

**PENGARUH PROMOSI KESEHATAN TERHADAP PENGETAHUAN
TENTANG KANKER SERVIKS DAN PARTISIPASI WANITA
DALAM DETEKSI DINI KANKER SERVIKS
(DI MOJOSONGO RW 22 SURAKARTA)**

Tesis

**Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Mencapai Derajat Magister Kesehatan
Program Studi Magister Kedokteran Keluarga
Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan**



Oleh:

Lia Karisma Saraswati

Nim : S541002016

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA**

2011

ABSTRAK

Lia Karisma Saraswati. S5411002016. **Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Tentang Kanker Serviks dan Partisipasi Wanita Dalam Deteksi Dini Kanker Serviks**. Tesis. Pendidikan Profesi Kesehatan. Program Magister Kedokteran Keluarga. Universitas Sebelas Maret. Surakarta. 2011.

Latar Belakang : Kanker serviks merupakan masalah kesehatan yang melanda negara-negara di dunia khususnya negara berkembang. Di Indonesia (2008) kejadian kanker serviks sebanyak 100 kasus per 100 ribu penduduk. Jumlah pengidap penyakit yang sering berakhir kematian ini di Solo, Jawa Tengah tergolong tinggi (2 per 100 ibu). Deteksi dini dan pengobatan prakanker serviks perlu menjadi prioritas. Upaya deteksi dini dengan cara *pap smear* atau IVA belum banyak diketahui masyarakat luas. Salah satu metode untuk menyebarkan informasi tentang deteksi dini adalah dengan melakukan promosi kesehatan.

Tujuan : Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh promosi kesehatan terhadap pengetahuan tentang kanker serviks dan partisipasi wanita dalam program deteksi dini kanker serviks.

Metode : Penelitian berbentuk kuasi eksperimen dengan rancangan *non-randomized pre-test-post-test group design*. Dari populasi sebanyak 127 ibu usia 20 – 60 tahun di Mojosoongo RW 22 Surakarta, diambil sampel sebanyak 58 responden dengan teknik *multistate cluster sampling*. Sampel dipisahkan ke dalam dua kelompok, pertama diberi promosi kesehatan dengan leaflet dan kedua dengan film. Pretest dan posttest dengan angket dilakukan untuk mengukur pengetahuan dan partisipasi sebelum dan sesudah promosi kesehatan. Data dianalisis dengan Uji Peringkat Bertanda Wilcoxon.

Hasil : Berdasarkan hasil analisis data diperoleh hasil sebagai berikut: (1) Terdapat peningkatan pengetahuan ($p = 0,000$) dan partisipasi ($p = 0,000$) yang signifikan pada kelompok yang diberi penyuluhan dengan leaflet. (2) Terdapat peningkatan pengetahuan ($p = 0,000$) dan partisipasi ($p = 0,000$) yang signifikan pada kelompok yang diberi promosi kesehatan dengan film. (3) Pengetahuan ($p = 0,000$) dan partisipasi ($p = 0,000$) kelompok yang diberi promosi kesehatan dengan film lebih tinggi dibandingkan kelompok yang diberi promosi kesehatan dengan leaflet.

Kesimpulan : Promosi kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan tentang kanker serviks dan partisipasi wanita dalam program deteksi dini kanker serviks. promosi kesehatan dengan menggunakan film memberikan hasil yang lebih baik dibandingkan dengan leaflet.

Kata kunci : promosi kesehatan dengan leaflet dan film, pengetahuan tentang kanker serviks, partisipasi dalam program deteksi dini kanker serviks

ABSTRACT

Lia Karisma Saraswati. S5411002016. **The Effect of Health Promotion Towards Woman's Knowledge and Participation in Early Detection of Cervical Cancer.** Thesis. Health Professions Education. Magister Program in Family Medicine. Sebelas Maret University. Surakarta. 2011.

Background : Cervical Cancer is a global health issue which is occurred mostly in developing countries. In Indonesia (2008) prevalence of cervical cancer cases was 100 per 100 thousands women. In Solo, Central Java, the prevalence was high i.e. 2 per 100 housewives. Early detection and treatment of cervical pre cancer have been highly recommended. Early detection by pap smear or IVA has been not yet widely known. One method to disseminate information about early detection is to conduct health promotion.

Objective : This research is aimed to investigate the effect of health promotion towards woman's knowledge about cervical cancer and her participation in program of early detection of cervical cancer.

Method : This research is a kind of quasi experimental study with non randomized pre test post test group design. From the population of 127 housewives which were 20 – 60 years old and lived at Mojosongo RW 22 Surakarta, the sample of 58 respondents was taken using multistate cluster sampling. The sample was separated into two groups, health promotion using leaflet was given to one group while those using movie was given to another. Questionnaire based pretest and posttest were conducted to measure respondents' knowledge and participation before and after treatment. Data were analyzed using Wilcoxon's Signed Rank Test.

Result : From data analysis some findings were obtained i.e.: (1) There are significant increases of knowledge ($p = 0,000$) and participation ($p = 0,000$) of housewives who were given promotion using leaflet. (2) There are significant increases of knowledge ($p = 0,000$) and participation ($p = 0,000$) of housewives who were given promotion using movie. (3) Knowledge ($p = 0,000$) and participation ($p = 0,000$) of housewives given promotion using movie are higher than those given promotion using leaflet.

Conclusion : Health promotion can significantly increases woman's knowledge about cervical cancer and her participation in program of early detection of cervical cancer. Promotion using movie gives better results than using leaflet.

Keywords : health promotion using leaflet and movie, knowledge about cervical cancer, participation in program of early detection of cervical cancer

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT dengan segala rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian tesis yang berjudul “Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Tentang Kanker Serviks dan Partisipasi Wanita Dalam Deteksi Dini Kanker Serviks (di Mojosoongo RW 22 Surakarta) ”.

Penulis menyadari bahwa di dalam penyusunan penelitian ini tidak lepas dari bantuan beberapa pihak, baik berupa bimbingan, dorongan dan nasehat-nasehat. Oleh karena itu perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Ravik Karsidi, M.S, selaku Rektor Universitas Sebelas Maret Surakarta yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan Pascasarjana (S-2).
2. Prof. Suranto, Drs. MSc. PhD, selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta yang telah memberikan ijin kepada Penulis untuk menyusun tesis ini.
3. Prof. Dr. Didik Tamtomo, dr. MM, M.Kes, PAK, selaku Ketua Program Studi Kedokteran Keluarga PPS UNS beserta seluruh staff yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan Pascasarjana (S-2).
4. P. Murdani K, dr. MHPEd, selaku Ketua Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan dan sebagai pembimbing II atas segala perhatian, kesabaran, dan dorongan yang sangat berarti bagi penulis
5. Dr. Nunuk Suryani, MPd, selaku pembimbing I atas kesediannya memberikan arahan, motivasi dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini.
6. Dr. Rita Catharina, M.Kes, selaku pimpinan Puskesmas Sibela Mojosoongo yang telah memberikan ijin belajar dan penelitian untuk menyusun tesis ini.
7. Kedua orangtua, Suami, dan kedua adik tercinta yang telah memberi dukungan, doa, semangat dan kasih sayang sehingga memberikan motivasi

penulis menyelesaikan tesis ini.

8. Rekan-rekan Mahasiswa Program Reguler Februari 2010 MKK Minat Utama PDPK Universitas Sebelas Maret yang memberikan dukungan dan semangat dalam menyusun tesis ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebut satu-persatu yang telah memberikan bantuan dan dorongan dalam bentuk apapun kepada penulis.

Akhirnya atas bimbingan dan bantuan semuanya kami sampaikan banyak terimakasih. Harapan penulis semoga tesis yang masih jauh dari sempurna ini mendapatkan saran dan masukan agar menjadi lebih baik dan dapat bermanfaat.

Surakarta, Februari 2011

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i	
HALAMAN PERSETUJUAN	ii	
HALAMAN PENGESAHAN	iii	
HALAMAN PERNYATAAN	iv	
KATA PENGANTAR	v	
DAFTAR ISI	vii	
DAFTAR TABEL	ix	
DAFTAR GAMBAR	x	
DAFTAR LAMPIRAN	xi	
ABSTRAK	xii	
ABSTRACT	xiii	
BAB I	PENDAHULUAN	
	A. Latar Belakang Masalah	1
	B. Perumusan Masalah	5
	C. Tujuan Penelitian	6
	D. Manfaat Penelitian	6
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA	
	A. Kajian Teori	8
	1. Promosi Kesehatan	8
	2. Pengetahuan	23
	3. Partisipasi Wanita	27
	4. Kanker Serviks	29
	5. Deteksi Dini Kanker Serviks	36
	6. Pengaruh Promosi Kesehatan terhadap Pengetahuan Tentang Kanker Serviks dan Partisipasi Wanita dalam Deteksi Dini Kanker Serviks	39
	B. Penelitian Yang Relevan	40
	C. Kerangka Berpikir	42

	D. Hipotesis	43
BAB III	METODELOGI PENELITIAN	
	A. Desain Penelitian	44
	B. Tempat Dan Waktu Penelitian	45
	C. Populasi dan Sampel	46
	D. Variabel Penelitian	46
	E. Definisi Operasional	48
	F. Intervensi dan Istrumen	49
	G. Teknik Analisa Data	53
BAB IV	HASIL PENELITIAN	
	A. Diskripsi Karakteristik Umum Responden	54
	1. Umur	54
	2. Status	55
	3. Pekerjaan	56
	B. Diskripsi Statistik Data Penelitian	57
	1. Pengetahuan	57
	2. Partisipasi Wanita	59
	C. Uji Hipotesis	61
	D. Pembahasan	66
	E. Keterbatasan Penelitian	73
BAB V	KESIMPULAN, IMPLIKASI DAN SARAN	
	A. Kesimpulan	75
	B. Implikasi	75
	C. Saran	76

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 1.1	Data Insiden Kanker Serviks di Beberapa Daerah di Indonesia	2
Tabel 1.2	Stadium Kanker Serviks menurut Laras (2009)	36
Tabel 3.1.	Kisi – Kisi Pertanyaan Wawancara Terstruktur	50
Tabel 4.1	Distribusi Frekuensi Umur Responden	54
Tabel 4.2	Distribusi Frekuensi Status Responden	55
Tabel 4.3	Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden	56
Tabel 4.4	Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Kelompok Penyuluhan dengan Leaflet	58
Tabel 4.5	Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Kelompok Penyuluhan dengan Film	58
Tabel 4.6	Distribusi Frekuensi Partisipasi Responden Kelompok Penyuluhan dengan Leaflet	60
Tabel 4.7	Distribusi Frekuensi Partisipasi Responden Kelompok Penyuluhan dengan Film	60
Tabel 4.8	Perbandingan Pengetahuan dan Partisipasi Sebelum dan Sesudah Penyuluhan dengan Leaflet	62
Tabel 4.9	Perbandingan Pengetahuan dan Partisipasi Sebelum dan Sesudah Penyuluhan dengan Film	63
Tabel 4.10	Perbandingan Pengetahuan dan Partisipasi Sebelum Penyuluhan antara Kelompok Penyuluhan dengan Leaflet dan dengan Film	64
Tabel 4.11	Perbandingan Pengetahuan dan Partisipasi Sesudah Penyuluhan antara Kelompok Penyuluhan dengan Leaflet dan dengan Film	65

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.I. Kerangka Pemikiran	40
Gambar 4.1 Distribusi Frekuensi Umur Responden	55
Gambar 4.2 Distribusi Frekuensi Status Responden	56
Gambar 4.3 Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden	57
Gambar 4.4 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Kelompok Penyuluhan dengan Leaflet	58
Gambar 4.5 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Kelompok Penyuluhan dengan Film	59
Gambar 4.6 Distribusi Frekuensi Partisipasi Responden Kelompok Penyuluhan dengan Leaflet	60
Gambar 4.7 Distribusi Frekuensi Partisipasi Responden Kelompok Penyuluhan dengan Film	60

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran I.1. Kisi-Kisi Instrumen	81
Lampiran 1.2. Surat Responden	82
Lampiran 1.3. Informed Consent	83
Lampiran 1.4. Kuesioner Penelitian	84
Lampiran 1.5. Rencana Pelaksanaan Pembelajaran	90
Lampiran 1.6. Uji Validitas dan Reabilitas	94
Lampiran 1.7. Analisa Data	111
Lampiran 1.8. Ijin Penelitian	121
Lampiran 1.9. Kartu Konsultasi Tesis	124

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kanker serviks merupakan masalah kesehatan yang melanda negara-negara di dunia termasuk di Indonesia. Jumlah penderita kanker serviks menduduki urutan pertama pada penyakit yang diderita wanita di negara berkembang. Angka kejadian kasus baru di negara berkembang diperkirakan tiga kali lipat dari negara maju. Menurut *World Health Organization (WHO)* diperkirakan terdapat 460.000 kasus baru di seluruh dunia dimana sebanyak 75 % berada di negara berkembang. Berbeda dengan negara-negara maju, dimana angka kejadian maupun angka kematian karena kanker serviks sudah menurun berkat program skrining kanker serviks (Rosyidi, 2006).

Di Indonesia, kanker serviks menduduki tempat kedua dalam urutan keganasan pada wanita yaitu 16 orang per 100.000 penduduk wanita. Berdasar data Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) 2007, kejadian kanker serviks sebanyak 5.786 kasus atau 11,78% dari keganasan lainnya. Angka kejadian kanker serviks meningkat dari jumlah kasus pada 2006 sebanyak 4.696 kasus atau 11,07% dan sekitar 70% penderita berada dalam stadium lanjut (Aditama, 2010). Kanker ini terbanyak berkonsentrasi di Pulau Jawa yaitu sekitar 89,48% (Tresna, 2009). Di Jawa Tengah pada tahun 2005 sebanyak 2076 kasus atau sekitar 19,70 % (Budiharjo, 2009). Menurut data Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008), gambaran akhir untuk

kanker serviks sebanyak 100 kasus per 100 ribu penduduk atau 200 ribu kasus setiap tahunnya. Berikut adalah data insiden kanker serviks dari beberapa kota besar di Indonesia:

Tabel 1.I
Data Insiden Kanker Serviks di Beberapa Daerah di Indonesia

No	Daerah	Frekuensi	Persentase(%)
1	Medan	262	1,01
2	Padang	260	1,00
3	Palembang	260	1,00
4	Bandung	511	1,96
5	Yogyakarta	1.205	4,63
6	Surakarta	1.502	5,77

Sumber: *Cermin Dunia Kedokteran* (Sukaca 2009: 36).

