang tidak disunat (Liu et al., 2015), obesitas dan faktor makanan semuanya telah dikemukakan sebagai faktor pendorong potensial untuk pengembangan displasia tingkat tinggi dan kanker serviks (Poorolajal & Jenabi, 2016).

MECEGAH KANKER SERVIKS DENGAN IVA

Dasar dari pemeriksaan IVA (Inspeksi Visual Asam asetat) adalah bahwa mayoritas lesi serviks prainvasif dan invasif terlihat oleh pemeriksaan dengan mata telanjang setelah pengolesan asam asetat 3-5%. Asam asetat dioleskan pada serviks menggunakan kapas, dilanjutkan dengan pemeriksaan serviks dengan lampu halogen setelah satu menit. Hasil tes dapat diartikan sebagai positif jika pada epitel terdapat plak putih (*acetowhite*) yang normalnya berwarna merah muda dan akan berwarna putih jika terdapat lesi pada serviks (Mustafa et al., 2010).

EFEKTIFITAS IVA

IVA sangat efektif sebagai metode deteksi dini kanker serviks pada wilayah dengan penghasilan rendah (Mustafa et al., 2010). Wanita yang melakukan pemeriksaan IVA, 25% lebih kecil kemungkinannya untuk menderita kanker serviks di kemudian hari daripada mereka yang tidak, dan 35% lebih kecil kemungkinannya untuk meninggal karena kanker serviks dibandingkan dengan yang tidak (Sankaranarayanan et al., 2007).

Sensitivitas IVA (96,7%) jauh lebih tinggi daripada Pap smear (50%), dan hampir setinggi kolposkopi (100%). Spesifisitas IVA (36,4%) lebih rendah dari pada Pap smear (97%) dan kolposkopi (96,9%), terjadi pada tingkat *falsepositif* yang tinggi untuk IVA (Goel et al., 2005).

Sebuah penelitian di Iran (Eftekhar et al., 2005) sitologi dan IVA dilakukan pada semua wanita yang datang ke klinik ginekologi. 100 wanita dengan IVA positif, dan 100 dengan tes IVA negatif dipilih secara acak dan dilakukan kolposkopi. Biopsi diperoleh dari wanita yang memiliki temuan kolposkopik abnormal. Hanya wanita dengan diagnosis akhir displasia serviks yang dikonfirmasi oleh kolposkopi dianggap sebagai kasus positif untuk memperkirakan validitas. Hasilnya menunjukkan bahwa IVA memiliki sensitivitas yang lebih tinggi, namun spesifisitasnya lebih rendah daripada Pap smear untuk mendeteksi displasia serviks.

VALIDITAS IVA

Sensitivitas IVA berkisar 63-77%, lebih tinggi daripada sitologi (kisaran 30-77%). Namun, Spesifisitas IVA rendah yaitu 44-73%, sedangkan spesifisitas sitologi 99-99,8% (Goel et al., 2005). Spesifisitas dapat diperbaiki dengan menindaklanjuti wanita dengan IVA positif

dengan tes HPV atau sitologi. Nilai prediksi positif VIA dalam berbagai penelitian berkisar antara 10-20%; sedangkan nilai prediktif negatif telah berkisar 92-100% (L Gaffikin et al., 2003).

KEUNGGUALAN IVA

IVA adalah metode non invasif, mudah, dan relatif murah dibandingkan dengan metode deteksi dini yang lain (Lynne Gaffikin et al., 2003). IVA dapat dilakukan dengan infrastruktur minimal (Bhatla et al., 2004). Selain itu, karena hasilnya tersedia segera, akan memungkinkan untuk mendapatkan krioterapi pada hari yang sama (Blumenthal et al., 2004). Periode pelatihan yang dibutuhkan untuk memperoleh keterampilan IVA sangat singkat, antara 5 - 10 hari (Blumenthal et al., 2005); meskipun itu tergantung pada tingkat keterampilan dasar peserta pelatihan dan jumlah praktik klinis yang tersedia selama pelatihan.

KETERBATASAN IVA

Keterbatasan utama IVA adalah spesifisitas yang rendah (Sankaranarayanan et al., 2007). Meskipun IVA adalah deteksi dini yang sensitif untuk mendeteksi displasia serviks, namun IVA biasanya perlu diikuti prosedur triase sekunder lain seperti tes HPV, dan kolposkopi yang membantu mendeteksi lebih banyak kasus dengan lesi prekursor kanker. IVA mungkin kurang efektif untuk pasien lanjut usia, karena kecenderungan zona transformasi, dan dengan demikian, ada lesi di dalamnya, untuk menyusut ke kanal endoserviks . Hasil IVA tergantung pada pengamat. Masalah lain dengan VIA adalah sifat subjektif tes; yang dapat dielakkan dengan penambahan pewarnaan yodium Lugol untuk memperbaiki sensitivitas dan spesifisitas (Qureshi et al., 2010).

SIAPA DAN KAPAN HARUS MELAKUKAN IVA?

Berdasarkan Permenkes No. 34 tahun 2015 sasaran deteksi dini kanker serviks pada kelompok berikut ini (Kemenkes RI, 2015):

- a) Perempuan berusia 30 - 50 tahun
- b) Perempuan yang menjadi klien pada klinik IMS dengan dari vagina yang abnormal atau nyeri pada abdomen bawah (bahkan jika di luar kelompok usia tersebut).
- c) Perempuan yang tidak hamil (walaupun bukan suatu hal yang rutin, perempuan yang sedang hamil dapat menjalani deteksi dini dengan aman, tetapi tidak boleh menjalani

pengobatan dengan krioterapi) oleh karena itu IVA belum dapat dimasukkan pelayanan rutin pada klinik antenatal.

- d) Perempuan yang mendatangi Puskesmas, klinik IMS, dan klinik KB dianjurkan untuk deteksi dini kanker serviks

IVA tidak di rekomendasikan pada wanita pasca-menopause, karena daerah transisional sering terletak di kanalis servikalis dan tidak tampak dengan inspekulo (Rasjidi, 2009)

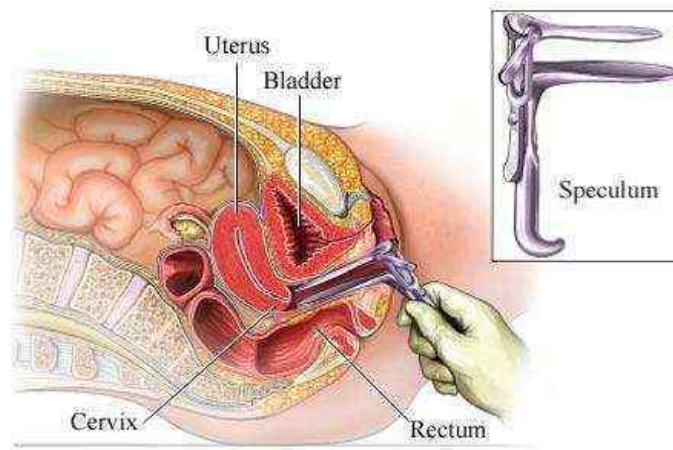
Seorang wanita yang mendapat tes IVA negatif harus menjalani deteksi dini kembali minimal 5 tahun sekali dan wanita yang mempunyai hasil tes IVA positif dan mendapat pengobatan harus menjalani tes IVA berikutnya 6 bulan kemudian (Kemenkes RI, 2015).

PEMBERI LAYANAN IVA

Pemberi layanan IVA adalah petugas kesehatan yang terdiri dari perawat atau bidan terlatih pemeriksaan IVA, dokter umum terlatih pemeriksaan IVA, dokter spesialis obstetri dan ginekologi. IVA dapat dilakukan di rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, polindes, klinik dokter spesialis/dokter umum/bidan (Kemenkes RI, 2015).

