

**SKRIPSI**

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN SARARI TERHADAP  
PENGETAHUAN, SIKAP, DAN TINDAKAN DETEKSI DINI  
CA MAMMAE WANITA USIA 25-35 TAHUN**

**PENELITIAN *PRA EKSPERIMENTAL*  
DI RT 05 RW 11, KELURAHAN BABAT JERAWAT,  
KECAMATAN PAKAL, KOTA SURABAYA**



**Oleh :**

**ELITA NOVRIANA ENISA**

**NIM : 010410730 B**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2008**

**SKRIPSI**

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN SARARI TERHADAP  
PENGETAHUAN, SIKAP, DAN TINDAKAN DETEKSI DINI  
CA MAMMAE WANITA USIA 25-35 TAHUN**

***PENELITIAN PRA EKSPERIMENTAL*  
DI RT 05 RW 11, KELURAHAN BABAT JERAWAT,  
KECAMATAN PAKAL, KOTA SURABAYA**

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Program Studi Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh :

**ELITA NOVRIANA ENISA**

**NIM : 010410730 B**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2008**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 10 Juli 2008

Yang Menyatakan

Elita Novriana Enisa

010410730 B

**LEMBAR PENGESAHAN**

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 10 JULI 2008

Oleh :

**Pembimbing Ketua**

Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes.

NIP. 132 255 158

**Pembimbing**

Ni Ketut Alit Armini, S.Kp.

NIP. 132 306 152

Mengetahui

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Dr. Nursalam, M. Nurs (Honours)

NIP: 140 238 226

**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI**

SKRIPSI TELAH DIUJI

Pada tanggal 17 Juli 2008

**PANITIA PENGUJI**

Ketua : Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes. (.....)  
NIP: 132 255 152

Anggota : 1. Tintin Sukartini, S.Kp., M. Kes. (.....)  
NIP: 132 255 158

2. Ni Ketut Alit Armini, S.Kp. (.....)  
NIP: 132 306 152

Mengetahui

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Dr. Nursalam, M. Nurs (Honours)

NIP: 140 238 226

MOTTO

**COGITO ERGOSUM**

**IN DE NOOD LERT MEN BIDDEN**

(ORANG YANG BIJAK ADALAH ORANG YANG MAMPU

MENGENALI SIAPA DIRINYA)

One day GOD was thinking of things He would do  
Then smiled a big smile, and He created you

Just look at that face with its sweet nose  
Those arms n that tummy  
Those fingers n toes

Another side you are grows...  
Proud of yourself n the nice work you did...  
The other, you know... very hard to get massive dreams you want...  
But...

God always blessing, healing, managering you..  
To did your work well..

Thanks God....  
You're the only reason I do what I do n I live what I live

## UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah, puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Sarari terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Deteksi Dini *Ca Mammæ* Wanita usia 25-35 tahun”** ini. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersamaan ini perkenankanlah penulis menyampaikan ungkapan terima kasih yang mendalam kepada :

1. Prof. Dr. H. Muhammad Amin, dr., Sp.P. (K), selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan.
2. Prof. H. Eddy Soewandojo, dr., Sp.PD., KTI, selaku penasihat Program Studi Sarjana Keperawatan yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan program Sarjana Keperawatan.
3. Dr. Nursalam, M. Nurs (Honours), selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah banyak memberikan ilmu, dorongan, dan bimbingan sehingga penulis dapat menyempurnakan dan menyelesaikan skripsi ini.

4. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes, selaku pembimbing I yang telah membantu penulis, menghabiskan waktu, pemikiran dan perhatian dalam membimbing serta mengarahkan penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Ni Ketut Alit Armini, S.Kp, sebagai pembimbing II yang telah bersedia memberikan saran, motivasi, bimbingan, dan waktu kepada penulis.
6. Bapak Muhtarom, selaku Ketua RT 05 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya yang telah memberikan ijin mengadakan penelitian di tempat tersebut.
7. Papa (Drs. Iskandar) yang mengajari saya menjadi orang yang kuat, Mama (Endang Sunarni, S.Pd) yang selalu menjadi contoh saya untuk selalu menghargai wanita, Adik (Yohan Ratih Fadhila) yang selalu ada untuk saya, Nenek, dan seluruh keluarga R. Wongsodiryo yang selalu berdoa, memberi semangat, dukungan, dan menjadi alasan saya menyelesaikan skripsi ini.
8. dr Ananto Sidohutomo, Mars; dr Etty Ananto, SpPA; dr Eko Seno Haryono; drg. R. Indarto, dan seluruh staf PMI yang telah memberi kesempatan saya belajar, mengembangkan diri, berorganisasi, berkarya, dan pelatihan yang diberikan mampu menginspirasi saya untuk mengambil judul skripsi ini.
9. Fajar Nugroho yang telah mendukung saya dengan cara yang hanya dia miliki, Teman-teman dekat (Dienes, Sevria, Ratih, Dayu, Chindy, Hera, Vena, Bela, Chatra, Lisnia, Jea) yang selalu mempercayai saya dan mampu saya percayai, (Oyang, Ade, Amel, Sodik, Prust, Phenta, Ferdi, Iir, Wawan) yang selalu membantu saya mengatasi kesulitan, merefleksikan ego saya.



10. Segenap dosen PSIK yang telah mengajarkan saya menjadi perawat yang baik; Teman-teman di Surabaya, Teman-teman di Madiun, Teman-teman Forsmawi, Teman-temanku angkatan 2004 yang telah berjuang bersama saya; Staf Perpustakaan PSIK dan FK UNAIR serta semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya, yang telah membantu saya dalam merampungkan skripsi ini.

11. Seluruh responden di RT 05 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya yang telah memberikan bantuan dan informasi selama proses penelitian.

Semoga Allah SWT memberikan ridho bagi semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Kami menyadari bahwa skripsi ini kiranya jauh dari kesempurnaan, namun besar harapan kami skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak khususnya profesi keperawatan

Surabaya, 10 Juli 2008

Penulis

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF HEALTH EDUCATION OF BREAST SELF EXAMINATION ON KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND BEHAVIOUR ON EARLY DETECTION OF CA MAMMAE ON WOMEN AGE 25-35 YEAR

**Pra-Experimental Study at RT 05 RW 11 of Babat Jerawat Countryside of Pakal District of Surabaya City**

**By : Elita Novriana Enisa**

Women age more than 40 year was high risk of breast cancer. No clear etiology for breast cancer has been determined. Nurse's role can help women to prevent breast cancer by breast self examination. The objective of this study was to examine the difference of breast, the effect of breast self examination on early detection of Ca Mammae and increase of knowledge, attitude, and behaviour on women age 25-35 year on Babat Jerawat, Surabaya.

This study use Pra-Experimental design. Population had taken from RT 05 RW 11 of Babat Jerawat Countryside of Pakal District of Surabaya City, from May to June 2008. Sample comprised 30 individuals who met the inclusion criteria. They were combined into intervention group. The independent variables in this study was health education about breast self examination. The dependent variables in this study were knowledge, attitude, and behaviour. Data were collected by using observation and quisioner. They were analyzed by using Wilcoxon Signed Rank Test, with significance level  $p = 0,05$ .

Results showed that the poor of early detection of Ca Mammae was caused by three dominant factor. These were low knowledge, attitude, and behaviour. Results revealed the presence of effect in the intervention group. In this group, knowledge of women age 25-35 year had significance level of  $p = 0,000$ , attitude had significance level of  $p = 0,003$ , and behaviour had significance level of  $p = 0,000$ .

It can be concluded that there are significant effect of health education of breast self examination on knowledge, attitude, and behaviour on early detection of Ca Mammae. Further study should recommended that health education of breast self examination be conducted was important for general health center programs.

**Keywords : *breast self examination, knowledge, attitude, behaviour, women***

## DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar.....	i
Lembar Pernyataan .....	ii
Lembar Pengesahan .....	iii
Lembar Penetapan Penguji .....	iv
Motto .....	v
Ucapan Terima Kasih .....	viii
Abstract .....	ix
Daftar Isi .....	x
Daftar Tabel .....	xiii
Daftar Gambar .....	xiv
Daftar Lampiran .....	xvi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan .....	5
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat .....	5
1.4.1 Teoritis .....	5
1.4.2 Praktis .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>7</b>
2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan .....	7
2.1.1 Definisi Pendidikan Kesehatan .....	7
2.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan .....	7
2.1.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan .....	8
2.1.3.1 Unsur-Unsur Pendidikan Kesehatan .....	8
2.1.3.2 Sasaran Pendidikan Kesehatan .....	8
2.1.3.3 Strategi Pendidikan Kesehatan .....	9
2.1.3.4 Tingkat Pelayanan Pendidikan Kesehatan .....	10
2.1.4 Metode Pendidikan Kesehatan .....	11
2.1.5 Alat Bantu Pendidikan Kesehatan .....	14
2.1.5.1 Macam-Macam Alat Bantu Pendidikan Kesehatan ....	15
2.1.5.2 Manfaat Alat Bantu Pendidikan Kesehatan .....	15
2.2 Konsep Perilaku .....	16
2.2.1 Definisi Perilaku .....	16
2.2.2 Jenis Perilaku .....	16
2.2.3 Faktor Pembentuk Perilaku .....	17
2.2.4 Domain Perilaku .....	18
2.2.4.1 Pengetahuan .....	19
2.2.4.1.1 Definisi Pengetahuan .....	19

2.2.4.1.2	Proses Adopsi Perilaku .....	20
2.2.4.1.3	Tingkatan Pengetahuan .....	21
2.2.4.2	Sikap .....	22
2.2.4.2.1	Definisi Sikap .....	22
2.2.4.2.2	Struktur Pembentukan Sikap .....	24
2.2.4.2.3	Tingkatan Sikap .....	25
2.2.4.3	Tindakan .....	26
2.2.4.3.1	Definisi Tindakan .....	26
2.2.4.3.2	Indikator Praktek Kesehatan .....	26
2.2.4.3.3	Tingkatan Tindakan .....	28
2.3	Konsep Kanker Payudara .....	29
2.3.1	Anatomi Payudara .....	29
2.3.2	Definisi Kanker Payudara .....	30
2.3.3	Penyebab dan Faktor-faktor Risiko Kanker Payudara .....	31
2.3.4	Tanda dan Gejala Kanker Payudara .....	33
2.3.5	Klasifikasi Kanker Payudara .....	34
2.3.6	Pemeriksaan Penunjang .....	35
2.3.7	Pengobatan Kanker Payudara .....	36
2.3.7.1	Pengobatan Lokal dan Regional .....	36
2.3.7.2	Pengobatan Sistemik .....	37
2.3.8	Diagnosa Banding Kanker Payudara .....	39
2.4	Konsep Sarari .....	41
2.4.1	Definisi Sarari .....	41
2.4.2	Prosedur Sarari .....	41
2.4.2.1	Tahap Persiapan .....	41
2.4.2.2	Tahap Pelaksanaan .....	42
2.4.2.2.1	Tahap Inspeksi .....	42
2.4.2.2.2	Tahap Palpasi .....	43
2.4.2.3	Tahap Evaluasi .....	46
2.4.3	Kelainan yang Ditemukan Saat Sarari .....	46
<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS.....</b>	<b>49</b>
3.1	Kerangka Konseptual .....	49
3.2	Hipotesis Penelitian.....	51
<b>BAB 4</b>	<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>52</b>
4.1	Desain Penelitian .....	52
4.2	Kerangka Kerja.....	54
4.3	Populasi, Sampel dan Sampling .....	55
4.3.1	Populasi .....	55
4.3.2	Sampel .....	55
4.3.3	Sampling .....	56
4.4	Identifikasi Variabel .....	56
4.4.1	Variabel Independen .....	56
4.4.2	Variabel Dependen .....	56

4.5 Definisi Operasional .....	57
4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data .....	60
4.6.1 Instrumen Penelitian .....	60
4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	61
4.6.3 Prosedur Pengambilan Pengumpulan Data .....	61
4.6.4 Cara Analisis Data .....	62
4.7 Etika Penelitian .....	63
4.7.1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden .....	63
4.7.2 Tanpa Nama ( <i>Anonimity</i> ) .....	63
4.7.3 Kerahasiaan ( <i>Confidentiality</i> ) .....	63
4.8 Keterbatasan .....	63
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>65</b>
5.1 Hasil Penelitian .....	65
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	65
5.1.2 Data Demografi Responden .....	66
5.1.3 Variabel Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan .....	70
5.2 Pembahasan .....	75
<b>BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>86</b>
6.1 Simpulan .....	86
6.2 Saran .....	86
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>88</b>
Lampiran .....	91

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Risiko Kanker Payudara Seiring dengan Perkembangan Usia di Indonesia .....	32
Tabel 4.1	Desain Penelitian .....	53
Tabel 4.2	Definisi Operasional .....	57
Tabel 5.1	Tabel Hasil Penelitian Pengetahuan .....	72
Tabel 5.2	Tabel Hasil Penelitian Sikap .....	73
Tabel 5.3	Tabel Hasil Penelitian Tindakan .....	74

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Payudara .....	29
Gambar 2.2 Sarari Inspeksi Berdiri di Depan Cermin .....	42
Gambar 2.3 Sarari Inspeksi Berdiri di Depan Cermin dengan Berkacak pinggang .....	43
Gambar 2.4 Sarari Inspeksi Berdiri di Depan Cermin dengan Tangan di Atas...	43
Gambar 2.5 Sarari Palpasi dengan Tiga Jari .....	44
Gambar 2.6 Sarari Palpasi Arah Meraba .....	44
Gambar 2.7 Sarari Palpasi Posisi .....	44
Gambar 2.8 Sarari Palpasi Memijat Arah Jarum Jam .....	45
Gambar 2.9 Sarari Palpasi Meraba Ketiak .....	45
Gambar 2.10 Sarari Palpasi Memencet Payudara .....	45
Gambar 2.11 Puting Susu Tertarik ke Dalam dan Puting Mengeluarkan Cairan .....	48
Gambar 2.12 Payudara Bentuk Berbeda dan Posisi Berbeda .....	48
Gambar 2.13 Adanya Benjolan Pada Ketiak .....	48
Gambar 2.14 Adanya Cekungan Pada Salah Satu Sisi Payudara Hanya Kelihatan Saat Tangan Diangkat .....	48
Gambar 2.15 Adanya Lecet dan Borok Pada Payudara .....	48
Gambar 2.16 Warna Puting dan Areola yang Berubah .....	48
Gambar 2.17 Pori-Pori Kulit seperti Kulit Jeruk ( <i>peau d'orange</i> ) dan Warna	

Kulit Payudara Berubah .....	48
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual .....	49
Gambar 4.1 Kerangka Kerja .....	54
Gambar 5.1 Data Demografi Status Pernikahan .....	67
Gambar 5.2 Data Demografi Alat Kontrasepsi .....	67
Gambar 5.3 Data Demografi Pendidikan .....	68
Gambar 5.4 Data Demografi Pekerjaan .....	68
Gambar 5.5 Data Demografi Keturunan Kanker .....	69
Gambar 5.6 Data Demografi Kebiasaan Merokok .....	69
Gambar 5.7 Data Demografi Kebiasaan Minum Alkohol .....	70
Gambar 5.8 Distribusi Pengetahuan Responden .....	70
Gambar 5.9 Distribusi Sikap Responden .....	71
Gambar 5.10 Distribusi Tindakan Responden .....	72



**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Surat Pengantar Penelitian PSIK .....	91
Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian BAKESBANGLINMAS.....	92
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian Dinas Kesehatan Surabaya .....	93
Lampiran 4 Surat Ijin Penelitian Puskesmas Benowo .....	94
Lampiran 5 Surat Ijin Penelitian Ketua RT 05 RW 11 Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya .....	95
Lampiran 6 Lembar Permohonan menjadi Responden .....	96
Lampiran 7 Lembar Persetujuan Menjadi Responden .....	97
Lampiran 8 Format Pengumpulan Data .....	98
Lampiran 9 Kuesioner Pengetahuan .....	100
Lampiran 10 Kuesioner Sikap .....	102
Lampiran 11 Lembar Observasi Tindakan .....	104
Lampiran 12 Satuan Acara Pembelajaran (SAP) .....	107
Lampiran 13 Leaflet Kanker Payudara .....	114
Lampiran 14 Hasil Pengumpulan Data .....	116
Lampiran 15 Analisis Data dengan Wilcoxon Signed Rank Test .....	123

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Kanker payudara merupakan masalah yang begitu dekat dengan kehidupan kita, terutama bagi wanita. Kanker payudara adalah tumor ganas yang berasal dari jaringan payudara, ditandai dengan pertumbuhan abnormal sel-sel jaringan tubuh, banyak diderita oleh wanita usia 40-49 tahun (Mansjoer, dkk., 2000). Kanker payudara merupakan kanker terbanyak kedua setelah kanker leher rahim (*American Cancer Society*, 2006). Lebih dari 90% pasien dengan kasus kanker payudara datang pada stadium lanjut (Djarmiko, 2008). Hal itu dikarenakan masyarakat masih merasa awam untuk berbicara kesehatan payudara apalagi melakukan pemeriksaan sendiri, padahal meningkatnya kasus kanker payudara adalah karena kurangnya deteksi dini dari penderita (RS Onkologi Surabaya, 2008). Pemeriksaan payudara sendiri (sarari) adalah metode yang diberikan sebagai informasi agar wanita dapat melakukan pemeriksaan payudara secara pribadi untuk mendeteksi bila ada ketidaknormalan pada payudara (Etty, 2008). Berdasarkan wawancara dari 10 wanita usia 25-35 tahun di Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya, delapan diantara mereka masih belum mengetahui sarari, sisanya mengatakan bahwa pernah mengetahui pemeriksaan payudara sendiri, tetapi mereka belum mengetahui cara melakukannya, sehingga kemampuan mereka dalam deteksi dini *Ca Mammae* sangat minimal. Penyebab minimnya pengetahuan wanita usia 25-35 tahun dalam melakukan deteksi dini *Ca Mammae* adalah kurangnya informasi yang mereka

dapatkan. Petugas kesehatan dari Puskesmas Benowo yang merupakan puskesmas sentral dari Kecamatan Pakal, tidak mempunyai program pendidikan kesehatan tentang sarari, padahal pendidikan kesehatan sarari mampu memberikan informasi yang adekuat kepada masyarakat agar mereka dapat mendeteksi dini *Ca Mammae* dengan benar, tetapi pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap perilaku deteksi dini *Ca Mammae* masih memerlukan penjelasan.

Penelitian terakhir di dunia, setiap 3 menit ditemukan seorang penderita kanker payudara baru dan setiap 11 menit ditemukan seorang wanita meninggal karena kanker payudara (WHO, 2007). Sebuah perhitungan ekstrapolasi statistik didasarkan pada data penderita kanker payudara di Amerika, Kanada, dan Australia yang terdapat di *Website Imagints the Breast Health Resource* menunjukkan angka prevalensi penderita kanker payudara di Indonesia sebesar 876.665/tahun. Pada bulan Februari 2008, dari data RS Onkologi Surabaya, di Jawa Timur terdapat 186 penderita kanker payudara per 100.000 wanita. Berdasarkan data dari Puskesmas Benowo, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya, pada Bulan April 2008 dari 100 wanita terdapat 5 penderita kanker payudara, dua diantaranya tinggal berdekatan dalam satu kompleks perumahan dan keduanya berumur 45 tahun. Angka kejadian kanker payudara di daerah ini meningkat, padahal pada tahun 2007 hanya ditemukan 2 penderita kanker pada 100 wanita. Data tersebut menunjukkan peningkatan kejadian penyakit kanker payudara.

Walaupun kanker payudara cukup ditakuti masyarakat, namun belum tampak upaya yang nyata dari petugas kesehatan untuk menanggulangnya. Salah satu buktinya adalah masyarakat masih belum mengetahui cara deteksi dini *Ca Mammae*

dengan sarari dikarenakan minimnya informasi dari petugas kesehatan. Akibatnya, angka kejadian kanker payudara terus bertambah. Penyebab penyakit kanker payudara tidak diketahui dengan pasti, namun faktor yang paling berperan dalam terjadinya kanker payudara adalah karakteristik reproduktif, hormonal, lingkungan biologis dan kimiawi (Moningkey dan Kodim, 2007). Sejalan dengan pertumbuhan dan perkembangbiakan kanker payudara, sel-sel kanker membentuk suatu massa dari jaringan ganas yang menyusup ke jaringan di dekatnya dan dapat menyebar (*metastasis*) ke seluruh tubuh (Mansjoer, dkk., 2000). Sesuai dengan penelitian yang dilakukan Elly dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada tanggal 7 September 1999, dampak yang ditimbulkan oleh penyakit kanker bagi penderita diantaranya adalah ketidakmampuan fisiologis (*physiological incapability*), ketidakseimbangan psikologis (*psychological disequilibrium*), perilaku negatif dalam hubungan sosial (*social relationship misbehavior*), disparitas nilai-nilai spiritual (*spiritual values disparity*). Selain hal itu, kanker payudara akan menyumbang angka kematian yang semakin tinggi pada wanita di Indonesia, apabila tidak segera dilakukan tindakan menurunkan angka kematian akibat kanker payudara tersebut.

Permasalahan yang dihadapi dalam kanker payudara sangat banyak, pencegahan saja tidak cukup. Deteksi dini kanker payudara memegang peranan penting dalam memecahkan masalah kanker payudara. Deteksi dini tidak harus identik dengan biaya yang mahal dan berkaitan dengan laboratorium, solusi dalam mendeteksi dini kanker payudara adalah pemeriksaan payudara sendiri (sarari). Kematian oleh kanker payudara lebih sedikit pada wanita yang melakukan sarari dibandingkan dengan yang tidak, sensitivitas sarari untuk mendeteksi kanker

payudara adalah 26% (Foster dan Constanta, 2006). Pemberian informasi tentang sarari kepada masyarakat yang paling sesuai adalah melalui pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan bentuk intervensi terutama terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan (Notoatmodjo, 2003). Pendidikan kesehatan sarari ditujukan pada wanita, karena kelompok wanita merupakan kelompok yang mempunyai risiko 99% menderita kanker payudara (Wilensky dan Lincoln, 2007). Sasaran utama pada wanita usia 25-35 tahun karena usia tersebut merupakan usia wanita harus meningkatkan kewaspadaan penyakit kanker payudara. Setelah masyarakat, khususnya wanita usia 25-35 tahun diberikan informasi mengenai sarari, diharapkan mereka mampu meningkatkan pengetahuan, menerapkan sikap, dan tindakan deteksi dini kanker payudara dengan baik.

## 1.2 Rumusan Masalah

1. Adakah pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap pengetahuan deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun di Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya?
2. Adakah pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap sikap deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun di Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya?
3. Adakah pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap tindakan deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun di Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### 1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun di Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya.

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap perubahan pengetahuan wanita usia 25-35 tahun dalam deteksi dini *Ca Mammae*.
2. Mengidentifikasi pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap perubahan sikap wanita usia 25-35 tahun dalam deteksi dini *Ca Mammae*.
3. Mengidentifikasi pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap perubahan tindakan wanita usia 25-35 tahun dalam deteksi dini *Ca Mammae*.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### 1.4.1 Teoritis

1. Sebagai bahan informasi/kajian tentang pendidikan kesehatan sarari untuk dijadikan sebagai acuan bagi penelitian-penelitian yang sejenis selanjutnya.
2. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa pendidikan kesehatan sarari dapat mendukung teori proses perubahan perilaku dalam deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun.