Tabel data di atas menunjukkan bahwa tingkat insiden kanker serviks di wilayah Surakarta cukup tinggi. Jumlah pengidap kanker leher rahim (serviks) di Solo, Jawa Tengah tergolong tinggi. Hasil pemeriksaan menunjukkan dua dari 100 ibu rumah tangga di kota ini terjangkit penyakit yang sering berakhir dengan kematian. Dari pemeriksaan terhadap 7.000 ibu rumah tangga, 4% diantaranya positif terkena kanker leher rahim dan 6% lagi terinfeksi. Sebanyak 280 dari 6.973 perempuan di Solo yang mendaftar tes Iva dinyatakan menderita gejala awal kanker leher rahim. Data itu diperoleh sejak pertengahan 2007 hingga Maret 2010 (Danarsih, 2009).

Pencegahan dan pengobatan prakanker serviks masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di antara wanita dewasa di Indonesia. Menurut ketua umum YKI (Yayasan Kanker Indonesia), diperkirakan 15.000 penderita baru per tahun dan 8.000 penderita meninggal tiap tahun.

Karena itu, deteksi dini dan pengobatan prakanker serviks perlu menjadi prioritas (Moerdijat dkk, 2008).

Setiap wanita yang telah melakukan hubungan seksual mempunyai risiko menderita kanker serviks. Oleh karena itu, deteksi dini perlu dilakukan segera setelah ada aktivitas seksual. Pemeriksaan ini bukan sekali seumur hidup, melainkan dilakukan rutin tiap tahun sampai usia 70 tahun (Ocvyanti, 2009).

Cara deteksi dini yang paling sering dilakukan ialah metode usapan (*smear*) lendir leher rahim menurut *Papanicolaou* atau sering dikenal dengan Pap Smear. Petugas kesehatan akan melakukan pengambilan lendir pada leher rahim dengan cara usapan (*smear*) untuk kemudian diperiksa di laboratorium. Selain pemeriksaan pap smear ada cara deteksi yang lebih sederhana yaitu dengan cara inspeksi visual setelah meneteskan asam cuka atau asam asetat 2%- 5%, yang dikenal dengan IVA (inspeksi visual dengan asam asetat) atau VIA (*visual inspection with acetic acid*). Metode ini sangat menguntungkan karena biaya untuk pemeriksaan cukup terjangkau (Prawirohardjo, 2006).

Upaya deteksi dini dengan cara pap smear atau IVA belum banyak diketahui masyarakat luas. Salah satu metode untuk menyebarkan informasi tentang deteksi dini adalah dengan melakukan promosi kesehatan. Promosi kesehatan dengan metoda ceramah interaktif merupakan upaya yang dapat digunakan agar lebih dapat menjamin peningkatan pengetahuan, sikap dan perubahan perilaku (Tjahjowati *et al.*, 1997). Metode diskusi

interaktif akan lebih efektif jika didukung dengan alat bantu berupa media. Media dapat mewakili apa yang kurang mampu diucapkan oleh pemberi informasi, baik melalui kata-kata atau kalimat tertentu, bahkan keabstrakan bahan dapat dikonkritkan dengan kehadiran media. Salah satu media visual untuk mengkonkritkan materi promosi kesehatan adalah media *audio visual aids* (AVA) dalam bentuk tayangan film pendek (*short film*). Film yang berisi gambar gerak dan unsur suara dapat ditayangkan melalui media *video compact disk* (VCD). Video dan VCD dapat digunakan sebagai media untuk mempelajari obyek dan mekanisme kerja dalam topik tertentu (Santayasa, 2007).

Keuntungan penggunaan video untuk menyampaikan pesan mempunyai beberapa keuntungan antara lain, pesan yang disampaikan lebih realistik, memiliki beberapa *features* yang sangat bermanfaat untuk digunakan dalam proses penyampaian pesan. Salah satu *feature* tersebut adalah *slow motion* di mana gerakan obyek atau peristiwa tertentu yang berlangsung sangat cepat dapat diperlambat agar mudah dipelajari. *Slow motion*, adalah kemampuan teknis untuk memperlambat proses atau peristiwa yang berlangsung cepat.

Upaya penanggulangan penyakit kanker serviks telah dilakukan yaitu dengan melakukan program skrining kanker serviks, namun hasil-hasil penelitian di beberapa negara masih menunjukkan kurangnya partisipasi wanita untuk mengikuti program skrining (Rachmadahniar, 2005). Sebagian besar penderita kanker datang sudah dalam stadium lanjut sehingga

prosesnya sulit atau tak mungkin lagi disembuhkan. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat tentang kanker serviks masih tergolong rendah, sehingga kesadaran masyarakat untuk skrining kanker serviks juga rendah (Tyastuti, 2001).

Oleh karena itu, perlu adanya suatu usaha untuk meningkatkan motivasi wanita agar lebih berperan aktif mengikuti program skrining kanker serviks. Salah satunya adalah dengan pemberian informasi dengan promosi kesehatan tentang bahaya kanker serviks dan pentingnya skrining bagi wanita dalam upaya deteksi dini kanker serviks. Dengan adanya pengetahuan yang baik tentang kanker serviks dan permasalahannya, diharapkan wanita dapat berpartisipasi aktif dalam program skrining kanker serviks.

Berdasarkan pemikiran dan latar belakang permasalahan di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai pengaruh promosi kesehatan terhadap pengetahuan tentang kanker serviks dan partisipasi wanita dalam deteksi dini kanker serviks di Mojosoongo RW 22 Surakarta.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang penulis memfokuskan rumusan masalah sebagai berikut: “Adakah pengaruh promosi kesehatan terhadap pengetahuan tentang kanker serviks dan partisipasi wanita dalam deteksi dini kanker serviks di Mojosoongo RW 22 Surakarta?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh promosi kesehatan terhadap pengetahuan tentang kanker serviks dan partisipasi wanita dalam deteksi dini kanker serviks di Mojosongo RW 22 Surakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui pengaruh promosi kesehatan dengan leaflet terhadap pengetahuan tentang kanker serviks dan partisipasi wanita dalam deteksi dini kanker serviks.
- b. Mengetahui pengaruh promosi kesehatan dengan film terhadap pengetahuan tentang kanker serviks dan partisipasi wanita dalam deteksi dini kanker serviks.
- c. Mengetahui perbedaan pengetahuan tentang kanker serviks dan partisipasi wanita dalam deteksi dini kanker serviks antara yang diberi promosi kesehatan dengan leaflet dan dengan film.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat sebagai pertimbangan masukan, menambah wawasan dan pengalaman khususnya di bidang kesehatan reproduksi berkaitan dengan promosi kesehatan terhadap pengetahuan tentang kanker serviks dan partisipasi wanita dalam program deteksi dini kanker serviks.

2. Manfaat Praktis

a. Profesi

Menambah wawasan tenaga kesehatan untuk meningkatkan program deteksi dini kanker serviks.

b. Masyarakat

Meningkatkan partisipasi wanita tentang kanker serviks dan program deteksi dini kanker serviks.

c. Institusi

Menjadi acuan bagi institusi terkait dalam mengembangkan penelitian sejenis dan penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar untuk penelitian lebih lanjut sehingga bermanfaat bagi kita semua.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Promosi Kesehatan

a. Pengertian

Istilah dan pengertian promosi kesehatan adalah merupakan pengembangan dari istilah pengertian yang sudah dikenal selama ini, seperti : Pendidikan Kesehatan, Penyuluhan Kesehatan, KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi). Promosi kesehatan/pendidikan kesehatan merupakan cabang dari ilmu kesehatan yang bergerak bukan hanya dalam proses penyadaran masyarakat atau pemberian dan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan semata, akan tetapi didalamnya terdapat usaha untuk memfasilitasi dalam rangka perubahan perilaku masyarakat.

WHO merumuskan promosi kesehatan sebagai proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu, untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental, dan sosial masyarakat harus mampu mengenal, mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, serta mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya. Dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan adalah program-program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan (perbaikan), baik di dalam masyarakat sendiri, maupun dalam organisasi dan lingkungannya.

Menurut Green (cit, Notoatmodjo, 2005), promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. Green juga mengemukakan bahwa perilaku ditentukan oleh tiga faktor utama yaitu :

1. Faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang meliputi pengetahuan dan sikap seseorang.
2. Faktor pemungkin (*enabling factors*), yang meliputi sarana, prasarana, dan fasilitas yang mendukung terjadinya perubahan perilaku.
3. Faktor penguat (*reinforcing factors*) merupakan faktor penguat bagi seseorang untuk mengubah perilaku seperti tokoh masyarakat, undang-undang, peraturan-peraturan, surat keputusan.

Menurut Lawrence Green (1984), promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

Berdasarkan piagam Ottawa (Ottawa Charter: 1986) : “*Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and improve their health. To reach a state of complete physical, mental, and social well being, an individual or group must be able to*

identify and realize aspiration, to satisfy needs, and to change or cope with the environment”

Dengan kata lain promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2005).

b. Tujuan Promosi Kesehatan

Pada dasarnya tujuan utama promosi kesehatan adalah untuk mencapai 3 hal, yaitu :

- 1) Peningkatan pengetahuan atau sikap masyarakat
- 2) Peningkatan perilaku masyarakat
- 3) Peningkatan status kesehatan masyarakat

Menurut Green (1990) tujuan promosi kesehatan terdiri dari 3 tingkatan, yaitu :

1) Tujuan Program

Merupakan pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode waktu tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan.

2) Tujuan Pendidikan

Merupakan deskripsi perilaku yang akan dicapai dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada.

3) Tujuan Perilaku

Merupakan pendidikan atau pembelajaran yang harus tercapai (perilaku yang diinginkan). Oleh sebab itu tujuan perilaku

berhubungan dengan pengetahuan dan sikap.

c. Strategi Promosi Kesehatan

Berdasarkan rumusan WHO (1994), strategi promosi kesehatan secara global terdiri dari tiga hal, yaitu :

1) Advokasi (*Advocacy*)

Advokasi adalah kegiatan untuk meyakinkan orang lain, agar orang lain tersebut membantu atau mendukung terhadap apa yang diinginkan. Dalam konteks promosi kesehatan, advokasi adalah pendekatan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan di berbagai sektor, dan di berbagai tingkat, sehingga para pejabat tersebut mau mendukung program kesehatan yang kita inginkan.

Kegiatan advokasi ada bermacam-macam bentuk baik secara formal maupun informal. Secara formal misalnya, penyajian atau presentasi dan seminar tentang isu atau usulan program yang ingin dimintakan dukungan dari para pejabat yang terkait. Kegiatan advokasi secara informal misalnya berkunjung kepada para pejabat relevan dengan program yang diusulkan, untuk secara informal minta dukungan, baik dalam bentuk kebijakan, atau dalam bentuk dana atau fasilitas lain.

2) Dukungan sosial (*Social Support*)

Strategi dukungan sosial adalah suatu kegiatan untuk mencari dukungan sosial melalui tokoh-tokoh formal maupun informal. Tujuan utama kegiatan ini adalah agar tokoh masyarakat sebagai

jembatan antara sektor kesehatan sebagai pelaksana program kesehatan dengan masyarakat penerima program kesehatan. Bentuk kegiatan dukungan sosial antara lain pelatihan-pelatihan para tokoh masyarakat, seminar, lokakarya, bimbingan kepada tokoh masyarakat dan sebagainya. Dengan demikian maka sasaran utama dukungan sosial atau bina suasana adalah para tokoh masyarakat diberbagai tingkat sasaran sekunder.

3) Pemberdayaan masyarakat (*Empowerment*)

Pemberdayaan adalah strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat langsung. Tujuan utama pemberdayaan adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

Bentuk kegiatan ini antara lain penyuluhan kesehatan, keorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk koperasi, pelatihan-pelatihan untuk kemampuan peningkatan pendapatan keluarga (Notoatmodjo, 2005).

d. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

1) Ruang Lingkup Promosi Kesehatan Berdasarkan Aspek Pelayanan

Kesehatan, meliputi :

a) Promosi Kesehatan pada Tingkat Promotif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat pelayanan promotif adalah pada kelompok orang sehat, dengan tujuan agar mereka mampu meningkatkan kesehatannya.

b) Promosi Kesehatan pada Tingkat Preventif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini selain pada orang yang sehat juga bagi kelompok yang beresiko. Misalnya, ibu hamil, para perokok, para pekerja seks dan sebagainya. Tujuan utama dari promosi kesehatan pada tingkat ini adalah untuk mencegah kelompok-kelompok tersebut agar tidak jatuh sakit (*primary prevention*).

c) Promosi Kesehatan pada Tingkat Kuratif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah para penderita penyakit, terutama yang menderita penyakit kronis seperti asma, diabetes mellitus, tuberculosis, hipertensi dan sebagainya. Tujuan dari promosi kesehatan pada tingkat ini agar kelompok ini mampu mencegah penyakit tersebut tidak menjadi lebih parah (*secondary prevention*).

d) Promosi Kesehatan pada Tingkat Rehabilitatif

Sasaran pokok pada promosi kesehatan tingkat ini adalah pada kelompok penderita atau pasien yang baru sembuh (*recovery*) dari suatu penyakit. Tujuan utama promosi kesehatan pada tingkat ini adalah mengurangi kecacatan seminimal mungkin. Dengan kata lain, promosi kesehatan pada tahap ini adalah pemulihan dan mencegah kecacatan akibat dari suatu penyakit (*tertiary prevention*) (Notoatmodjo, 2005).