PROSEDUR PEMERIKSAAN IVA

1. Ibu ditanya mengenai identitas dan dimintai persetujuan
2. Ibu diminta untuk menanggalkan pakaiannya dari pinggang hingga lutut dan menggunakan kain yang sudah disediakan
3. Ibu diposisikan dalam posisi berbaring dengan lutut ditekuk dan diangkat
4. Area pinggang hingga lutut ibu akan ditutup dengan kain
5. Petugas menggunakan sarung tangan
6. Petugas membersihkan area kemaluan ibu dengan air DTT
7. Petugas memasukkan spekulum (alat seperti cocor bebek) melalui kemaluan ibu untuk melihat serviks hingga jelas terlihat

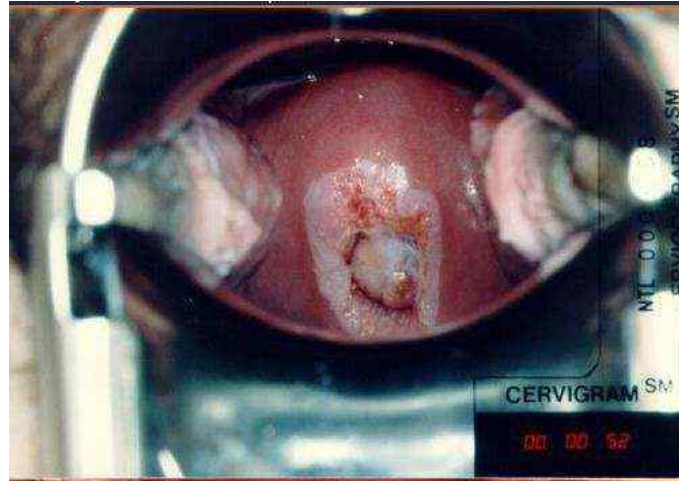


Gambar 3. Melihat serviks dengan spekulum

8. Petugas akan membersihkan serviks dari cairan, darah, dan sekret dengan kapas lidi bersih
9. Petugas akan memeriksa serviks sesuai langkah-langkah berikut:
 - a. Terdapat kecurigaan kanker atau tidak :
Jika ya, klien dirujuk, pemeriksaan IVA tidak dilanjutkan. Jika pemeriksaan adalah dokter ahli obstetri dan ginekologi, lakukan biopsi
 - b. Jika tidak dicurigai kanker, identifikasi Sambungan Skuamo kolumnar
Jika SSK tidak tampak, maka : dilakukan pemeriksaan mata telanjang tanpa asam asetat, lalu beri kesimpulan sementara, misalnya hasil negatif namun SSK tidak tampak. Klien disarankan untuk melakukan pemeriksaan selanjutnya lebih cepat atau pap smear maksimal 6 bulan lagi
 - c. Jika SSK tampak, lakukan IVA dengan mengoleskan kapas lidi yang sudah dicelupkan ke dalam asam asetat 3-5% ke seluruh permukaan serviks
 - d. Tunggu hasil IVA selama 1 menit, perhatikan apakah ada bercak putih (acetowhite epithelium) atau tidak
 - e. Jika tidak (IVA negatif), petugas akan menjelaskan kapan harus kembali untuk mengulangi pemeriksaa IVA
 - f. Jika ada (IVA positif), petugas akan menentukan metode tata laksana yang akan dilakukan
10. Keluarkan spekulum
11. Petugas membuang sarung tangan, kapas, dan bahan sekali pakai lainnya ke dalam container (tempat sampah) yang tahan bocor, sedangkan untuk alat-alat yang dapat digunakan kembali, rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk dekontaminasi

12. Petugas menjelaskan hasil pemeriksaan, dan kapan harus melakukan pemeriksaan lagi, serta rencana tata laksana jika diperlukan.

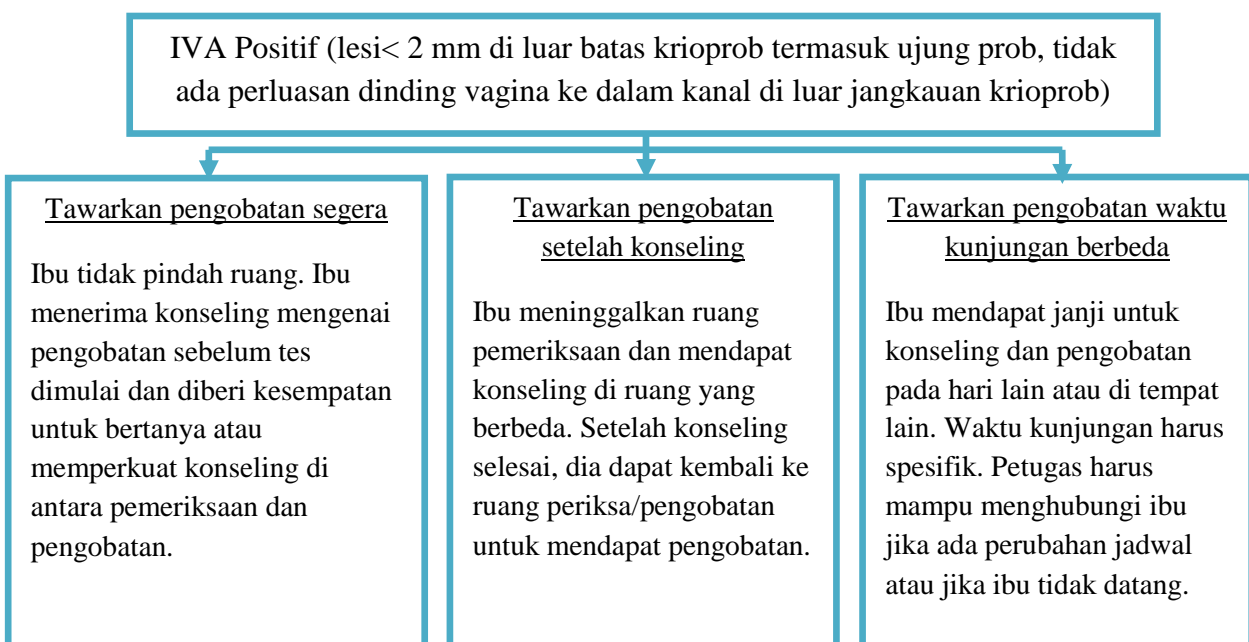
BAGAIMANA TEMUAN PEMERIKSAAN IVA?



Gambar 4. Gambaran IVA Positif (Carr & Sellors, 2004)

Klasifikasi IVA	Temuan Klinis
Hasil Tes Negatif	Permukaan polos dan halus, berwarna merah muda
Hasil Tes Positif	Plak putih yang tebal
Kanker	Pertumbuhan seperti bunga kol dan mudah berdarah

BAGAIMANA JIKA HASIL IVA POSITIF





DETEKSI DINI KANKER SERVIKS DENGAN IVA (Panduan untuk Tenaga Kesehatan)



Rafika Rosyda, S.Kep., Ns

**Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
2018**

MODUL DETEKSI DINI KANKER SERVIKS DENGAN IVA

Editor :

Prof. Dr. Budi Santoso, Sp. OG (K)

Dr. Esti Yunitasari, S.Kp., M.Kes

Penyusun :

Rafika Rosyda, S.Kep., Ns

Kontributor :

Prof. Dr. Nusalam, M.Nurs (Hons)

dr. Indra Yuliati, Sp. OG (K)

Tiyas Kusumaningrum, S.Kep.,Ns, M.Kep

Hak Cipta 2018, Pada Penerbit

Hak Publikasi pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Dilarang menerbitkan atau menyebarkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanis, termasuk memfotokopi, merekam, atau sistem penyimpanan dan pengambilan informasi, tanpa seizin tertulis penerbit.

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Kampus C Unair Mulyorejo Surabaya 60115

Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913752

Fax. (031) 5913257, 5913752

Email: dekan@fkp.unair.ac.id

Editor :

Prof. Dr. Budi Santoso, Sp. OG (K)

Dr. Esti Yunitasari, S.Kp., M.Kes

Penyusun :

Rafika Rosyda, S.Kep., Ns

Kontributor :

Prof. Dr. Nusalam, M.Nurs (Hons)

dr. Indra Yuliati, Sp. OG (K)

Tiyas Kusumaningrum, S.Kep.,Ns, M.Kep

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah Tuhan Yang Maha Esa karena Rahmat dan Karunia-Nya, modul yang berjudul “Deteksi Dini Kanker Serviks dengan IVA” telah tersusun dengan baik. Modul ini disusun berdasarkan telaah literatur tentang kanker serviks, dan IVA yang diharapkan dapat menjadi panduan bagi tenaga kesehatan dalam pendidikan kesehatan mengenai deteksi dini kanker serviks dengan metode IVA.

Modul ini disusun secara sederhana agar mudah dipahami dengan harapan dapat memenuhi kebutuhan informasi dalam upaya pencegahan kanker serviks di masa yang akan datang.

Kami menyadari bahwa modul ini jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu saran, kritik, dan masukan yang membangun sangat kami harapkan demi kesempurnaan modul ini di kemudian hari. Kami berharap modul ini dapat bermanfaat dan digunakan sebagai acuan dengan sebaik-baiknya.