#### 1.4.2 Praktis

1. Pendidikan kesehatan sarari dapat mengubah pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat, khususnya wanita usia 25-35 tahun dalam deteksi dini *Ca Mammae* untuk meningkatkan status kesehatan individu dan masyarakat.
2. Pendidikan kesehatan sarari dapat digunakan sebagai upaya peningkatan kemampuan tenaga kesehatan dalam melakukan promosi kesehatan deteksi dini *Ca Mammae*.
3. Pendidikan kesehatan sarari mampu mendukung program promosi kesehatan dalam deteksi dini *Ca Mammae* yang merupakan salah satu tujuan Pusat Kesehatan Masyarakat, Dinas Kesehatan, dan lembaga kesehatan untuk memerangi kejadian penyakit *Ca Mammae*.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam tinjauan pustaka berikut, penulis akan menjelaskan tentang konsep pendidikan kesehatan, konsep perilaku, konsep kanker payudara, dan konsep sarari.

#### **2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan**

##### **2.1.1 Definisi Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan kesehatan adalah suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan yang merupakan usaha atau kegiatan membantu individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan (perilakunya), untuk mencapai kesehatan secara optimal (Khatidjah, 2004).

Jadi pendidikan kesehatan merupakan upaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain.

##### **2.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan**

Menurut Notoatmodjo (2003), tujuan pendidikan kesehatan adalah agar masyarakat dapat mempraktekkan hidup sehat bagi dirinya sendiri dan bagi masyarakat, atau masyarakat dapat berperilaku hidup sehat (*healthy life style*).

Tujuan dari pendidikan kesehatan yaitu dalam bentuk perilaku yang menguntungkan kesehatan. Baik dalam bentuk pengetahuan dan pemahaman tentang



kesehatan, yang diikuti dengan adanya kesadaran yaitu sikap yang positif terhadap kesehatan, yang akhirnya diterapkan dalam tindakan-tindakan yang menguntungkan kesehatan (Khatidjah, 2004).

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa tujuan pendidikan kesehatan adalah mewujudkan perilaku hidup sehat bagi masyarakat, dengan cara:

- 1) Menanamkan pengetahuan.
- 2) Mengubah sikap dan persepsi.
- 3) Menanamkan tingkah laku/kebiasaan baru.

### **2.1.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan**

#### **2.1.3.1 Unsur-unsur Pendidikan Kesehatan**

Menurut Notoatmodjo (2003), unsur-unsur pendidikan kesehatan terdiri dari:

1. Input adalah sasaran pendidikan kesehatan (individu, kelompok, dan masyarakat).
2. Proses, merupakan upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain.
3. Output, yaitu melakukan apa yang diharapkan atau perilaku. Output yang diharapkan dari suatu pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara, dan meningkatkan kesehatan yang kondusif.

#### **2.1.3.2 Sasaran Pendidikan Kesehatan**

Sasaran pendidikan kesehatan dibagi menjadi tiga kelompok sasaran, yaitu:

1. Sasaran Primer (*primary target*)

Masyarakat adalah sasaran langsung pendidikan kesehatan. Sesuai permasalahan kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi, kepala keluarga untuk

masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (kesehatan ibu, dan anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja.

## 2. Sasaran Sekunder (*secondary target*)

Sasaran sekunder adalah sasaran yang mampu memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat di sekitarnya, dengan jalan mereka mampu memberikan contoh atau acuan perilaku sehat, anggota kelompok ini diantaranya para tokoh masyarakat, tokoh agama, dan tokoh adat.

## 3. Sasaran Tersier (*tertiary target*)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tersier pendidikan kesehatan. Kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku tokoh masyarakat dan masyarakat umum.

### **2.1.3.3 Strategi Pendidikan Kesehatan**

Menurut WHO, yang dikutip dari Notoatmodjo (2003), strategi pendidikan kesehatan, dibagi menjadi:

#### 1. Advokasi (*advocacy*)

Kegiatan ditujukan pada pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di bidang kesehatan atau sektor lain di luar kesehatan yang mempunyai pengaruh terhadap publik.

#### 2. Dukungan sosial (*social support*)

Kegiatan ditujukan kepada tokoh masyarakat, baik formal (guru, lurah, camat, petugas kesehatan, dll.) maupun informal (tokoh agama, dll.) yang mempunyai pengaruh di masyarakat.

### 3. Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*)

Pemberdayaan ditujukan pada masyarakat langsung, sebagai sasaran primer pendidikan kesehatan. Tujuannya agar masyarakat memiliki kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

#### **2.1.3.4 Tingkat Pelayanan Pendidikan Kesehatan**

Berdasarkan dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) dari Leavel dan Clark.

##### 1. Promosi kesehatan (*health promotion*)

Pendidikan kesehatan diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup sehat, perbaikan sanitasi lingkungan, kesehatan perorangan, dll.

##### 2. Perlindungan khusus (*specific protection*)

Diperlukan terutama pada negara-negara berkembang, dimana kesadaran masyarakat masih rendah, contohnya imunisasi.

##### 3. Diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnostic and prompt treatment*)

Pendidikan kesehatan sangat diperlukan dalam tahap ini karena rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka penyakit-penyakit yang terjadi di masyarakat sulit dideteksi. Hal ini akan menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak.

##### 4. Pembatasan cacat (*disability limitation*)

Pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit yang kurang, seringkali mengakibatkan tidak tuntasnya pengobatan, atau pengobatan dilakukan dengan tidak sempurna, sehingga berakibat terjadinya kecacatan.

## 5. Rehabilitasi (*rehabilitation*)

Penyakit tertentu bisa menjadikan orang cacat setelah sembuh, mereka masih memerlukan latihan-latihan tertentu untuk memulihkan keadaannya. Dalam hal ini pendidikan kesehatan diperlukan agar pengetahuan dan kesadaran masyarakat meningkat.

### 2.1.4 Metode Pendidikan Kesehatan

Metode merupakan salah satu faktor yang dominan dalam pemberian pendidikan kesehatan, metode yang dipakai menurut Notoatmodjo (2003) dalam pendidikan kesehatan diantaranya:

#### 1. Metode Pendidikan Individual (perorangan)

Digunakan untuk mempengaruhi seseorang agar tertarik pada suatu perubahan perilaku. Dasar dari metode ini adalah pendekatan individual, bentuk pendekatan metode ini, diantaranya:

##### 1) Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

Mengubah perilaku klien dengan mengadakan kontak yang intensif antara petugas kesehatan dan klien, sehingga masalah yang dihadapi klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya.

##### 2) Wawancara (*interview*)

Wawancara yang dilakukan oleh petugas kesehatan dan klien tentang informasi lengkap tentang perilaku klien.

#### 2. Metode Pendidikan Kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus diingat besarnya kelompok sasaran pendidikan formal dari sasaran.

### 1) Kelompok Besar

Apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang, metode yang baik digunakan dalam kelompok ini adalah metode ceramah dan seminar.

### 2) Kelompok Kecil

Jika peserta penyuluhan kurang dari 15 orang, metode yang sesuai adalah diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju (*snow balling*), memainkan peran (*role play*), kelompok-kelompok kecil (*buzz group*), dan permainan simulasi (*simulation game*).

### 3) Metode Pendidikan Massa

Metode ini cocok untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan pada masyarakat. Pendekatan dilakukan secara tidak langsung, menggunakan media massa, seperti iklan, koran, radio, dll.

Bentuk-bentuk metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan yaitu, (Suliha, *et al*, 2001) dikutip dari Binarwati (2006):

#### 1. Metode ceramah

Ceramah ialah pidato yang disampaikan oleh seorang pemimpin di depan sekelompok pengunjung.

#### 2. Metode diskusi kelompok

Diskusi kelompok ialah percakapan yang direncanakan atau dipersiapkan diantara tiga orang atau lebih tentang topik tertentu dengan seorang pemimpin.

### 3. Metode panel

Panel adalah pembicaraan yang sudah direncanakan di depan pengunjung tentang sebuah topik dan diperlukan tiga orang panelis atau lebih serta diperlukan seorang pemimpin.

### 4. Metode forum panel

Forum panel adalah panel yang didalamnya, pengunjung berpartisipasi dalam diskusi.

### 5. Metode permainan peran

Permainan peran ialah pemeranan sebuah situasi dalam kehidupan manusia dengan tanpa diadakan latihan, dilakukan oleh dua orang atau lebih untuk dipakai sebagai bahan analisis oleh kelompok.

### 6. Metode simposium

Simposium ialah serangkaian pidato pendek di depan pengunjung dengan seorang pemimpin. Pidato-pidato tersebut mengemukakan aspek-aspek yang berbeda dari topik tertentu.

### 7. Metode demonstrasi

Metode demonstrasi adalah metode pembelajaran yang menyajikan suatu prosedur atau tugas, cara menggunakan alat, dan cara berinteraksi. Demonstrasi dapat dilakukan secara langsung atau melalui media seperti video, dan film.

Setiap metode pembelajaran memiliki keuntungan dan kelemahan dalam penggunaannya. Keuntungan penggunaan pembelajaran metode demonstrasi adalah sebagai berikut: 1) Dapat membuat proses pembelajaran menjadi lebih jelas dan lebih konkret; 2) Dapat menghindari verbalisme; 3) Lebih mudah memahami sesuatu;

4) Lebih menarik; 5) Dapat menyesuaikan teori dengan kenyataan dan dapat melakukan sendiri (redemonstrasi). Kelemahan penggunaan pembelajaran metode demonstrasi adalah: 1) Alat-alat, biaya, dan tempat yang memadai belum tentu tersedia; 2) Memerlukan persiapan dan perencanaan yang matang.

Penggunaan metode demonstrasi kurang otokratis dibanding ceramah, tetapi juga kurang lunak dari diskusi. Strategi ini digunakan untuk mencapai tujuan kognitif dan psikomotorik. Metode demonstrasi adalah optimal sebagai suatu strategi mengajar bagi sasaran yang berkemampuan rata-rata dan dibawah rata-rata, dengan pendidik yang tidak terlatih dan tidak berpengalaman. Metode ini terdiri dari tiga tahap (Muchtar, 2005 dalam Binarwati, 2006) yaitu:

1. Tahap pengantar

Pada tahap ini diberikan ceramah untuk menerangkan tujuan pembelajaran.

2. Tahap pengembangan

Pada tahap ini terjadi tanya jawab dan aktivitas-aktivitas lain.

3. Tahap konsolidasi

Pada tahap ketiga ini, bahan pembelajaran ditinjau kembali, direvisi, dan dites.

### **2.1.5 Alat Bantu Pendidikan Kesehatan**

Alat bantu pendidikan kesehatan adalah alat peraga agar pesan-pesan kesehatan dapat disampaikan lebih jelas kepada masyarakat saat memberikan pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

### 2.1.5.1 Macam-Macam Alat Bantu Pendidikan Kesehatan

Alat bantu pendidikan, dibagi menjadi:

1. Alat bantu lihat (*visual aids*) yang berguna dalam membantu menstimulasi indera mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan. Alat ini ada 2 bentuk.
  - 1) Alat yang diproyeksikan, misalnya *slide*, film, dll.
  - 2) Alat-alat yang tidak diproyeksikan, terdiri dari alat bantu dua dimensi misalnya *flip chart*, bagan, peta, dll. Satu lagi adalah alat bantu tiga dimensi, misalnya *phantom*, globe, dll.
2. Alat bantu dengar (*audio aids*), adalah yang digunakan untuk membantu menstimulasi pendengaran saat menyampaikan proses pendidikan kesehatan. Misalnya: radio, alat perekam, dll.
3. Alat bantu lihat-dengar (*audio visual aids*), contohnya adalah televisi, *cassette*, *vcd*, dll.

### 2.1.5.2 Manfaat Alat Bantu Pendidikan Kesehatan

Secara sistematis (Notoatmodjo, 2003), alat bantu pendidikan mempunyai manfaat:

- 1) Menumbuhkan minat sasaran pendidikan.
- 2) Mencapai sasaran lebih banyak.
- 3) Membantu dalam mengatasi hambatan dalam pemahaman.
- 4) Merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.
- 5) Mempermudah penyampaian bahan pendidikan/informasi oleh para pendidik/pelaku pendidikan.



- 6) Membantu keinginan orang untuk mengetahui, lalu mendalami, dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik.

## **2.2 Konsep Perilaku**

### **2.2.1 Definisi Perilaku**

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Skinner, dikutip dari Jarvis (2007), perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku mampu dipelajari dengan meniru model.

Jadi perilaku kesehatan adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang merupakan atau reaksi seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sehat, sakit, penyakit, dll. Semua stimulus tersebut dapat dipelajari dengan cara meniru.

### **2.2.2 Jenis Perilaku**

Dilihat dari bentuk terhadap stimulus menurut Skinner, perilaku dapat dibedakan menjadi dua.

1. Perilaku Tertutup (*covert behavior*)

Seseorang terhadap stimulus yang masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap, belum bisa diamati secara jelas oleh orang lain.

2. Perilaku Terbuka (*overt behavior*)

Seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Perilaku ini sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang sangat mudah diamati atau dilihat orang lain.

Dilihat dari perspektif perilaku (Jarvis, 2007), para ahli psikologi menyimpulkan jenis perilaku, diantaranya:

1. Perilaku berdasarkan sudut pandang dinamika.

Perilaku tercipta berdasarkan pengalaman masa anak-anak, mulai fase *oral* sampai *genital*.

2. Perilaku berdasarkan perspektif humanistik.

Perilaku tercipta karena kurangnya pemenuhan kebutuhan pribadi.

3. Perilaku berdasarkan perspektif biologi.

Perilaku adalah berdasarkan fisiologi otak manusia.

4. Perilaku berdasarkan sudut pandang kognitif.

Perilaku tercipta karena ketertarikan perasaan dan cara pandang terhadap dirinya sendiri.

5. Perilaku berdasarkan sudut pandang sosial.

Perilaku individu tercipta ketika melihat posisi individu dalam hubungannya dengan individu lain dan masyarakat sebagai suatu keseluruhan.

### **2.2.3 Faktor Pembentuk Perilaku**

Menurut Green, dalam buku Notoatmodjo (2003), perilaku dipengaruhi 3 faktor, yaitu:

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi, dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan kesehatan, sistem nilai masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dll.

## 2. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factor*)

Mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, seperti puskesmas, poliklinik, rumah sakit, juga termasuk tersedianya air bersih, tempat pembuangan sampah, makanan bergizi, dll.

## 3. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factor*)

Meliputi sikap dan perilaku tokoh agama, tokoh masyarakat, dan petugas kesehatan, peraturan, undang-undang, dll.

### **2.2.4 Domain Perilaku**

Menurut Bloom, dikutip dari Santrock (2007), domain perilaku manusia dibagi menjadi tiga, yaitu:

#### 1. Domain kognitif

Kategori yang termasuk domain kognitif adalah pengetahuan, komprehensif, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi

#### 2. Domain Afektif

Kategori yang termasuk domain afektif adalah penerimaan, penilaian, pengaturan, karakterisasi nilai.

#### 3. Domain Psikomotor

Kategori yang termasuk domain psikomotor adalah gerak refleks, fundamental dasar, kemampuan persepsi, kemampuan fisik, gerak terlatih, perilaku nondiskusif.

Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni pengetahuan, sikap, dan tindakan.

## 2.2.4.1 Pengetahuan

### 2.2.4.1.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan terjadi saat orang melakukan penginderaan terhadap obyek (Notoatmodjo, 2003). Menurut Bloom, pengetahuan adalah kemampuan untuk mengingat informasi yang telah diberikan. Secara umum pengetahuan adalah kemampuan mengingat informasi yang merupakan hasil penginderaan terhadap obyek.

Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada yang tidak didasari pengetahuan. Menurut Notoatmodjo (2003), pendidikan kesehatan merupakan proses pendidikan yang tidak lepas dari proses belajar karena proses belajar itu ada dalam rangka mencapai tujuan pendidikan. Perkembangan teori proses belajar dapat dikelompokkan ke dalam dua kelompok besar, yakni teori stimulus-respons yang berpangkal pada psikologi asosiasi yang dirintis oleh John Locke dan Herbart yang kurang memperhitungkan faktor internal dan teori transformasi yang berlandaskan pada psikologi kognitif yang dirumuskan oleh Neisser yang memperhitungkan faktor internal.

Didalam teori stimulus-respons apa yang terjadi pada diri subyek belajar merupakan rahasia atau disebut *black box*. Belajar adalah mengambil tanggapan-tanggapan dan menggabung-gabungkan tanggapan dengan jalan mengulang-ulang. Tanggapan-tanggapan tersebut diperoleh melalui pemberian stimulus. Makin banyak dan sering diberikan stimulus, maka makin banyak tanggapan pada subyek belajar tanpa memperhatikan faktor internal dalam diri subyek belajar, sedangkan pada teori transformasi proses belajar adalah transformasi dari masukan (input) kemudian input

tersebut direduksi, diuraikan, disimpan, ditemukan kembali, dan dimanfaatkan. Transformasi dari masukan sensoris bersifat aktif melalui proses seleksi untuk dimasukkan ke dalam ingatan (*memory*). Meskipun didasarkan pada psikologi kognitif, hal ini tidak membatasi penelaahannya pada domain pengetahuan saja, melainkan juga meliputi domain afektif dan psikomotorik (Notoatmodjo, 2003). Menurut teori kognitif, reward itu tidak diperlukan dalam pembelajaran, yang lebih penting adalah tujuan peserta didik, harapan, dan pengalaman mereka (Bastable, 2002). Belajar bukan hanya proses intelektual, tetapi juga merupakan proses emosional, hasil belajar sangat ditentukan situasi psikologis saat belajar (Notoatmodjo, 2003).

Pembelajaran merupakan suatu proses individu dan merupakan pengalaman yang aktif, holistik serta melibatkan manusia dan lingkungan seutuhnya. Pembelajaran juga merupakan proses *integrative* untuk memasukkan pembelajaran baru kedalam bidang persepsi, sehingga menyebabkan reorganisasi bidang tersebut, dan ini menyebabkan peralihan pengetahuan atau ketrampilan apabila terdapat relevansi antara makna pengalaman yang lama dengan makna pengalaman yang baru (Binarwati, 2006).

#### **2.2.4.1.2 Proses Adopsi Perilaku**

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk perilaku seseorang, karena secara tidak langsung menunjukkan proses adopsi perilaku. Penelitian Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

1. *Awareness* (kesadaran), yakni orang menyadari adanya stimulus (objek).
2. *Interest* adalah orang mulai tertarik dengan stimulus.
3. *Evaluation*, menimbang baik tidaknya stimulus bagi dirinya.
4. *Trial*, orang telah mencoba perilaku baru.
5. *Adoption*, subyek telah berperilaku baru.

#### 2.2.4.1.3 Tingkatan Pengetahuan

Terdapat tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif. Pengetahuan menunjukkan enam domain kognitif (Notoatmodjo, 2003), yaitu:

1. Tahu (*know*)

Mampu menyebutkan, mendefinisikan, menyatakan. Tahu diartikan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

2. Memahami (*comprehension*)

Paham terhadap obyek atau materi, ditandai dengan mampu menjelaskan, menyimpulkan, dan memprediksi objek yang telah dipelajari.

3. Aplikasi (*aplication*)

Mampu menggunakan materi yang telah dipelajari pada kondisi nyata atau kondisi sebenarnya.

4. Analisis (*analysis*)

Mampu menjabarkan materi ke dalam komponen-komponen. Dapat membedakan, memisahkan, dan mengelompokkan.

5. Sintesis (*synthesis*)

Mampu menyusun, mendesain, merencanakan, mengorganisasikan, dan meletakkan materi kepada bagian-bagian di dalam suatu bentuk baru.

## 6. Evaluasi (*evaluation*)

Mampu memberikan penilaian, pertimbangan terhadap suatu obyek/materi pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri.

### 2.2.4.2 Sikap

#### 2.2.4.2.1 Definisi Sikap

Sikap adalah reaksi tertutup yang merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek di lingkungan tertentu, sebagai suatu penghayatan terhadap obyek, merupakan pernyataan dari Newcomb yang dikutip dari Notoatmodjo (2003). Dapat disimpulkan sikap adalah keyakinan seseorang terhadap suatu obyek, tidak dapat dilihat langsung, menunjukkan reaksi yang bersifat emosional terhadap suatu stimulus.

Kerangka pertama yang diwakili oleh para ahli psikologi dalam pengukuran sikap seperti Louis Thurstone (1928) dan Rensis Likert (1932) yang dikutip oleh Azwar (2003) mengemukakan bahwa sikap adalah bentuk evaluasi dan reaksi perasaan yang merupakan perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan yang tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada obyek tersebut. Berkowitz (1972) yang dikutip oleh Azwar (2003) secara lebih spesifik memformulasikan sikap sebagai derajat afek positif atau afek negatif terhadap suatu obyek psikologis.

Menurut Azwar (2003) pemikiran kedua diwakili kelompok ahli dibidang psikologi sosial dan psikologi kepribadian seperti Chave (1928), Bogardus (1931), Lapierre (1934), Mead (1934), dan Goron Allport (1935), dimana konsepsi mengenai sikap lebih kompleks. Menurut mereka, sikap merupakan semacam kesiapan untuk

bereaksi terhadap suatu obyek dengan cara-cara tertentu. Kesiapan disini dimaksudkan adalah kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya respons. La Pierre (1934) dalam Allen, Guy, dan Edgley (1980) mendefinisikan sikap sebagai pola perilaku, tendensi, atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara sederhana, sikap adalah respons terhadap stimulus sosial yang telah terkondisikan. Definisi sikap menurut Notoatmodjo (2003) adalah kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu.

Kelompok ketiga adalah kelompok yang berorientasi kepada skema triadik (*triadic scheme*). Menurut kelompok ini suatu sikap terdiri dari komponen-komponen kognitif, afektif, dan konatif yang saling berinteraksi dalam memahami, merasakan, dan berperilaku terhadap suatu obyek. Secord & Backman (1964) mendefinisikan sikap sebagai keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya (Azwar, 2003).

Menurut para ahli, masing-masing aspek yang telah disebutkan memang merupakan komponen yang konstrak teoritiknya berbeda satu sama lain. Sikap merupakan konstrak multidimensional yang terdiri atas kognisi, afeksi, dan konasi. Meskipun semua komponen berada pada suatu kontinum, akan tetapi pernyataan masing-masing dapat berbeda (Breckler, *et al* 1984; yang dikutip oleh Azwar 2003).

Sikap seseorang terhadap suatu obyek selalu berperan sebagai perantara antara respons dan obyek yang bersangkutan. Respons diklasifikasikan dalam tiga macam,



yaitu respons kognitif (respons perseptual dan pernyataan mengenai apa yang diyakini), respons afektif (respons saraf simpatetik dan pernyataan afeksi), serta respons perilaku atau konatif (respons berupa tindakan atau pernyataan mengenai perilaku) masing-masing klasifikasi respons ini berhubungan dengan ketiga komponen sikapnya (Azwar, 2003).

#### **2.2.4.2.2 Struktur Pembentukan Sikap**

Menurut Azwar (2003) struktur sikap terdiri atas tiga komponen, yaitu:

##### **1. Komponen Kognitif**

Berisi tentang kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap. Intelegensi juga mempunyai pengaruh terhadap proses pemahaman isi pesan dan penerimaan persuasi. Orang yang lebih cerdas akan lebih mudah memahami isi pesan-pesan persuatif yang kompleks, karena perubahan sikap tergantung pada pemahaman dan penerimaan sebagaimana dikatakan oleh Mc. Guire (1968) dalam Fishbein & Ajzen (1975) maka probabilitas diterimanya pesan persuatif akan lebih besar bila targetnya memiliki intelegensi dan faktor-faktor kepribadian lain dalam tingkatan sedang (Azwar, 2003).