2) Ruang Lingkup Promosi Kesehatan Berdasarkan Tatana (Tempat Pelaksanaan), meliputi :

a) Promosi kesehatan pada Tatanan Keluarga (Rumah Tangga).

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat. Untuk mencapai perilaku sehat masyarakat, maka harus dimulai pada tatanan masing-masing keluarga.

b) Promosi Kesehatan pada Tatanan Sekolah

Sekolah merupakan perpanjangan tangan keluarga, artinya, sekolah merupakan tempat lanjutan untuk meletakkan dasar perilaku pada anak, termasuk perilaku kesehatan. Peran guru di sekolah sangat penting, karena pada umumnya guru lebih dipatuhi daripada orang tua masing-masing anak.

c) Promosi Kesehatan pada Tempat Kerja

Promosi kesehatan di tempat kerja dapat dilakukan oleh pimpinan perusahaan atau tempat kerja dengan memfasilitasi tersedianya lingkungan kerja yang kondusif pada perilaku sehat para karyawan, misalnya ketersediaan air bersih, tempat pembuangan kotoran, tempat sampah, kantin, ruang tempat istirahat dan sebagainya.

d) Promosi Kesehatan di Tempat-Tempat Umum

Di tempat-tempat umum juga perlu dilaksanakan promosi kesehatan dengan menyediakan fasilitas-fasilitas yang dapat mendukung perilaku sehat bagi pengunjungnya, misalnya

tersedianya tempat sampah, tempat cuci tangan, ruang tunggu bagi perokok dan non perokok, dan sebagainya. Pemasangan poster dan penyediaan leaflet yang berisi cara-cara menjaga kesehatan atau kebersihan juga merupakan bentuk promosi kesehatan.

e) Pendidikan Kesehatan di Institusi Pelayanan Kesehatan

Tempat-tempat pelayanan kesehatan merupakan tempat yang paling strategis untuk promosi kesehatan, sebab pada orang yang sakit akan lebih peka terhadap informasi-informasi kesehatan terutama yang berkaitan dengan masalah kesehatan (Notoatmodjo, 2005).

e. Metode dan Teknik Promosi Kesehatan

Metode promosi kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tercapainya suatu hasil penyuluhan secara optimal. Semua metode akan baik bila digunakan secara tepat yaitu sesuai dengan kebutuhan (Notoatmodjo, 2007). Metode dan teknik promosi kesehatan adalah suatu kombinasi antara cara-cara atau metode dan alat bantu atau media yang digunakan dalam setiap pelaksanaan promosi kesehatan.

Pada garis besarnya hanya ada dua jenis metode dalam promosi kesehatan, yaitu :

1) Metode *One Way Methode*

Menitikberatkan pendidik yang aktif, sedangkan pihak sasaran tidak diberi kesempatan untuk aktif. Yang termasuk metode ini adalah : metode ceramah, siaran melalui radio, pemutaran film, penyebaran selebaran, pameran.

2) Metode *Two Way Methode*

Pada metode ini terjadi komunikasi dua arah antara pendidik dan sasaran. Yang termasuk dalam metode ini adalah : wawancara, demonstrasi, sandiwara, simulasi, curah pendapat, permainan peran (*role playing*) dan tanya jawab. Berdasarkan jumlah sasaran, metode yang dapat digunakan antara lain :

- a) Kelompok Besar (lebih dari 15 orang), metode yang baik untuk kelompok besar ini antara lain adalah ceramah, demonstrasi dan seminar.
- b) Kelompok Kecil (kurang dari 15 orang), metode yang baik untuk kelompok ini antara lain : diskusi kelompok, curah pendapat (*brain storming*), memainkan peran (*roleplay*).

Salah satu program promosi kesehatan adalah kegiatan promotif dengan memberikan penyuluhan. Adapun metode penyuluhan yang digunakan adalah metode ceramah, demonstrasi dan praktik.

1) Ceramah

Ceramah merupakan suatu cara dalam menerangkan dan menjelaskan suatu ide, pengertian atau pesan secara lisan

kepada sekelompok sasaran disertai tanya jawab sehingga memperoleh informasi tentang kesehatan. Ciri-ciri metode ceramah : ada sekelompok sasaran yang telah dipersiapkan sebelumnya, ada ide, pengertian dan pesan tentang kesehatan yang akan disampaikan, tidak adanya kesempatan bertanya bagi sasaran, bila ada jumlahnya sangat dibatasi dan menggunakan alat peraga untuk mempermudah pengertian. Keuntungan metode ceramah : murah dan mudah menggunakannya, waktu yang diperlukan dapat dikendalikan oleh penyuluh, dapat diterima oleh sasaran yang tidak dapat membaca dan menulis, penyuluh dapat menjelaskan dengan menekankan bagian yang penting. Kerugian metode ceramah : tidak dapat memberikan kesempatan kepada sasaran untuk berpartisipasi secara *proaktif* (sasaran bersifat pasif), cepat membosankan jika ceramah yang disampaikan kurang menarik sasaran, pesan yang disampaikan mudah untuk dilupakan oleh sasaran, sering menimbulkan pengertian lain apabila sasaran kurang memperhatikan.

2) Demonstrasi

Demonstrasi adalah suatu cara untuk menunjukkan pengertian, ide, dan prosedur tentang sesuatu hal yang telah dipersiapkan dengan teliti untuk memperlihatkan bagaimana cara melaksanakan suatu tindakan, adegan dengan menggunakan alat peraga. Metode ini dipergunakan pada

kelompok yang tidak terlalu besar jumlahnya. Ciri-ciri demonstrasi : memperlihatkan pada kelompok bagaimana prosedur untuk membuat sesuatu, dapat meyakinkan peserta bahwa mereka dapat melakukannya dan dapat meningkatkan minat sasaran untuk belajar. Keuntungan demonstrasi : kegiatan ini dapat memberikan suatu keterampilan tertentu kepada kelompok sasaran, dapat memudahkan berbagai jenis penjelasan karena penggunaan bahasa yang lebih terbatas, membantu sasaran untuk memahami dengan jelas jalannya suatu proses prosedur yang dilakukan. Kerugian demonstrasi : tidak dapat dilihat oleh sasaran apabila alat yang digunakan terlalu kecil atau penempatannya kurang pada tempatnya, uraian atau penjelasan yang disampaikan kurang jelas, waktu yang disediakan terbatas sehingga sasaran tidak dapat diikutsertakan (Taufik, 2007)

3) Praktik

Praktik adalah cara untuk melihat tindakan yang dilakukan seseorang apakah sudah sesuai dengan yang diinstruksikan. Untuk mengetahui ketrampilan murid dalam menyikat gigi yang baik dan benar dilakukan praktik menyikat gigi secara bersama-sama.

Metode dan teknik promosi kesehatan adalah suatu kombinasi antara cara-cara atau metode dan alat bantu atau

media yang digunakan dalam setiap pelaksanaan promosi kesehatan.

Berdasarkan sasarannya, metode dan teknik promosi kesehatan dibagi menjadi 3 yaitu:

1) Metode Promosi Kesehatan Individual

Metode ini digunakan jika antara promotor kesehatan dan sasaran atau kliennya dapat berkomunikasi langsung, baik bertatap muka (*face to face*) maupun melalui sarana komunikasi lainnya, misalnya konseling.

2) Metode Promosi Kesehatan Kelompok

Metode promosi kesehatan kelompok digunakan untuk sasaran kelompok. Metode ini dibedakan menjadi 2 yaitu :

a) Metode dan teknik promosi kesehatan untuk kelompok kecil, misalnya diskusi kelompok, bermain peran (*role play*), dan sebagainya. Untuk mengaktifkan metode ini perlu dibantu dengan alat bantu atau media, misalnya lembar balik (*flip chart*), alat peraga, slide, dan sebagainya.

b) Metode dan teknik promosi kesehatan untuk kelompok besar, misalnya metode ceramah yang diikuti atau tanpa diikuti dengan tanya jawab seminar, loka karya, dan sebagainya. Untuk memperkuat metode ini perlu dibantu dengan alat bantu misalnya, *overhead projector*,

slide projector, film, sound system, dan sebagainya.

3) Metode Promosi Kesehatan Massal

Metode dan teknik promosi kesehatan yang sering digunakan untuk massa adalah :

- a) Ceramah umum (*public speaking*), misalnya di lapangan terbuka dan tempat-tempat umum (*public place*).
- b) Penggunaan media massa elektronik, seperti radio dan televisi dengan bentuk *talkshow*, dialog interaktif, dan simulasi.
- c) Penggunaan media cetak, seperti koran, majalah, buku, *leaflet*, poster, dan sebagainya. Bentuk sajian dalam media cetak juga bermacam-macam, antara lain artikel, tanya jawab, komik, dan sebagainya.
- d) Penggunaan media luar ruang, misalnya *billboard*, spanduk, umbul-umbul dan sebagainya (Notoatmodjo, 2005).

f. Promosi kesehatan dengan Film

Film adalah gambar-hidup, juga sering disebut movie. Film, secara kolektif, sering disebut sinema. Sinema itu sendiri bersumber dari kata kinematik atau gerak. Film juga sebenarnya merupakan lapisan-lapisan cairan selulosa, biasa di kenal di dunia para sineas sebagai seluloid. Pengertian secara harafiah film (sinema) adalah *Cinematographie* yang berasal dari Cinema + tho = phytos (cahaya) + graphie = grhap (tulisan = gambar = citra), jadi pengertiannya adalah

melukis gerak dengan cahaya. Agar kita dapat melukis gerak dengan cahaya, kita harus menggunakan alat khusus, yang biasa kita sebut dengan kamera.

Definisi Film Menurut UU 8/1992, adalah karya cipta seni dan budaya yang merupakan media komunikasi massa pandang-dengar yang dibuat berdasarkan asas sinematografi dengan direkam pada pita seluloid, pita video, piringan video, dan atau bahan hasil penemuan teknologi lainnya dalam segala bentuk, jenis, dan ukuran melalui proses kimiawi, proses elektronik, atau proses lainnya, dengan atau tanpa suara, yang dapat dipertunjukkan dan atau ditayangkan dengan sistem proyeksi mekanik, elektronik, dan atau lainnya.

Sejalan dengan perkembangan media penyimpan dalam bidang sinematografi, maka pengertian film telah bergeser. Sebuah film cerita dapat diproduksi tanpa menggunakan selluloid (media film). Bahkan saat ini sudah semakin sedikit film yang menggunakan media selluloid pada tahap pengambilan gambar. Pada tahap pasca produksi gambar yang telah diedit dari media analog maupun digital dapat disimpan pada media yang fleksibel. Hasil akhir karya sinematografi dapat disimpan. Pada media selluloid, analog maupun digital.

Perkembangan teknologi media penyimpan ini telah mengubah pengertian film dari istilah yang mengacu pada bahan ke istilah yang mengacu pada bentuk karya seniaudio-visual. Singkatnya film

kini diartikan sebagai suatu genre (cabang) seni yang menggunakan audio (suara) dan visual (gambar) sebagai medianya.

g. Promosi Kesehatan dengan Leaflet

Leaflet adalah bentuk penyampaian informasi atau pesan – pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar atau kombinasi (Notoatmodjo, 2003). Informasi melalui media leaflet merupakan bagian dari media pendidikan kesehatan yaitu suatu usaha untuk membantu individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan (perilaku) nya untuk mencapai kesehatan optimal.

Dalam pendidikan kesehatan, metode pendidikan yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi (perubahan sikap untuk mau melakukan pemeriksaan deteksi dini kanker serviks). Penjelasan yang dibaca dan dilihat dari leaflet yang menarik dapat membawa perubahan, ia tertarik atau dalam menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi dari sebuah leaflet itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat (Notoatmodjo, 2003).

Banyak faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu proses pemberian laeflet kesehatan masyarakat baik itu dari laeflet, sasaran atau dalam proses pemberian leaflet (Notoadmojo, 2003).

1) Faktor leaflet

Kurang menarik perhatian, gambar yang menyertai tema, warna tulisan yang kurang mencolok, bahasa yang digunakan kurang dapat dimengerti oleh sasaran karena terlalu banyak menggunakan istilah asing, tulisan terlalu kecil untuk di baca, penyampaian materi yang terlalu monoton dan singkat.

2) Faktor sasaran

Tingkat pendidikan yang terlalu rendah sehingga sulit menerima pesan yang di sampaikan, tingkat ekonomi yang terlalu rendah sehingga tidak terlalu memperhatikan pesan yang disampaikan karena lebih memikirkan kebutuhan lain yang lebih penting, kepercayaan dan adat, kepercayaan yang telah tertanam sehingga sulit untuk mengubah, kondisi lingkungan tempat tinggal sasaran yang tidak mungkin terjadi perubahan perilaku.

3) Faktor proses pemberian leaflet

Waktu pemberian leaflet tidak sesuai dengan waktu yang digunakan sasaran, gambar dan bahasa yang dapat mempermudah sasaran, materi yang digunakan kurang tepat sasaran.

2. Pengetahuan

Pengetahuan adalah berbagai gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan inderawi. Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan indera atau akal budinya untuk mengenali benda

atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya (Meliono, 2007). Sedangkan menurut Glanz (2008) yang dimaksud dengan pengetahuan adalah kenyataan dan cara menganalisa suatu informasi yang mengarahkan pada pengertian atau kegunaannya untuk mengambil suatu tindakan. Dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan pengetahuan adalah sesuatu yang lebih bersifat pengenalan seseorang terhadap suatu benda secara obyektif dengan menggunakan panca indra.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007).

Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru didalam diri seseorang terjadi proses yang berurutan yaitu:

- a. *Awarenes* (kesadaran) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- b. *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Disini sikap subjek sudah mulai timbul.
- c. *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.