Surabaya, 9 Januari 2018

Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	4
DAFTAR ISI	5
DETEKSI DINI KANKER SERVIKS DENGAN METODE IVA	7
1. Tujuan	7
2. Sasaran	7
3. Waktu	7
4. Deskripsi Modul	7
5. Bentuk Aktivitas	8
KEGIATAN BELAJAR: OBROLAN KESEHATAN KANKER SERVIKS	9
1. Deskripsi Singkat	9
2. Tujuan	9
3. Pokok Bahasan	10
4. Bahan Belajar	10
5. Langkah-langkah	11
6. Uraian materi	16
SERVIKS	16
KANKER SERVIKS	17
PENYEBAB KANKER SERVIKS	17
TANDA DAN GEJALA KANKER SERVIKS	18
FAKTOR YANG MENINGKATKAN PELUANG TERKENA KANKER SERVIKS	18
MECEGAH KANKER SERVIKS DENGAN IVA	20
EFEKTIFITAS IVA	21
VALIDITAS IVA	21
KEUNGGUALAN IVA	21
KETERBATASAN IVA	22
SIAPA DAN KAPAN HARUS MELAKUKAN IVA?	22

PEMBERI LAYANAN IVA	23
PROSEDUR PEMERIKSAAN IVA	23
TEMUAN PEMERIKSAAN IVA	25
DAFTAR PUSTAKA	26

DETEKSI DINI KANKER SERVIKS DENGAN METODE IVA

1. Tujuan

Modul deteksi dini kanker serviks dengan metode IVA digunakan sebagai pedoman tenaga kesehatan dalam melakukan edukasi kepada wanita usia subur utamanya usia 30 sampai 50 tahun dalam pelaksanaan program deteksi dini kanker serviks. Diharapkan peserta dapat:

- a. Mendapatkan informasi mengenai kanker serviks, termasuk tanda dan gejala kanker serviks, faktor risiko kanker serviks, dan pencegahan kanker serviks dengan deteksi dini
- b. Menunjukkan sikap positif terkait deteksi dini kanker serviks dengan metode IVA.
- c. Melakukan kunjungan ke Puskesmas sebagai bentuk praktik deteksi dini dengan metode IVA.

2. Sasaran

Modul deteksi dini kanker serviks dengan metode IVA dilakukan oleh petugas kesehatan, dan wanita usia subur untuk memberikan informasi mengenai kanker serviks dan deteksi dini kepada sesama peserta edukasi.

3. Waktu

Modul deteksi dini kanker serviks dengan metode IVA diberikan dalam 5 kali pertemuan obrolan kesehatan setiap 2 minggu dengan topik yang sama. Pertemuan dilakukan dalam kegiatan PKK dengan membahas kanker serviks termasuk tanda dan gejala, faktor risiko, dan pencegahan kanker serviks dengan deteksi dini.

4. Deskripsi Modul

Modul deteksi dini kanker serviks dengan metode IVA merupakan panduan bagi petugas promosi kesehatan untuk memberikan informasi kepada wanita usia subur utamanya usia 30 sampai 50 tahun dalam melaksanakan program deteksi dini kanker serviks. Modul deteksi dini kanker serviks dengan metode IVA terdiri dari materi tentang kanker serviks termasuk tanda dan gejala, faktor risiko, dan pencegahan kanker serviks dengan deteksi

dini, agar petugas maupun peserta dapat menjadi agen pembaharu dalam pelaksanaan program deteksi dini kanker serviks.

5. Bentuk Aktivitas

Obrolan kesehatan untuk mengenali kanker serviks, tanda dan gejala, faktor risiko, dan pencegahan kanker serviks dengan deteksi dini (IVA).

KEGIATAN BELAJAR: OBROLAN KESEHATAN KANKER SERVIKS

1. Deskripsi Singkat

Kanker serviks adalah kanker paling banyak keempat pada wanita, dan ketujuh secara keseluruhan di seluruh dunia. Kanker serviks itu sendiri merupakan suatu penyakit keganasan yang menyerang serviks. Peran serviks pada wanita sehat pada prinsipnya berkaitan dengan reproduksi, serviks membantu menjaga janin yang sedang berkembang dalam rahim dan berperan dalam inisiasi dan perkembangan persalinan.

Kanker serviks adalah penyakit dimana agen penyebab utama telah diidentifikasi dengan jelas. Sementara sejumlah faktor lain akan mempengaruhi perkembangan dan perkembangan penyakit ini, agen penyebab kanker serviks adalah *human papilloma virus* (HPV).

Banyak upaya yang dilakukan dengan harapan dapat mencegah kanker serviks di masa mendatang dengan meningkatkan serapan vaksinasi HPV (Cullen, Stokley and Markowitz, 2014). Walaupun demikian, deteksi dini merupakan metode yang paling terbukti untuk menurunkan angka kanker serviks (Blasio *et al.*, 2012). Inspeksi visual asam asetat (IVA) adalah metode deteksi dini sensitif alternatif (Gaffikin *et al.*, 2007; Poli, Bidinger and Gowrishankar, 2015) murah dan tidak melukai, dan bisa dilakukan di Puskesmas (Gaffikin, Lauterbach and Emerson, 2003). IVA memberikan hasil langsung, dan memenuhi syarat untuk mendapatkan pengobatan dapat lesi prakanker menggunakan krioterapi pada hari yang sama dan di fasilitas kesehatan yang sama (Blumenthal *et al.*, 2004).

2. Tujuan

a. Umum

Setelah mengikuti obrolan kesehatan, peserta mampu memahami tentang kanker serviks, menunjukkan sikap positif terkait deteksi dini kanker serviks dengan metode IVA, dan melakukan kunjungan ke Puskesmas sebagai bentuk praktik pelaksanaan deteksi dini kanker serviks.

b. Khusus

Setelah mengikuti obrolan kesehatan, peserta mampu:

- 1) Menjelaskan tentang kanker serviks, tanda dan gejala, faktor risiko dan pencegahan kanker serviks
- 2) Menunjukkan sikap positif terkait deteksi dini kanker serviks dengan metode IVA
- 3) Melakukan kunjungan ke Puskesmas sebagai bentuk pelaksanaan deteksi dini kanker serviks dengan IVA

3. Pokok Bahasan

Dalam modul ini akan dibahas mengenai kanker serviks, penyebab, tanda dan gejala, faktor risiko kanker serviks dan pencegahan kanker serviks dengan deteksi dini (IVA).

4. Bahan Belajar

Kanker serviks dan deteksi dini dengan metode IVA.

5. Langkah-langkah

Pertemuan Minggu ke-1:

Kegiatan	Kegiatan fasilitator	Kegiatan peserta	Alokasi Waktu
Orientation:	Memperkenalkan diri dan menjelaskan peran		10 menit
	Melakukan kontrak dengan peserta	Melakukan kontak dengan petugas kesehatan	
	Membangun kepercayaan		
	Mengkaji pengetahuan dan sikap peserta terkait kanker serviks dan deteksi dini dengan memberikan kuesioner pre test.	Menjawab pertanyaan kuesioner	
Set goals	Menentukan tujuan		
Implementation	Mengeksplorasi pengetahuan peserta	Berdiskusi dengan peserta lain dan fasilitator tentang kanker serviks	20 menit
Obrolan kesehatan dengan materi kanker serviks: gejala, faktor risiko, dan program deteksi dini di Indonesia.	Memberikan kesempatan kepada peserta untuk melakukan obrolan kesehatan terkait kanker serviks dan deteksi dini (IVA)		
	Menjadi bagian dari peserta, menjaga suasana tetap santai, ramah, penuh interupsi, dan informal selama diskusi berlangsung		
	Meluruskan persepsi-persepsi yang salah tanpa kesan menggurui		
	Memberikan jawaban dengan bantuan alat peraga, gambar ilustrasi, ataupun foto.		
	Memastikan semua peserta memahami obrolan		
Monitor:			
Mencatat feedback dari peserta	Menerima dan mencatat <i>feedback</i> dari peserta	Menyampaikan <i>feedback</i>	5 menit
Monitor kunjungan IVA peserta ke Puskesmas	Observasi kunjungan IVA ke Puskesmas	Melakukan kunjungan IVA ke Puskesmas	Maks. minggu ke-10

Pertemuan Minggu ke-3:

Kegiatan	Kegiatan fasilitator	Kegiatan peserta	Alokasi Waktu
Orientation:	Melakukan kontrak dengan peserta Membangun kepercayaan Mengkaji ulang pengetahuan dan sikap secara singkat	Melakukan kontak dengan petugas kesehatan	5 menit
Set goals	Menentukan tujuan		
Implementation	Mengeksplorasi pengetahuan peserta	Berdiskusi dengan peserta lain dan fasilitator tentang kanker serviks	20 menit
Obrolan kesehatan dengan materi kanker serviks: gejala, faktor risiko, dan program deteksi dini di Indonesia.	Memberikan kesempatan kepada peserta untuk melakukan obrolan kesehatan terkait kanker serviks dan deteksi dini (IVA) Menjadi bagian dari peserta, menjaga suasana tetap santai, ramah, penuh interupsi, dan informal selama diskusi berlangsung Meluruskan persepsi-persepsi yang salah tanpa kesan menggurui Memberikan jawaban dengan bantuan alat peraga, gambar ilustrasi, ataupun foto. Memastikan semua peserta memahami obrolan		
Monitor:			
Mencatat feedback dari peserta	Menerima dan mencatat <i>feedback</i> dari peserta	Menyampaikan <i>feedback</i>	5 menit
Monitor kunjungan IVA peserta ke Puskesmas	Observasi kunjungan IVA ke Puskesmas	Melakukan kunjungan IVA ke Puskesmas	Maks. Minggu ke-10

Pertemuan Minggu ke-5:

Kegiatan	Kegiatan fasilitator	Kegiatan peserta	Alokasi Waktu
Orientation:	Melakukan kontrak dengan peserta Membangun kepercayaan Mengkaji ulang pengetahuan secara singkat	Melakukan kontak dengan petugas kesehatan	5 menit
Set goals	Menentukan tujuan		
Implementation	Mengeksplorasi pengetahuan peserta	Berdiskusi dengan peserta lain dan fasilitator tentang kanker serviks	20 menit
Obrolan kesehatan dengan materi kanker serviks: gejala, faktor risiko, dan program deteksi dini di Indonesia.	Memberikan kesempatan kepada peserta untuk melakukan obrolan kesehatan terkait kanker serviks dan deteksi dini (IVA) Menjadi bagian dari peserta, menjaga suasana tetap santai, ramah, penuh interupsi, dan informal selama diskusi berlangsung Meluruskan persepsi-persepsi yang salah tanpa kesan menggurui Memberikan jawaban dengan bantuan alat peraga, gambar ilustrasi, ataupun foto. Memastikan semua peserta memahami obrolan		
Monitor:			
Mencatat <i>feedback</i> dari peserta	Menerima dan mencatat <i>feedback</i> dari peserta	Menyampaikan <i>feedback</i>	5 menit
Monitor kunjungan IVA peserta ke Puskesmas	Observasi kunjungan IVA ke Puskesmas	Melakukan kunjungan IVA ke Puskesmas	Maks. Minggu ke-10

Pertemuan Minggu ke-7:

Kegiatan	Kegiatan fasilitator	Kegiatan peserta	Alokasi Waktu
Orientation:	Melakukan kontrak dengan peserta Membangun kepercayaan Mengkaji ulang pengetahuan secara singkat	Melakukan kontak dengan petugas kesehatan	5 menit
Set goals	Menentukan tujuan		
Implementation Obrolan kesehatan dengan materi kanker serviks: gejala, faktor risiko, dan program deteksi dini di Indonesia.	Mengeksplorasi pengetahuan peserta Memberikan kesempatan kepada peserta untuk melakukan obrolan kesehatan terkait kanker serviks dan deteksi dini (IVA) Menjadi bagian dari peserta, menjaga suasana tetap santai, ramah, penuh interupsi, dan informal selama diskusi berlangsung Meluruskan persepsi-persepsi yang salah tanpa kesan menggurui Memberikan jawaban dengan bantuan alat peraga, gambar ilustrasi, ataupun foto. Memastikan semua peserta memahami obrolan	Berdiskusi dengan peserta lain dan fasilitator tentang kanker serviks	20 menit
Monitor:			
Mencatat feedback dari peserta	Menerima dan mencatat <i>feedback</i> dari peserta	Menyampaikan <i>feedback</i>	5 menit
Monitor kunjungan IVA peserta ke Puskesmas	Observasi kunjungan IVA ke Puskesmas	Melakukan kunjungan IVA ke Puskesmas	Maks. 10 minggu

Pertemuan Minggu ke-9:

Kegiatan	Kegiatan fasilitator	Kegiatan peserta	Alokasi Waktu
Orientation:	Melakukan kontrak dengan peserta Membangun kepercayaan Mengkaji ulang pengetahuan secara singkat	Melakukan kontak dengan petugas kesehatan	5 menit
Set goals	Menentukan tujuan		
Implementation Obrolan kesehatan dengan materi kanker serviks: gejala, faktor risiko, dan program deteksi dini di Indonesia.	Mengeksplorasi pengetahuan peserta Memberikan kesempatan kepada peserta untuk melakukan obrolan kesehatan terkait kanker serviks dan deteksi dini (IVA) Menjadi bagian dari peserta, menjaga suasana tetap santai, ramah, penuh interupsi, dan informal selama diskusi berlangsung Meluruskan persepsi-persepsi yang salah tanpa kesan menggurui Memberikan jawaban dengan bantuan alat peraga, gambar ilustrasi, ataupun foto. Memastikan semua peserta memahami obrolan	Berdiskusi dengan peserta lain dan fasilitator tentang kanker serviks	20 menit
Monitor:			
Mencatat feedback dari peserta	Menerima dan mencatat <i>feedback</i> dari peserta Post test	Menyampaikan <i>feedback</i> Mengisi kuesioner	10 menit
Monitor kunjungan IVA peserta ke Puskesmas	Observasi kunjungan IVA ke Puskesmas	Melakukan kunjungan IVA ke Puskesmas	Maks. Minggu ke-10

6. Uraian materi

SERVIKS

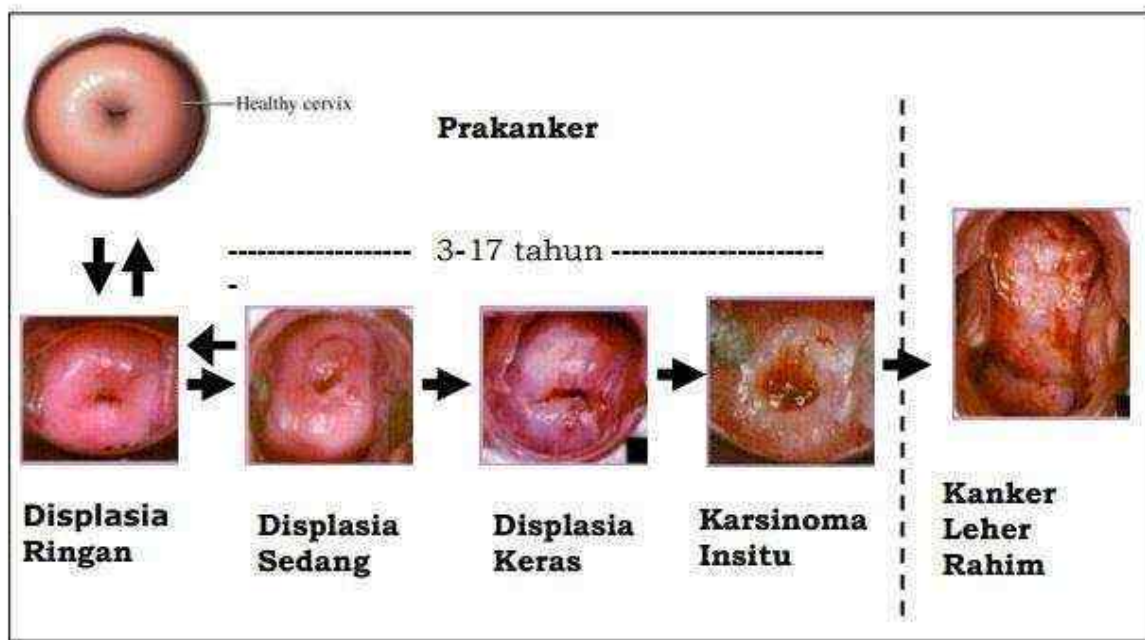
Fungsi serviks / leher rahim pada wanita sehat pada prinsipnya berkaitan dengan reproduksi, serviks membantu menjaga janin yang sedang berkembang dalam rahim dan berperan dalam inisiasi dan perkembangan persalinan. Lendir yang diproduksi oleh serviks dianggap penting dalam kesuburan wanita (Dunleavy, 2009). Serviks juga dianggap memiliki fungsi dalam respons seksual wanita (Dunleavy, 2009). Serviks mengalami perubahan signifikan selama seumur hidup. Pubertas, kehamilan dan menopause mengubah struktur dan lokasinya.