##### **2. Komponen Afektif**

Menyangkut emosional subyektif seseorang terhadap suatu obyek. Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional subyektif terhadap suatu obyek sikap. Secara umum komponen disamakan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Reaksi emosional yang merupakan komponen afeksi ini dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang dipercayai sebagai suatu yang benar dan berlaku bagi obyek tersebut. Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan

berperilaku yang ada dalam diri seseorang yang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya, kaitan ini didasari oleh asumsi kepercayaan dan perasaan yang mempengaruhi perilaku (Azwar, 2003).

### 3. Komponen Konatif

Menunjukkan kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya. Persuasi merupakan suatu usaha pengubahan sikap individu dengan memasukkan ide, pikiran, pendapat, dan bahkan fakta baru lewat pesan-pesan komunikatif. Cacioppo dan Petty (1979) mengemukakan bahwa pengulangan akan menaikkan perubahan sikap tapi kemudian kalau masih diteruskan juga pengulangan itu justru akan menurunkan efeknya. Ternyata banyaknya pengulangan yang optimal adalah tiga kali, jika lebih dari 3 kali individu akan mengalami kebosanan dan dapat menolak pesan yang disampaikan (Watson, *et al*, 1984; yang dikutip Azwar, 2003).

#### 2.2.4.2.3 Tingkatan Sikap

Menurut Notoatmodjo (2003), tingkatan sikap terdiri dari:

##### 1. Menerima (*receiving*)

Subyek memperhatikan stimulus yang diberikan obyek.

##### 2. Merespons (*responding*)

Memberikan umpan balik terhadap stimulus.

##### 3. Menghargai (*valuing*)

Mampu mendiskusikan suatu masalah dengan orang lain yang juga berperan sebagai subyek.

#### 4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab terhadap sesuatu yang dipilihnya.

### **2.2.4.3 Tindakan**

#### **2.2.4.3.1 Definisi tindakan**

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau obyek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya (Notoatmodjo, 2003). Tindakan adalah praktik langsung pelaksanaan dari suatu stimulus atau objek kesehatan yang telah dipahami dan disikapinya.

Menurut Notoatmodjo (2003) suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau situasi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan faktor dukungan (*support*).

#### **2.2.4.3.2 Indikator praktek kesehatan**

Indikator praktek kesehatan menurut Notoatmodjo (2003) adalah:

##### 1. Tindakan (praktek) yang berhubungan dengan penyakit

Tindakan atau praktek ini mencakup:

- 1) Pencegahan penyakit, misalnya mengimunisasikan anak, menggunakan masker sewaktu bekerja di tempat berdebu, dll.
- 2) Penyembuhan penyakit, misalnya berobat ke pelayanan kesehatan yang tepat, meminum obat sesuai petunjuk dokter, melakukan anjuran-anjuran dokter, dll.

2. Tindakan (praktek) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan

Mencakup tindakan antara lain, mengkonsumsi makanan dengan seimbang, melakukan olahraga secara teratur, tidak merokok, dll.

3. Tindakan (praktek) kesehatan lingkungan

Mencakup tindakan antara lain, membuang air besar di jamban, membuang sampah pada tempatnya, menggunakan air bersih, dll.

Dalam pengukuran tindakan diperlukan determinan perilaku. Determinan perilaku adalah faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda. Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. Determinan/faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, dan jenis kelamin.
2. Determinan/faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, dan politik (Notoatmodjo, 2003).

Perubahan perilaku lama menjadi perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama. Secara teori perubahan perilaku atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui tiga tahap yaitu pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan praktik (*practice*). Ketiga domain perilaku tersebut merupakan indikator perilaku yang nantinya akan diukur (Notoatmodjo, 2003). Menurut pandangan dari aliran kognitif, yaitu yang memandang perilaku individu merupakan respons dari stimulus, namun dalam diri individu itu ada kemampuan untuk menentukan perilaku yang diambilnya. Hal ini berarti individu dalam keadaan aktif dalam menentukan perilaku yang diambilnya.

Hubungan stimulus dan respons tidak berlangsung secara otomatis, tetapi individu mengambil peranan dalam menentukan perilakunya.

#### **2.2.4.3.3 Tingkatan tindakan (praktek)**

Menurut Notoatmodjo (2003), dalam melakukan tindakan, seseorang melalui beberapa tingkatan diantaranya:

1. Persepsi (*perception*)

Praktek tingkat pertama adalah mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil. Misalnya orang tua mampu memilih makanan yang bergizi untuk anak-anaknya.

2. Respons terpimpin (*guided*)

Pada tingkat ini, orang sudah mampu melakukan sesuatu dengan urutan yang benar. Contoh dari praktek tingkat dua adalah seorang ibu dapat membuatkan susu formula bagi anak bayinya dengan benar, mulai dari merendam botol dengan air hangat, menakar susu formula, memberikan air, mengaduk, dll.

3. Mekanisme (*mecanism*)

Jika orang sudah dapat melakukan dengan benar atau sudah merupakan kebiasaan, maka mereka telah mencapai praktek tingkat tiga. Misalnya seorang anak yang selalu sarapan pagi tanpa diperintah.

4. Adopsi (*adoption*)

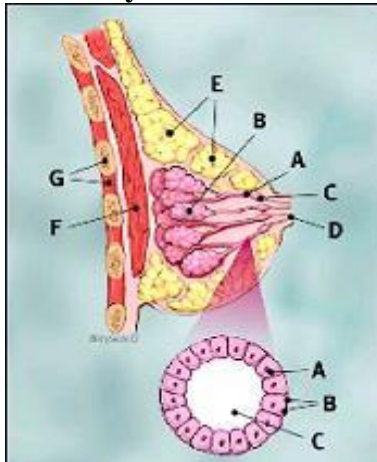
Adopsi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Dalam tingkat ini orang sudah mampu memodifikasi tanpa mengurangi kebenaran

tindakan. Contoh dari tingkatan tertinggi praktek ini adalah ibu mampu memasak makan bergizi dengan bahan yang murah dan sederhana.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara langsung dengan observasi tindakan yang dilakukan oleh responden, dan secara tidak langsung dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*).

## 2.3 Konsep Kanker Payudara

### 2.3.1 Anatomi Payudara



Gambar 2.1 Anatomi payudara normal (Susan, 2005)

Keterangan:

- A. Duktus laktiferus
- B. Lobulus duktus
- C. Bagian duktus yang dilatasi untuk menahan susu
- D. Puting susu
- E. Jaringan lemak
- F. Otot Pektoralis mayor
- G. Dinding dada, Tulang rusuk

Pembesaran:

- A. Sel-sel duktus normal
- B. Membran dasar
- C. Lumen (Pusat duktus)

Payudara terdiri dari kumpulan kelenjar dan jaringan lemak yang terletak di antara kulit dan tulang dada. Kelenjar di dalam payudara akan menghasilkan susu setelah seorang perempuan melahirkan. Kelenjar-kelenjar susu disebut *lobule* yang membentuk *lobe* atau kantung penghasil susu. Terdapat 15 sampai 20 kantung penghasil susu pada setiap payudara, yang dihubungkan dengan saluran susu yang terkumpul di dalam puting. Sisa bagian dalam payudara terdiri dari jaringan lemak dan jaringan berserat yang saling berhubungan, yang mengikat payudara dan mempengaruhi bentuk dan ukuran. Terdapat juga pembuluh darah dan kelenjar getah bening pada payudara.

### **2.3.2 Definisi Kanker Payudara**

Kanker atau neoplasma adalah suatu penyakit pertumbuhan sel karena di dalam organ tubuh timbul dan berkembang biak sel-sel baru yang abnormal, cepat, dan tidak terkendali dengan bentuk, sifat, dan gerakan yang berbeda dari sel asal, serta dapat merusak bentuk dan fungsi organ asalnya (Purwoastuti, 2008).

Kanker payudara adalah kanker yang berasal dari jaringan payudara, dan terdapat pada jaringan payudara (Djarmiko, 2008).

Jadi kanker payudara adalah penyakit neoplasma ganas pada jaringan payudara, merupakan penyakit pertumbuhan sel yang tumbuh tanpa batas, liar, tidak terkendali, yang merusak bentuk dan fungsi organ yang ditumbuhinya.

### 2.3.3 Penyebab dan Faktor-Faktor Risiko

Penyebab terjadinya kanker payudara belum diketahui dengan pasti, namun menurut Wilensky dan Lincoln (2007) penyebab penyakit kanker payudara adalah:

1. Sporadis

Kebanyakan kanker payudara sampai 85% kasus terjadi secara acak (sporadis). Penyebabnya adalah adanya perubahan spontan gen pada sel tertentu.

2. Hubungan orang tua

Kanker payudara diturunkan dari orang tua ke anak dengan prosentase satu banding 10 dari kasus kanker payudara.

3. Turunan

Sekitar satu banding lima penderita kanker adalah mempunyai hubungan keluarga.

Disamping penyebab, masih terdapat faktor-faktor risiko terjadinya kanker payudara (Wilensky dan Lincoln, 2007), jika dikelompokkan menurut *host*, *agent*, dan *environment*, diantaranya:

1. *Host*

Faktor risiko terjadinya kanker payudara, jika dilihat menurut *host*, adalah:

- 1) Jenis Kelamin

Sembilan puluh sembilan persen penderita kanker payudara adalah perempuan, dan yang satu persen adalah laki-laki. Penelitian terakhir di Indonesia pada tahun 2007, terdapat 7 laki-laki penderita *Ca Mammariae*, sisanya adalah wanita.



## 2) Usia

Tabel 2.1 risiko kanker payudara seiring dengan perkembangan usia di Indonesia menurut Lidianti (2008)

No	Usia	Risiko kanker payudara
1.	30-40 tahun	1 dari 252 orang
2.	40-50 tahun	1 dari 68 orang
3.	50-60 tahun	1 dari 30 orang
4.	60-70 tahun	1 dari 27 orang

## 3) Paparan estrogen yang lama

Paparan estrogen terkait munculnya kanker payudara terutama pada usia sekitar 30 tahun, dimana wanita sudah menikah, hamil, melahirkan, menyusui, dan menggunakan terapi pengganti hormon (TPH) serta *oral contraception*.

## 4) Berat badan berlebih

Pada wanita obesitas, risiko terkena kanker payudara meningkat hingga lima kali dari wanita dengan berat badan normal.

## 2. Agent

Berdasarkan *agent*, kelompok faktor risiko kanker payudara adalah:

### 1) Mempunyai sejarah keluarga pengidap kanker payudara

Gen-gen payudara tertentu diturunkan dari generasi ke generasi pada para keluarga dapat menyebabkan kanker payudara. Peluang menurunkan gen tersebut adalah 50%.

### 2) Riwayat kanker payudara

Wanita yang pernah diobati kanker payudara pada satu payudaranya, mempunyai peningkatan risiko kanker lima kali lipat yang akan timbul pada payudara mereka lainnya.

### 3. *Environment*

Kelompok faktor risiko berdasarkan *environment* adalah:

#### 1) Tempat tinggal penderita

Orang mempunyai risiko tinggi kanker payudara apabila tinggal di tempat yang banyak terdapat paparan polutan pencetus zat-zat karsinogen, misalnya Arsen, Asbes, Amin aromatik, Benzen, Krom, Nikel, Vinil klorida, Agen Alkilating, Dietilstilbestrol, Oksimetolon, dll.

#### 2) Rokok

Risiko kanker payudara terkait dengan jumlah rokok yang dihisap dan lamanya waktu wanita tersebut merokok.

#### 3) Alkohol

Terdapat 50% meningkatnya risiko kanker payudara pada wanita yang minum lebih besar dari 6 unit alkohol per minggu, jenis alkohol tidak mempengaruhi. Satu unit alkohol (8 gram atau 10 ml alkohol), dalam praktiknya jika 1000 wanita usia di atas 30 tahun mempertahankan asupan alkohol ringan secara rutin selama 2 tahun, akan terdapat peningkatan insiden kanker payudara.

### **2.3.4 Tanda dan Gejala Kanker Payudara**

Menurut Handoyo (2008), tanda dan gejala kanker payudara adalah:

1. Timbul benjolan pada payudara yang dapat diraba dengan tangan.
2. Bentuk, ukuran atau berat salah satu payudara berubah.
3. Timbul benjolan kecil dibawah ketiak.
4. Keluar darah, nanah, atau cairan dari puting susu.
5. Kulit payudara mengerut seperti kulit jeruk.

6. Bentuk atau arah puting berubah, misalnya puting susu tertekan ke dalam.

### 2.3.5 Klasifikasi Kanker Payudara

Menurut *International Union Against Cancer (UICC)* dari *WHO/American Joint Committee On Cancer (AJCC)*, klasifikasi kanker payudara adalah:

1. T (*Tumor size*), ukuran tumor:
  - 1) T 0 : tidak ditemukan tumor primer
  - 2) T 1 : ukuran tumor diameter  $\leq 2$  cm
  - 3) T 2 : ukuran tumor diameter antara 2-5 cm
  - 4) T 3 : ukuran tumor diameter  $> 5$  cm
  - 5) T4 : ukuran tumor berapa saja, tetapi sudah ada penyebaran ke kulit atau dinding dada atau pada keduanya, dapat berupa borok, edema atau bengkak, kulit payudara kemerahan atau ada benjolan kecil di kulit di luar tumor utama.
2. N (*node*), kelenjar getah bening regional (kgb):
  - 1) N 0 : tidak terdapat metastasis pada kgb regional di ketiak/aksila
  - 2) N 1 : ada metastasis ke kgb aksila yang masih dapat digerakkan
  - 3) N 2 : ada metastasis ke kgb aksila yang sulit digerakkan
  - 4) N 3 : ada metastasis ke kgb di atas tulang selangka (*supraclavícula*) atau pada kgb di *mammary interna* di dekat tulang sternum
3. M (*Metastasis*), penyebaran jauh:
  - 1) M x : metastasis jauh belum dapat dinilai
  - 2) M 0 : tidak terdapat metastasis jauh
  - 3) M 1 : terdapat metastasis jauh

Setelah masing-masing faktot T, N, M digabungkan, maka didapatkan stadium kanker sebagai berikut:

1. Stadium 0 : T0 N0 M0
2. Stadium 1 : T1 N0 M0
3. Stadium II A : T0 N1 M0/T1 N1 M0/T2 N0 M0
4. Stadium II B : T2 N1 M0/T3 N0 M0
5. Stadium III A : T0 N2 M0/T1 N2 M0/T2 N2 M0/T3 N1 M0/T2 N2 M0
6. Stadium III B : T4 N0 M0/T4 N1 M0/T4 N2 M0
7. Stadium III C : Tiap T N3 M0
8. Stadium IV : Tiap T-Tiap N-M1

### **2.3.6 Pemeriksaan Penunjang Kanker Payudara**

Mansjoer, dkk., (2000), menuliskan pemeriksaan penunjang pada kanker payudara adalah sebagai berikut.

#### 1. FNA-B (*Fine Needle Aspiration-Biooption*)

Pemeriksaan dengan tindakan aspirasi/biopsi mempergunakan jarum halus. Semua tumor/benjolan di tubuh dapat diperiksa dan langsung dapat diketahui hasilnya hari itu juga. Dengan teknik ini seseorang yang terkena tumor tidak langsung dilakukan operasi, tetapi ditegakkan dulu diagnosa penyakitnya.

#### 2. USG (Ultrasonografi) payudara

Pemeriksaan USG hanya mampu membedakan lesi/tumor yang solid atau kistik.

#### 3. Mammografi

Pada mammografi, keganasan dapat memberikan tanda-tanda primer dan sekunder. Tanda primer berupa perbedaan nyata ukuran klinis dan radiologis, adanya

distorsi pada struktur arsitektur payudara, sedangkan tanda sekunder berupa retraksi, penebalan kulit, bertambahnya vaskularisasi, perubahan posisi papila dan areola, metastasis kelenjar.

### **2.3.7 Pengobatan Kanker Payudara**

#### **2.3.7.1 Pengobatan lokal dan regional**

Menurut Djindarbumi (2007), terdapat pengobatan lokal dan regional, diantaranya:

##### **1. Operasi mastektomi**

Merupakan operasi pengangkatan payudara, dibagi menjadi 3 yaitu:

1) *Modified Radical Mastectomy*, yaitu operasi pengangkatan seluruh payudara, jaringan payudara di tulang dada, tulang selangka dan tulang iga, serta benjolan di sekitar ketiak.

2) *Total (Simple) Mastectomy*, yaitu operasi pengangkatan seluruh payudara saja, tetapi bukan kelenjar di ketiak.

3) *Radical Mastectomy*, yaitu operasi pengangkatan sebagian dari payudara. Biasanya disebut *lumpectomy*, yaitu pengangkatan hanya pada jaringan yang mengandung sel kanker, bukan seluruh payudara. Operasi ini selalu diikuti dengan pemberian radioterapi. Biasanya *lumpectomy* direkomendasikan pada pasien yang besar tumornya kurang dari 2 cm dan letaknya di pinggir payudara.

##### **2. Pengangkatan kelenjar getah bening ketiak**

Pasien kanker payudara dengan kelenjar getah bening ketiak yang terbukti positif mengandung sel kanker, mempunyai angka kekambuhan yang lebih besar dibandingkan dengan yang kelenjar ketiaknya bebas kanker.

### 3. Radioterapi atau terapi sinar

Merupakan penggunaan sinar berenergi tinggi (seperti sinar-x) untuk membunuh atau memperkecil sel kanker. Radioterapi sesudah operasi mengurangi angka kekambuhan sebesar 50-75%, namun radioterapi dapat menyebabkan efek samping di kemudian hari. Radioterapi setelah operasi dianjurkan dibatasi pada pasien dengan risiko tinggi untuk kekambuhan. Pasien risiko tinggi adalah pasien dengan tumor yang besar sampai mengenai kulit payudara atau dinding dada, atau untuk pasien yang mempunyai sebaran kanker di kelenjar ketiak.

#### **2.3.7.2 Pengobatan Sistemik**

Menurut Lidianti (2008), pengobatan sistemik kanker payudara adalah:

##### 1. Hormonal

Sejak awal tahun 1960, sewaktu reseptor estrogen pertama kali ditemukan, diketahui bahwa kanker payudara yang mempunyai reseptor estrogen atau reseptor progesteron memberikan hasil pengobatan yang lebih baik. Karena itu setelah pembedahan, umumnya sebagian jaringan kanker disisihkan untuk pemeriksaan reseptor estrogen dan reseptor progesteron. Pada tumor tanpa reseptor, pengobatan hormonal menunjukkan hasil kurang dari 5%. Pada tumor yang reseptornya estrogennya positif hasil pengobatan hormonal mencapai 30-40%. Sedangkan pada tumor yang mempunyai kombinasi reseptor estrogen dan progesteron, hasil pengobatan mencapai 60-70%. Namun pengobatan hormonal tidak efektif pada pasien usia muda dengan perjalanan penyakit yang lebih cepat dan telah terjadi penyebaran ke organ-organ dalam.

## 2. Tamoksifen

Bekerja langsung terhadap reseptor estrogen yang terdapat di sel kanker sehingga dapat mengecilkan kanker 30%.

## 3. Goserelin

Sekitar 40% wanita premenopause dengan estrogen reseptor positif atau yang dengan metastatik berespons terhadap goserelin.

## 4. Kemoterapi

Merupakan penggunaan obat antikanker, biasanya melalui injeksi/infus ataupun secara oral. Obat-obatan ini masuk ke dalam darah dan dapat membunuh sel-sel kanker yang telah menyebar, namun efek sampingnya obat-obat tersebut juga dapat merusak sel sehat, sehingga pada saat pemberian pasien merasakan efek samping seperti kelelahan, mual, hilangnya nafsu makan, rambut rontok, perubahan jadwal menstruasi dan mudah sakit. Kemoterapi biasanya diberikan 1-2 minggu sesudah operasi, namun untuk tumor yang terlalu besar, sebaiknya dilakukan kemoterapi praoperasi. Banyak laporan penelitian yang menunjukkan bahwa kemoterapi praoperasi dapat mengurangi 50% besar tumor pada lebih dari 90% kasus, sehingga *lumpectomy* lebih mungkin dikerjakan. Tanpa kemoterapi pasien tersebut memerlukan tindakan bedah yang lebih berat, yaitu mastektomi. Tindakan kemoterapi praoperasi tidak memperbaiki angka ketahanan hidup. Pengobatan kemoterapi memakan waktu 3–6 bulan, terbagi dalam beberapa siklus. Penelitian menunjukkan kombinasi yang lama pemberiannya kurang dari 3 bulan, tidak sebaik yang diberikan 4 atau 6 bulan. Pemberian obat kombinasi, misalnya siklofosamid, metotreksat dan

fluorourasil (CMF) lebih dari 6 bulan tidak lebih efektif dibandingkan yang diberikan 4 atau 6 bulan.

### **2.3.8 Diagnosis Banding Kanker Payudara**

Menurut Mansjoer, dkk., (2000) dan Ety (2008), diagnosa banding kanker payudara adalah sebagai berikut.

#### **1. Fibroadenoma**

Tumor payudara jinak, paling sering dijumpai gadis prepubertas dan wanita usia muda (15-30) tahun, dipengaruhi oleh hormonal, tumor berbatas jelas, berkapsul, permukaan licin, konsistensi padat kenyal, soliter, mobilitas yang baik, diameter sekitar 3 cm.

#### **2. Kelainan fibrokistik**

Suatu keadaan dimana payudara terasa berbenjol-benjol, membesar dan keras tepat sebelum datangnya menstruasi, menghilang ketika menstruasi dimulai akibat perubahan hormonal yang terjadi selama siklus menstruasi. Merupakan tumor yang tidak berbatas tegas, biasanya bilateral/multipel. Terapi tumor ini dengan medika mentosa.

#### **3. Kistosarkoma *phyloides***

Fibroadenoma diameter 10–15 cm. Sepuluh sampai lima belas persen dapat menjadi ganas. Banyak diderita wanita berusia 40–45 tahun, tumor dengan konsistensi yang berbeda solid dan kistik, permukaan tumor berbenjol-benjol (*lobulated*), batas tegas, mobilitas baik, biasanya disertai gambaran kulit yang tegang dan mengkilat serta pelebaran vena subkutan.



#### 4. Galaktokel

Merupakan massa tumor kistik yang timbul akibat tersumbatnya saluran duktus laktiferus. Tumor ini terdapat pada ibu yang baru atau sedang menyusui.

#### 5. Mastitis

Suatu infeksi pada jaringan payudara oleh *Staphylococcus* dan *Streptococcus*, sering pada wanita menyusui enam minggu pertama postpartum, terjadi pada salah satu maupun kedua payudara. Gejala mastitis adalah payudara keras, teraba hangat, rasa nyeri, dan terbakar seiring dengan pemberian ASI, kemerahan pada kulit, badan lemah, dan demam.

#### 6. Lipoma

Tumor jinak yang berasal dari sel lemak, terjadi pada berbagai usia, batas tegas, konsistensi kenyal, mobilitas baik, tidak terdapat perlekatan, permukaan berbungkul-bungkul (*lobulated*), tidak nyeri.