- d. *Trial*, sikap dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku memulai proses seperti ini, dimana didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*lost lasting*). Sebaliknya, perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan tidak berlangsung lama. Jadi pentingnya pengetahuan disini adalah dapat menjadi dasar dalam merubah perilaku sehingga perilaku itu langgeng (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Meliono (2007), pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya:

- a. Pendidikan

Pendidikan adalah sebuah proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka ia akan mudah menerima hal-hal baru dan mudah menyesuaikan dengan hal baru tersebut.

- b. Media

Menurut Machfoedz dkk (2005), media yang dimaksud pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan/AVA (*Audio Visual Aids*). Alat-alat pendidikan dalam bidang kesehatan merupakan alat saluran (*channel*) untuk menyampaikan kesehatan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan

bagi masyarakat atau klien. Media dibagi menjadi tiga berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan yaitu media cetak (*booklet, leaflet, flyer*), media elektronik (televisi, radio, video), dan media papan (*billboard*).

c. Keterpaparan informasi

Dalam RUU Teknologi Informasi, informasi diartikan sebagai suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisa, dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu. Sedangkan informasi sendiri mencakup data, teks, *image*, suara, kode, program komputer, *database* yang diteruskan melalui komunikasi. Seseorang dengan sumber informasi yang lebih banyak akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas.

Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*synthesis*)

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

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada.

3. Partisipasi Wanita

Partisipasi adalah masyarakat berperan secara aktif dalam proses atau alur tahapan program dan pengawasannya, mulai dari tahap

sosialisasi, perencanaan, pelaksanaan dan pelestarian kegiatan dengan memberikan sumbangan tenaga, pikiran atau dalam bentuk materiil (Mardikanto, 2009). Sedangkan menurut (Soemarto, 2003) partisipasi wanita adalah proses ketika wanita sebagai individu maupun kelompok sosial dan organisasi, mengambil peran serta untuk ikut mempengaruhi proses perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan kebijakan-kebijakan yang langsung mempengaruhi kehidupan mereka. Dan menurut (Notoatmodjo, 2007) partisipasi wanita dalam kesehatan yaitu keikutsertaan wanita sebagai anggota masyarakat dalam memecahkan masalah kesehatannya sendiri. Institusi kesehatan hanya sekedar memotivasi dan membimbingnya.

Masyarakat diharapkan ikut berpartisipasi di dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan. Pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan menyatakan bahwa partisipasi masyarakat sebagai sarana dimana individu, keluarga, maupun masyarakat umum ikut bertanggung jawab terhadap kesehatan diri, keluarga, ataupun kelompok masyarakat di lingkungannya. Pentingnya partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan bukan semata-mata karena ketidakmampuan pemerintah dalam upaya pembangunan kesehatan, melainkan memang disadari bahwa masyarakat mempunyai hak untuk mengenal dan memecahkan masalah kesehatan yang dihadapinya, mengingat sebagian besar masalah kesehatan disebabkan oleh perilaku masyarakat itu sendiri (Depkes, 2001).

4. Kanker Serviks

Kanker serviks adalah pertumbuhan sel-sel yang tidak normal pada jaringan leher rahim (serviks), suatu daerah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke arah rahim yang terletak antara uterus dan vagina (Diananda, 2009). Menurut data Departemen Kesehatan RI, penyakit kanker serviks saat ini menempati urutan kedua daftar kanker yang diderita kaum wanita, yang disebabkan oleh infeksi virus HPV (*Human Papilloma Virus*) pada saluran reproduksi wanita. (Diananda, 2009). Sedangkan menurut (Laras, 2009) kanker serviks adalah tumbuhnya sel-sel abnormal pada jaringan leher rahim (serviks). Kanker serviks merupakan kanker primer yang berasal dari serviks (kanker servikalisis atau porsio). Serviks adalah bagian ujung depan rahim yang menjulur ke vagina.

Faktor-faktor risiko kanker serviks diantaranya setiap wanita yang telah melakukan aktivitas seksual, hubungan seks pertama kurang dari 20 tahun, pasangan seksual lebih dari satu, merokok, kurang menjaga kebersihan alat kelamin, penurunan kekebalan tubuh, kurang mengonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan (Ocvyanti, 2009). Menurut (Laras, 2009) faktor resiko terjadinya kanker serviks diantaranya yaitu:

a. Usia reproduksi

Usia pasien sangat menentukan kesehatan maternal yang berkaitan dan berkaitan erat dengan kondisi kehamilan, persalinan dan nifas.

Proses reproduksi sebaiknya berlangsung pada saat ibu berumur 20-35 tahun, sebab pada saat itu penyulit kehamilan yang terjadi.

Usia rata-rata dari pasien karsinoma kanker serviks dari penelitian retroprestif yang dilakukan oleh Schelenkes dan Ranti di RS. Hasan Sadikin Bandung periode Januari tahun 2000 sampai dengan tahun Juli 2001 dengan interval usia mulai 21 tahun sampai 85 tahun (N=307) mendapatkan penderita kanker serviks rata-rata berusia 32 tahun. Ditempat yang sama S. Van Loon melakukan penelitian terhadap 58 pasien dengan kanker serviks pada tahun 1996 dan mendapatkan mayoritas pasien yaitu 20,3% berusia 40-44 tahun dan usia rata-rata 46 tahun.

Sumber lain menerangkan usia pasien rata-rata 36-60 tahun, terbanyak antara 45-50 tahun. Hal ini dikarenakan periode laten dari fase prainvasif untuk menjadi invatif memakan waktu 10 tahun. Hanya 9% wanita berusia kurang dari 35 tahun menunjukkan kanker serviks yang invasif pada saat didiagnosa, sedangkan 53 % dari KIS (Karsinoma In Situ) terdapat pada wanita dibawah usia 35 tahun.

b. Hubungan seks pada usia muda atau pernikahan pada usia muda

Telah lama diketahui bahwa umur sangat berpengaruh terhadap proses reproduksi. Usia yang dianggap optimal untuk reproduksi antara 20-35 tahun.

Pada usia 20-40 tahun, disebut sebagai masa dewasa dini yang disebut juga usia reproduktif. Sehingga pada masa ini diharapkan orang telah

mampu untuk memecahkan masalah-masalah yang dihadapi dengan tenang secara emosional, perkembangan fisiknya maupun kemampuannya dalam kehamilan baik kelahiran bayinya.

c. Jumlah paritas

Kehamilan yang optimal adalah kehamilan anak lebih dari tiga. Kehamilan setelah tiga memiliki resiko yang meningkat. Pada primigravida umumnya belum mempunyai gambaran mengenai kejadian-kejadian yang akan dialami saat melahirkan dan merawatnya. Oleh sebab itu penting sekali mempersiapkan ibu dengan memberikan penjelasan yang diperlukan mengenai kelahiran dan perawatan bayinya. Sedangkan pada ibu yang sudah pernah mempunyai anak akan mempunyai gambaran dan pengalaman dalam merawat bayinya, sehingga akan lebih siap dan tahu merawat bayinya.

d. Tingkat pendidikan

Pendidikan adalah proses perubahan sikap atau tatalaku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui pengajaran dan pelatihan. Pendidikan formal adalah segenap bentuk pendidikan atau pelatihan yang bersifat umum maupun yang bersifat khusus. Pendidikan in formal yaitu pendidikan yang terdapat di lingkungan sekolah dalam bentuk tidak terorganisasi.

e. Penggunaan kontrasepsi oral jangka panjang (lebih dari 5 tahun)

Resiko noninvasif dan invasif kanker serviks telah menunjukkan hubungan dengan kontrasepsi oral. Bagaimanapun, penemuan ini

hasilnya tidak selalu konsisten dan tidak semua studi dapat membenarkan bahwa perkiraan resiko dengan mengontrol pengaruh kegiatan seksual. Beberapa studi gagal dalam menunjukkan beberapa hubungan dari salah satu studi, bahkan melaporkan proteksi terhadap penyakit yang invasif.

f. Riwayat kanker serviks pada keluarga

Bila seorang wanita mempunyai saudara kandung atau ibu yang mempunyai riwayat kanker serviks dibandingkan dengan 2-3 kali lebih besar untuk juga mempunyai kemungkinan 2-3 kali lebih besar untuk juga mempunyai kanker serviks dibanding orang normal. Beberapa peneliti menduga hal ini berhubungan dengan berkurangnya kemampuan untuk melawan infeksi HPV.

g. Berganti-ganti pasangan seksual

Perilaku seksual berupa berganti pasangan seks akan meningkatkan penularan penyakit kelamin. Penyakit yang ditularkan seperti infeksi human papiloma virus (HPV) telah terbukti dapat meningkatkan timbulnya kanker serviks, penis dan vulva. Resiko terkena kanker serviks menjadi 10 kali lipat pada wanita yang mempunyai partner 6 orang atau lebih. Disamping itu virus herpes simplek tipe-2 dapat menjadi faktor pendamping.

h. Merokok

Wanita perokok memiliki 2 kali lebih besar terkena kanker serviks dibandingkan wanita yang tidak merokok. Penelitian menunjukkan,

lendir serviks pada wanita perokok mengandung nikotin dan zat-zat lainnya yang ada didalam rokok. Zat-zat tersebut akan menurunkan daya tahan serviks disamping merupakan ko-karsinogen infeksi virus.

i. Defisiensi zat besi

Ada beberapa penelitian yang menyimpulkan bahwa defisiensi asam folat dapat meningkatkan resiko terjadinya dysplasia ringan atau sedang, serta mungkin juga meningkatkan resiko terjadinya kanker serviks pada wanita makanannya rendah beta karoten dan retinol (Vitamin A).

Lesi pra-kanker dan kanker stadium dini biasanya asimtomatik dan hanya dapat terdeteksi dengan pemeriksaan sitologi (Diananda, 2009). Boon dan Suurmeijer melaporkan bahwa sebanyak 76% kasus tidak menunjukkan gejala sama sekali. Jika sudah terjadi kanker akan timbul gejala yang sesuai dengan penyakitnya, yaitu dapat lokal atau tersebar. Gejala yang timbul dapat berupa perdarahan pasca-sanggama atau dapat juga terjadi perdarahan di luar masa haid dan pasca menopause. Jika tumornya besar, dapat terjadi infeksi dan menimbulkan cairan (duh) berbau yang mengalir keluar dari vagina. Bila penyakitnya sudah lanjut, akan timbul nyeri panggul, gejala yang berkaitan dengan kandung kemih dan usus besar (Laras, 2009).

Karsinoma serviks biasa timbul di daerah yang disebut *squamo-columnar junction (SCJ)* atau sambungan skuamo-kolumnar (SSK), yaitu batas antara epitel yang melapisi ektoserviks (porsio) dan

endoserviks kanalis serviks, dimana secara histologik terjadi perubahan dari epitel ektoserviks yaitu epitel skuamosa berlapis dengan epitel endoserviks yaitu epitel kuboid atau kolumnar pendek selapis bersilia. Letak SSK dipengaruhi oleh faktor usia, aktivitas seksual, dan paritas. Pada wanita muda SSK berada di luar *ostium uteri externum*, sedangkan pada wanita berusia di atas 35 tahun SSK berada di dalam kanalis serviks. Oleh karena itu pada wanita muda, SSK yang berada di luar *ostium uteri externum* ini rentan terhadap faktor luar berupa mutagen yang akan memicu displasia dari SSK tersebut (Laras, 2009).

Pada masa kehidupan wanita terjadi perubahan fisiologis pada epitel serviks. Epitel kolumnar akan digantikan oleh epitel skuamosa yang diduga berasal dari cadangan epitel kolumnar. Proses pergantian epitel kolumnar menjadi epitel skuamosa disebut proses metaplasia dan terjadi akibat pengaruh pH vagina yang rendah. Aktivitas metaplasia yang tinggi sering dijumpai pada masa pubertas. Akibat proses metaplasia ini maka secara morfogenetik terdapat 2 SSK, yaitu SSK asli dan SSK baru yang menjadi tempat pertemuan antara epitel skuamosa baru dengan epitel kolumnar. Daerah di antara kedua SSK ini disebut daerah transformasi (Laras, 2009).

Fase prakanker disebut juga displasia merupakan perubahan premalignan (prakeganasan) dari sel-sel serviks. Displasia mencakup pengertian berbagai gangguan maturasi epitel skuamosa yang secara

sitologik dan histologik berbeda dari epitel normal, tetapi tidak memenuhi persyaratan sel karsinoma. Fase prakanker inilah yang diharapkan untuk ditemukan pada saat penapisan (Laras, 2009).

Displasia dibagi menjadi 3 tipe yaitu ringan, sedang dan berat. Sekarang ini, tipe displasia dibagi 2 yaitu *Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion* (displasia ringan) dan *High Grade Squamous Intraepithelial Lesion* (displasia sedang dan berat). Displasia ringan dapat kembali ke sel normal tanpa pengobatan dengan persentase lebih dari 70%, meskipun demikian displasia ringan juga dapat berkembang menjadi kanker. Displasia sedang dan berat harus segera diobati bila ditemukan karena peluang untuk menjadi kanker jauh lebih besar dibanding displasia ringan (Sanif, 2002).

Kanker serviks bukan penyakit keturunan sehingga sebagian besar kanker dapat dicegah dengan menghindari faktor-faktor risiko dan melakukan kebiasaan hidup sehat diantaranya tidak merokok, suami dikhitan, makan makanan berwarna hijau, menjaga kebersihan kelamin, menghindari kebiasaan pencucian vagina dengan antiseptik (Ocvyanti, 2009), sedangkan Prognosis kanker serviks tergantung dari stadium penyakit. Umumnya, *5-years survival rate* untuk stadium I lebih dari 90%, untuk stadium II 60-80%, stadium III kira - kira 50%, dan untuk stadium IV kurang dari 30% (Laras, 2009).