Gambar. 1 serviks

KANKER SERVIKS

Kanker serviks adalah penyakit keganasan yang menyerang serviks atau leher rahim.



Gambar 2. Perjalanan kanker serviks

PENYEBAB KANKER SERVIKS

Penyebab kanker serviks adalah *human papilloma virus* (HPV). HPV juga dikaitkan dengan sejumlah kanker lain seperti mulut, kelamin, dan anus (Ouhoumane *et al.*, 2013; Saraiya *et al.*, 2015). Sebagian besar infeksi HPV tidak bergejala dan tidak terkait dengan temuan pemeriksaan selain kemungkinan adanya kemerahan pada serviks. Hubungan antara deteksi DNA HPV dan keputihan, gatal, terbakar, atau gejala sistemik belum ditemukan (Mao *et al.*, 2003).

HPV ditularkan melalui kontak seksual (Otero-Guerra, Fernández-Blázquez and Vazquez, 2017). Ini adalah infeksi menular seksual yang paling sering didiagnosis di negara maju, dengan sekitar 30 juta kasus baru di seluruh dunia setiap tahunnya (Scheurer, Tortolero-Luna and Adler-Storthz, 2005). Antara 64% sampai 82% remaja yang aktif secara seksual positif terinfeksi HPV (Wiley and Masongsong, 2006) dan diperkirakan 75% wanita terinfeksi HPV genital setidaknya lebih dari satu kali seumur hidup (Scheurer, Tortolero-Luna and Adler-

Storh, 2005). Selain sebagai infeksi menular seksual yang paling umum terjadi di kalangan remaja putri dan wanita muda, HPV juga berlaku luas pada pria muda (Dunleavey, 2009)

TANDA DAN GEJALA KANKER SERVIKS

Gejala kanker serviks tidak selalu jelas, dan mungkin tidak menimbulkan gejala sama sekali sampai mencapai stadium lanjut.

a. Perdarahan yang tidak biasa

Pada kebanyakan kasus, perdarahan vagina adalah gejala kanker serviks yang pertama. Biasanya terjadi setelah berhubungan seks. Perdarahan pada waktu lain, selain periode menstruasi juga dianggap tidak biasa. termasuk perdarahan setelah menopause.

b. Gejala lainnya

Gejala lain dari kanker serviks termasuk rasa sakit dan ketidaknyamanan saat berhubungan seks dan keputihan yang tidak nyaman.

c. Kanker serviks stadium lanjut

Jika kanker menyebar ke organ sekitarnya, itu bisa memicu berbagai gejala lain, termasuk: sembelit ataupun diare, darah dalam urin (hematuria), kehilangan kontrol berkemih (inkontinensia urin), nyeri tulang, pembengkakan kaki, Nyeri parah di sisi atau punggung disebabkan oleh pembengkakan di ginjal, terkait dengan kondisi yang disebut hidronefrosis, Perubahan pada kandung kemih dan kebiasaan buang air besar, kehilangan selera makan, penurunan berat badan, serta kelelahan dan kekurangan energi.

FAKTOR YANG MENINGKATKAN PELUANG TERKENA KANKER SERVIKS

1. Usia.

Tingkat tertinggi infeksi HPV terjadi antara usia 15 dan 25 tahun, kemudian menurun dengan mantap setelah usia 40 tahun (Wiley and Masongsong, 2006). Namun wanita yang lebih tua tetap berisiko mengalami reaktivasi HPV onkogenik dikarenakan adanya interaksi usia dan jumlah pasangan seksual selama hidup (Brown and Weaver, 2013).

2. Jumlah pasangan seksual.

HPV jarang terdeteksi pada anak-anak dan pada wanita yang tidak aktif secara seksual namun segera setelah aktivitas seksual dimulai, kejadian meningkat dengan tajam. Namun, karena infeksi ini begitu umum, bahkan hanya memiliki satu pasangan seksual saja tetap berisiko terinfeksi (Winer *et al.*, 2008). 21% wanita muda yang melaporkan satu pasangan seks positif terhadap HPV (Ley *et al.*, 1991).

Kebanyakan wanita dan pria yang aktif secara seksual akan terinfeksi HPV pada beberapa titik dalam hidup mereka dan beberapa mungkin berulang kali terinfeksi. Waktu puncak terinfeksi baik untuk wanita maupun pria tidak lama setelah menjadi aktif secara seksual. HPV ditularkan secara seksual, namun tidak selalu seks penetratif. Kontak kulit ke kulit kelamin dapat sangat mungkin menularkan HPV (WHO, 2016).

Ada banyak jenis HPV, dan banyak yang tidak menimbulkan masalah. Infeksi HPV biasanya sembuh sendiri tanpa adanya intervensi dalam beberapa bulan. Namun sebagian dapat bertahan dan berlanjut ke kanker (WHO, 2016).

3. Pil KB.

Sejumlah penelitian telah menemukan hubungan antara penggunaan Pil KB dan infeksi HPV yang terlepas dari perilaku seksual dan faktor risiko lainnya. bahwa penggunaan Pil KB jangka panjang (> 5 tahun) dua kali lipat berisiko terkena kanker serviks. Namun, risiko dapat turun setelah berhenti 10 tahun atau lebih (La Vecchia and Boccia, 2014). Mekanismenya dikaitkan dengan pengaruh hormon estrogen.

4. Daya tahan tubuh rendah

Orang yang mengalami penurunan kekebalan tubuh, memiliki tingkat infeksi HPV yang lebih tinggi dan penyakit terkait HPV. Faktor imunogenetik mungkin berperan dalam kemampuan respon imun terhadap infeksi HPV.

Sejumlah faktor lain dikaitkan dengan peningkatan risiko infeksi HPV pada beberapa tapi tidak semua penelitian. Ini termasuk: virus herpes simpleks dan kutil vulva, riwayat hubungan seks melalui anus, usia dini saat pertama melakukan hubungan seksual, wanita kulit hitam atau Hispanik, dan perokok (Dell *et al.*, 2000). Faktor imunologis lingkungan dan individu memiliki peran dalam perkembangan penyakit (Scheurer, Tortolero-Luna and Adler-Storthz, 2005; Soto-Wright, Samuelson and McLellan, 2005; Wiley and Masongsong, 2006). Selain infeksi HPV yang terus-menerus, faktor utama yang akan membawa kemajuan dan transformasi terkait dengan status kekebalan (Helmerhorst and Meijer, 2002).

5. Merokok

Merokok memiliki hubungan tertinggi kedua dengan kanker serviks setelah infeksi HPV yang terus-menerus (Eldridge *et al.*, 2017). Hubungan antara tembakau, displasia dan kanker terkait HPV telah dipelajari, dan walaupun mekanismenya belum jelas. Namun sebuah penelitian mengemukakan bahwa merokok meningkatkan risiko infeksi berikutnya dengan menurunkan kekebalan tubuh (Eldridge *et al.*, 2017). Terdapat data yang menunjukkan bahwa wanita perokok dengan apusan serviks tidak normal pada tiga kali pemeriksaan lebih mungkin untuk kanker serviks daripada non-perokok (Mcintyre-seltman *et al.*, 2005).

6. Jumlah Kehamilan

Kehamilan yang sering telah dikaitkan dengan perkembangan kanker serviks untuk waktu yang lama. Telah disarankan bahwa kehamilan beberapa kali mungkin memiliki efek traumatik atau pada serviks, sehingga mendorong perkembangan infeksi HPV. Kehamilan juga bisa mempengaruhi hormonal pada serviks yang selanjutnya meningkatkan risiko perkembangan kanker (Matos *et al.*, 2005).

7. Faktor lainnya

Kelompok sosioekonomi (Akinyemiju *et al.*, 2016), faktor genetik (Chen *et al.*, 2011), jenis HLA (Gimenes *et al.*, 2014), penyakit menular seksual lainnya, jumlah pasangan seksual, pasangan yang tidak disunat (Liu *et al.*, 2015), obesitas dan faktor makanan semuanya telah dikemukakan sebagai faktor pendorong potensial untuk pengembangan displasia tingkat tinggi dan kanker serviks (Poorolajal and Jenabi, 2016).