#### 7. *Paget's disease*

Merupakan suatu keganasan, banyak diderita wanita paruh baya, mengenai salah satu payudara. Gejala klinisnya adalah perubahan puting susu (eksematous, skuama, kemerahan, fisura, ulkus, retraksi), perubahan kulit payudara (edema, kemerahan), massa, rasa gatal, terbakar, *nipple discharge*.

#### 8. *Nipple discharge*

Cairan yang keluar dari nipple diluar masa laktasi. Penyebabnya adalah Kanker Payudara, trauma, Galaktokel, *Paget's disease*, medikasi.

## **2. 4 Konsep Sarari**

### **2.4.1 Definisi Sarari**

Sarari (pemeriksaan payudara sendiri) adalah pemeriksaan yang mudah dilakukan oleh setiap wanita untuk mencari benjolan atau kelainan lain pada payudara (Purwoastuti, 2008).

Menurut Etty (2008) sarari adalah skrining awal terhadap kanker payudara, yang bisa dilakukan setiap saat.

Jadi sarari adalah skrining awal terhadap kanker payudara, yang dapat dilakukan oleh setiap wanita untuk mencari benjolan atau kelainan pada payudara.

### **2.4.2 Prosedur Sarari**

Sarari bisa dilakukan setiap saat, namun dianjurkan dilakukan 7 hari setelah menstruasi hari pertama, pada wanita menopause dipilih tanggal yang sama setiap bulannya, agar tidak terdapat kesalahan dalam pemeriksaan akibat payudara yang kencang yang terjadi 8-10 hari sebelum menstruasi, sehingga kelainan payudara dapat diraba dengan benar.

Prosedur sarari menurut Etty (2008) adalah sebagai berikut:

#### **2.4.2.1 Tahap Persiapan**

- 1) Ruang tertutup
- 2) Penerangan cukup terang
- 3) Kaca di dinding yang memperlihatkan leher sampai pinggang
- 4) Pakaian di atas pinggang dilepaskan
- 5) Kertas dan pulpen untuk mencatat kelainan pada payudara

## 2.4.2.2 Tahap Pelaksanaan

### 2.4.2.2.1 Tahap inspeksi

1. Hal yang perlu diperhatikan pada payudara saat inspeksi:

- 1) Simetris/Asimetris
- 2) Payudara terangkat bersamaan
- 3) Benjolan
- 4) Cekungan
- 5) Lecet pada puting
- 6) Puting tertarik ke salah satu sisi
- 7) Puting masuk kedalam
- 8) Perubahan warna kulit

2. Urutan Inspeksi

Urutan inspeksi, adalah sebagai berikut:

- 1) Berdiri di depan cermin



Gambar 2.2 Sarari inspeksi berdiri di depan cermin (Etty, 2008)

Berdirilah di depan cermin tanpa busana, kedua tangan lurus ke bawah.

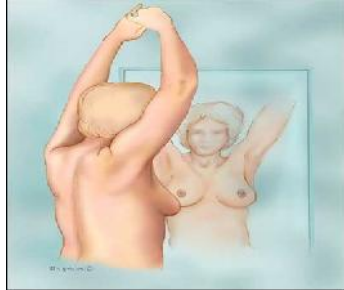
- 2) Berdiri di depan cermin dengan berkacak pinggang



Gambar 2.3 Sarari inspeksi berdiri di depan cermin dengan berkacak pinggang (Ety, 2008)

Dengan posisi tangan berkacak pinggang di depan cermin, amati dengan teliti ukuran payudara, puting, areola. Sambil bergerak ke kanan dan ke kiri amati keadaan payudara di bawah ketiak.

- 3) Berdiri di depan cermin tangan ke atas



Gambar 2.4 Sarari inspeksi berdiri di depan cermin tangan ke atas (Ety, 2008)

Selanjutnya, kedua tangan diangkat ke atas kepala, perhatikan pergerakan payudara pada waktu tangan dinaikkan dan diturunkan. Jangan lupa dilakukan pergerakan ke kanan dan ke kiri dengan posisi tangan di atas untuk mengetahui ada tidaknya cekungan pada ketiak.

#### 2.4.2.2.2 Tahap Palpasi

1. Perlu diperhatikan saat palpasi, adalah:

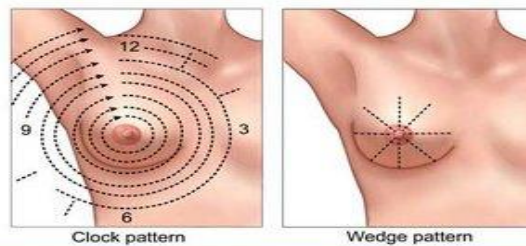
- 1) Teraba massa

- 2) Ukuran
- 3) Letak: arah jam 3
- 4) Konsistensi: padat/kenyal
- 5) Batas tegas/tidak
- 6) Perlekatan dengan dasar
- 7) Permukaan massa
- 8) Menggunakan 3 jari



Gambar 2.5 Sarari palpasi dengan 3 jari (Etty, 2008)

- 9) Arah meraba seperti arah jarum jam



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

Gambar 2.6 Sarari palpasi arah meraba (Etty, 2008)

2. Urutan palpasi adalah sebagai berikut:

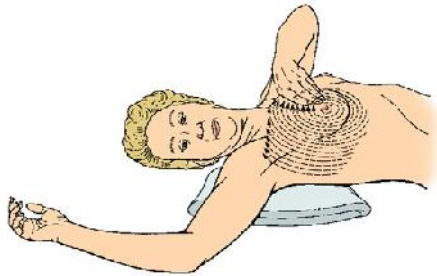
- 1) Posisi



Gambar 2.7 Sarari palpasi posisi (Etty, 2008)

Posisi tidur di tempat datar, kepala diganjal bantal kecil. Saat memeriksa payudara kanan, tangan kanan ke atas, jari tangan kiri meraba ketiak. Berlaku sebaliknya saat memeriksa payudara kiri.

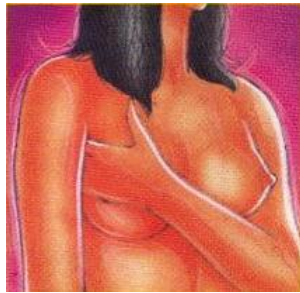
- 2) Memijat dengan arah jarum jam



Gambar 2.8 Sarari palpasi memijat searah jarum jam (Etty, 2008)

Saat melakukan palpasi, dengan 3 jari dan arah seperti jarum jam.

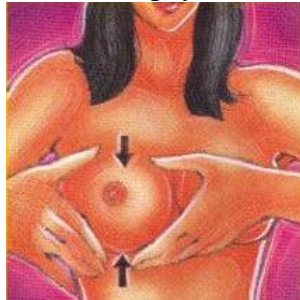
- 3) Meraba ketiak



Gambar 2.9 Sarari palpasi meraba ketiak (Etty, 2008)

Dilanjutkan dengan berdiri lalu meraba ketiak, rasakan ada tidaknya massa.

- 4) Memencet payudara



Gambar 2.10 Sarari palpasi memencet payudara (Etty, 2008)

Langkah terakhir palpasi pada payudara adalah memencet payudara dari semua sisi payudara dan berakhir di puting, diamati ada tidaknya cairan yang keluar dari payudara, kecuali bila menyusui.

#### **2.4.2.3 Tahap Evaluasi**

Evaluasi secara keseluruhan adalah:

1. Inspeksi: Payudara kanan dan kiri simetris/asimetris, tumor, penarikan puting, cekungan, luka/borok dll.
2. Palpasi: Teraba tumor, besar tumor, arah tumor diidentifikasi dari puting dengan arah jarum jam, konsistensi padat, tepi licin/berdunkul, bergerak/tidak bergerak dll. Saat memencet payudara, keluar nanah, darah, atau cairan lain.
3. Mencatat bila ada kelainan, untuk segera diperiksakan.

#### **2.4.3 Kelainan yang Ditemukan dengan Sarari**

Berdasarkan penemuan dari Laboratorium Kanker Prof. Roem Soedoko Surabaya pada tahun 2007 yang dikutip pada Etty (2008), kelainan-kelainan yang dapat ditemukan saat melakukan sarari, adalah:

1. Puting susu tertarik ke dalam, dapat dilihat pada saat inspeksi pada posisi awal berdiri di depan cermin. Puting mengeluarkan cairan, dapat dilihat pada saat palpasi pada urutan memencet payudara.
2. Payudara bentuk berbeda dan posisi berbeda, dapat dilihat pada saat inspeksi pada posisi awal berdiri di depan cermin.
3. Benjolan pada ketiak, dapat dilihat saat inspeksi pada posisi ketiga, berdiri di depan cermin dengan tangan ke atas.

4. Cekungan pada salah satu sisi payudara hanya kelihatan saat tangan diangkat, dapat dilihat saat inspeksi pada posisi ketiga, berdiri di depan cermin dengan tangan ke atas.
5. Lecet dan borok pada payudara, dapat dilihat dengan inspeksi dan palpasi.
6. Warna puting dan areola yang berubah, dapat dilihat pada saat inspeksi pada posisi awal berdiri di depan cermin.
7. Pori-pori kulit seperti kulit jeruk (*peau d'orange*) dan warna kulit payudara berubah, dapat dilihat saat inspeksi.

Untuk memperjelas penjelasan di atas, maka ditunjukkan gambar sebagai berikut.





Gambar 2.11 Puting susu tertarik ke dalam dan puting mengeluarkan cairan (Etty, 2008)



Gambar 2.12 Payudara bentuk berbeda dan posisi berbeda (Etty, 2008)



Gambar 2.13 Benjolan pada ketiak (Etty, 2008)



Gambar 2.14 Cekungan pada salah satu sisi payudara hanya kelihatan saat tangan diangkat (Etty, 2008)



Gambar 2.15 Lecet dan borok pada payudara (Etty, 2008)



Gambar 2.16 Warna puting dan areola yang berubah (Etty, 2008)

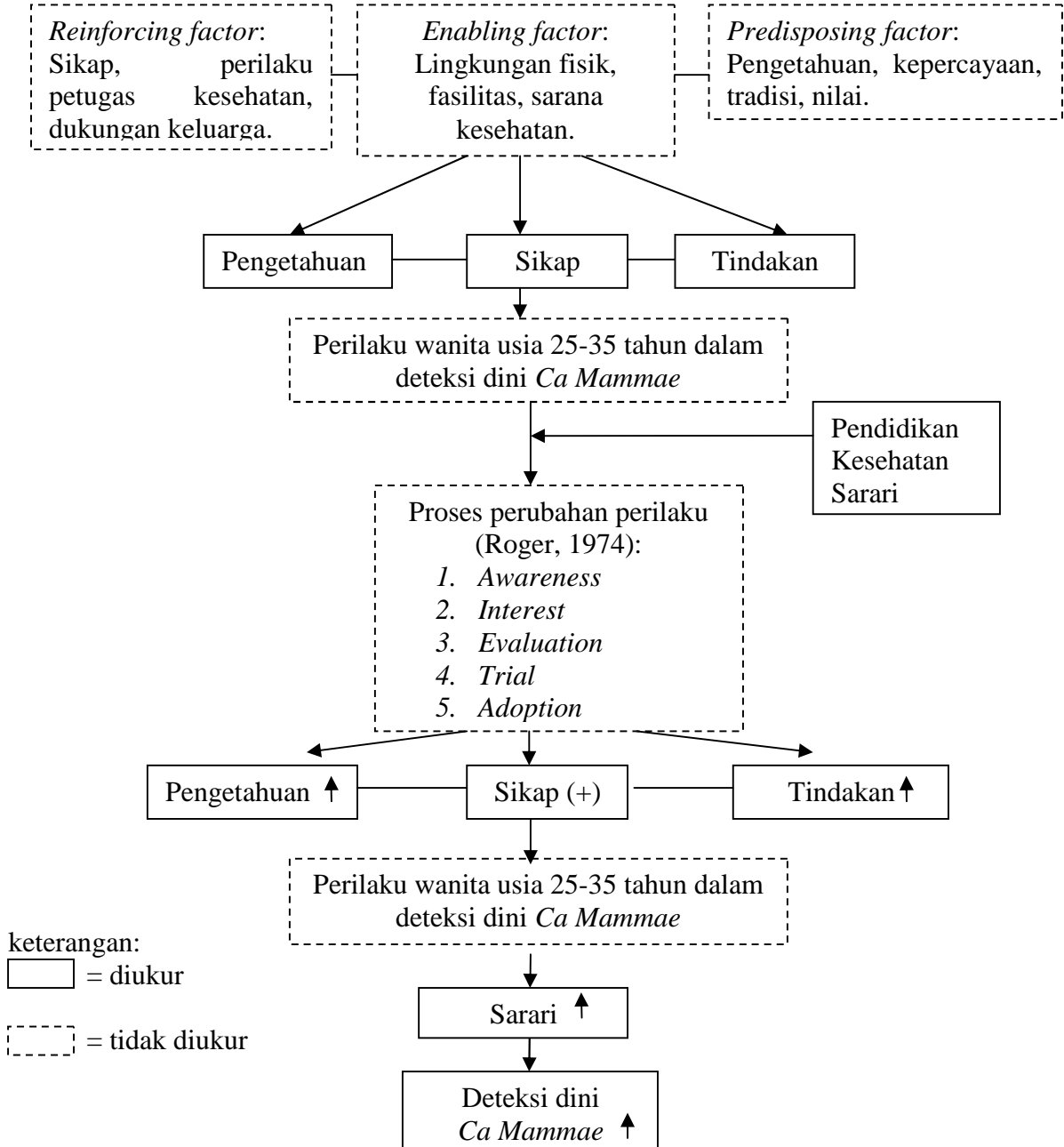


Gambar 2.17 Pori-pori kulit seperti kulit jeruk (*peau d'orange*) dan warna kulit payudara berubah (Etty, 2008)

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**3.1 Kerangka Konseptual**



Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun.

Dalam kerangka konseptual dijelaskan bahwa, terbentuknya perilaku dipengaruhi 3 faktor yaitu *Predisposing factor* merupakan faktor predisposisi atau faktor pemudah dalam mewujudkan perilaku meliputi (Pengetahuan, kepercayaan, tradisi, nilai), *Enabling factor* yaitu faktor yang mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku sehat (Lingkungan fisik, fasilitas, sarana kesehatan), dan *Reinforcing factor* yaitu faktor yang menguatkan terbentuknya perilaku (Sikap, perilaku petugas kesehatan, dukungan keluarga) sehingga terbentuk perilaku deteksi dini *Ca Mammae* pada wanita usia 25-35 tahun, perilaku sendiri terdiri dari tiga bagian yaitu pengetahuan, sikap, dan tindakan, setiap bagian tersebut diberi intervensi pendidikan kesehatan pemeriksaan payudara sendiri (sarari) untuk membentuk pengetahuan, sikap positif, dan tindakan dalam deteksi dini *Ca Mammae* yang benar. Pendidikan kesehatan sendiri akan membentuk proses perubahan perilaku menurut Roger (1974), yaitu mulai menyadari adanya stimulus (*awareness*), lalu tertarik (*interesting*), mulai mengevaluasi stimulus (*evaluating*), setelah itu mencoba stimulus (*trial*), dan terakhir stimulus tersebut diadopsi (*adoption*), maka pengetahuan akan meningkat, sikap menjadi positif, dan tindakan juga meningkat, kemudian tercipta perilaku deteksi dini *Ca Mammae* dengan sarari, karena adanya proses perubahan perilaku. Pengetahuan, sikap, dan tindakan yang tercipta tersebut mampu meningkatkan perilaku pemeriksaan payudara sendiri, sehingga meningkatkan deteksi dini *Ca Mammae*.

### 3.2 Hipotesis

H1: Terdapat pengaruh pemberian pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan deteksi dini *Ca Mammæ* wanita usia 25-35 tahun.

H2: Terdapat pengaruh pemberian pendidikan kesehatan terhadap sikap deteksi dini *Ca Mammæ* wanita usia 25-35 tahun.

H3: Terdapat pengaruh pemberian pendidikan kesehatan terhadap tindakan deteksi dini *Ca Mammæ* wanita usia 25-35 tahun.

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara menyelesaikan masalah dengan menggunakan metode ilmiah. Pada bab ini penulis akan mengemukakan tentang: desain penelitian, kerangka kerja, populasi, sampel, sampling, variabel penelitian, definisi operasional, bahan penelitian, instrumen penelitian, lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengambilan dan pengumpulan data, cara analisis data, etik penelitian, serta keterbatasan.

#### 4.1 Desain Penelitian

Dalam penelitian ini menggunakan metode penelitian tipe *pra-experimental* dengan *pretest-posttest design*, dimana rancangan berusaha mencari pengaruh pendidikan kesehatan sebelum dan sesudah perlakuan pendidikan kesehatan (Nursalam, 2003). Tipe penelitian ini melibatkan kelompok perlakuan tanpa kelompok kontrol. Kelompok ini akan dilakukan *pre test* terlebih dahulu, kemudian diberi intervensi, dan selanjutnya dilakukan *post test*.

Adapun desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah digambarkan dalam tabel sebagai berikut.

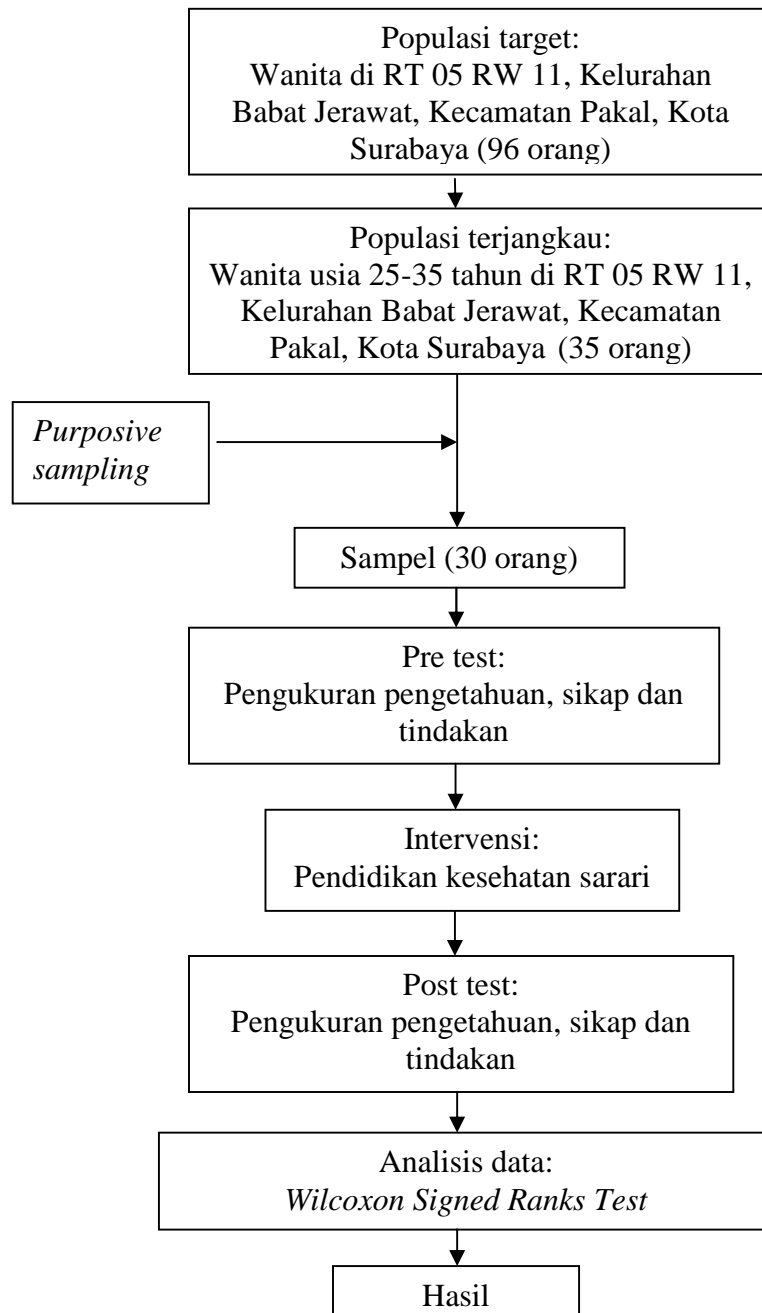
Tabel 4.1 Desain penelitian pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan deteksi dini *Ca Mammæ* wanita usia 25-35 tahun.

Subyek	Pre test	Perlakuan	Post test
K	O	I	OI
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan:

1. K : subyek (wanita usia 25-35 tahun)
2. O : pengukuran pengetahuan, sikap, dan tindakan sebelum diberikan pendidikan kesehatan
3. I : intervensi yaitu pendidikan kesehatan pemeriksaan payudara sendiri yang dilakukan satu kali dalam penelitian
4. OI: pengukuran pengetahuan, sikap, dan tindakan setelah diberikan pendidikan kesehatan

## 4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun.

### **4.3 Populasi, Sampel dan Sampling**

#### **4.3.1 Populasi**

Populasi adalah setiap subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). Populasi dalam penelitian ini adalah wanita usia 25-35 tahun di RT 05 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya.

#### **4.3.2 Sampel**

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan metode pengambilan sampel tertentu agar dapat mewakili populasi (Pariani, 2001). Pada penelitian ini kriteria sampelnya adalah:

a. Kriteria Inklusi

1. Tercatat sebagai penduduk RT 05 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya.
2. Tinggal menetap di RT 05 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya.
3. Bisa membaca dan menulis.
4. Usia 25-35 tahun.
5. Tidak pernah melakukan sarari.
6. Bersedia menjadi responden.

b. Kriteria Eksklusi

1. Wanita usia 25-35 tahun yang tidak bersedia menjadi responden atau mengundurkan diri ditengah penelitian.



2. Wanita usia 25-35 tahun penderita *Ca Mammae*, Mastitis, Fibroadenoma, *Paget's disease*, *Nipple discharge*, Lipoma, Kistosarkoma *phylloides*, Galaktokel, kelainan fibrokistik dan kelainan payudara lain yang dalam masa pengobatan, perawatan, atau keadaan terminal.

### **4.3.3 Sampling**

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling*, yaitu suatu teknik penetapan sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan, masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya.

## **4.4 Identifikasi Variabel**

### **4.4.1 Variabel Independen**

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2003). Variabel independen dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan pemeriksaan payudara sendiri.

### **4.4.2 Variabel dependen**

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2003). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pengetahuan, sikap, dan tindakan.

#### 4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi operasional penelitian pendidikan kesehatan sarari terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun.