WHO menyatakan bahwa sepertiga sampai setengah dari semua jenis kanker dapat dicegah. Sepertiga lagi dapat disembuhkan bila

ditemukan pada tahap awal atau stadium dini. Sisanya dapat diringankan penderitaannya. Oleh karena itu, upaya mencegah kanker dan menemukan kanker pada stadium dini merupakan upaya penting. Kanker ditemukan lebih dini dan diobati dengan cepat dan tepat, maka lebih besar kemungkinannya untuk sembuh (Diananda, 2009). *International Federation of Gynecologists and Obstetricians Staging System for Cervical Cancer (FIGO)* pada tahun 2000 menetapkan suatu sistem stadium kanker sebagai berikut:

Tabel 1.2 Stadium Kanker Serviks menurut Laras (2009)

Stadium	Karakteristik Kanker Serviks
0	Lesi belum menembus membran basalis
I	Lesi tumor masih terbatas di serviks
IA1	Lesi telah menembus membrana basalis <3 mm dengan diameter permukaan tumor <7 mm
IA2	Lesi telah menembus membrana basalis >3 mm tetapi <5mm dengan diameter permukaan tumor <7 mm
IB1	Lesi terbatas di serviks dengan ukuran lesi primer <4 cm
IB2	Lesi terbatas di serviks dengan ukuran lesi primer >4 cm
II	Lesi telah keluar dari serviks (meluas ke parametrium dan sepertiga proksimal vagina)
IIA	Lesi telah meluas ke sepertiga proksimal vagina
IIB	Lesi telah meluas ke parametrium tetapi tidak mencapai dinding panggul
III	Lesi telah keluar dari serviks (menyebar ke parametrium dan atau sepertiga vagina distal)
IIIA	Lesi menyebar ke sepertiga vagina distal
IIIB	Lesi menyebar ke parametrium sampai dinding panggul
IV	Lesi menyebar keluar organ genitalia
IVA	Lesi meluas ke rongga panggul dan atau menyebar ke mukosa vesika urinaria
IVB	Lesi meluas ke mukosa rektum dan atau meluas ke organ jauh

5. Deteksi Dini Kanker Serviks

Dalam penanggulangan kanker serviks, deteksi dini adalah cara pencegahan yang paling efektif. Ada beberapa macam pemeriksaan seperti

tes Pap (Pap Smear), Pap net, servikografi, Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA), tes HPV, kolposkopi dan sitologi berbasis cairan (*Thin-Layer Pap Smear Preparation*) (Laras, 2009).

Namun metode yang sekarang ini sering digunakan adalah Tes Pap (Pap Smear) dan Inspeksi Visual Asetat (IVA). Tes Pap memiliki sensitivitas 51% dan spesifisitas 98%. Sensitifitas adalah probabilitas bahwa seseorang menderita penyakit dapat diidentifikasi dengan benar melalui uji klinis. Spesifisitas adalah probabilitas bahwa seseorang tidak berpenyakit akan secara tepat teridentifikasi melalui uji klinis (Kumala dkk, 1998). Selain itu pemeriksaan Pap Smear masih memerlukan penunjang laboratorium sitologi dan dokter ahli patologi yang relatif memerlukan waktu dan biaya besar. Sedangkan IVA memiliki sensitivitas sampai 96% dan spesifisitas 97% untuk program yang dilaksanakan oleh tenaga medis yang terlatih. Hal ini menunjukkan bahwa IVA memiliki spesifisitas yang hampir sama dengan sitologi serviks (Pap smear) sehingga dapat menjadi metode skrining yang efektif pada negara berkembang seperti di Indonesia (Laras, 2009).

Deteksi dini kanker serviks yang sering digunakan di Indonesia yaitu:

a. Pap Smear

Pap Smear adalah suatu metode pemeriksaan sel-sel yang diambil dari serviks dan kemudian diperiksa di bawah mikroskop untuk melihat perubahan-perubahan yang terjadi dari sel tersebut.

Tujuannya untuk melihat adanya sel yang mengalami displasia. Metode ini digunakan sebagai salah satu metode skrining kanker serviks. Tes ini ditemukan pertama kali oleh Dr. George Papanicolaou. Perubahan sel-sel serviks yang terdeteksi secara dini akan memungkinkan beberapa tindakan pengobatan diambil sebelum sel-sel tersebut dapat berkembang menjadi sel kanker. Pap Smear dapat dilakukan oleh Bidan atau Dokter Ahli Kandungan dengan menggunakan alat yang dinamakan spekulum (Diananda, 2009).

Menurut Anna (2008), indikasi Pap Smear adalah:

1. Wanita yang berusia antara 18-70 tahun dan sudah menikah
2. Wanita yang menikah di usia dini dan melakukan senggama di bawah 20 tahun
3. Wanita yang melahirkan lebih dari 3 kali
4. Wanita yang memakai alat kontrasepsi lebih dari 5 tahun terutama IUD dan kontrasepsi hormonal
5. Wanita yang mengalami perdarahan setiap hubungan seksual dan mengalami keputihan atau gatal pada vagina
6. Wanita multipartner seks

b. IVA Tes

IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat) tes adalah tes visual dengan menggunakan larutan asam cuka (asam asetat 3-5%) dan larutan iodium lugol pada serviks dan melihat perubahan warna yang terjadi setelah dilakukan olesan. Tujuannya untuk melihat adanya sel yang

mengalami displasia sebagai salah satu metode skrining kanker serviks. Pemeriksaan ini tidak direkomendasikan pada wanita pasca menopause, karena daerah zona transisional seringkali terletak di kanalis servikalis dan tidak tampak dengan pemeriksaan inspekulo (Laras, 2009).

Tes kanker atau prakanker dianjurkan bagi semua wanita berusia 30 sampai 45 tahun. Kanker serviks menempati angka tertinggi di antara wanita berusia 40 hingga 50 tahun, sehingga tes harus dilakukan pada usia dimana lesi prakanker lebih mungkin terdeteksi, biasanya 10 sampai 20 tahun lebih awal. Wanita yang memiliki faktor risiko juga merupakan kelompok yang paling penting untuk mendapat pelayanan tes (Laras, 2009). Tes IVA dapat dilakukan kapan saja dalam siklus menstruasi, termasuk saat menstruasi, pada masa kehamilan dan saat asuhan nifas atau pasca keguguran (Laras, 2009).

6. Pengaruh Promosi Kesehatan dan Pengetahuan Terhadap Partisipasi Wanita Dalam Deteksi Dini Kanker Serviks

Partisipasi wanita dalam deteksi dini kanker serviks adalah keikutsertaan wanita secara aktif melakukan deteksi dini kanker serviks (Rachmadahniar, 2005). Sebagai upaya penanggulangan kanker yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian karena kanker, diharapkan partisipasi aktif oleh wanita sebagai ancaman kanker serviks yang menjadi penyebab kematian nomor dua dari jenis kanker yang menyerang wanita.

Keberhasilan program deteksi dini kanker serviks sangat dipengaruhi oleh partisipasi wanita (Ahdani, 2004).

B. Penelitian Yang Relevan

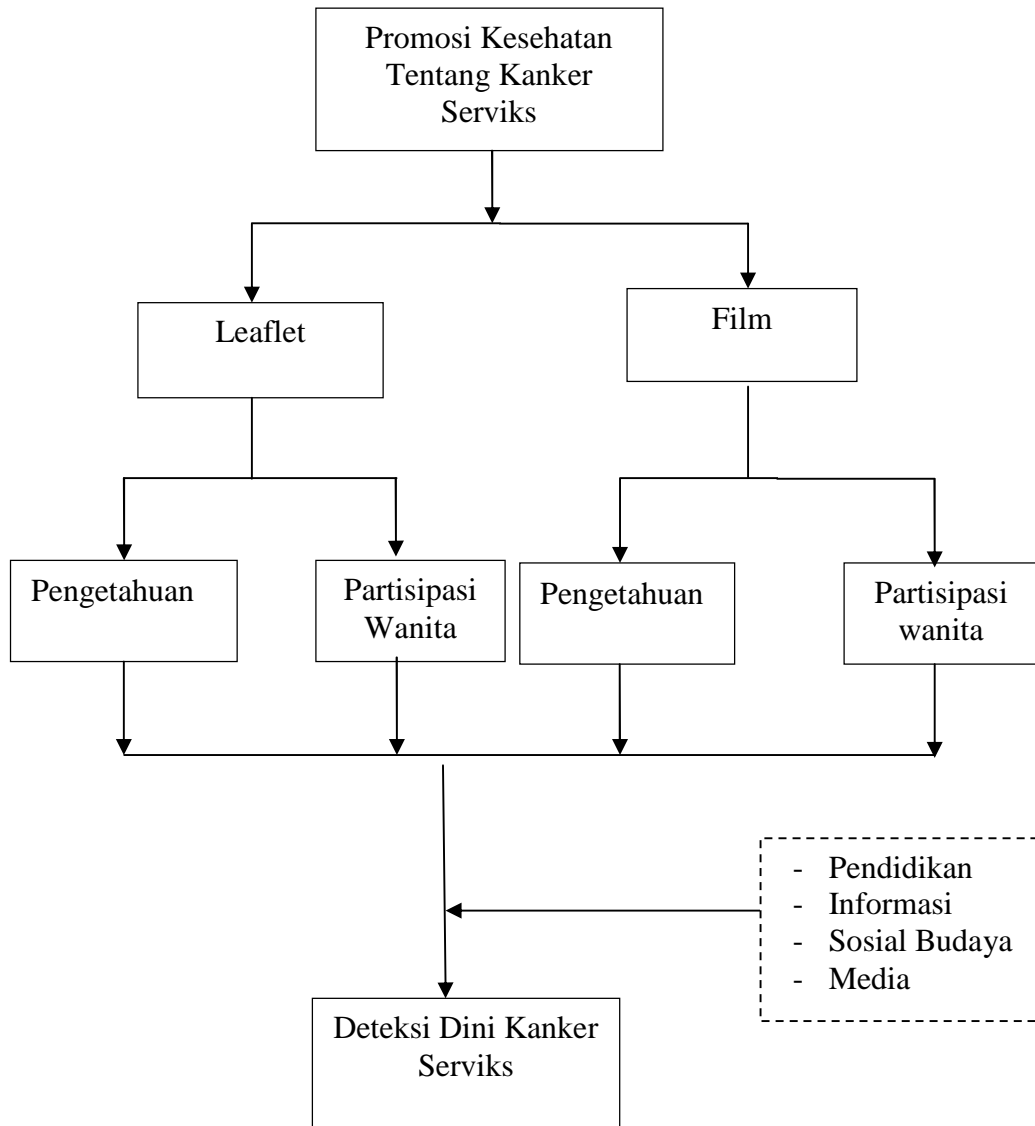
1. Behbakht *et al.*(2004) dalam penelitian berjudul *social and cultural barriers to papanicolaou test screening in an urban population* yang bertujuan menyelidiki hambatan skrining yang mungkin dialami pada masyarakat perkotaan yang mengalami kanker serviks dan menentukan apakah ada perbedaan kejadian dari faktor resiko yang dipilih dan karakteristik kultural antara wanita penderita kanker serviks yang melakukan skrining dan tidak melakukan skrining. Hasil penelitian menyatakan bahwa sikap fatalistik, kurangnya dukungan keluarga dan kurangnya informasi tentang resiko kanker serviks memiliki hubungan yang signifikan terhadap kurangnya skrining pap smear pada wanita yang mengalami kanker serviks. Perbedaan penelitian tersebut dengan penelitian ini adalah pada rancangan penelitian, variabel bebas, subjek penelitian dan lokasi penelitian. Penelitian tersebut menggunakan rancangan penelitian kasus kontrol. Selain karakteristik sosiodemografi (umur, tipe rumah sakit, etnis, bahasa yang digunakan, lama tinggal di Amerika, asuransi, pendidikan tinggi), variabel bebas dalam penelitian diatas adalah sikap fatalistik, gaya hidup, kualitas interaksi dengan petugas kesehatan, dukungan keluarga dan pengetahuan tentang pap smear. Subjek penelitian pada penelitian diatas adalah wanita yang baru didiagnosa

kanker serviks di tiga rumah sakit di California sedangkan pada penelitian ini adalah wanita yang tidak mengalami kanker serviks.

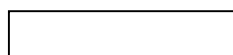
2. Penelitian oleh Dwi Yani Sulistyowati (2008) dengan judul “Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Kanker Serviks dengan Minat Pemeriksaan Pap Smear pada Ibu Usia 25-65 Tahun di Dusun Janti Depok Sleman Yogyakarta Tahun 2008”. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *survey analitik* dengan pendekatan waktu *Cross Sectional*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang kuat dan signifikan antara tingkat pengetahuan tentang kanker serviks dengan minat melakukan pap smear, ditunjukkan dengan uji statistik Kendall Tau dengan harga sebesar 0,638 dengan taraf signifikan 0,000.

C. Kerangka Berpikir

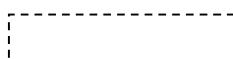
Kerangka berpikir ini adalah sebagai berikut :



Keterangan:



Variabel yang diteliti



Variabel yang tidak diteliti

Gambar 2.1. Kerangka Berpikir

Dari gambar di atas dapat dijelaskan bahwa pemberian promosi kesehatan tentang kanker serviks akan mempengaruhi pengetahuan seseorang dan partisipasi wanita dalam upaya deteksi dini kanker serviks.

D. Hipotesis

- a. Ada pengaruh promosi kesehatan dengan leaflet terhadap pengetahuan tentang kanker serviks dan partisipasi wanita dalam deteksi dini kanker serviks.
- b. Ada pengaruh promosi kesehatan dengan film terhadap pengetahuan tentang kanker serviks dan partisipasi wanita dalam deteksi dini kanker serviks.
- c. Ada perbedaan pengetahuan tentang kanker serviks dan partisipasi wanita dalam deteksi dini kanker serviks antara yang diberi promosi kesehatan dengan leaflet dan dengan film.