MECEGAH KANKER SERVIKS DENGAN IVA

Dasar dari pemeriksaan IVA (Inspeksi Visual Asam asetat) adalah bahwa mayoritas lesi serviks prainvasif dan invasif terlihat oleh pemeriksaan dengan mata telanjang setelah pengolesan asam asetat 3-5%. Asam asetat dioleskan pada serviks menggunakan kapas, dilanjutkan dengan pemeriksaan serviks dengan lampu halogen setelah satu menit. Hasil tes dapat diartikan sebagai positif jika pada epitel terdapat plak putih (*acetowhite*) yang normalnya berwarna merah muda dan akan berwarna putih jika terdapat lesi pada serviks (Mustafa, Jindal and Singh, 2010).

EFEKTIFITAS IVA

IVA sangat efektif sebagai metode deteksi dini kanker serviks pada wilayah dengan penghasilan rendah (Mustafa, Jindal and Singh, 2010). Wanita yang melakukan pemeriksaan IVA, 25% lebih kecil kemungkinannya untuk menderita kanker serviks di kemudian hari daripada mereka yang tidak, dan 35% lebih kecil kemungkinannya untuk meninggal karena kanker serviks dibandingkan dengan yang tidak (Sankaranarayanan et al., 2007).

Sensitivitas IVA (96,7%) jauh lebih tinggi daripada Pap smear (50%), dan hampir setinggi kolposkopi (100%). Spesifisitas IVA (36,4%) lebih rendah dari pada Pap smear (97%) dan kolposkopi (96,9%), terjadi pada tingkat *falsepositif* yang tinggi untuk IVA (Goel et al., 2005).

Sebuah penelitian di Iran (Eftekhar et al., 2005) sitologi dan IVA dilakukan pada semua wanita yang datang ke klinik ginekologi. 100 wanita dengan IVA positif, dan 100 dengan tes IVA negatif dipilih secara acak dan dilakukan kolposkopi. Biopsi diperoleh dari wanita yang memiliki temuan kolposkopik abnormal. Hanya wanita dengan diagnosis akhir displasia serviks yang dikonfirmasi oleh kolposkopi dianggap sebagai kasus positif untuk memperkirakan validitas. Hasilnya menunjukkan bahwa IVA memiliki sensitivitas yang lebih tinggi, namun spesifisitasnya lebih rendah daripada Pap smear untuk mendeteksi displasia serviks.

VALIDITAS IVA

Sensitivitas IVA berkisar 63-77%, lebih tinggi daripada sitologi (kisaran 30-77%). Namun, Spesifisitas IVA rendah yaitu 44-73%, sedangkan spesifisitas sitologi 99-99,8% (Goel et al., 2005). Spesifisitas dapat diperbaiki dengan menindaklanjuti wanita dengan IVA positif dengan tes HPV atau sitologi. Nilai prediksi positif VIA dalam berbagai penelitian berkisar antara 10-20%; sedangkan nilai prediktif negatif telah berkisar 92-100% (Gaffikin, Lauterbach and Blumenthal, 2003).

KEUNGGUALAN IVA

IVA adalah metode non invasif, mudah, dan relatif murah dibandingkan dengan metode deteksi dini yang lain (Gaffikin, Lauterbach and Emerson, 2003). IVA dapat dilakukan dengan infrastruktur minimal (Bhatla *et al.*, 2004). Selain itu, karena hasilnya tersedia segera,

akan memungkinkan untuk mendapatkan krioterapi pada hari yang sama (Blumenthal *et al.*, 2004). Periode pelatihan yang dibutuhkan untuk memperoleh keterampilan IVA sangat singkat, antara 5 - 10 hari (Blumenthal *et al.*, 2005); meskipun itu tergantung pada tingkat keterampilan dasar peserta pelatihan dan jumlah praktik klinis yang tersedia selama pelatihan.

KETERBATASAN IVA

Keterbatasan utama IVA adalah spesifisitas yang rendah (Sankaranarayanan *et al.*, 2007). Meskipun IVA adalah deteksi dini yang sensitif untuk mendeteksi displasia serviks, namun IVA biasanya perlu diikuti prosedur triase sekunder lain seperti tes HPV, dan kolposkopi yang membantu mendeteksi lebih banyak kasus dengan lesi prekursor kanker. IVA mungkin kurang efektif untuk pasien lanjut usia, karena kecenderungan zona transformasi, dan dengan demikian, ada lesi di dalamnya, untuk menyusut ke kanal endoserviks. Hasil IVA tergantung pada pengamat. Masalah lain dengan VIA adalah sifat subjektif tes; yang dapat dielakkan dengan penambahan pewarnaan yodium Lugol untuk memperbaiki sensitivitas dan spesifisitas (Qureshi, Das and Zahra, 2010).

SIAPA DAN KAPAN HARUS MELAKUKAN IVA?

Berdasarkan Permenkes No. 34 tahun 2015 sasaran deteksi dini kanker serviks pada kelompok berikut ini (Kemenkes RI, 2015):

- a) Perempuan berusia 30 - 50 tahun
- b) Perempuan yang menjadi klien pada klinik IMS dengan dari vagina yang abnormal atau nyeri pada abdomen bawah (bahkan jika di luar kelompok usia tersebut).
- c) Perempuan yang tidak hamil (walaupun bukan suatu hal yang rutin, perempuan yang sedang hamil dapat menjalani deteksi dini dengan aman, tetapi tidak boleh menjalani pengobatan dengan krioterapi) oleh karena itu IVA belum dapat dimasukkan pelayanan rutin pada klinik antenatal.
- d) Perempuan yang mendatangi Puskesmas, klinik IMS, dan klinik KB dianjurkan untuk deteksi dini kanker serviks

IVA tidak di rekomendasikan pada wanita pasca-menopause, karena daerah transisional sering terletak di kanalis servikalis dan tidak tampak dengan inspekulo (Rasjidi, 2009)

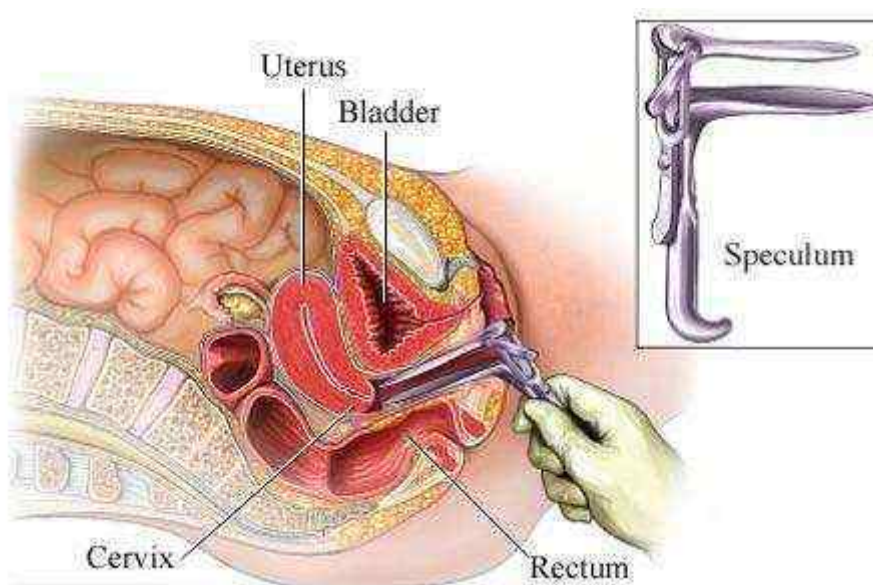
Seorang wanita yang mendapat tes IVA negatif harus menjalani deteksi dini kembali minimal 5 tahun sekali dan wanita yang mempunyai hasil tes IVA positif dan mendapat pengobatan harus menjalani tes IVA berikutnya 6 bulan kemudian (Kemenkes RI, 2015).

PEMBERI LAYANAN IVA

Pemberi layanan IVA adalah petugas kesehatan yang terdiri dari perawat atau bidan terlatih pemeriksaan IVA, dokter umum terlatih pemeriksaan IVA, dokter spesialis obstetri dan ginekologi. IVA dapat dilakukan di rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, polindes, klinik dokter spesialis/dokter umum/bidan (Kemenkes RI, 2015).