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala data	Skor
Variabel independen Pendidikan kesehatan pemeriksaan payudara sendiri.	Pemberian informasi dan demonstrasi tentang pemeriksaan payudara sendiri kepada wanita usia 25-35 tahun, dilakukan 1 kali dalam penelitian. Redemonstrasi dilakukan 2 kali, yang pertama untuk praktek, yang kedua untuk mengukur tindakan.	Pemberian informasi tentang: 1. Pengertian, sebab, tanda dan gejala <i>Ca Mammae</i> . 2. Pengertian sarari. 3. Cara melakukan sarari. 4. Manfaat jika melakukan sarari rutin. 5. Akibat jika tidak melakukan sarari rutin. Demonstrasi dan redemonstrasi, tentang: Cara, urutan, mekanisme melakukan pemeriksaan payudara sendiri.	SAP	-	-

<p>Variabel dependen</p> <p>1. Pengetahuan</p>	<p>Pemahaman wanita usia 25-35 tahun tentang pemeriksaan payudara sendiri</p>	<p>Jawaban tepat tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengertian, sebab, tanda dan gejala penyakit <i>Ca Mammae</i>.</li> <li>2. Pengertian sarari.</li> <li>3. Aturan dan cara melakukan deteksi dini <i>Ca Mammae</i> dengan sarari.</li> <li>4. Manfaat melakukan deteksi dini <i>Ca Mammae</i> dengan sarari.</li> <li>5. Akibat tidak melakukan sarari</li> </ol>	<p>Kuesioner pertanyaan (+) no 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13. Pertanyaan (-) no 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.</p>	<p>ordinal</p>	<p>Benar: 1 Salah: 0 Kurang (55%): kode 1 Cukup (56-75%): kode 2 Baik (76-100%): kode 3 (Arikunto, 2006)</p>
<p>2. Sikap</p>	<p>Respons wanita usia 25-35 tahun dalam melakukan deteksi dini <i>Ca Mammae</i> dengan pemeriksaan payudara sendiri</p>	<p>Pernyataan yang mewakili tingkatan sikap, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menerima</li> <li>2. Merespons</li> <li>3. Menghargai</li> <li>4. Bertanggung jawab, dalam hal:</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mulai melakukan sarari.</li> <li>2. Manfaat melakukan sarari.</li> <li>3. Akibat jika tidak melakukan sarari</li> </ol>	<p>Likert Pertanyaan <i>favorable</i> no 1, 2, 3, 4 Pertanyaan <i>unfavorable</i> no 5, 6, 7, 8</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Pertanyaan (+) <i>favorable</i> SS: skor 5 S: skor 4 TS: skor 1 STS: skor 0</p> <p>Pertanyaan (-) <i>Unfavorable</i> STS: skor 5 TS: skor 4 S: skor 1 SS: skor 0</p>

3. Tindakan	Praktik langsung pelaksanaan pemeriksaan payudara sendiri yang dilakukan wanita usia 25-35 tahun.	Pengamatan terhadap praktek/ pelaksanaan wanita usia 25-35 tahun, dalam hal: 1. Persepsi (memilih obyek) 2. Respons terpimpin (mampu melakukan) 3. Mekanisme (terbiasa melakukan) 4. Adopsi (praktek dilakukan dengan baik) dalam melakukan deteksi dini <i>Ca Mammae</i> dengan pemeriksaan payudara sendiri.	Observasi	Ordinal	Sikap (+) <i>favorable</i> T mean data Sikap (-) <i>unfavorable</i> T < mean data Sikap (+): kode 1 Sikap (-): kode 2 (Azwar, 2005)  Ya, nilai: 1 Tidak, nilai: 0  Kurang (55%): kode 1 Cukup (56-75%): kode 2 Baik (76-100%): kode 3 (Arikunto, 2006)
-------------	---	--	-----------	---------	--

## 4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data

### 4.6.1 Instrumen Penelitian

Terdapat data yang harus dikumpulkan pada penelitian ini, yakni data tentang pengetahuan, sikap dan tindakan. Data tentang pengetahuan yaitu memberikan kuesioner berupa pertanyaan dengan jawaban benar dan salah, pertanyaan terdiri dari tujuh pertanyaan positif (nomor 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) dan tujuh pernyataan negatif (nomor 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Data tentang sikap dilakukan menggunakan alat ukur likert dengan jawaban sangat setuju, setuju, tidak setuju dan kurang setuju, jumlah pernyataan adalah delapan, terdiri dari empat pernyataan *favorable* (nomor 1, 2, 3, 4) dan empat pernyataan *unfavorable* (nomor 5, 6, 7, 8), setiap pertanyaan mewakili tingkatan sikap (menerima, merespons, menghargai, dan bertanggung jawab). Data tentang tindakan diperoleh dengan observasi (4 hal yang diobservasi). Data observasi berupa pengamatan yang dilakukan peneliti, diantaranya kesiapan pasien melakukan sarari terhadap dirinya; langkah-langkah (urutan yang benar) dalam melakukan sarari yang dilakukan responden, mulai tahap inspeksi, sampai dengan evaluasi; mekanisme dalam melakukan sarari (tekanan pada payudara, jari yang digunakan, arah meraba payudara, posisi saat sarari); dan kemampuan pasien membedakan bagian normal payudara, serta kelainan pada payudaranya. Semua instrumen yang digunakan untuk mengukur pengetahuan, sikap, dan tindakan merupakan data yang berhubungan dengan deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun dengan pemeriksaan payudara sendiri.

#### 4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RT 05 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya. Waktu penelitian dilakukan selama 1 bulan mulai dari pengumpulan data sampai dengan pengolahan hasil.

#### 4.6.3 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Prosedur pengambilan data dilakukan setelah mendapatkan surat pengantar dari Progam Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga untuk melakukan ijin penelitian di Badan Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat (BAKESBANGLINMAS) Surabaya, dari BAKESBANGLINMAS akan diberikan pengantar ke Dinas Kesehatan Kota Surabaya, lalu diberi pengantar dan ijin kepada Puskesmas Benowo, dari Puskesmas Benowo akan diberikan pengantar melakukan penelitian di RT 05 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal. Surat pengantar tersebut akan diberikan kepada Ketua RT 05, RW 11. Responden yang memenuhi syarat akan dijelaskan penelitian yang akan dilakukan (tujuan, keuntungan, dan kerugian penelitian), lalu diminta untuk menandatangani *inform concent*. Responden yang didapat, akan dilakukan *pretest* (pengetahuan, sikap, dan tindakan) lalu diberi intervensi. Dalam penelitian, terdapat 5 orang yang bersedia menjadi responden, namun mereka bukan penduduk yang aktif melakukan kegiatan sosial, untuk melakukan pendekatan, peneliti melakukan strategi bimbingan dan penyuluhan individual dengan pokok bahasan kanker, untuk menarik perhatian mereka agar berpartisipasi dalam penelitian. Intervensi yang dilakukan adalah pemberian informasi dan demonstrasi yang dilakukan oleh peneliti. Pemberian informasi tentang sarari diberikan oleh peneliti, dilanjutkan demonstrasi

menggunakan phantom yang juga dilakukan oleh peneliti, lalu dilanjutkan *posttest* tentang pengetahuan, sikap. Selanjutnya dilakukan redemonstrasi yang dilakukan responden, dibantu oleh peneliti, dua orang petugas kesehatan dari Puskesmas Benowo, dan tiga relawan *trainer* sarari. Pengambilan data dan pengumpulan data dilakukan satu kali selama penelitian. Pada saat penelitian dilakukan pengambilan data tentang pengetahuan, sikap, dan tindakan sebelum diberi intervensi dan setelah intervensi, data yang diperoleh langsung dikumpulkan. Redemonstrasi dilakukan dua kali, yaitu saat pemberian pendidikan kesehatan dan dua minggu setelah dilakukan pendidikan kesehatan untuk evaluasi tindakan, sebab untuk pengukuran data tindakan diperlukan data tentang *recall* yaitu data tentang apa yang telah dilakukan responden, beberapa waktu yang lalu (Notoatmodjo, 2003). Untuk mengantisipasi perbedaan melakukan demonstrasi antara peneliti, petugas kesehatan Puskesmas Benowo dan relawan *trainer* sarari, maka berpedoman pada SAP.

#### **4.6.4 Cara Analisis Data**

Dari data yang sudah dikumpulkan dilakukan analisa data dimana untuk mengetahui ada pengaruh variabel pendidikan kesehatan dengan variabel perilaku (pengetahuan, sikap, dan tindakan). Dalam pengambilan keputusan yaitu jika derajat kemaknaan ( $p$ ) bernilai  $p > 0,05$ , maka  $H_1$  ditolak, jika  $p < 0,05$  maka  $H_1$  diterima (Santoso, 2004). Data diolah dengan menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test* untuk signifikan hasil pemberian pendidikan kesehatan sarari terhadap perilaku deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun. Skala data dalam penelitian ini adalah skala data ordinal untuk pengetahuan, sikap, dan tindakan. Agar uji statistik

lebih akurat, data penelitian ini diolah menggunakan perangkat lunak komputer SPSS 13,0 *for windows*.

## **4.7 Etik Penelitian**

### **4.7.1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden**

Responden ditetapkan dulu untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan. Responden diberi penjelasan tentang maksud dan tujuan serta dampak intervensi sebelum dilaksanakan penelitian.

### **4.7.2 Tanpa Nama (*Anonimity*)**

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden sebagai sampel dalam penelitian dijamin oleh peneliti.

### **4.7.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)**

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden sebagai sampel dalam penelitian dijamin oleh peneliti.

## **4.8 Keterbatasan**

1. Desain dalam penelitian ini adalah *pra experimental*, yang hanya melibatkan kelompok perlakuan tanpa kelompok kontrol, sehingga tingkat validitas dan reliabilitasnya kurang.
2. Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data dirancang peneliti dan belum pernah diujicobakan sebelumnya, maka belum dapat dijamin tingkat validitas dan reliabilitasnya.



3. Pengukuran pretest tindakan belum dijamin validitasnya, karena peneliti belum melakukan observasi maksimal terhadap responden.
4. Jumlah (besar dan ukuran) sampel yang terbatas, belum cukup untuk mengeneralisasikan hasil penelitian, sehingga hasil penelitian kurang representatif.
5. Waktu penelitian sangat terbatas, sehingga data tentang tindakan kurang valid.

## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan tentang hasil penelitian yang meliputi 1) gambaran secara umum lokasi penelitian, 2) data responden berupa data demografi yang meliputi 7 hal yaitu (status pernikahan, alat kontrasepsi, pendidikan terakhir, pekerjaan, keturunan penyakit kanker, kebiasaan merokok, kebiasaan minum alkohol), serta 3) variabel yang diukur yang berkaitan dengan pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan wanita usia 25-35 tahun. Penelitian ini dilaksanakan dari tanggal 2 Juni sampai dengan 15 Juni 2008. Bab ini juga akan membahas tentang pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan wanita usia 25-35 tahun, dengan melakukan test kuantitatif. Secara kuantitatif dengan menggunakan perhitungan uji statistik *Wilcoxon Signed Ranks Test* dengan bantuan komputerisasi. Hasil uji statistik tersebut dapat digunakan untuk mengetahui signifikansi terhadap variabel sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok yang seluruhnya merupakan kelompok intervensi.

#### **5.1 Hasil Penelitian**

##### **5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian**

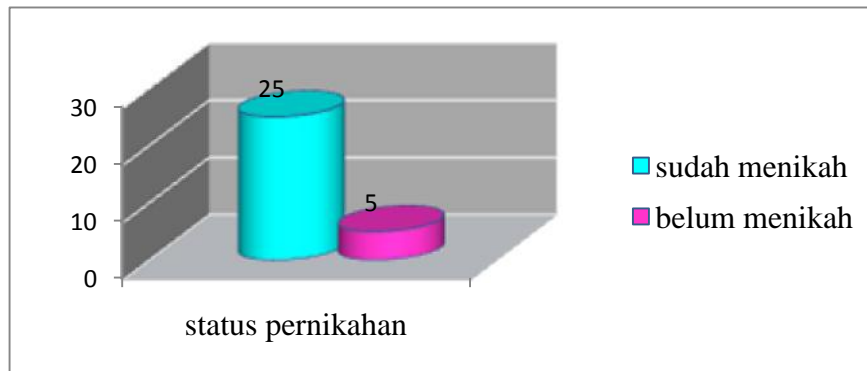
Penelitian ini dilakukan di RT 5 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya. Waktu pelaksanaan penelitian ini dimulai tanggal 2 Juni sampai dengan 15 Juni 2008. RT 5 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan

Pakal, Kota Surabaya memiliki luas wilayah 1500 m<sup>2</sup>. Di lokasi ini, terdapat 1 masjid, 2 Taman Kanak-kanak, dan 60 rumah. Jumlah penduduk RT 05 RW 11 adalah 253 orang yang terdiri dari 60 Kepala Keluarga, laki-laki berjumlah 100 orang terdiri dari 29 anak-anak usia di bawah 12 tahun, 63 laki-laki dewasa (usia 12-59 tahun), dan 8 lansia (usia > 60 tahun menurut WHO, 2000), wanita 153 orang terdiri dari 43 anak-anak usia dibawah 12 tahun, 96 wanita (27 usia pubertas (usia 12-19 tahun menurut BKKBN, 2007), 40 usia produktif (usia 20-45 tahun menurut BKKBN, 2007), dan 14 lansia (usia > 60 tahun menurut WHO, 2000). Wanita usia 25-35 tahun di lokasi ini berjumlah 35 orang, sedangkan wanita yang terkena *Ca Mammae* adalah 2 orang, yang tidak tinggal menetap adalah 3 orang, sehingga didapatkan responden sebanyak 30 orang. Batas wilayah RT 5 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya adalah sebagai berikut, sebelah Utara: Jalan Raya Surabaya-Gresik dan Perumahan Pondok Benowo Indah; Selatan: Tambak ikan dan rumah penduduk RT 06; Barat: Kantor Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal; Timur: Rumah penduduk RW 13.

### **5.1.2 Data demografi responden**

Data demografi responden ini menguraikan tentang status pernikahan, alat kontrasepsi, pendidikan terakhir, pekerjaan, keturunan penyakit kanker, kebiasaan merokok, dan kebiasaan minum alkohol.

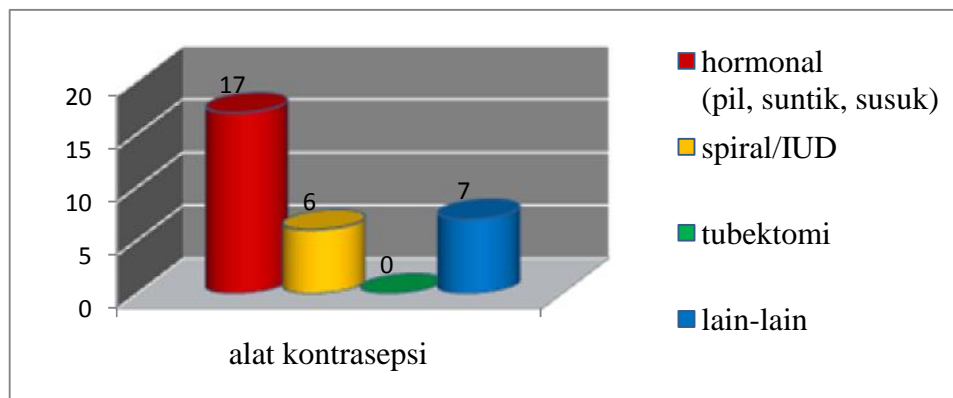
## 1) Karakteristik responden berdasarkan status pernikahan



Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan status pernikahan RT 05 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya, Juni 2008

Gambar 5.1 menunjukkan responden sebagian besar sudah menikah yaitu 25 orang (83,33%).

## 2) Karakteristik responden berdasarkan alat kontrasepsi

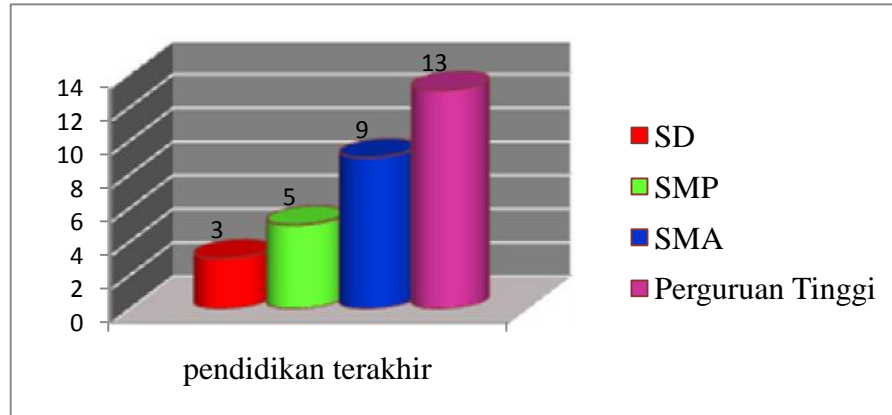


Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan pemakaian alat kontrasepsi RT 05 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya, Juni 2008

Gambar 5.2 menunjukkan karakteristik responden berdasarkan penggunaan alat kontrasepsi. Sebagian banyak responden menggunakan alat kontrasepsi hormonal yaitu 17 orang (56,67%), yang menggunakan spiral/IUD adalah 6 orang (20%), lain-lain (menggunakan kondom adalah 3 orang, senggama terputus dilakukan oleh 2 orang, dan 2 orang belum menikah, tidak menggunakan alat kontrasepsi apapun),

sehingga berjumlah 7 orang (23,33%), dan tidak ada responden yang menggunakan alat kontrasepsi mantap (tubektomi).

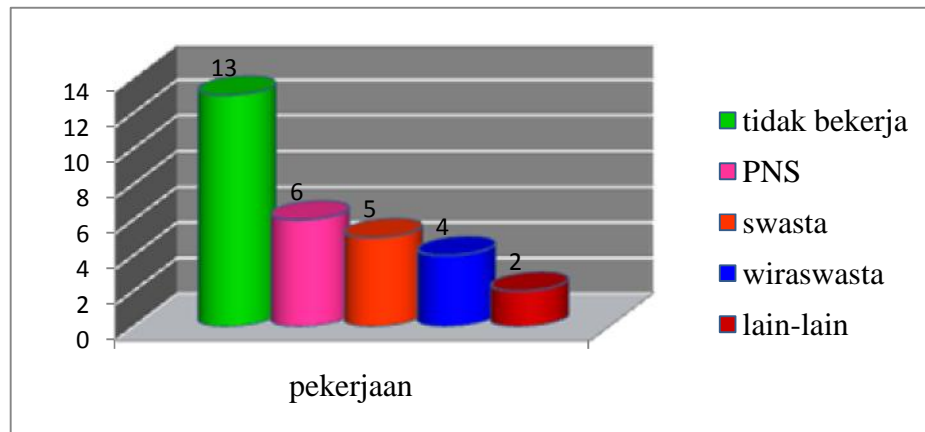
### 3) Karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir



Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir RT 05 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya, Juni 2008

Gambar 5.3 menunjukkan sebagian besar responden adalah lulus Perguruan Tinggi yaitu 13 orang (43,33%).

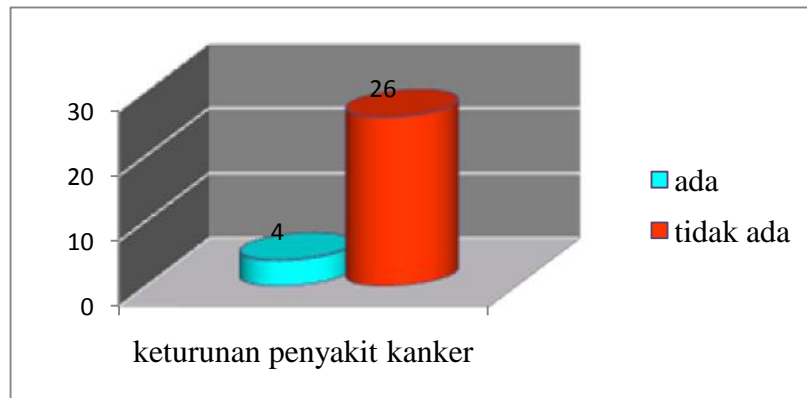
### 4) Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan



Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan RT 05 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya, Juni 2008

Gambar 5.4 menunjukkan sebagian besar responden adalah tidak bekerja yaitu 13 orang (43,33%).

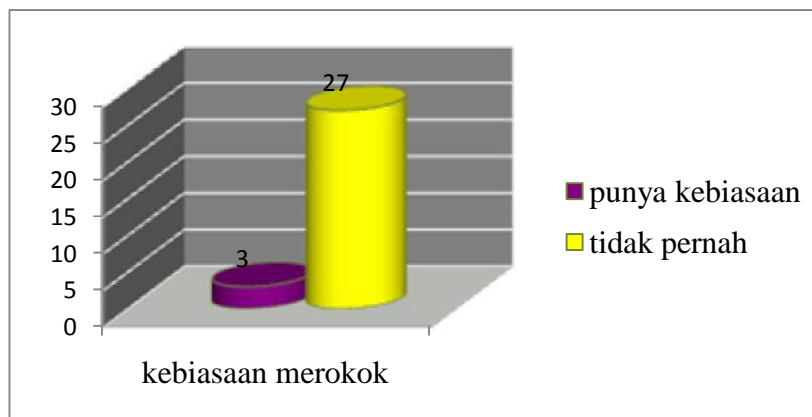
## 5) Karakteristik responden berdasarkan keturunan kanker



Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan keturunan kanker RT 05 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya, Juni 2008

Gambar 5.5 menunjukkan sebagian banyak responden tidak mempunyai keturunan kanker yaitu 26 orang (86,67%).

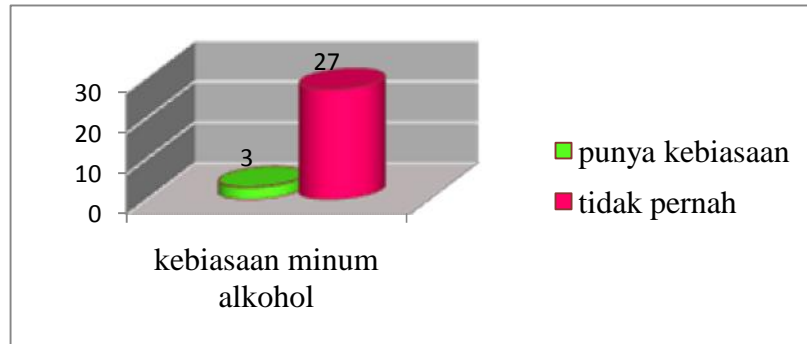
## 6) Karakteristik responden berdasarkan kebiasaan merokok



Gambar 5.6 Distribusi responden berdasarkan kebiasaan merokok RT 05 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya, Juni 2008

Gambar 5.6 menunjukkan mayoritas responden tidak pernah merokok yaitu 27 orang (90%).

## 7) Karakteristik responden berdasarkan kebiasaan minum alkohol



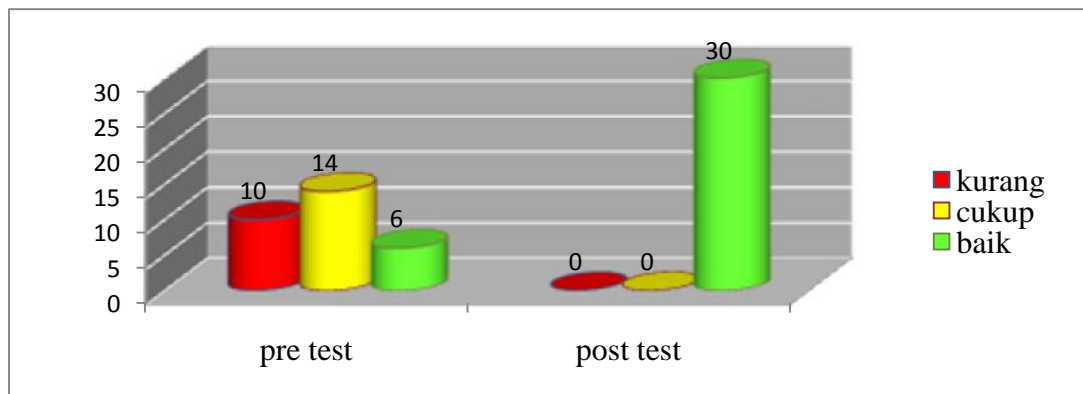
Gambar 5.7 Distribusi responden berdasarkan kebiasaan minum alkohol RT 05 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya, Juni 2008

Gambar 5.7 menunjukkan mayoritas responden tidak pernah minum alkohol yaitu 27 orang (90%).