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kuasi eksperimen (*quasi experimental*) dengan rancangan *non-randomized pre-test-post-test group design* (Murti, 2008). Pemilihan rancangan penelitian ini dengan pertimbangan bahwa penelitian murni pada penelitian lapangan hampir tidak mungkin dan sulit untuk memenuhi kriteria alokasi perlakuan subjek secara random.

Sampel dikelompokkan menjadi dua yaitu kelompok perlakuan dan kelompok pembanding. Pada kelompok perlakuan diberikan promosi kesehatan dengan menggunakan leaflet. Pada kelompok pembanding diberikan film. Kelompok pembanding sangat penting untuk membandingkan perubahan variabel terpengaruh antara kelompok yang diberikan perlakuan dengan yang diberikan perlakuan yang berbeda.

Model rancangan penelitian ini adalah:

Kelompok diberi penyuluhan (Leaflet) 01 -----X1-----02-----03

Kelompok diberi penyuluhan (Film) 04 -----X2-----05-----06

Keterangan:

01 :Pengukuran pengetahuan ibu tentang kanker serviks sebelum perlakuan (*pre-test*) pada kelompok yang diberi promosi kesehatan leaflet.

- X1 :Perlakuan dengan memberikan promosi kesehatan leaflet tentang kanker leher rahim.
- 02 :Pengukuran pengetahuan ibu tentang kanker serviks dua minggu setelah *pre-test* (*post-test*) pada kelompok yang diberi promosi kesehatan leaflet.
- 03 :Penilaian perilaku dalam partisipasi wanita pada kelompok yang diberi promosi kesehatan leaflet.
- 04 :Pengukuran pengetahuan ibu tentang kanker serviks sebelum diberikan leaflet (*pre-test*) pada kelompok yang diberi promosi kesehatan film.
- X2 : Perlakuan dengan memberikan promosi kesehatan film tentang kanker leher rahim
- 05 :Pengukuran pengetahuan ibu tentang kanker leher rahim dua minggu setelah *pre-test* (*post-test*) pada kelompok yang diberi promosi kesehatan film.
- 06 :Penilaian perilaku dalam partisipasi wanita pada kelompok yang diberi promosi kesehatan film.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di RW 22 Mojosongo, Surakarta, Jawa Tengah dan penelitian kira-kira dilakukan mulai dari proposal sampai laporan selesai yaitu bulan November 2010 sampai Februari 2011.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu usia 20-60 tahun di Mojosoongo RW 22. Jumlah ini diperoleh berdasarkan data anggota kartu keluarga di Mojosoongo RW 22 Surakarta

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah bagian dari populasi yang terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian yang dipilih melalui sampling. Karakteristik sampel penelitian ini adalah :

- a. Wanita di RW 22 Mojosoongo Surakarta
- b. Sudah menikah dan melakukan hubungan seksual
- c. Usia ibu 20-60 tahun
- d. Pendidikan minimal SMP
- e. Bersedia menjadi responden

3. Teknik Sampling

Penentuan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *multistage cluster sampling* yaitu untuk menentukan sampel bila obyek yang akan diteliti atau sumber data sangat luas (Sugiyono, 2007).

D. Variabel penelitian

1. Variabel bebas

Variabel bebas pada penelitian ini adalah promosi kesehatan tentang kanker serviks.

2. Variabel terikat

Variabel terikat pada penelitian ini adalah:

- a. Pengetahuan
- b. Partisipasi wanita dalam deteksi dini kanker serviks.

3. Variabel pengganggu

Berikut ini yang menjadi variabel pengganggu beserta cara pengendaliannya pada penelitian ini adalah:

- a. Pendidikan adalah sebuah proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan (Meliono, 2007).
- b. Informasi adalah suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisa, dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu.
- c. Sosial ekonomi adalah pekerjaan responden untuk menunjang kehidupannya dalam rangka mencari nafkah.
- d. Media

E. Definisi Operasional

1. Variabel Bebas

Definisi	Alat Ukur	Skala Data
<p>Promosi kesehatan tentang kanker servik adalah upaya penyebar luasan dengan memberikan informasi tentang penyakit keganasan yang menyerang leher rahim perempuan secara tatap langsung kepada ibu-ibu, dengan leaflet, film, dan penyuluhan yang menggunakan metode ceramah dan tanya jawab.</p> <p>Media Promosi kesehatan adalah media yang dipakai dalam promosi kesehatan ini, yaitu:</p> <p>Film : penyampaian pesan dengan bantuan media elektronik berupa LCD yang berisi kata-kata, gambar yang bergerak dan suara</p> <p>Leaflet : penyampaian pesan dengan bantuan media cetak berupa kertas bentuk lembaran yang dapat dilipat yang berisi kata-kata dan gambar.</p>	-	Nominal

2. Variabel Terikat

Definisi	Alat Ukur	Skala Data
<p>Pengetahuan tentang kanker serviks adalah bagaimana hasil tahu dan paham tentang kanker serviks dan permasalahannya dengan batasan masalahnya adalah sebagai berikut:</p> <p>a) Pengertian kanker serviks b) Gejala kanker serviks c) Faktor risiko kanker serviks d) Deteksi dini kanker serviks</p>	<p>Kuesioner Menurut Nursalam (2008), skor yang didapatkan kemudian diklasifikasikan menjadi:</p> <p>) Baik :Jika hasil jawaban terhadap kuesioner 76 – 100 % benar) sedang: Jika hasil jawaban terhadap kuesioner 56 – 75 % benar) rendah: Jika hasil jawaban terhadap kuesioner <56 % benar</p> <p>Untuk keperluan statistik, maka : skor baik diberi nilai 3, skor sedand diberi nilai 2, skor rendah diberi nilai 1.</p>	Ordinal
<p>Partisipasi wanita dalam program deteksi dini kanker serviks adalah partisipasi nyata wanita usia subur (WUS) dalam melakukan tindakan deteksi dini kanker serviks.</p>	<p>Untuk menilai sikap dikategorikan dengan skor:</p> <p>Tinggi : skor 76%-100% Sedang : skor 56%-75 % rendah : skor < 56%</p>	Ordinal

F. Intervensi dan Instrumentasi

1. Instrumen

Alat pengumpulan data yang digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan WUS dalam penelitian ini adalah data primer yang berupa kuesioner yang diberikan kepada Ibu. Kuesioner dalam penelitian ini berbentuk *Dichotomis Choice* yaitu dalam pertanyaan disediakan 2 jawaban (benar atau salah) dan responden hanya memilih satu diantara

jawaban tersebut (Notoatmodjo, 2005). Data sekunder didapat dari data statistik kependudukan di Kelurahan Mojosongo.

Tabel. 3.1 Kisi – Kisi Pertanyaan Wawancara Terstruktur

Variabel	Sub Variabel	Sumber	Teknik	Jumlah item	Nomor Item
. Pengetahuan tentang Kanker Serviks	a. Pengertian kanker serviks	Responden	Angket	4	1 - 4
	b. Gejala kanker serviks		Angket	4	5 - 8
	c. Faktor risiko kanker serviks		Angket	6	9 - 14
	d. Deteksi dini kanker serviks		Angket	14	15 - 28
. Partisipasi Wanita dalam Program Deteksi Dini Kanker Serviks	-	Responden	Angket	10	1 – 10

Jumlah Item : 38

Agar diperoleh data yang valid dan reliabel, maka kuesioner diuji terlebih dahulu dengan uji validitas dan reliabilitas.

a. Uji Validitas

Validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrumen dalam mengumpulkan data, instrumen harusnya mengukur apa yang seharusnya diukur (Nursalam, 2008). Uji validitas ini dilakukan kepada ibu-ibu yang tidak termasuk sampel pada penelitian. Dan dalam penelitian ini menggunakan *Pearson Product Moment*, dan diolah dengan program SPSS versi 16.0.

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan:

r_{xy} = Koefisien korelasi antara variabel X dan Y

N = Jumlah subyek

$\square X$ = Skor masing-masing item

$\square Y$ = Skor total

Jika nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$ berarti valid, demikian sebaliknya. Adapun r_{tabel} untuk pengujian validitas dengan taraf kemaknaan $\alpha = 0,05$ dan sampel sebanyak $n = 20$ adalah 0,444.

Uji validitas dan reliabilitas ini dilakukan dengan 20 responden. Dari kuesioner pengetahuan 30 item pertanyaan ada 28 item yang valid, sedangkan kuesioner partisipasi dari 20 responden 13 item pertanyaan ada 10 item yang valid. Item yang tidak valid tidak dipergunakan dalam penelitian ini. Analisis butir pertanyaan kuesioner ini dengan menggunakan bantuan program *SPSS 16 for Windows*.

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap asas bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur sama (Notoatmodjo, 2002).

Pengujian pada reliabilitas y_1 dapat menggunakan rumus KR-20 yaitu dengan rumus:

$$KR - 20 = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum pq}{SD_t^2} \right)$$

Keterangan :

kn : koefisien reliabilitas seluruh tes

k : jumlah soal dalam tes

SD : simpangan baku skor-skor total tes

p : proporsi orang-orang yang lulus

q : proporsi orang-orang yang tidak lulus

Σpq : hasil tabulasi antara p dan q

Rumus Kuder-Richardson dapat diterapkan pada tes-tes yang soal-soalnya diskor benar atau salah, atau tergantung pada suatu sistem *all or none* (semua atau tidak sama sekali) lainnya. Sedangkan pengujian reliabilitas untuk y_2 dapat dilakukan dengan menggunakan rumus Alfa Cronbach, karena skor nilai multitomi yaitu dengan rumus:

$$r_{11} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_t^2} \right)$$

Keterangan :

r_{11} : Reabilitas instrumen

K : Banyaknya butir pertanyaan

$\sum \sigma_i^2$: Jumlah varian butir

σ_t^2 : Varian total

Hasil dari uji reliabilitas dari instrumen kuesioner adalah untuk Y_1 adalah 0,912. Sedangkan untuk Y_2 adalah 0,795. Sehingga dapat disimpulkan bahwa daftar pertanyaan reliabel. Kuesioner dikatakan reliabel jika harga $r > 0.7$ (Arikunto, 2006).

2. Bahan Penelitian

Bahan penelitian yaitu promosi kesehatan dengan leaflet dan film. Promosi ini menggunakan Satuan Acara Penyuluhan (SAP) berisi materi tentang kanker serviks yang dilakukan dengan metoda ceramah dan tanya jawab.

G. Teknik Analisis Data

Untuk analisa data menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test*, uji ini umumnya digunakan jika skala pengukuran datanya ordinal dan skala interval maupun rasional yang tidak memenuhi syarat untuk uji t atau uji F kategori perlakuan sama dengan dua ($P=2$) dan berpasangan (Sugiono, 2007).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. DESKRIPSI KARAKTERISTIK UMUM RESPONDEN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh promosi kesehatan tentang kanker serviks terhadap pengetahuan tentang kanker serviks dan partisipasi wanita dalam deteksi dini kanker serviks di Mojosongo RW 22 Surakarta.

Responden yang terpilih sebagai sampel adalah wanita usia subur dengan usia 20-60 tahun. Secara umum deskripsi data pribadi responden. Berdasarkan hasil pengambilan sampel dengan teknik multistate cluster sampling diperoleh sebanyak 58 responden dari jumlah 127 keseluruhan populasi Wanita Usia Subur (WUS). Secara umum deskripsi data pribadi responden terdiri dari usia, status, dan pekerjaan.

Data umum yang disajikan dalam hasil penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Umur

Distribusi frekuensi umur responden disajikan dalam tabel berikut:

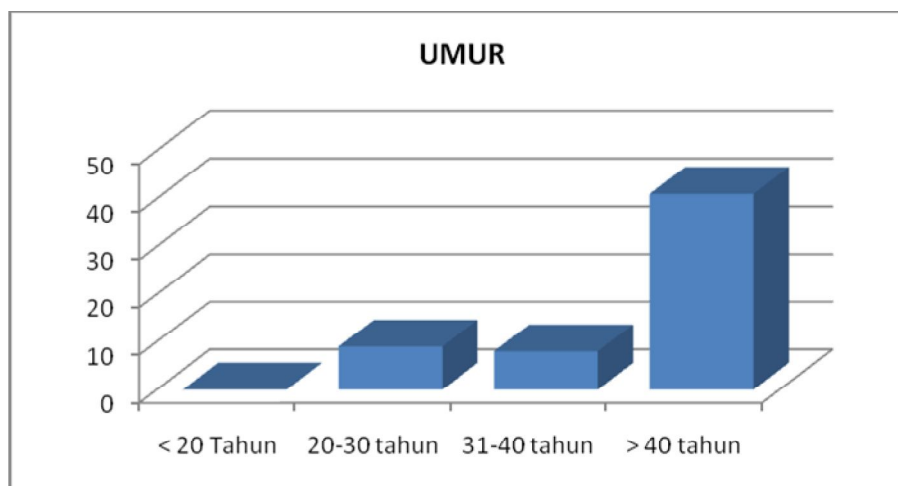
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Umur Responden

Umur	Frekuensi	Prosentase
< 20 tahun	0	0,0
20 – 30 tahun	9	15,5
31 – 40 tahun	8	13,8
> 40 tahun	41	70,7
Jumlah	58	100,0

Sumber : Pengolahan Data Primer 2011

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa sebagian besar responden berusia lebih dari 40 tahun yaitu 41 responden (70,7%).