PROSEDUR PEMERIKSAAN IVA

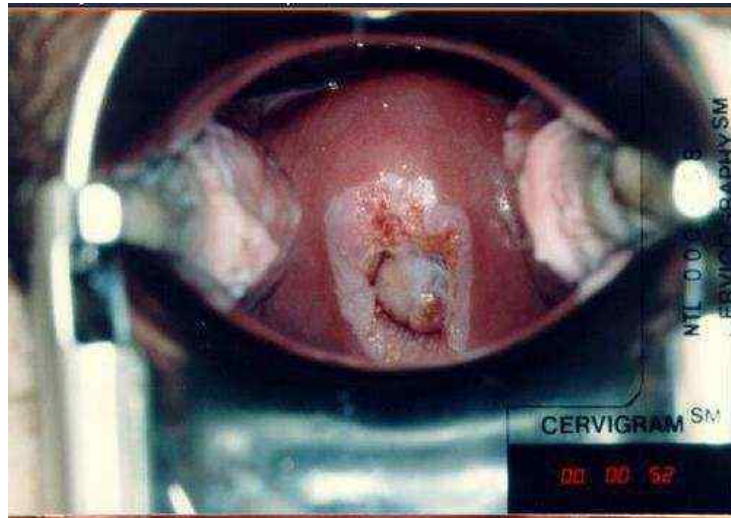
1. Ibu ditanya mengenai identitas dan dimintai persetujuan
2. Ibu diminta untuk menanggalkan pakaiannya dari pinggang hingga lutut dan menggunakan kain yang sudah disediakan
3. Ibu diposisikan dalam posisi berbaring dengan lutut ditekuk dan diangkat
4. Area pinggang hingga lutut ibu akan ditutup dengan kain
5. Petugas menggunakan sarung tangan
6. Petugas membersihkan area kemaluan ibu dengan air DTT
7. Petugas memasukkan spekulum (alat seperti cocor bebek) melalui kemaluan ibu untuk melihat serviks hingga jelas terlihat



Gambar 3. Melihat serviks dengan spekulum

8. Petugas akan membersihkan serviks dari cairan, darah, dan sekret dengan kapas lidi bersih
9. Petugas akan memeriksa serviks sesuai langkah-langkah berikut:
 - a. Terdapat kecurigaan kanker atau tidak :
Jika ya, klien dirujuk, pemeriksaan IVA tidak dilanjutkan. Jika pemeriksaan adalah dokter ahli obstetri dan ginekologi, lakukan biopsi
 - b. Jika tidak dicurigai kanker, identifikasi Sambungan Skuamo kolumnar
Jika SSK tidak tampak, maka : dilakukan pemeriksaan mata telanjang tanpa asam asetat, lalu beri kesimpulan sementara, misalnya hasil negatif namun SSK tidak tampak. Klien disarankan untuk melakukan pemeriksaan selanjutnya lebih cepat atau pap smear maksimal 6 bulan lagi
 - c. Jika SSK tampak, lakukan IVA dengan mengoleskan kapas lidi yang sudah dicelupkan ke dalam asam asetat 3-5% ke seluruh permukaan serviks
 - d. Tunggu hasil IVA selama 1 menit, perhatikan apakah ada bercak putih (acetowhite epithelium) atau tidak
 - e. Jika tidak (IVA negatif), petugas akan menjelaskan kapan harus kembali untuk mengulangi pemeriksaa IVA
 - f. Jika ada (IVA positif), petugas akan menentukan metode tata laksana yang akan dilakukan
10. Keluarkan spekulum
11. Petugas membuang sarung tangan, kapas, dan bahan sekali pakai lainnya ke dalam container (tempat sampah) yang tahan bocor, sedangkan untuk alat-alat yang dapat digunakan kembali, rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk dekontaminasi
12. Petugas menjelaskan hasil pemeriksaan, dan kapan harus melakukan pemeriksaan lagi, serta rencana tata laksana jika diperlukan.

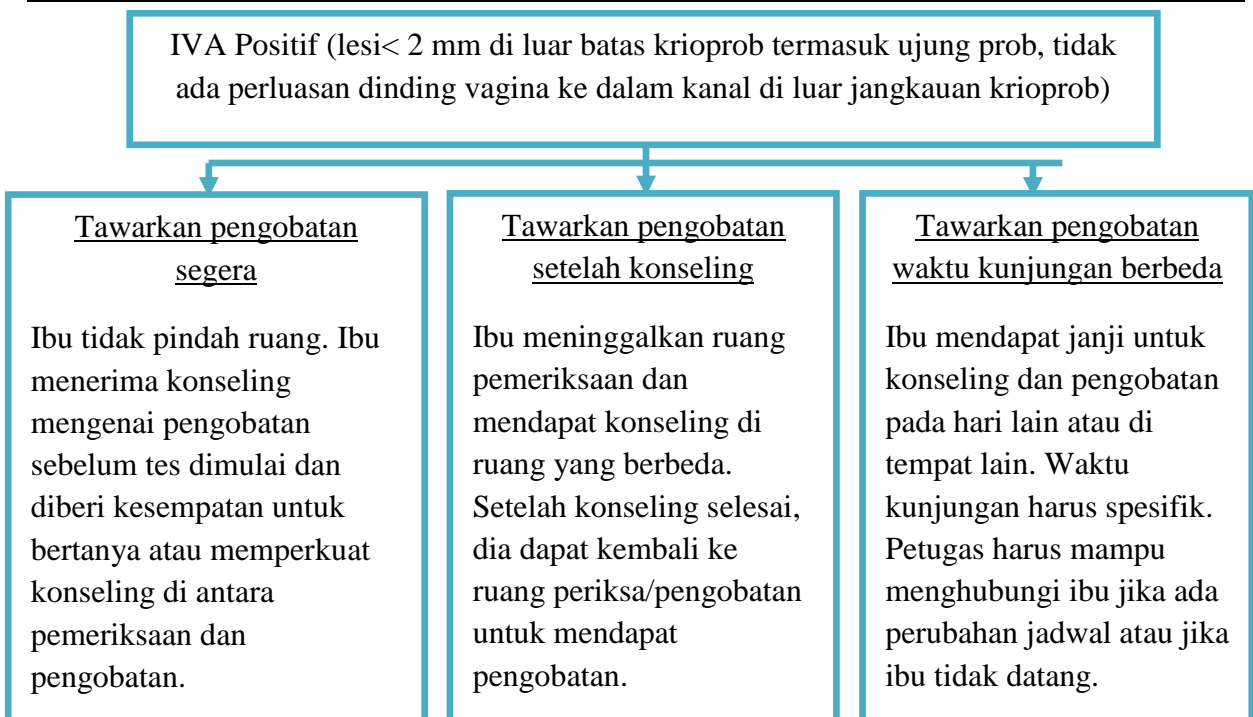
TEMUAN PEMERIKSAAN IVA



Gambar 4. Gambaran IVA Positif (Carr and Sellors, 2004)

Klasifikasi IVA	Temuan Klinis
Hasil Tes Negatif	Permukaan polos dan halus, berwarna merah muda
Hasil Tes Positif	Plak putih yang tebal
Kanker	Pertumbuhan seperti bunga kol dan mudah berdarah

BAGAIMANA JIKA HASIL IVA POSITIF?