### 5.1.3 Variabel Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan

Pada bagian ini akan disajikan hasil penelitian yang menunjukkan pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan deteksi *Ca Mammæ* wanita usia 25-35 tahun.

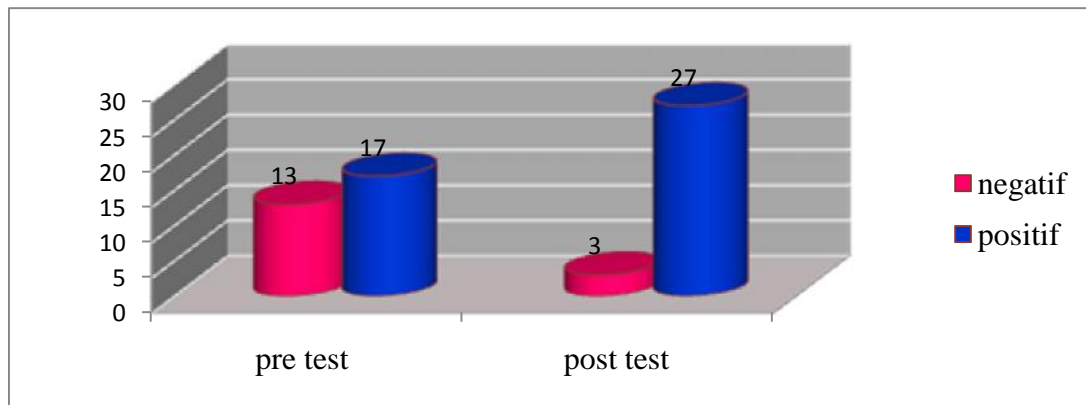
1. Identifikasi pengetahuan wanita usia 25-35 tahun sebelum dan sesudah pemberian intervensi pendidikan kesehatan.



Gambar 5.8 Distribusi responden berdasarkan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan sarari RT 05 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya, Juni 2008

Gambar 5.8 menunjukkan perbandingan pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan. Sebelum diberikan intervensi, responden yang mempunyai pengetahuan kurang adalah 10 orang (33,3%), pengetahuan cukup adalah 14 orang (46,67%), dan pengetahuan baik adalah 6 orang (20%). Setelah diberikan intervensi, pengetahuan responden meningkat (100%) yaitu seluruh responden mempunyai pengetahuan yang baik.

2. Identifikasi sikap wanita usia 25-35 tahun sebelum dan sesudah pemberian intervensi pendidikan kesehatan.

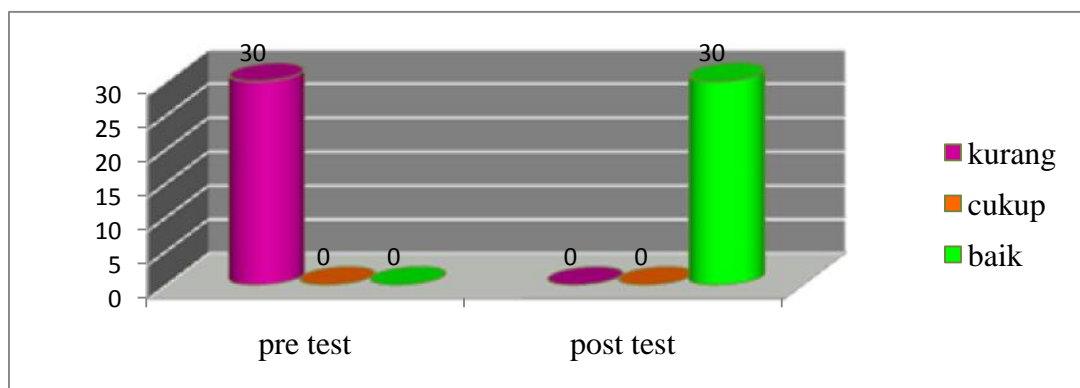


Gambar 5.9 Distribusi responden berdasarkan sikap sebelum dan sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan sarari RT 05 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya, Juni 2008

Gambar 5.9 menunjukkan perbandingan sikap responden sebelum dan sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan. Sebelum diberikan intervensi, responden yang mempunyai sikap negatif adalah 13 orang (43,33%), dan sikap positif yaitu 17 orang (56,67%). Setelah diberikan intervensi, sikap responden yang negatif berkurang menjadi 3 orang (10%), dan yang bersikap positif adalah 27 orang (90%).



3. Identifikasi tindakan wanita usia 25-35 tahun sebelum dan sesudah pemberian intervensi kesehatan.



Gambar 5.10 Distribusi responden berdasarkan tindakan sebelum dan sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan sarari RT 05 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya, Juni 2008

Gambar 5.10 menunjukkan perbandingan tindakan responden sebelum dan sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan. Sebelum diberikan intervensi, (100%) responden mempunyai tindakan yang kurang, namun dari (100%) responden tersebut tindakannya meningkat setelah diberikan intervensi.

4. Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan pengetahuan deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun.

Tabel 5.1 Pengetahuan responden sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan

Pengetahuan	Sebelum	Sesudah
Baik	6	30
Cukup	14	0
Kurang	10	0
Total	30	30
Mean	64,17	90,93
SD	12,58922	6,84777
Uji Wicoxon Signed Ranks Test	p= 0,000	

Tabel 5.1 menunjukkan perbandingan data pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi. Sebelum diberikan intervensi pendidikan kesehatan, responden yang mempunyai pengetahuan baik adalah 6 orang (20%), berpengetahuan cukup adalah 14 orang (46,67%), dan berpengetahuan kurang sebanyak 10 orang (33,33%). Setelah diberikan intervensi, terjadi peningkatan yang signifikan, yaitu semua responden mempunyai pengetahuan baik (100%), tidak terdapat pengetahuan cukup, dan pengetahuan kurang. Uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test*, didapatkan nilai signifikansi ( $p$ )= 0,000 lebih kecil dari nilai standar ( $p$ )= 0,05 yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap pengetahuan deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun. Hasil rerata yang semula 64,17 (*pre test*) meningkat menjadi 90,93 (*post test*), menunjukkan secara kuantitatif bahwa pengetahuan responden meningkat setelah diberikan intervensi.

5. Pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap perubahan sikap deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun.

Tabel 5.2 Sikap wanita usia 25-35 tahun sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan

Sikap	Sebelum	Sesudah
Negatif	13	3
Positif	17	27
Total	30	30
Mean	47,80	56,36
SD	11,88566	4,95137
Uji Wicoxon Signed Ranks Test	$p= 0,003$	

Tabel 5.2 menunjukkan perbandingan data sikap sebelum dan sesudah intervensi. Sebelum diberikan intervensi, sebagian besar responden mempunyai sikap positif yaitu 17 orang (56,67%), namun masih ada responden yang mempunyai sikap

negatif sebanyak 13 orang (43,33%). Setelah diberikan intervensi pendidikan kesehatan seluruh responden bersikap negatif berkurang menjadi 3 orang (10%), dan bersikap positif terhadap pemeriksaan payudara sendiri adalah 27 orang (90%). Uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test*, didapatkan nilai signifikansi (p)= 0,003 lebih kecil dari nilai standar (p)= 0,05 yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap sikap deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun. Hasil rerata yang semula 47,80 (*pre test*) meningkat menjadi 56,36 (*post test*), menunjukkan secara kuantitatif bahwa sikap wanita usia 25-35 tahun meningkat setelah diberikan intervensi.

6. Pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap perubahan tindakan deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun.

Tabel 5.3 Tindakan wanita usia 25-35 tahun sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan

Tindakan	Sebelum	Sesudah
Baik	0	30
Cukup	0	0
Kurang	30	0
Total	30	30
Mean	18,67	95,67
SD	5,71346	5,04007
Uji Wicoxon Signed Ranks Test	p= 0,000	

Tabel 5.3 menunjukkan perbandingan data tindakan sebelum dan sesudah intervensi. Sebelum diberikan intervensi, seluruh responden mempunyai tindakan yang kurang (100%), namun seluruh responden mempunyai tindakan yang baik setelah diberikan intervensi (100%). Uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test*, didapatkan nilai signifikansi (p)= 0,000 lebih kecil dari nilai standar (p)=

0,05 yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap tindakan deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun. Hasil rerata yang semula 18,67 (*pre test*) meningkat menjadi 95,67 (*post test*), menunjukkan secara kuantitatif bahwa tindakan wanita usia 25-35 tahun meningkat setelah diberikan intervensi.

## 5.2 Pembahasan

Perbandingan pengetahuan responden sebelum dan sesudah intervensi dapat dilihat pada hasil penelitian (gambar 5.8). Sebelum diberi intervensi, responden yang mempunyai pengetahuan baik adalah 6 orang (20%), responden dikatakan mempunyai pengetahuan baik karena dapat menjawab pertanyaan tentang pengertian, tanda, gejala, sebab terjadinya *Ca Mammae*, mampu menjelaskan pengertian sarari, aturan dan cara, manfaat, serta akibat jika tidak melakukan sarari secara rutin. Responden yang terbanyak adalah berpengetahuan cukup yaitu 14 orang (46,67%), responden berpengetahuan cukup karena hanya mampu mendefinisikan *Ca Mammae* dan sarari, mayoritas responden yang berpengetahuan cukup ini tidak mampu menjawab pertanyaan yang berhubungan dengan sebab, tanda dan gejala terjadinya *Ca Mammae*, dan tidak mampu menjelaskan akibat tidak melakukan sarari secara rutin. Responden yang berpengetahuan kurang sebanyak 10 orang (33,33%), dalam hal ini responden hanya mampu menjelaskan definisi *Ca Mammae* dan definisi sarari saja, pertanyaan lain (tanda, gejala, sebab terjadinya *Ca Mammae*, pengertian sarari, aturan dan cara, manfaat, serta akibat jika tidak melakukan sarari secara rutin) belum dapat dijawab dengan baik. Setelah diberi intervensi pendidikan kesehatan sarari didapatkan seluruh responden berpengetahuan baik 30 orang (100%). Seluruh responden mendapatkan nilai baik (76-100) dikarenakan informasi yang diberikan

pada saat dilakukan intervensi, sehingga responden mendapatkan kejelasan informasi tentang kanker payudara dan pemeriksaan payudara. Pertanyaan-pertanyaan yang diberikan peneliti kepada responden mampu dijawab responden dengan baik, karena mereka tahu, memahami, dan mengaplikasikan pengetahuan yang mereka dapatkan dari intervensi.

Uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test*, didapatkan nilai signifikansi ( $p$ )= 0,000 yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap pengetahuan deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun. Pada pengujian menunjukkan perbedaan yang signifikan, begitu juga pada data deskriptif, keduanya menunjukkan peningkatan nilai pengetahuan setelah dilakukan pendidikan kesehatan sarari. Faktor lain yang menyebabkan peningkatan nilai pengetahuan signifikan adalah sebagian besar responden adalah lulus Perguruan Tinggi.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003). Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh pembelajaran. Pembelajaran dimaksudkan untuk memberikan pengetahuan kepada wanita usia 25-35 tahun tentang pemeriksaan payudara sendiri. Perubahan dalam hal pengetahuan pemeriksaan payudara sendiri didahului oleh persepsi seseorang terhadap apa yang akan dijalani, sehingga muncul persepsi berhubungan dengan tingkat pengetahuan yang diperoleh dari informasi. Informasi yang diterima bisa kurang jelas, dalam hal ini pembelajaran pemeriksaan payudara sendiri yang tidak optimal akan mempengaruhi persepsi seseorang sehingga perubahan pengetahuan akan sulit didapatkan. Persepsi proses informasi juga berhubungan dengan seleksi perhatian, kode, dan ingatan (Nursalam, 2003). Menurut Notoatmodjo (2003),

pendidikan kesehatan merupakan proses pendidikan yang tidak lepas dari proses belajar karena proses belajar itu ada dalam rangka mencapai tujuan pendidikan. Perkembangan teori proses belajar dapat dikelompokkan ke dalam dua kelompok besar, yakni teori stimulus-respons yang berpangkal pada psikologi asosiasi yang dirintis oleh John Locke dan Herbart yang kurang memperhitungkan faktor internal dan teori transformasi yang berlandaskan pada psikologi kognitif yang dirumuskan oleh Neisser yang memperhitungkan faktor internal.

Teori stimulus-respons Skinner yang dikutip dari (Notoatmodjo, 2003) menyatakan apa yang terjadi pada diri subyek belajar merupakan rahasia atau disebut *black box*. Belajar adalah mengambil tanggapan-tanggapan dan menggabungkan tanggapan dengan jalan mengulang-ulang. Tanggapan-tanggapan tersebut diperoleh melalui pemberian stimulus. Makin banyak dan sering diberikan stimulus, maka makin banyak tanggapan pada subyek belajar, tanpa memperhatikan faktor internal dalam diri subyek belajar. Pada teori transformasi, proses belajar adalah transformasi dari masukan (input) kemudian input tersebut direduksi, diuraikan, disimpan, ditemukan kembali, dan dimanfaatkan. Transformasi dari masukan sensoris bersifat aktif melalui proses seleksi untuk dimasukkan ke dalam ingatan (*memory*).

Pendidikan dapat mempengaruhi proses pembelajaran. Tingkat pendidikan yang dimiliki seseorang menentukan tingkat pengetahuan (Notoatmodjo, 2003). Metode demonstrasi optimal sebagai suatu strategi mengajar bagi sasaran yang berkemampuan rerata dan dibawah rerata, dengan pendidik yang tidak terlatih dan tidak berpengalaman. Pembelajaran demonstrasi juga dapat mencapai tujuan kognitif menengah (Mughtar, 2005 dalam Binarwati, 2006). Pada responden wanita usia 25-

35 tahun, materi yang diterima tidak selalu optimal tetapi dengan menggunakan strategi pembelajaran tertentu, dalam hal ini menggunakan metode ceramah, diskusi, demonstrasi, redemonstrasi maka materi dapat diterima secara optimal.

Peningkatan pengetahuan responden setelah diberikan intervensi dapat dipengaruhi oleh: 1) pemberian informasi yaitu pembelajaran penyuluhan pemeriksaan payudara sendiri. Pemberian informasi yang tidak jelas, tidak dapat diterima maksimal oleh responden, dalam penelitian ini, disamping memakai strategi pembelajaran ceramah, peneliti menggunakan strategi diskusi, demonstrasi, dan redemonstrasi; 2) pertanyaan-pertanyaan untuk mengukur nilai pengetahuan. Pertanyaan sederhana sampai dengan pengetahuan kompleks perlu diberikan kepada responden secara tepat. Pertanyaan yang kurang sesuai dengan materi yang diberikan, pemilihan kata-kata yang tidak lugas untuk orang awam secara langsung membuat responden bingung sehingga nilai pengetahuan mereka kurang; 3) pendidikan responden. Hal yang paling penting dalam pemberian informasi adalah kaitannya dengan pendidikan, orang yang mempunyai pendidikan tinggi lebih mudah memahami dan menerima materi, menguraikan kata-kata dalam pertanyaan-pertanyaan yang diberikan peneliti.

Perbandingan sikap responden sebelum dan sesudah intervensi dapat dilihat pada hasil penelitian (gambar 5.9). Sebelum diberi intervensi, responden yang terbanyak adalah bersikap positif yaitu 17 orang (56,67%), responden yang bersikap positif adalah responden yang mampu memberikan pernyataan positif dalam hal mulai melakukan sarari, manfaat, dan akibat jika tidak melakukan sarari. Responden yang bersikap negatif sebanyak 13 orang (43,33%), dikarenakan mereka memberikan

pernyataan negatif dalam hal mulai melakukan sarari, manfaat, dan akibat jika tidak melakukan sarari. Setelah diberi intervensi pendidikan kesehatan sarari didapatkan responden bersikap negatif berkurang menjadi 3 orang (10%), dan bersikap positif 27 orang (90%). Nilai sikap positif dan negatif didapatkan dari menghitung nilai dari pernyataan responden berdasarkan skoring menurut Azwar (2005), kemudian dibandingkan dengan mean data. Nilai sikap responden setelah diberikan intervensi mayoritas menjadi positif dikarenakan responden sudah bisa menangkap seluruh hal positif yang mereka dapatkan dari intervensi pendidikan kesehatan sarari, setelah pengetahuan mereka cukup, emosional mereka mulai bereaksi dengan stimulus yang ada.

Uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test*, didapatkan nilai signifikansi ( $p$ )= 0,003 yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap sikap deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun. Pada pengujian menunjukkan perbedaan yang signifikan, begitu juga pada data deskriptif, keduanya menunjukkan peningkatan nilai sikap menjadi positif setelah dilakukan pendidikan kesehatan sarari. Tiga orang yang mempunyai sikap negatif diakhir penelitian, bisa disebabkan karena interpretasi mereka dengan pernyataan sikap yang kurang tepat.

Sikap belum merupakan tindakan/aktifitas akan tetapi merupakan reaksi tertutup terhadap suatu obyek (Notoatmodjo, 2003). Pembentukan sikap dapat terjadi karena pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan dan lembaga moral maupun faktor emosional (Azwar, 2003). Sikap berupa keyakinan seseorang terhadap suatu obyek, tidak dapat dilihat langsung, menunjukkan reaksi emosional terhadap suatu stimulus merupakan



pernyataan Newcomb, yang dikutip dalam Notoatmodjo (2003). Pernyataan Bloom dikutip dari Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa orang akan mengubah sikap, jika ia mampu mengubah komponen kognitif dahulu, diikuti perubahan komponen afektif. Pernyataan Bloom juga diperkuat oleh Azwar (2005) yang menyatakan bahwa komponen afektif (sikap) merupakan komponen kedua setelah komponen kognitif dalam struktur sikap. Penerimaan sikap terdiri dari empat tingkatan, yaitu menerima, merespons, menghargai, dan bertanggung jawab (Notoatmodjo, 2003).

Kerangka pertama yang diwakili oleh para ahli psikologi dalam pengukuran sikap seperti Louis Thurstone (1928) dan Rensis Likert (1932) yang dikutip oleh Azwar (2003) mengemukakan bahwa sikap adalah bentuk evaluasi dan reaksi perasaan yang merupakan perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan yang tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada obyek tersebut. Berkowitz (1972) yang dikutip oleh Azwar (2003) secara lebih spesifik memformulasikan sikap sebagai derajat afek positif atau afek negatif terhadap suatu obyek psikologis.

Pendidikan kesehatan melalui kegiatan pemberian informasi, demonstrasi, dan redemonstrasi sebagai sarana perubahan pengetahuan, sikap, dan tindakan pemeriksaan payudara sendiri terutama domain afektif (sikap) diharapkan mampu membangun suatu kepercayaan sehingga wanita usia 25-35 tahun memiliki sikap positif dalam melakukan pemeriksaan payudara sendiri. Responden yang bersikap negatif mampu mengubah sikapnya menjadi positif setelah diberikan intervensi, dikarenakan; 1) pemberian informasi tentang manfaat, tujuan deteksi dini kanker

payudara dengan pemeriksaan payudara sendiri yang jelas, sehingga mampu mempengaruhi emosional responden; 2) pernyataan-pernyataan sikap yang diberikan peneliti kepada responden juga harus mampu menstimulasi kepercayaan responden; 3) pendidikan terakhir responden. Intelegensi juga mempunyai pengaruh terhadap proses pemahaman isi pesan dan penerimaan persuasi. Orang yang lebih cerdas akan lebih mudah memahami isi pesan-pesan persuatif yang kompleks. Perubahan sikap tergantung pada pemahaman dan penerimaan sebagaimana dikatakan oleh Mc. Guire (1968) dalam Fishbein & Ajzen (1975) maka probabilitas diterimanya pesan persuatif akan lebih besar bila targetnya memiliki intelegensi (Azwar, 2003).

Perbandingan tindakan responden sebelum dan sesudah intervensi dapat dilihat pada hasil penelitian (gambar 5.10). Sebelum diberi intervensi, seluruh responden mempunyai tindakan kurang (100%), responden mempunyai tindakan kurang dikarenakan mereka belum bisa melakukan sarari, sehingga mereka hanya melakukan kurang dari 30% tindakan yang seharusnya dilakukan dalam sarari. Setelah diberi intervensi pendidikan kesehatan sarari didapatkan seluruh responden mempunyai tindakan baik 30 orang (100%), responden seluruhnya mempunyai tindakan baik karena mereka sudah mengetahui cara melakukan sarari, selain itu mereka juga melakukan redemonstrasi sebagai kesempatan untuk belajar praktek. Pada awal penelitian, dipilih responden yang tidak pernah melakukan sarari, jadi seluruh responden yang ada adalah orang-orang yang belum mengetahui bagaimana melakukan sarari, sehingga tindakan/praktek pemeriksaan payudara sendiri mereka mempunyai nilai kurang ( 55). Peneliti kemudian mendemonstrasikan cara melakukan sarari, lalu responden melakukan redemonstrasi, 2 minggu setelah

intervensi juga dilakukan redemonstrasi ulang oleh responden, dan peneliti melakukan penilaian tindakan responden yang didapatkan seluruh responden mendapatkan nilai baik (76-100).

Uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test*, didapatkan nilai signifikansi ( $p$ )= 0,000 yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap tindakan deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun. Pada pengujian menunjukkan perbedaan yang signifikan, begitu juga pada data deskriptif, keduanya menunjukkan peningkatan nilai sikap menjadi positif setelah dilakukan pendidikan kesehatan sarari.

Praktik merupakan domain perilaku yang ketiga setelah pengetahuan dan sikap (Notoatmodjo, 2003). Menurut Notoatmodjo (2003) setelah seseorang mengetahui stimulus atau obyek, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, kemudian seseorang diharapkan akan mampu melaksanakan, mempraktikkan, atau memiliki kemampuan praktik terhadap apa yang diketahui atau disikapi. Keadaan yang dapat mempengaruhi kemampuan praktik pemeriksaan payudara sendiri wanita adalah pengalaman yang didapat, dalam hal ini pengalaman yang didapat dari pemberian informasi, demonstrasi, dan redemonstrasi sarari. Sesuai dengan kriteria inklusi bahwa responden yang dipilih adalah wanita yang belum pernah melakukan sarari, sehingga belum memiliki cukup pengalaman dalam praktik sarari. Pengalaman baru yang bersumber dari pengetahuan diberikan, hal ini diharapkan kemampuan praktik yang sudah diadopsi tetap terpelihara (Notoatmodjo, 2003). Sesuai dengan pernyataan yang dikemukakan Muchtar (2005) dalam Binarwati (2006) bahwa pembelajaran metode demonstrasi dapat dipakai untuk

mencapai tujuan praktik/motorik. Keuntungan penggunaan pembelajaran metode demonstrasi adalah sebagai berikut: 1) Dapat membuat proses pembelajaran menjadi lebih jelas dan lebih konkret; 2) Dapat menghindari verbalisme; 3) Lebih mudah memahami sesuatu; 4) Lebih menarik; 5) Dapat menyesuaikan teori dengan kenyataan dan dapat melakukan sendiri (redemonstrasi). Kelemahan penggunaan pembelajaran metode demonstrasi adalah: 1) Alat-alat, biaya, dan tempat yang memadai belum tentu tersedia; 2) Memerlukan persiapan dan perencanaan yang matang.