Distribusi frekuensi tersebut juga dapat disajikan dalam bentuk diagram sebagai berikut:



Gambar 4.1 Distribusi Frekuensi Umur Responden

2. Status

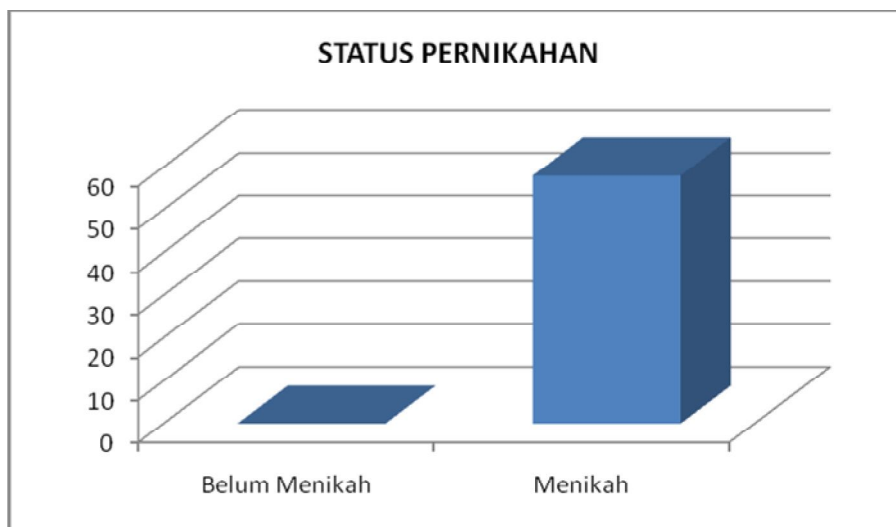
Distribusi frekuensi status responden disajikan dalam tabel berikut:

Status	Frekuensi	Prosentase
Menikah	0	0,0
Belum Menikah	58	100,0
Jumlah	58	100,0

Sumber : Pengolahan Data Primer 2011

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa seluruh responden berstatus menikah yaitu 58 orang (100,0%).

Distribusi frekuensi tersebut juga dapat disajikan dalam bentuk diagram sebagai berikut:



Gambar 4.2 Distribusi Frekuensi Status Responden

3. Pekerjaan

Distribusi frekuensi pekerjaan responden disajikan dalam tabel berikut:

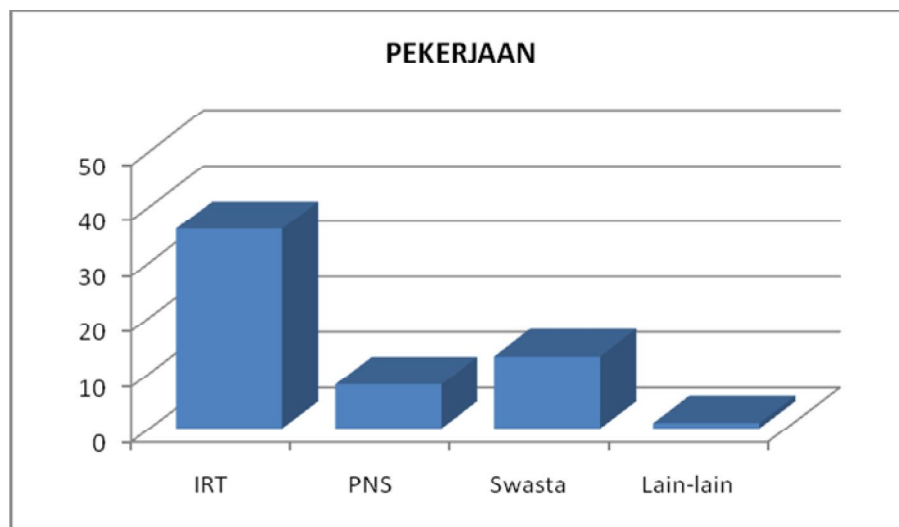
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden

Pekerjaan	Frekuensi	Prosentase
IRT	36	62,1
PNS	8	13,8
Swasta	13	22,4
Lain-lain	1	1,7
Jumlah	58	100,0

Sumber : Pengolahan Data Primer 2011

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwa sebagian besar responden sebagai ibu rumah tangga yaitu 36 responden (62,1%).

Distribusi frekuensi tersebut juga dapat disajikan dalam bentuk diagram sebagai berikut:



Gambar 4.3 Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden

B. DESKRIPSI STATISTIK DATA PENELITIAN

1. Pengetahuan

Pengetahuan responden dikelompokkan menjadi 3, yaitu pengetahuan baik, pengetahuan sedang, dan pengetahuan rendah. Pengetahuan responden baik dari kelompok penyuluhan dengan leaflet maupun dengan film diukur dua kali yaitu sebelum (pre tes) dan sesudah (pot tes) penyuluhan. Berdasarkan pengolahan data hasil penelitian diketahui bahwa pengetahuan responden baik pada kelompok penyuluhan dengan leaflet maupun pada kelompok penyuluhan dengan film secara deskriptif menunjukkan adanya peningkatan yang signifikan. Pengetahuan responden pada kelompok penyuluhan dengan leaflet sebelum penyuluhan sebagian besar dikategorikan sedang (70,0%) sedangkan sesudah penyuluhan sebagian besar dikategorikan baik (63,3%). Adapun pengetahuan responden pada kelompok penyuluhan dengan film sebelum penyuluhan sebagian besar dikategorikan cukup (92,4%) sedangkan sesudah

penyuluhan semuanya dikategorikan baik (100,0%). Distribusi frekuensi pengetahuan responden sebelum dan sesudah penyuluhan pada kelompok penyuluhan dengan leaflet dan film dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Kelompok Penyuluhan dengan Leaflet

Pengetahuan	Pre tes		Post tes	
	Frekuensi	Prosentase	Frekuensi	Prosentase
Baik	2	6,7	19	63,3
Sedang	21	70,0	11	36,7
Rendah	7	23,3	0	0,0
Jumlah	30	100,0	30	100,0

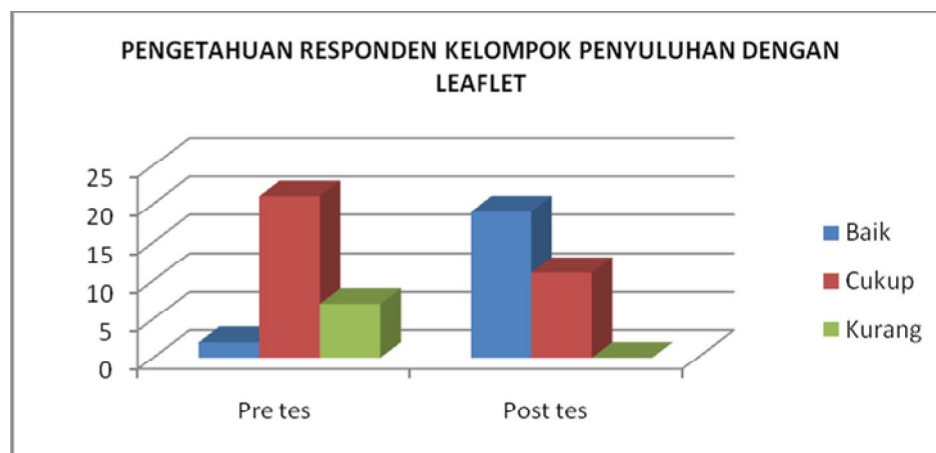
Sumber : Pengolahan Data Primer 2011

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Kelompok Penyuluhan dengan Film

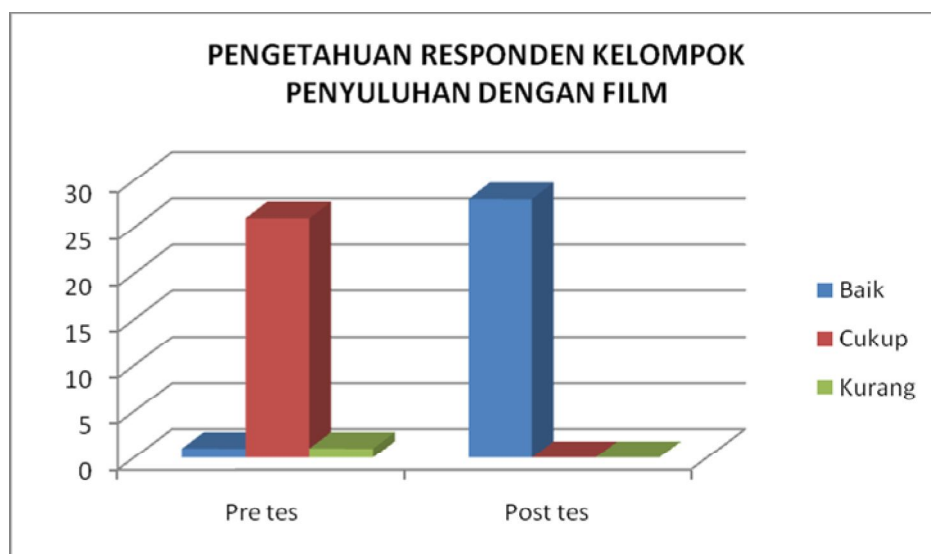
Pengetahuan	Pre tes		Post tes	
	Frekuensi	Prosentase	Frekuensi	Prosentase
Baik	1	3,6	28	100,0
Sedang	26	92,9	0	0,0
Rendah	1	3,6	0	0,0
Jumlah	28	100,0	28	100,0

Sumber : Pengolahan Data Primer 2011

Distribusi frekuensi sebagaimana terlihat pada tabel di atas dapat disajikan dalam diagram sebagai berikut:



Gambar 4.4 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Kelompok Penyuluhan dengan Leaflet



Gambar 4.5 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Kelompok Penyuluhan dengan Film

2. Partisipasi Wanita

Partisipasi responden dikelompokkan menjadi 3, yaitu partisipasi tinggi, partisipasi sedang dan partisipasi rendah. Dikategorikan tinggi bila responden jika hasil jawaban memiliki skor 76% – 100%, kategori sedang bila responden memiliki skor jawaban 56% – 75%, sedangkan kategori rendah jika responden memiliki skor jawaban < 56%. Berdasarkan pengolahan data hasil penelitian diketahui bahwa partisipasi responden baik pada kelompok penyuluhan dengan leaflet maupun pada kelompok penyuluhan dengan film secara deskriptif menunjukkan adanya peningkatan yang signifikan. Partisipasi responden pada kelompok penyuluhan dengan leaflet sebelum penyuluhan sebagian besar dikategorikan sedang (46,7%) sedangkan sesudah penyuluhan sebagian besar dikategorikan tinggi (70,0%). Adapun partisipasi responden pada kelompok penyuluhan dengan film sebelum penyuluhan sebagian besar

dikategorikan sedang (96,4%) sedangkan sesudah penyuluhan semuanya dikategorikan tinggi (100,0%). Distribusi frekuensi partisipasi responden sebelum dan sesudah penyuluhan pada kelompok penyuluhan dengan leaflet dan film dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Partisipasi Responden Kelompok Penyuluhan dengan Leaflet

Partisipasi	Pre tes		Post tes	
	Frekuensi	Prosentase	Frekuensi	Prosentase
Tinggi	7	23,3	21	70,0
Sedang	14	46,7	8	26,7
Rendah	9	30,0	1	3,3
Jumlah	30	100,0	30,0	100,0

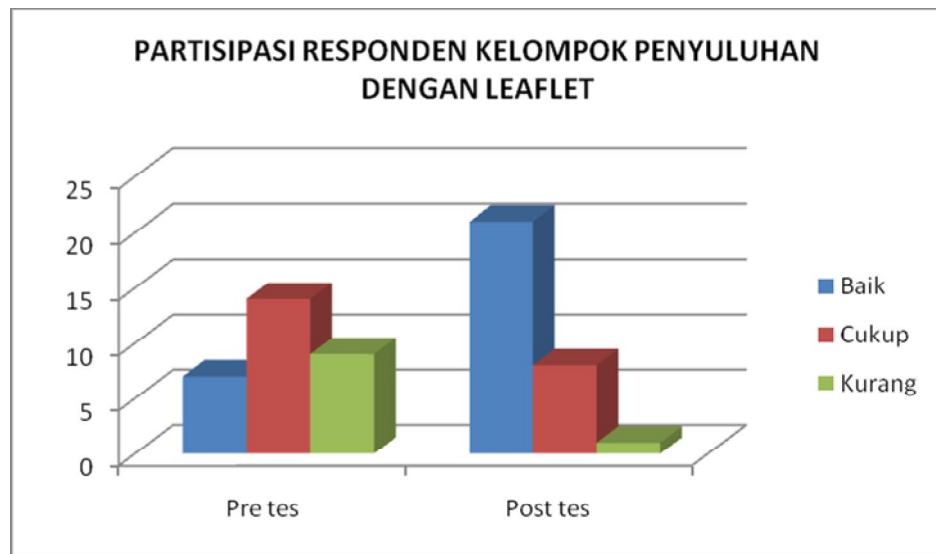
Sumber : Pengolahan Data Primer 2011

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Partisipasi Responden Kelompok Penyuluhan dengan Film

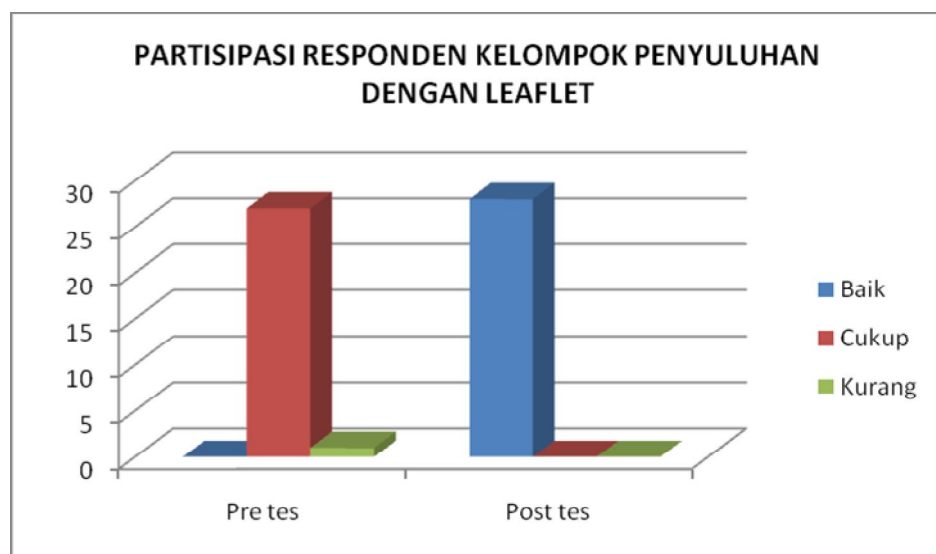
Partisipasi	Pre tes		Post tes	
	Frekuensi	Prosentase	Frekuensi	Prosentase
Tinggi	0	0,0%	28	100,0%
Sedang	27	96,4%	0	0,0%
Rendah	1	3,6%	0	0,0%
Jumlah	28	100,0	28	100,0

Sumber : Pengolahan Data Primer 2011

Distribusi frekuensi sebagaimana terlihat pada tabel di atas dapat disajikan dalam diagram sebagai berikut:



Gambar 4.6 Distribusi Frekuensi Partisipasi Responden Kelompok Penyuluhan dengan Leaflet



Gambar 4.7 Distribusi Frekuensi Partisipasi Responden Kelompok Penyuluhan dengan Film

C. UJI HIPOTESIS

Dalam penelitian ini dilakukan pengujian hipotesis mengenai ada tidaknya pengaruh promosi kesehatan terhadap pengetahuan tentang kanker serviks dan partisipasi wanita dalam deteksi dini kanker serviks. Teknik pengujian yang digunakan adalah *Wilcoxon Signed Rank Test*.