DAFTAR PUSTAKA

- Akinyemiju, T. *et al.* (2016) 'Life-course socioeconomic status and breast and cervical cancer screening: Analysis of the WHO's Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE)', *BMJ Open*, 6(11). doi: 10.1136/bmjopen-2016-012753.
- Bhatla, N. *et al.* (2004) 'Visual inspection for cervical cancer screening: evaluation by doctor versus paramedical worker', *Indian J Cancer*, 41(1), pp. 32–36.
- Blasio, B. F. De *et al.* (2012) 'Modeling the impact of screening policy and screening compliance on incidence and mortality of cervical cancer in the post-HPV vaccination era', 34(4), pp. 539–547. doi: 10.1093/pubmed/fds040.
- Blumenthal, P. *et al.* (2004) *A qualitative evaluation of the acceptability and feasibility of a single visit approach to cervical cancer prevention in Ghana. TT* -. Edited by K. DeCamp. Baltimore: JHPIEGO. Available at: <http://www.alliance-cxca.org/english/documents/GhanaQualEvalFinal.pdf>.
- Blumenthal, P. D. *et al.* (2005) 'Training for cervical cancer prevention programs in low-resource settings: Focus on visual inspection with acetic acid and cryotherapy', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 89(SUPPL. 2), pp. 30–37. doi: 10.1016/j.ijgo.2005.01.012.
- Brown, D. R. and Weaver, B. (2013) 'Human Papillomavirus in older women: New infection or reactivation?', *Journal of Infectious Diseases*, 207(2), pp. 211–212. doi: 10.1093/infdis/jis662.
- Carr, K. C. and Sellors, J. W. (2004) 'Cervical cancer screening in low resource settings using visual inspection with acetic acid', *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49(4), pp. 329–337. doi: 10.1016/j.jmwh.2004.02.015.
- Chen, X. *et al.* (2011) 'Genetic susceptibility of cervical cancer', *Journal of Biomedical Research*, 25(3), pp. 155–164. doi: 10.1016/S1674-8301(11)60020-1.
- Cullen, K. A., Stokley, S. and Markowitz, L. E. (2014) 'Uptake of human papillomavirus vaccine among adolescent males and females: Immunization Information System sentinel sites, 2009–2012', *Academic pediatrics*. Elsevier Inc, 14(5), pp. 497–504. doi: 10.1016/j.acap.2014.03.005.
- Dell, D. L. *et al.* (2000) 'Knowledge about human papillomavirus among adolescents', *Obstetrics and Gynecology*, 96(5), pp. 653–656. doi: 10.1016/S0029-7844(00)01009-7.
- Dunleavy, R. (2009) *Cervical Cancer: A Guide for Nurses, Cervical Cancer: A Guide for Nurses*. doi: 10.1002/9780470988046.
- Eftekhari, Z. *et al.* (2005) 'No Title Accuracy of visual inspection with acetic acid (VIA) for early detection of cervical dysplasia in Tehran, Iran', *Asian Pac J Cancer Prev*, 6(1), pp. 69–71.
- Eldridge, R. C. *et al.* (2017) 'Smoking and subsequent human papillomavirus infection: a mediation analysis', *Annals of Epidemiology*. Elsevier Inc., 27(11), p. 724–730.e1. doi: 10.1016/j.annepidem.2017.10.004.
- Gaffikin, L. *et al.* (2007) 'Visual inspection with acetic acid as a cervical cancer test: accuracy validated using latent class analysis', *BMC Medical Research Methodology*, 7(1), p. 36. doi: 10.1186/1471-2288-7-36.
- Gaffikin, L., Lauterbach, M. and Blumenthal, P. D. (2003) 'Performance of visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening: a qualitative summary of evidence to date', *Obstetrical & Gynecological Survey*, 58(8), pp. 543–550. Available at: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med4&AN=12886165>.
- Gaffikin, L., Lauterbach, M. and Emerson, M. (2003) 'Safety, Acceptability, and Feasibility of a Single Visit Approach to Cervical Cancer Prevention: Results

- from a Demonstration Project in Rural Thailand', (October), pp. 814–820. Available at: http://screening.iarc.fr/doc/FullThai2_final JHPIEGO.pdf.
- Gimenes, F. *et al.* (2014) 'Human leukocyte antigen (HLA)-G and cervical cancer immunoediting: A candidate molecule for therapeutic intervention and prognostic biomarker?', *Biochimica et Biophysica Acta - Reviews on Cancer*, 1846(2), pp. 576–589. doi: 10.1016/j.bbcan.2014.10.004.
- Goel, A. *et al.* (2005) 'Visual inspection of the cervix with acetic acid for cervical intraepithelial lesions', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 88(1), pp. 25–30. doi: 10.1016/j.ijgo.2004.09.018.
- Helmerhorst, T. J. M. and Meijer, C. J. L. M. (2002) 'Cervical cancer should be considered as a rare complication of oncogenic HPV infection rather than a STD', *International Journal of Gynecological Cancer*, 12(3), pp. 235–236. doi: 10.1046/j.1525-1438.2002.t013-01126.x.
- Kemenkes RI (2015) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2015 Tentang Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim'.
- Ley, C. *et al.* (1991) 'Determinants of genital human papillomavirus infection in young women', *J Natl Cancer Inst*, 83(14), pp. 997–1003. doi: 10.1093/jnci/83.14.997.
- Liu, Z. *et al.* (2015) 'Multiple Sexual Partners as a Potential Independent Risk Factor for Cervical Cancer: a Meta-analysis of Epidemiological Studies', *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(9), pp. 3893–900.
- Mao, C. *et al.* (2003) 'Clinical findings among young women with genital human papillomavirus infection', *Am J Obstet Gynecol*, 188(3), pp. 677–84. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12634640>.
- Matos, A. *et al.* (2005) 'The influence of smoking and other cofactors on the time to onset to cervical cancer in a southern European population.', *Eur J Cancer Prev*, 14(5), pp. 485–491. doi: 00008469-200510000-00007 [pii].
- Mcintyre-seltman, K. *et al.* (2005) 'Smoking Is a Risk Factor for Cervical Intraepithelial Neoplasia Grade 3 among Oncogenic Human Papillomavirus DNA – Positive Women with Equivocal or Mildly Abnormal Cytology', *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*, 14(5), pp. 1165–1171. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-04-0918.
- Mustafa, M., Jindal, A. and Singh, P. (2010) 'Visual inspection using acetic acid for cervical cancer in low resource settings', *Medical Journal Armed Forces India*. Director General, Armed Forces Medical Services, 66(4), pp. 382–384. doi: 10.1016/S0377-1237(10)80024-3.
- Otero-Guerra, L., Fernández-Blázquez, A. and Vazquez, F. (2017) 'Rapid diagnosis of sexually transmitted infections', *Enfermedades infecciosas y microbiología clinica (English ed.)*. Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 35(7), pp. 444–450. doi: 10.1016/j.eimce.2017.01.035.
- Ouhoumane, N. *et al.* (2013) 'Squamous anal cancer: Patient characteristics and HPV type distribution', *Cancer Epidemiology*, 37(6), pp. 807–812. doi: 10.1016/j.canep.2013.09.015.
- Poli, U. R., Bidinger, P. D. and Gowrishankar, S. (2015) 'No Title Visual Inspection with Acetic Acid (VIA) Screening Program: 7 Years Experience in Early Detection of Cervical Cancer and Pre-Cancers in Rural South India', *Indian J Community Med*, 40(3), pp. 203–207. doi: 10.4103/0970-0218.158873.
- Poorolajal, J. and Jenabi, E. (2016) 'The association between BMI and cervical cancer risk: A meta-analysis', *European Journal of Cancer Prevention*, 25(3), pp. 232–238. doi: 10.1097/CEJ.0000000000000164.
- Qureshi, S., Das, V. and Zahra, F. (2010) 'Evaluation of visual inspection with acetic acid and Lugol's iodine as

- cervical cancer screening tools in a low-resource setting.', *Tropical doctor*, 40(1), pp. 9–12. doi: 10.1258/td.2009.090085.
- Rasjidi, I. (2009) *Deteksi Dini & Pencegahan Kanker pada Wanita*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sankaranarayanan, R. *et al.* (2007) 'Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial', *Lancet*, 370(9585), pp. 398–406. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61195-7.
- Saraiya, M. *et al.* (2015) 'US assessment of HPV Types in cancers: Implications for current and 9-valent HPV vaccines', *Journal of the National Cancer Institute*, 107(6), pp. 1–12. doi: 10.1093/jnci/djv086.
- Scheurer, M. E., Tortolero-Luna, G. and Adler-Storthz, K. (2005) 'Human papillomavirus infection: biology, epidemiology, and prevention.', *International journal of gynecological cancer: official journal of the International Gynecological Cancer Society*, 15(5), pp. 727–746. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1525-1438.2005.00246.x>
- Soto-Wright, V., Samuelson, R. and McLellan, R. (2005) 'Current management of low-grade squamous intraepithelial lesion, high-grade squamous epithelial lesion, and atypical glandular cells', *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 48(1), pp. 147–159. doi: 10.1097/01.grf.0000152020.79383.ec.
- La Vecchia, C. and Boccia, S. (2014) 'Oral contraceptives, human papillomavirus and cervical cancer', *European Journal of Cancer Prevention*, 23(2), pp. 110–112. doi: 10.1097/CEJ.0000000000000000.
- WHO (2016) *Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer*. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/> (Accessed: 8 January 2018).
- Wiley, D. and Masongsong, E. (2006) 'Human papillomavirus: The burden of infection', *Obstetrical and Gynecological Survey*, 61(6 SUPPL. 1). doi: 10.1097/01.ogx.0000221010.82943.8c.
- Winer, R. L. *et al.* (2008) 'Risk of Female Human Papillomavirus Acquisition Associated with First Male Sex Partner', *The Journal of Infectious Diseases*, 197(2), pp. 279–282. doi: 10.1086/524875.