Menurut Notoatmodjo (2003) suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*), untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau situasi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan faktor dukungan (*support*) yaitu tindakan. Tingkatan tindakan terdiri dari persepsi, respons terpimpin, mekanisme, dan adopsi. Tindakan dapat dikatakan berhasil, jika telah melewati tingkatan keempat yaitu adopsi, karena adopsi merupakan suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik, artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Indikator tindakan menurut Notoatmodjo (2003), diantaranya 1) pencegahan penyakit, termasuk di dalamnya adalah pemeriksaan payudara sendiri; 2) tindakan penyembuhan penyakit, dalam penelitian ini yaitu ketika ditemukan kelainan payudara sesegera mungkin untuk disembuhkan; 3) tindakan (praktek) kesehatan lingkungan, hal yang perlu dilakukan dalam penelitian ini adalah mengurangi paparan polutan pencetus zat karsinogen, pola makan yang baik, menghindari konsumsi makanan yang dimasak dengan panci radiasi (makanan *junk food*).

Sebagian besar responden menggunakan alat kontrasepsi hormonal adalah 17 orang (56,67%), mayoritas responden tidak pernah merokok dan tidak pernah minum alkohol yaitu 27 orang (90%), dan sebagian banyak responden tidak mempunyai keturunan kanker yaitu 26 orang (86,67%). Pekerjaan sebagai swasta atau pekerja pabrik sebanyak 6 orang (16,67%). Faktor-faktor risiko terjadinya *Ca Mammae* menurut Wilensky dan Lincoln (2007) yang paling besar adalah masalah hormonal, keturunan kanker, dan *life style*. Data yang diperlukan untuk mendukung teori tersebut adalah 1) alat kontrasepsi, 2) keturunan, 3) kebiasaan merokok, 4) kebiasaan minum alkohol, 5) pekerjaan. Alat kontrasepsi hormonal (pil, suntik, dan susuk) mampu meningkatkan risiko 16% terjadinya *Ca Mammae* dikarenakan kandungan estrogen di dalamnya. Keturunan penyakit kanker mampu meningkatkan risiko 50% terjadi *Ca Mammae*. Merokok dan minum alkohol, keduanya meningkatkan 50% kejadian *Ca Mammae*. Pekerjaan kaitannya dengan sering terpaparnya orang dengan radikal bebas, UV, zat-zat karsinogen (Lidianti, 2008).

Prosedur praktik pemeriksaan payudara sendiri yang benar dimaksudkan untuk menghindari kesalahan dalam memeriksa payudara sendiri, sehingga deteksi dini *Ca Mammae* dapat dilakukan dengan benar dan tepat. Kemampuan wanita memeriksa payudara sendiri, tidak hanya ditentukan cara dia memeriksa benar, tetapi yang paling penting adalah bekal pengetahuan yang cukup, sikap positif, dan kesadaran untuk melakukan pemeriksaan payudara secara kontinyu, rutin setiap bulan. Deteksi dini *Ca Mammae* bisa dirasakan maksimal apabila pengetahuan, sikap, dan tindakan kita optimal. Faktor-faktor lain yang menyebabkan kesalahan saat meraba juga harus diperhatikan, diantaranya pemakaian alat kontrasepsi hormonal,

dimana sering ditemukan wanita dengan siklus menstruasi yang tidak teratur sehingga tidak dapat menentukan tanggal yang tepat saat melakukan pemeriksaan payudara. Faktor lain, seperti adanya keturunan kanker, apabila didukung pemakaian rokok, alkohol, serta tempat tinggal yang dekat dengan area industri, jalan raya yang berarus padat, pekerjaan yang memaksa kita terpapar radikal bebas, Ultra Violet, zat-zat karsinogen yang menyebabkan tubuh tidak stabil, siklus hormonal menjadi tidak teratur, dan akhirnya berdampak pada siklus menstruasinya tidak teratur juga. Faktor-faktor tersebut mempengaruhi hasil pemeriksaan, terutama kesulitan dalam meraba benjolan dan menentukan tanggal dilakukannya sarari.

## BAB 6

### SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dikemukakan simpulan dan saran dari hasil penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan sarari terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan deteksi dini *Ca Mammae* wanita usia 25-35 tahun di RT 05 RW 11, Kelurahan Babat Jerawat, Kecamatan Pakal, Kota Surabaya.

#### 6.1 Simpulan

1. Pengetahuan responden dalam deteksi dini *Ca Mammae* meningkat setelah diberi pendidikan kesehatan sarari melalui metode ceramah, diskusi, demonstrasi, dan redemonstrasi.
2. Mayoritas responden mempunyai sikap positif, setelah diberikan pendidikan kesehatan sarari.
3. Responden mampu mengubah tindakan dalam deteksi dini *Ca Mammae* karena diberikan pendidikan kesehatan sarari melalui metode ceramah, diskusi, demonstrasi, dan redemonstrasi.

#### 6.2 Saran

1. Pendidikan kesehatan sarari perlu diberikan kepada setiap wanita, sejak usia pubertas, agar setiap wanita mampu melakukan deteksi dini *Ca Mammae* dan kelainan payudara lain.
2. Pendidikan kesehatan sarari mampu memberikan standar pemeriksaan payudara sendiri sebagai acuan masyarakat dalam melakukan deteksi dini *Ca Mammae* dalam rangka meningkatkan status kesehatan masyarakat.

3. Melalui pendidikan kesehatan sarari, hubungan antara perawat/petugas kesehatan dengan masyarakat dapat ditingkatkan dengan baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga menjadikan *support system* dan motivator dalam pencegahan kanker payudara.
4. Deteksi dini *Ca Mammae* melalui pendidikan kesehatan sarari perlu dimasukkan pada salah satu program puskesmas yaitu *early detection* dan *prompt treatment* untuk memerangi kejadian Kanker Payudara.



**DAFTAR PUSTAKA**

- Arixs, (2005). *Tinggi, Jumlah Penderita Kanker Payudara di Bali*. <http://www.seputarkita.com>. Diakses tanggal 23 April 2008. Jam 10.57
- Arikunto, Suharsini, (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Aryandono, Teguh, (2008). *Terapi Alternatif Memperlambat Terapi Medis Untuk Pengobatan Kanker Payudara*. [webugm@ugm.ac.id](mailto:webugm@ugm.ac.id). Diakses tanggal 23 April 2008. Jam 10.56
- Ananto, Ety, (2008). *The House of Against Cancer*. Surabaya: Pusat Deteksi Dini Kanker Prof. Roem Soedoko
- Azwar, Saifudin, (2005). *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Azwar, Saifudin, (2005). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. 2<sup>nd</sup> Edition. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Binarwati, D., (2006). *Pengaruh Pembelajaran Metode Demonstrasi terhadap Perubahan Perilaku Orang tua dan Kemampuan Toilet Training pada Anak Todler (15-36 Bulan)*. Tidak Dipublikasikan. Skripsi Universitas Airlangga, hal: 8, 12
- Bodai, M. Ernie dan Fertiq, Judie, (2007). *The Breast Cancer Book of Strength and Courage*. Canada: Amazon Publiser
- Chodosh, Lewis, (2008). Breast Cancer Research. *Journal of leading breast cancer*, Hal 1-8
- Djarmiko, Aryo, (2007). *Kesalahan Gaya Hidup Sebabkan Bertambahnya Penderita Kanker*. <http://www.kiatsehat.com>. Diakses tanggal 23 April 2008. Jam 10.59
- Handoyo, (2008). *Kanker*. <http://www.wikipedia.com>. Diakses tanggal 1 april 2008. Jam 10.20
- Hall, S. Calvin dan Lindzey, Gardner, (2001). *Theories of Personality*. Toronto: Chichester Brisbane

- Harianto, (2005). *Risiko Penggunaan Pil Kontrasepsi Kombinasi terhadap Kejadian Kanker Payudara pada Reseptor KB di Perjan RS Dr.Cipto Mangunkusumo*. Makalah pada majalah Ilmu Kefarmasian. Tanggal 1 April 2005
- Harvey dan Everett, (2004). Significant of Detection of Esters of P-Hydroxybenzoic Acid (Parabens) in Human Breast Tumours. *Journal of Applied Toxicology*, Hal 1-4
- Jarvis, Matt, (2000). *Theoetical Approaches in Psychology*. London: Routledge
- K, G. Grath, (2007). An Earlier Age of Breast Cancer Diagnostic Related to More Frequent Use of Antiperspirants/Deodorants and Underarm Shaving. *Europen Journal of Cancer* 12, Hal: 479-485
- Khadijah, Siti, (2004). *Meningkatkan Status Kesehatan Melalui Pendidikan Kesehatan dan Penerapan Pola Hidup Sehat*. Makalah Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Tanggal 3 November 2004
- Kronowitz, (2008). Notes From A Breast Cancer Patient. *Journal of Breast Cancer*, Hal: 1-8
- Lidianti, (2008). *Payudara dan Kelainannya*. <http://www.oggix.com>. Diakses tanggal 28 April 2008. Jam 11.35
- Love, Susan, (2005). *Dr Susan Love's Breast Book. 4<sup>th</sup> Edition*. New York: College Books
- Lowdermik, L. Deitra dan E. Shannon, (1999). *Maternity Nursing. 5<sup>th</sup> Edition*. Missouri: Mosby, Hal 41-61
- Mansjoer, Arif, dkk., (2000). *Kapita Selekta Kedokteran. 3<sup>rd</sup> Edition*. Jakarta: Media Aesculapius, hal: 283-287
- Markam, Soemarmo, (2004). *Kamus Kedokteran. 4<sup>th</sup> Edition*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, hal: 56
- Noni, Nice, (2007). *Deteksi Dini Kanker, Jangan Terlambat Periksa*. <http://www.detikforum.com>. Diakses tanggal 24 April 2008. Jam 11.12
- Notoatmodjo, Soekidjo, (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo, (2005). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta, hal:10-35

- Notoamodjo, Soekidjo, (2005). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta, hal: 22-64, 284-297
- Nurachmah, Elly, (1999). *Dampak Kanker Payudara dan Pengobatannya terhadap Aspek Bio-psiko-sosio-spiritual Klien yang Berpartisipasi Dalam Kelompok Pendukung*. Hasil penelitian Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tanggal 7 September 1999
- Nursalam, (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Purwoastuti, Endang, (2008). *Kanker Payudara Pencegahan Deteksi Dini*. Yogyakarta: Kanisius
- Putri, AA, Gusti, I, (2005). *Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perilaku pencegahan infeksi nifas pada ibu pasca bersalin primipara*. Tidak dipublikasikan. Skripsi Universitas Airlangga.
- Santrock, W. John, (2007). *Educational Psychology. 2<sup>nd</sup> Edition*. Inc: McGraw. Hill Company
- Sledge, W. George, (2008). *Clinical Breast Cancer*. Philadelphia: Jasper Simons
- Sugiarto, dkk., (2001). *Teknik Sampling*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Sugiyono, (2007). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta
- Syamsuhidayat dan Jong, de Wim, (2005). *Buku Ajar Ilmu Bedah. 2<sup>nd</sup> Edition*. Jakarta: EGC
- Tim PSIK Unair, (2007). *Buku Pedoman Penyusunan Proposal dan Skripsi*. Surabaya: FK Unair
- Whitney, Diana dan T. Amanda Bloom, (2007). *The Power of Appreciative Inquiry*. San Fransisco: Berret – Koehler Publishers
- Wilensky dan Jackie, Lincoln, (2008). *Kanker Payudara Diagnosis dan Solusinya*. Jakarta: Prestasi Pustakaraya

## Lampiran 1

## Lampiran 2

### **Lampiran 3**

## Lampiran 4

## Lampiran 5



**Lampiran 6****LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Elita Novriana Enisa

NIM : 010410730 B

Alamat : Jl. Karangmenjangan no 7 Surabaya

No telepon : 03160651475/085649910003

Adalah mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul :

**“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Sarari terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Deteksi Dini *Ca Mammae* Wanita usia 25-35 tahun”**

Untuk maksud di atas, maka saya mohon dengan hormat kepada Ibu/Sdri untuk menjadi responden dalam penelitian ini :

- 1) Tujuan penelitian ini adalah meningkatkan pengetahuan, sikap, dan tindakan wanita usia 25-35 tahun dalam deteksi dini *Ca Mammae*, sehingga mampu meningkatkan status kesehatan individu dan masyarakat.
- 2) Keuntungan dari penelitian ini adalah meningkatkan kemampuan wanita usia 25-35 tahun dalam mendeteksi kelainan payudara dengan mudah, dapat dilakukan setiap saat, murah, dan dapat dilakukan di rumah, tanpa harus pergi ke dokter/laboratorium kanker.
- 3) Kerugian dari penelitian ini adalah membuang waktu, karena terdapat penyuluhan, demonstrasi, dan redemonstrasi yang memerlukan waktu yang tidak sedikit.
- 4) Kesiediaan Ibu/Sdri untuk menandatangani *informed consent*.
- 5) Identitas dan kerahasiaan informasi akan dijamin oleh peneliti.

Atas perhatian dan Partisipasi Ibu/Sdri sekalian saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, 2008

Hormat saya,

Elita Novriana Enisa

**Lampiran 7****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN  
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bersedia untuk menjadi peserta atau responden penelitian yang dilakukan oleh Elita Novriana Enisa mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul :

**“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Sarari terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Deteksi Dini *Ca Mammæ* Wanita usia 25-35 tahun”**

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kode Responden :
------------------

Surabaya,.....2008

Yang menyetujui,

(.....)

**Lampiran 8****FORMAT PENGUMPULAN DATA**

Judul : Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan deteksi dini Ca Mammae wanita usia 25-35 tahun

Tanggal penelitian :

No. Kode Responden :

Peneliti : Elita Novriana Enisa

- 
- 
1. Saudara tidak perlu menuliskan nama
  2. Berikan jawaban sejujurnya, karena kejujuran anda sangat penting dalam penelitian ini.
  3. Berilah tanda cek ( ) dalam sesuai pilihan anda.
  4. Dalam penilaian ini tidak ada salah atau benar
  5. Usahakan tidak ada pertanyaan yang terlewatkan
  6. Setelah semua diisi mohon diserahkan kembali

**A. DATA DEMOGRAFI**

1. Status Pernikahan :

1) Sudah menikah

2) Belum menikah

2. Penggunaan alat kontrasepsi :

1) Hormonal (pil, suntik, susuk)

2) Spiral/IUD

3) Tubektomi

4) Lain-lain

3. Pendidikan terakhir :

- |          |                     |
|----------|---------------------|
| 1) SD/MI | 3) SMA              |
| 2) SLTP  | 4) PERGURUAN TINGGI |

4. Pekerjaan :

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| 1) Tidak bekerja | 4) Wiraswasta |
| 2) PNS           | 5) Lain-lain  |
| 3) Swasta        |               |

5. Keturunan penyakit kanker payudara:

- 1) Tidak ada
- 2) Ada, Sebutkan .....

6. Kebiasaan merokok :

- 1) Tidak pernah
- 2) Punya kebiasaan, Berapa banyak .....

7. Kebiasaan minum alkohol :

- 1) Tidak pernah
- 2) Punya kebiasaan, Berapa kali satu minggu.....

### Sumber

Wilensky dan Jackie, Lincoln, (2008). *Kanker Payudara Diagnosis dan Solusinya*.  
Jakarta: Prestasi Pustakaraya

**Lampiran 9**

**KUESIONER RESPONDEN TENTANG PENGETAHUAN  
PEMERIKSAAN PAYUDARA SENDIRI**

Berilah tanda cek ( ) pada jawaban yang anda anggap benar!

No	Pertanyaan	Benar	Salah	Kode
1.	Kanker payudara adalah tumor ganas yang menyerang payudara.			
2.	Kanker payudara merupakan penyakit infeksi yang menular.			
3.	Kanker payudara disebabkan karena pengaruh hormon.			
4.	Penyebab kanker payudara tidak dipengaruhi oleh hubungan keluarga.			
5.	Tanda jika wanita terkena kanker payudara adalah adanya benjolan pada payudara.			
6.	Puting keluar cairan (tidak saat menyusui) bukan merupakan tanda kelainan pada payudara.			
7.	Pemeriksaan payudara sendiri (sarari) adalah pemeriksaan payudara yang dilakukan sendiri oleh wanita.			
8.	Sarari bukan pemeriksaan untuk mengetahui kelainan pada payudara.			
9.	Sarari dianjurkan dilakukan 7 hari setelah menstruasi hari pertama.			
10.	Bagi wanita usia 25-35 tahun yang sudah tidak mengalami menstruasi tidak perlu melakukan sarari.			

11.	Apabila melakukan sarari dengan rutin, orang dapat mengenali kelainan pada payudaranya.			
12.	Jika kelainan payudara dapat dideteksi lebih awal, maka tidak berpengaruh terhadap pengobatan kanker payudara.			
13.	Apabila semua wanita melakukan sarari dengan teratur, maka kanker payudara dapat dicegah.			
14.	Sarari tidak berpengaruh terhadap kematian wanita akibat kanker payudara.			

### Sumber

Purwoastuti, Endang, (2008). *Kanker Payudara Pencegahan Deteksi Dini*. Yogyakarta: Kanisius

Sledge, W. George, (2008). *Clinical Breast Cancer*. Philadelphia: Jasper Simons

Kronowitz, (2008). Notes From A Breast Cancer Patient. *Journal of Breast Cancer*, Hal: 1-8

**Lampiran 10**

**KUESIONER RESPONDEN TENTANG SIKAP  
PEMERIKSAAN PAYUDARA SENDIRI**

Berilah tanda cek ( ) apabila pernyataan yang tertulis sesuai pendapat anda!

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS	Kode
1.	Setelah saya tahu sarari, saya akan melakukan sarari secara rutin.					
2.	Saya akan melakukan sarari rutin, agar saya terhindar dari kanker payudara.					
3.	Jika saya tidak membiasakan diri melakukan sarari, saya mempunyai risiko lebih besar terkena kanker payudara.					
4.	Saya akan melakukan sarari sesuai aturan yang benar, agar kelainan pada payudara saya bisa dirasakan.					
5.	Saya cukup tahu sarari saja, tetapi saya tidak harus melakukannya.					
6.	Sarari tidak penting, karena saya tidak punya keluhan pada payudara saya.					
7.	Saya tidak perlu membiasakan diri melakukan sarari, karena sarari tidak mampu mendeteksi adanya kanker payudara.					
8.	Aturan melakukan sarari tidak perlu diperhatikan, karena bisa dilakukan sesuka kita.					

**Keterangan:**

- |       |                 |        |                       |
|-------|-----------------|--------|-----------------------|
| 1. SS | : sangat setuju | 3. TS  | : tidak setuju        |
| 2. S  | : setuju        | 4. STS | : sangat tidak setuju |

**Sumber**

Azwar, Saifudin, (2005). *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Azwar, Saifudin, (2005). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. 2<sup>nd</sup> Edition. Yogyakarta: Pustaka Pelajar



**Lampiran 11**

**LEMBAR OBSERVASI RESPONDEN**  
**TINDAKAN PEMERIKSAAN PAYUDARA SENDIRI**

**Petunjuk Pengisian:**

- Berikan tanda check list ( ) pada kotak nilai
- Dinilai oleh peneliti
- Dinilai saat responden melakukan redemonstrasi (sebagai evaluasi hasil)

No. Pasien :

Tanggal Pengisian :

No	Hal yang diamati	Nilai		Kode
		Ya	Tidak	
1.	<p>Responden siap melakukan sarari terhadap dirinya.</p> <p>Observasi persiapan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dilakukan di ruang tertutup.</li> <li>2. Penerangan cukup terang.</li> <li>3. Kaca di dinding yang memperlihatkan leher sampai pinggang.</li> <li>4. Pakaian diatas pinggang dilepaskan.</li> <li>5. Kertas dan pulpen untuk mencatat adanya kelainan.</li> </ol>			
2.	<p>Responden dapat melakukan sarari sesuai dengan langkah atau urutan yang benar.</p> <p>Observasi pelaksanaan sarari:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tahap inspeksi <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berdiri di depan cermin, kedua tangan lurus ke bawah, untuk melihat kesimerisan kedua payudara, puting susu apakah normal atau tertarik ke dalam, areola (bentuk dan warna), ukuran payudara, lecet pada payudara.</li> </ol> </li> </ol>			

	<p>2) Berdiri di depan cermin dengan berkacak pinggang sambil bergerak ke kiri dan ke kanan, untuk memperlihatkan adanya kelainan di daerah kiri, dan kanan payudara.</p> <p>3) Berdiri di depan cermin dengan tangan diangkat ke atas, untuk melihat kelainan pada ketiak (benjolan/cekungan), pergerakan payudara saat tangan diangkat ke atas.</p> <p>2. Tahap palpasi</p> <p>1) Saat melakukan palpasi, dengan 3 jari dan arah seperti jarum jam</p> <p>2) Posisi tidur di tempat datar, kepala diganjal bantal kecil, saat memeriksa payudara kanan, tangan kanan lurus ke atas dan diperiksa oleh tangan kiri, berlaku juga sebaliknya.</p> <p>3) Berdiri lalu meraba ketiak, rasakan ada tidaknya massa.</p> <p>4) Langkah terakhir palpasi pada payudara adalah memencet payudara dari semua sisi payudara dan berakhir di puting, diamati ada tidaknya cairan yang keluar dari payudara, kecuali bila menyusui.</p> <p>3. Tahap evaluasi</p> <p>1) Inspeksi: Payudara kanan dan kiri simetris/asimetris, tumor, puting susu apakah normal atau</p>			
--	---	--	--	--

	<p>tertarik ke dalam, areola (bentuk dan warna), ukuran payudara, lecet pada payudara.</p> <p>2) Palpasi: Teraba tumor pada payudara kiri atau kanan, juga pada daerah sekitar ketiak, besarnya tumor, arah tumor jam diidentifikasi dari puting dengan arah jam jam, konsistensi padat, tepi licin/berdunkul, bergerak/tidak bergerak, saat memencet payudara, keluar nanah, darah, atau cairan lain.</p> <p>3) Semua kelainan dicatat pada kertas, selanjutnya diperiksakan ke dokter.</p> <p>3. Responden sudah melakukan sarari dengan mekanisme yang benar. Observasi terhadap:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Posisi baik saat inspeksi dan palpasi</li> <li>Tekanan saat melakukan palpasi.</li> <li>Penggunaan 3 jari saat palpasi.</li> <li>Arah meraba seperti arah jarum jam.</li> </ol> <p>4. Saat melakukan sarari, responden mampu membedakan bagian normal payudara dan kelainan pada payudaranya sendiri.</p>			
--	---	--	--	--

### Sumber

Ananto, Ety, (2008). *The House of Against Cancer*. Surabaya: Pusat Deteksi Dini Kanker Prof. Roem Soedoko

Purwoastuti, Endang, (2008). *Kanker Payudara Pencegahan Deteksi Dini*. Yogyakarta: Kanisius

**Lampiran 12****SATUAN ACARA PEMBELAJARAN**

Topik : Pemeriksaan Payudara Sendiri

Sasaran : Wanita usia 25-35 tahun

Hari/Waktu : Minggu 1 Juni/ (10.00-12.00) WIB atau selama 2 jam

Tempat : di Rumah Bapak RT 05 RW 11 Kel. Babat Jerawat, Kec. Pakal,  
Kota Surabaya

---

---

**A. Analisa Situasi**

Wanita usia 25-35 tahun yang selalu berkontak dengan payudaranya, dan mampu merasakan kelainan payudara itu sendiri.

**B. Tujuan Instruksional Umum**

Setelah mengikuti penyuluhan, demonstrasi dan redemonstrasi selama 2 jam, maka wanita usia 25-35 tahun akan memahami, bersikap positif, dan mampu melakukan sarari sendiri.

**C. Tujuan Instruksional Khusus**

Setelah mengikuti pendidikan kesehatan, maka diharapkan wanita usia 25-35 tahun mampu memahami:

- 1) Definisi *Ca Mammae*.
- 2) Faktor risiko *Ca Mammae*.
- 3) Tanda dan Gejala *Ca Mammae*.
- 4) Deteksi dini *Ca Mammae* dengan sarari.
- 5) Manfaat Deteksi dini *Ca Mammae* dengan sarari.

- 6) Akibat jika tidak dilakukan pencegahan *Ca Mammae* dengan sarari.
- 7) Melakukan sarari.

#### **D. Materi**

- 1) Definisi *Ca Mammae*.
- 2) Faktor risiko *Ca Mammae*.
- 3) Tanda dan Gejala *Ca Mammae*.
- 4) Deteksi dini *Ca Mammae* dengan sarari.
- 5) Manfaat Deteksi dini *Ca Mammae* dengan sarari.
- 6) Akibat jika tidak dilakukan pencegahan *Ca Mammae* dengan sarari.
- 7) Demonstrasi melakukan sarari.

##### 1. Tahap inspeksi

- 1) Berdiri di depan cermin, kedua tangan lurus ke bawah, untuk melihat kesimerisan kedua payudara, puting susu apakah normal atau tertarik ke dalam, areola (bentuk dan warna), ukuran payudara, lecet pada payudara.
- 2) Berdiri di depan cermin dengan berkacak pinggang sambil bergerak ke kiri dan ke kanan, untuk memperlihatkan adanya kelainan di daerah kiri, dan kanan payudara.
- 3) Berdiri di depan cermin dengan tangan diangkat ke atas, untuk melihat kelainan pada ketiak (benjolan/cekungan), pergerakan payudara saat tangan diangkat ke atas.

##### 2. Tahap palpasi

- 1) Saat melakukan palpasi, dengan 3 jari dan arah seperti jarum jam

- 2) Posisi tidur di tempat datar, kepala diganjal bantal kecil, saat memeriksa payudara kanan, tangan kanan lurus ke atas dan diperiksa oleh tangan kiri, berlaku juga sebaliknya.
- 3) Dilanjutkan dengan berdiri lalu meraba ketiak, rasakan ada tidaknya massa.
- 4) Langkah terakhir palpasi pada payudara adalah memencet payudara dari semua sisi payudara dan berakhir di puting, diamati ada tidaknya cairan yang keluar dari payudara, kecuali bila menyusui.

### 3. Tahap evaluasi

#### 1) Inspeksi:

Payudara kanan dan kiri simetris/asimetris, tumor, puting susu apakah normal atau tertarik ke dalam, areola (bentuk dan warna), ukuran payudara, lecet pada payudara.

#### 2) Palpasi:

Teraba tumor pada payudara kiri atau kanan, juga pada daerah sekitar ketiak, besarnya tumor, arah tumor jam diidentifikasi dari puting dengan arah seperti jarum jam, konsistensi padat, tepi licin/berdungkul, bergerak/tidak bergerak, saat memencet payudara, keluar nanah, darah, atau cairan lain.

#### 3) Semua kelainan dicatat pada kertas, selanjutnya diperiksakan ke dokter

## E. Metode

- 1) Ceramah
- 2) Diskusi
- 3) Demonstrasi
- 4) Redemonstrasi

**F. Media**

- 1) LCD
- 2) Pengeras suara
- 3) Leaflet
- 4) Makanan ringan dan minuman
- 5) Phantom untuk praktek melakukan sarari (demonstrasi)
- 6) Ruang tertutup dengan cahaya terang untuk melakukan redemonstrasi
- 7) Kaca ukuran wajah sampai pinggang untuk redemonstrasi, diletakkan pada ruangan tertutup.

**G. Acara**

No	Waktu/ tahap	Kegiatan Petugas Kesehatan	Kegiatan Peserta
1.	5 menit/ Pembukaan	a. Membuka dengan salam b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan dari pendidikan kesehatan d. Menyebutkan materi	a. Menjawab salam b. Mendengarkan c. Memperhatikan penjelasan petugas kesehatan
2.	110 menit (1 jam 50 menit)/ Pelaksanaan: Penyuluhan selama 30 menit, dan redemonstrasi selama 80 menit.	a. Memberikan penjelasan tentang: 1. Definisi <i>Ca Mammae</i> . 2. Faktor risiko <i>Ca Mammae</i> . 3. Tanda dan Gejala <i>Ca Mammae</i> . 4. Cara mencegah <i>Ca Mammae</i> dengan sarari. 5. Menjelaskan manfaat sarari. 6. Akibat jika tidak dilakukan pencegahan <i>Ca Mammae</i> dengan sarari. 7. Demonstrasi atau mempraktekkan sarari yang benar dengan <i>phantom</i> . b. Memberikan kesempatan bertanya pada peserta c. Melakukan observasi	a. Memperhatikan penjelasan petugas kesehatan  b. Bertanya kepada petugas kesehatan c. Redemonstrasi langsung di ruang tertutup
3.	5 menit/ Penutupan	a. Merangkum materi pembelajaran dengan sasaran b. Membagikan <i>leaflet</i> c. Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan salam	a. Menjawab pertanyaan dari petugas b. Melaksanakan praktek redemonstrasi c. Membalas salam



## H. Evaluasi

### 1. Evaluasi Struktur

- 1) Persiapan alat untuk pendidikan kesehatan sarari, diantaranya ruangan, LCD, phantom, pengeras suara, kaca/cermin, *leaflet*, serta makanan dan minuman.
- 2) Undangan untuk peserta pendidikan kesehatan sarari, diberikan 2 hari sebelum dilakukan pendidikan kesehatan sarari.
- 3) Bentuk tes untuk mengidentifikasi pengetahuan, sikap, dan tindakan yang diberikan saat *pretest* dan *posttest*.
- 4) Pertanyaan kuesioner untuk mengidentifikasi pengetahuan dan sikap yang diberikan saat *pretest* dan *posttest*.

### 2. Evaluasi Proses

- 1) Antusias terhadap materi
- 2) Mengajukan pertanyaan
- 3) Menjawab pertanyaan dari petugas kesehatan dengan benar
- 4) Pelaksanaan demonstrasi
- 5) Pelaksanaan redemonstrasi

### 3. Evaluasi Hasil

1. Peserta penyuluhan mampu menyebutkan dan menjelaskan:
  - 1) Definisi *Ca Mammae*
  - 2) Faktor risiko
  - 3) Tanda dan gejala
  - 4) Pemeriksaan payudara sendiri

- 5) Manfaat melakukan pemeriksaan payudara sendiri
  - 6) Akibat jika tidak melakukan pemeriksaan payudara sendiri
2. Peserta penyuluhan mampu melakukan redemonstrasi pemeriksaan payudara sendiri, mulai tahap persiapan, tahap pelaksanaan, dan tahap evaluasi.

### **Sumber**

- Ananto, Ety, (2008). *The House of Against Cancer*. Surabaya: Pusat Deteksi Dini Kanker Prof. Roem Soedoko
- Purwoastuti, Endang, (2008). *Kanker Payudara Pencegahan Deteksi Dini*. Yogyakarta: Kanisius
- Wilensky dan Jackie, Lincoln, (2008). *Kanker Payudara Diagnosis dan Solusinya*. Jakarta: Prestasi Pustakaraya

## Lampiran 13



## Lampiran 14

## Tabulasi Data Umum dan Hasil Penelitian Responden

No	Status pernikahan	Alat kontrasepsi	Pendidikan	Pekerjaan	Keturunan kanker	Kebiasaan merokok	Kebiasaan minum alkohol	Pre test			Post test		
								P	S	T	P	S	T
1	2	4	4	2	1	1	1	2	2	1	3	2	3
2	1	4	3	2	1	1	1	3	2	1	3	2	3
3	2	4	4	5	1	2	2	3	1	1	3	2	3
4	1	2	4	4	1	1	1	1	2	1	3	2	3
5	1	1	4	2	1	1	1	2	1	1	3	2	3
6	1	4	4	2	1	1	1	2	2	1	3	2	3
7	2	1	4	5	1	2	2	3	2	1	3	2	3
8	1	4	4	2	1	1	1	2	1	1	3	2	3
9	1	2	4	4	1	1	1	2	2	1	3	2	3
10	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	3	2	3
11	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	3	2	3
12	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	3	2	3
13	1	1	3	4	1	1	1	1	2	1	3	2	3
14	2	1	4	4	1	1	1	2	1	1	3	2	3
15	1	2	4	2	1	1	1	3	2	1	3	2	3
16	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1	3	2	3
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3
18	1	4	2	1	1	1	1	1	2	1	3	2	3
19	1	4	3	1	1	1	1	2	2	1	3	2	3
20	1	1	3	3	1	1	1	2	1	1	3	1	3
21	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	3	2	3
22	2	1	4	3	1	1	1	3	1	1	3	1	3

23	1	1	3	1	2	1	1	1	2	1	3	2	3
24	1	2	3	1	1	1	1	2	1	1	3	2	3
25	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	3	2	3
26	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	3	2	3
27	1	1	4	3	1	2	2	1	1	1	3	2	3
28	1	1	3	3	1	1	1	2	1	1	3	2	3
29	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	3
30	1	2	4	3	2	1	1	2	2	1	3	2	3

Keterangan:

1. Status pernikahan:

- 1) Sudah menikah
- 2) Belum menikah

2. Alat kontrasepsi:

- 1) Hormonal (pil, suntik, susuk)
- 2) Spiral/IUD
- 3) Tubektomi
- 4) Lain-lain

3. Pendidikan:

- |          |                     |
|----------|---------------------|
| 1) SD/MI | 3) SMA              |
| 2) SLTP  | 4) PERGURUAN TINGGI |

4. Pekerjaan:

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| 1) Tidak bekerja | 4) Wiraswasta |
|------------------|---------------|

- 2) PNS/honorer
  - 3) Swasta
  - 5) Lain-lain
5. Keturunan kanker:
- 1) Tidak ada
  - 2) Ada
6. Kebiasaan merokok:
- 1) Tidak pernah
  - 2) Punya kebiasaan
7. Kebiasaan minum alkohol:
- 1) Tidak pernah
  - 2) Punya kebiasaan

P: pengetahuan

Keterangan:

- 1. Kurang ( < 55%): kode 1
- 2. Cukup (56-75%): kode 2
- 3. Baik (76-100%): kode 3

S: sikap

Keterangan:

- 1. Negatif : kode 1
- 2. Positif : kode 2

T: tindakan

Keterangan:

- 1. Kurang ( < 55%): kode 1
- 2. Cukup (56-75%): kode 2
- 3. Baik (76-100%): kode 3

### Tabulasi Variabel yang Diukur

#### 1. Pengetahuan

Tabel Pengetahuan wanita usia 25-35 tahun sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan

No	Wilcoxon sign ranks test			
	Pre test	Kode	Post test	Kode
1	71	2	100	3
2	79	3	93	3
3	79	3	100	3
4	50	1	90	3
5	71	2	93	3
6	71	2	79	3
7	80	3	93	3
8	71	2	93	3
9	71	2	93	3
10	50	1	86	3
11	71	2	100	3
12	79	3	100	3
13	50	1	93	3
14	71	2	93	3
15	86	3	90	3
16	64	2	86	3
17	50	1	86	3
18	50	1	86	3
19	57	2	100	3
20	57	2	86	3
21	50	1	86	3
22	93	3	100	3
23	50	1	79	3
24	71	2	93	3
25	57	2	86	3
26	50	1	79	3
27	50	1	100	3
28	71	2	93	3
29	50	1	79	3
30	64	2	93	3
Mean	64,17		90,93	
SD	12,58922		6,84777	
	p= 0.000			



Keterangan:

1. Kurang ( < 55%): kode 1
2. Cukup (56-75%): kode 2
3. Baik (76-100%): kode 3

## 2. Sikap

Tabel Sikap wanita usia 25-35 tahun sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan

No	Wilcoxon sign ranks test			
	Pre test (T)	Kode	Post test (T)	Kode
1	65	2	65	2
2	60	2	60	2
3	47	1	65	2
4	62	2	62	2
5	28	1	57	2
6	50	2	57	2
7	65	2	65	2
8	47	1	57	2
9	55	2	57	2
10	50	2	57	2
11	50	2	57	2
12	33	1	57	2
13	52	2	57	2
14	45	1	57	2
15	55	2	60	2
16	50	2	57	2
17	30	1	47	1
18	52	2	57	2
19	57	2	57	2
20	47	1	47	1
21	57	2	57	2
22	38	1	47	1
23	62	2	62	2
24	55	1	57	2
25	48	2	57	2
26	48	2	65	2
27	28	1	57	2
28	30	1	60	2

29	28	1	57	2
30	57	2	57	2
Mean	47,80		56,36	
SD	11,88566		4,95137	
p= 0.003				

Keterangan:

1. Sikap (+): kode 1
2. Sikap (-): kode 2

### 3. Tindakan

Tabel Tindakan wanita usia 25-35 tahun sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan

No	Wilcoxon sign ranks test			
	Pre test	Kode	Post test	Kode
1	30	1	100	3
2	15	1	100	3
3	30	1	100	3
4	15	1	90	3
5	20	1	90	3
6	15	1	100	3
7	15	1	100	3
8	15	1	100	3
9	20	1	90	3
10	10	1	100	3
11	20	1	90	3
12	15	1	90	3
13	20	1	100	3
14	15	1	100	3
15	15	1	90	3
16	15	1	90	3
17	15	1	100	3
18	15	1	100	3
19	15	1	90	3
20	20	1	90	3
21	30	1	90	3
22	30	1	100	3

23	15	1	100	3
24	20	1	100	3
25	15	1	100	3
26	20	1	90	3
27	30	1	100	3
28	15	1	90	3
29	15	1	90	3
30	20	1	100	3
Mean	18,67		95,67	
SD	5,71346		5,04007	
	p= 0,000			

**Keterangan:**

1. Kurang ( 55%): kode 1
2. Cukup (56-75)%: kode 2
3. Baik (76-100)%: kode 3

## Lampiran 15

## ANALISIS DATA

## 1. Analisis data umum

## Tables

	Tab Data 1	Tab Data 2	Tab Data 3	Tab Data 4	Tab Data 5	Tab Data 6	Tab Data 7
	Count	Count	Count	Count	Count	Count	Count
1,00	25	17	3	13	26	27	27
2,00	5	6	5	6	4	3	3
3,00			9	5			
4,00		7	13	4			
5,00				2			

## Frequencies

## Statistics

		Tab Data 1	Tab Data 2	Tab Data 3	Tab Data 4	Tab Data 5	Tab Data 6	Tab Data 7
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1,1667	1,9000	3,0667	2,2000	1,1333	1,1000	1,1000
Std. Deviation		,37905	1,24152	1,01483	1,32353	,34575	,30513	,30513
Variance		,144	1,541	1,030	1,752	,120	,093	,093
Range		1,00	3,00	3,00	4,00	1,00	1,00	1,00
Minimum		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum		2,00	4,00	4,00	5,00	2,00	2,00	2,00
Percentiles	25	1,0000	1,0000	2,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
	50	1,0000	1,0000	3,0000	2,0000	1,0000	1,0000	1,0000
	75	1,0000	2,5000	4,0000	3,0000	1,0000	1,0000	1,0000

## Frequency Table

## Tab Data 1 (status pernikahan)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	25	83,3	83,3	83,3
	2,00	5	16,7	16,7	100,0
Total		30	100,0	100,0	

**Tab Data 2 (alat kontrasepsi)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	17	56,7	56,7	56,7
	2,00	6	20,0	20,0	76,7
	4,00	7	23,3	23,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Tab Data 3 (pendidikan)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	3	10,0	10,0	10,0
	2,00	5	16,7	16,7	26,7
	3,00	9	30,0	30,0	56,7
	4,00	13	43,3	43,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Tab Data 4 (pekerjaan)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	13	43,3	43,3	43,3
	2,00	6	20,0	20,0	63,3
	3,00	5	16,7	16,7	80,0
	4,00	4	13,3	13,3	93,3
	5,00	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Tab Data 5 (keturunan kanker)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	26	86,7	86,7	86,7
	2,00	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Tab Data 6 (kebiasaan merokok)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	27	90,0	90,0	90,0
	2,00	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tab Data 7 (kebiasaan minum alkohol)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	27	90,0	90,0	90,0
2,00	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

## 2. Analisis data pengetahuan

### Tables

	pengetahuan sebelum intervensi	pengetahuan sesudah intervensi
	Count	Count
50,00	10	
57,00	3	
64,00	2	
71,00	10	
79,00	3	4
86,00	1	7
90,00		2
93,00	1	10
100,00		7

### Frequencies

#### Statistics

		pengetahuan sebelum intervensi	pengetahuan sesudah intervensi
N	Valid	30	30
	Missing	0	0
Mean		64,1667	90,9333
Std. Deviation		12,58922	6,84777
Variance		158,489	46,892
Range		43,00	21,00
Minimum		50,00	79,00
Maximum		93,00	100,00
Percentiles	25	50,0000	86,0000
	50	67,5000	93,0000
	75	71,0000	94,7500

## Frequency Table

### pengetahuan sebelum intervensi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 50,00	10	33,3	33,3	33,3
57,00	3	10,0	10,0	43,3
64,00	2	6,7	6,7	50,0
71,00	10	33,3	33,3	83,3
79,00	3	10,0	10,0	93,3
86,00	1	3,3	3,3	96,7
93,00	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

### pengetahuan sesudah intervensi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 79,00	4	13,3	13,3	13,3
86,00	7	23,3	23,3	36,7
90,00	2	6,7	6,7	43,3
93,00	10	33,3	33,3	76,7
100,00	7	23,3	23,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

## NPar Tests

### Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pengetahuan sebelum intervensi	30	64,1667	12,58922	50,00	93,00
pengetahuan sesudah intervensi	30	90,9333	6,84777	79,00	100,00

## Wilcoxon Signed Ranks Test

### Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Rank
pengetahuan sesudah diberi intervensi - pengetahuan sebelum diberi intervensi	0(a)	,00	,00
	30(b)	15,50	465,00
	0(c)		
Total	30		

- a pengetahuan sesudah diberi intervensi < pengetahuan sebelum diberi intervensi  
 b pengetahuan sesudah diberi intervensi > pengetahuan sebelum diberi intervensi  
 c pengetahuan sesudah diberi intervensi = pengetahuan sebelum diberi intervensi

### Test Statistics(b)

	pengetahuan sesudah intervensi - pengetahuan sebelum intervensi
Z	-4,803(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a Based on negative ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

### 3. Analisis data sikap

#### Tables

	sikap sebelum intervensi	sikap sesudah intervensi
	Count	Count
28,00	3	
30,00	2	
33,00	1	
35,00	1	
36,00	1	
38,00	1	
45,00	1	
47,00	2	3
50,00	4	
52,00	2	
55,00	4	3
57,00	3	15
60,00	1	3
62,00	2	2
65,00	2	4



## Frequencies

### Statistics

		sikap sebelum intervensi	sikap sesudah intervensi
N	Valid	30	30
	Missing	30	30
Mean		47,8000	56,3667
Std. Deviation		11,88566	4,95137
Variance		141,269	24,516
Range		37,00	18,00
Minimum		28,00	55,00
Maximum		65,00	65,00
Percentiles	25	35,7500	52,0000
	50	50,0000	56,0000
	75	57,0000	60,0000

## Frequency Table

### sikap sebelum intervensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	28,00	3	5,0	10,0	10,0
	30,00	2	3,3	6,7	16,7
	33,00	1	1,7	3,3	20,0
	35,00	1	1,7	3,3	23,3
	36,00	1	1,7	3,3	26,7
	38,00	1	1,7	3,3	30,0
	45,00	1	1,7	3,3	33,3
	47,00	2	3,3	6,7	40,0
	50,00	4	6,7	13,3	53,3
	52,00	2	3,3	6,7	60,0
	55,00	4	6,7	13,3	73,3
	57,00	3	5,0	10,0	83,3
	60,00	1	1,7	3,3	86,7
	62,00	2	3,3	6,7	93,3
	65,00	2	3,3	6,7	100,0
	Total		30	50,0	100,0
Missing	System	30	50,0		
Total		60	100,0		

**sikap sesudah intervensi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	47,00	1	1,7	3,3	3,3
	50,00	4	6,7	13,3	16,7
	52,00	3	5,0	10,0	26,7
	55,00	7	11,7	23,3	50,0
	57,00	7	11,7	23,3	73,3
	60,00	2	3,3	6,7	80,0
	62,00	2	3,3	6,7	86,7
	65,00	4	6,7	13,3	100,0
	Total	30	50,0	100,0	
Missing	System	30	50,0		
Total		60	100,0		

**NPar Tests****Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
sikap sebelum intervensi	30	47,8000	11,88566	28,00	65,00
sikap sesudah intervensi	30	56,3667	4,95137	55,00	65,00

**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Rank
sikap sesudah diberi intervensi - sikap sebelum diberi intervensi	Negative Ranks	0(a)	,00	,00
	Positive Ranks	11(b)	6,00	66,00
	Ties	1(9c)		
	Total	30		

a sikap sesudah intervensi < sikap sebelum intervensi

b sikap sesudah intervensi > sikap sebelum intervensi

c sikap sesudah intervensi = sikap sebelum intervensi

**Test Statistics(b)**

	sikap sesudah intervensi - sikap sebelum intervensi
Z	-2,938(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003

a Based on negative ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

#### 4. Analisis data tindakan

##### Tables

	tindakan sebelum intervensi	tindakan sesudah intervensi
	Count	Count
10,00	1	
15,00	16	
20,00	8	
30,00	5	
90,00		13
100,00		17

##### Frequencies

###### Statistics

		tindakan sebelum intervensi	tindakan sesudah intervensi
N	Valid	30	30
	Missing	0	0
Mean		18,6667	95,6667
Std. Deviation		5,71346	5,04007
Variance		32,644	25,402
Range		20,00	10,00
Minimum		10,00	90,00
Maximum		30,00	100,00
Percentiles	25	15,0000	90,0000
	50	15,0000	100,0000
	75	20,0000	100,0000

##### Frequency Table

###### tindakan sebelum intervensi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 10,00	1	3,3	3,3	3,3
15,00	16	53,3	53,3	56,7
20,00	8	26,7	26,7	83,3
30,00	5	16,7	16,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

## tindakan sesudah intervensi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	90,00	13	43,3	43,3
	100,00	17	56,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

## NPar Tests

## Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
tindakan sebelum intervensi	30	18,6667	5,71346	10,00	30,00
tindakan sesudah intervensi	30	95,6667	5,04007	90,00	100,00

## Wilcoxon Signed Ranks Test

## Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Rank
tindakan sesudah diberi intervensi - tindakan sebelum diberi intervensi	0(a)	,00	,00
	30(b)	15,50	465,00
Ties	0(c)		
Total	30		

a tindakan sesudah intervensi < tindakan sebelum intervensi

b tindakan sesudah intervensi > tindakan sebelum intervensi

c tindakan sesudah intervensi = tindakan sebelum intervensi

## Test Statistics(b)

	tindakan sesudah intervensi - tindakan sebelum intervensi
Z	-4,825(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a Based on negative ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test