1. Perbandingan Pengetahuan dan Partisipasi Sebelum dan Sesudah Penyuluhan pada Kelompok Penyuluhan dengan Leaflet

Hipotesis yang diuji dapat dirumuskan sebagai berikut:

H_{01} : tidak ada perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah penyuluhan dengan leaflet

H_{a1} : ada perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah penyuluhan dengan leaflet

H_{02} : tidak ada perbedaan partisipasi sebelum dan sesudah penyuluhan dengan leaflet

H_{a2} : ada perbedaan partisipasi sebelum dan sesudah penyuluhan dengan leaflet

Tabel 4.8 Perbandingan Pengetahuan dan Partisipasi Sebelum dan Sesudah Penyuluhan dengan Leaflet

Posttest – Pretest	Mean Rank		Z	P
	Negative Ranks	Positive Ranks		
Pengetahuan	0,00	8,50	-4,000	0,000
Partisipasi	8,50	10,61	-3,841	0,000

Sumber : Pengolahan Data Primer 2011

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa kedua pengujian memiliki $p < 0,05$ sehingga H_{01} dan H_{02} ditolak (H_{a1} dan H_{a2} diterima). Dengan demikian disimpulkan bahwa ada perbedaan pengetahuan dan partisipasi sebelum dan sesudah penyuluhan dengan media leaflet. *Mean rank* untuk rangking positif lebih besar dibandingkan rangking negatif menunjukkan bahwa perbedaan bernilai positif. Dengan kata lain penyuluhan dengan media leaflet menyebabkan peningkatan pengetahuan dan partisipasi.

2. Perbandingan Pengetahuan dan Partisipasi Sebelum dan Sesudah Penyuluhan pada Kelompok Penyuluhan dengan Film

Hipotesis yang diuji dapat dirumuskan sebagai berikut:

H_{03} : tidak ada perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah penyuluhan dengan film

H_{a3} : ada perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah penyuluhan dengan film

H_{04} : tidak ada perbedaan partisipasi sebelum dan sesudah penyuluhan dengan film

H_{a4} : ada perbedaan partisipasi sebelum dan sesudah penyuluhan dengan film

Tabel 4.9 Perbandingan Pengetahuan dan Partisipasi Sebelum dan Sesudah Penyuluhan dengan Film

Posttest – Pretest	Mean Rank		Z	P
	Negative Ranks	Positive Ranks		
Pengetahuan	0,00	14,00	-5,112	0,000
Partisipasi	0,00	14,50	-5,209	0,000

Sumber : Pengolahan Data Primer 2011

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa kedua pengujian memiliki $p < 0,05$ sehingga H_{03} dan H_{04} ditolak (H_{a3} dan H_{a4} diterima). Dengan demikian disimpulkan bahwa ada perbedaan pengetahuan dan partisipasi sebelum dan sesudah penyuluhan dengan media film. *Mean rank* untuk rangking positif lebih besar dibandingkan rangking negatif menunjukkan bahwa perbedaan bernilai positif. Dengan kata lain penyuluhan dengan media film menyebabkan peningkatan pengetahuan dan partisipasi.

3. Perbandingan Pengetahuan dan Partisipasi antara Kelompok Penyuluhan dengan Leaflet dan Kelompok Penyuluhan dengan Film

Hipotesis yang diuji dapat dirumuskan sebagai berikut:

H_{05} : tidak ada perbedaan pengetahuan dan partisipasi sebelum penyuluhan antara kelompok penyuluhan dengan leaflet dan dengan film

H_{a5} : ada perbedaan pengetahuan dan partisipasi sebelum penyuluhan antara kelompok penyuluhan dengan leaflet dan dengan film

H_{06} : tidak ada perbedaan pengetahuan dan partisipasi sesudah penyuluhan antara kelompok penyuluhan dengan leaflet dan dengan film

H_{a6} : ada perbedaan pengetahuan dan partisipasi sesudah penyuluhan antara kelompok penyuluhan dengan leaflet dan dengan film

Tabel 4.10 Perbandingan Pengetahuan dan Partisipasi Sebelum Penyuluhan antara Kelompok Penyuluhan dengan Leaflet dan dengan Film

Pretest	Mean Rank		Z	p
	Leaflet	Film		
Pengetahuan	27,25	31,91	-1,540	0,124
Partisipasi	28,95	30,09	-0,321	0,748

Sumber : Pengolahan Data Primer 2011

Tabel 4.10 Kedua pengujian memiliki $p > 0,05$ sehingga H_{05} dan H_{06} diterima. Dengan demikian disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan pengetahuan dan partisipasi sebelum penyuluhan antara kelompok penyuluhan dengan leaflet dan dengan film. Hal ini menunjukkan bahwa sebelum diberi penyuluhan, pengetahuan dan partisipasi dari kedua kelompok sama. Oleh karena keadaan awal dari kedua kelompok sama

maka uji perbedaan terhadap hasil post tes (sesudah penyuluhan) dapat digunakan untuk mengetahui ada tidaknya perbedaan pengetahuan dan partisipasi antara kedua kelompok.

Tabel 4.11 Perbandingan Pengetahuan dan Partisipasi Sesudah Penyuluhan antara Kelompok Penyuluhan dengan Leaflet dan dengan Film

Posttest	Mean Rank		Z	p
	Leaflet	Film		
Pengetahuan	20,63	39,00	-5,112	0,000
Partisipasi	25,30	34,00	-5,209	0,000

Sumber : Pengolahan Data Primer 2011

Tabel 4.11 menunjukkan kedua pengujian memiliki $p < 0,05$ sehingga H_{05} dan H_{06} ditolak. Dengan demikian disimpulkan bahwa ada perbedaan pengetahuan dan partisipasi sesudah penyuluhan antara yang menggunakan leaflet dengan yang menggunakan film. *Mean rank* untuk kelompok yang menggunakan media film lebih besar dibandingkan untuk kelompok yang menggunakan media leaflet baik untuk pengetahuan maupun partisipasi. Hal ini menunjukkan bahwa media film mampu meningkatkan pengetahuan dan partisipasi lebih tinggi dibandingkan media leaflet.

D. PEMBAHASAN

Dari data yang diperoleh melalui kuesioner, peneliti membahas permasalahan yang ada dan membandingkan dengan penelitian terdahulu dan teori di Bab II. Pembahasan dilakukan berdasarkan hipotesis dan tujuan penelitian disertai pembahasan data umum dari segi pengetahuan dan perubahan partisipasi.

1. Data Umum

a. Usia

Berdasarkan hasil penelitian, usia ibu sebagian besar adalah usia 35-50 tahun. Menurut kategori usia ibu yang mempunyai tingkat pengetahuan baik dan melakukan pemeriksaan deteksi dini adanya kanker leher rahim adalah antara usia 35 tahun sampai dengan 45 tahun. Hal ini disebabkan adanya beberapa faktor diantaranya adalah semakin cukup umur tingkat pematangan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja, dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa akan lebih percaya dari orang yang belum dewasa (Nursalam 2001).

Ibu yang usia sudah dewasa, cukup berpengalaman dalam menjalani permasalahan hidup yang berkaitan dengan dirinya. Seorang wanita yang sudah pernah menikah dan melahirkan sudah mempunyai masalah kesehatan utamanya berkaitan kesehatan reproduksi wanita, yang pada kenyataan sekarang banyak wanita yang menderita sakit

kanker leher rahim, yang mana mereka datang sudah stadium lanjut dan tidak terdeteksi secara dini.

Setelah melihat penelitian terdahulu dapat ditarik kesimpulan bahwa lebih dari sebagian usia reproduksi mempunyai partisipasi yang rendah dalam melakukan deteksi dini kanker leher rahim. Dan juga pada penelitian yang dilakukan sdr. Kasiati Bajduri bahwa sebagian besar usia reproduksi mempunyai pengetahuan yang rendah terhadap kanker leher rahim dan cara melakukan deteksi dini kanker serviks dengan papsmear. Sehingga usia mempunyai peranan pada diri seseorang dalam menentukan pilihan dan mengambil keputusan. Semakin tinggi usia maka semakin tinggi pula daya kemampuan dalam mengambil keputusan.

b. Status Pernikahan

Pada penelitian ini semua responden sudah menikah. Menurut Leach dan Schoenberg (2007) wanita yang berstatus tidak menikah lebih sedikit kemungkinan memiliki seseorang yang mendorong mereka mencari pelayanan kesehatan termasuk melakukan skrining kanker serviks dan mungkin juga mengalami hambatan logistik yang lebih besar termasuk tidak mempunyai transportasi dan tidak adanya asuransi kesehatan, disamping itu wanita yang berstatus tidak menikah merasa tidak memerlukan skrining kanker serviks disebabkan mereka tidak melakukan aktifitas seksual. Berlawanan dengan wanita yang berstatus tidak menikah, wanita yang menikah

dan tinggal bersama dengan suami, lebih banyak memiliki sumber dukungan sosial dalam keluarga yang dapat mendorong mereka melakukan aktifitas kesehatan pencegahan. Tidak bermaknanya hubungan status pernikahan dengan perilaku skrining dalam penelitian ini kemungkinan disebabkan karena kegiatan *see and treat* ini diselenggarakan dalam kegiatan organisasi yang diikuti oleh responden dan dilakukan di tempat yang berdekatan dengan tempat tinggal responden sehingga hambatan- hambatan tersebut tidak dirasakan oleh responden.

c. Pekerjaan

Pada penelitian ini pekerjaan responden kelompok media leaflet dan film sebagian besar (62%) tidak bekerja mereka hanya sebagai ibu rumah tangga biasa.

Pekerjaan seseorang mempengaruhi penghasilan dan pendapatan. Penghasilan yang rendah akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan keluarga terhadap gizi, pendidikan dan kebutuhan lainnya (Nasrul, 1998). Namun hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Arevian *et al.* (2006) yang menemukan pada wanita yang diberikan kartu skrining gratis melakukan skrining lebih banyak dibandingkan wanita yang tidak diberikan kartu skrining gratis. Pelaksanaan skrining dengan cuma-cuma dalam kegiatan deteksi dini kanker serviks ini kemungkinan mengakibatkan status sosial ekonomi yang rendah tidak memiliki hubungan bermakna

dengan perilaku wanita tidak melakukan skrining kanker serviks, sehingga upaya-upaya pelaksanaan skrining kanker serviks secara gratis terutama pada wanita dengan status sosial ekonomi rendah akan meningkatkan praktik skrining kanker serviks.

Kanker leher rahim merupakan penyakit yang menyerang organ reproduksi wanita bagian dalam yaitu leher rahim, yang bila sudah dinyatakan positif terkena kanker akan mempengaruhi kehidupan dan kesejahteraan keluarga, mempengaruhi masa depan bangsa. Penderita kanker leher rahim biasanya datang sudah stadium lanjut dan harus memerlukan biaya pengobatan yang tidak sedikit serta waktu yang relative lama untuk mendapatkan kesembuhan, yang akhirnya lari ke pengobatan alternatif dan berakhir dengan kematian.

2. Data Penelitian

Berdasarkan hasil Wilcoxon didapatkan pada kelompok penyuluhan leaflet diperoleh kedua pengujian memiliki $p < 0,05$ sehingga H_{01} dan H_{02} ditolak. Dengan kata lain disimpulkan bahwa ada perbedaan pengetahuan dan partisipasi sebelum dan sesudah penyuluhan dengan media leaflet. *Mean rank* diperoleh *negative rank* = 8,50 dan *positive rank* = 10,61. Maka untuk rangking positif lebih besar dibandingkan rangking negatif menunjukkan bahwa perbedaan bernilai positif. Dengan kata lain penyuluhan dengan media leaflet menyebabkan peningkatan pengetahuan dan partisipasi.

Sedangkan pada kelompok penyuluhan Media film didapatkan kedua pengujian memiliki $p < 0,05$ sehingga H_{01} dan H_{02} ditolak. Dengan kata lain disimpulkan bahwa ada perbedaan pengetahuan dan partisipasi sebelum dan sesudah penyuluhan dengan media film. *Mean rank* media film diperoleh *negative rank* = 0,00 dan *positive rank* = 14, 50 untuk ranking positif lebih besar dibandingkan ranking negatif menunjukkan bahwa perbedaan bernilai positif. Dengan kata lain penyuluhan dengan media film menyebabkan peningkatan pengetahuan dan partisipasi.

Promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap *masyarakat* sehingga mereka mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh Green (cit, Notoatmodjo, 2005) bahwa promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. Promosi kesehatan dalam penelitian ini adalah tentang kanker serviks. Promosi kesehatan diberikan dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan ibu tentang kanker serviks. Pengetahuan yang diberikan meliputi pengertian dari kanker serviks. Penyebab kanker serviks, akibat kanker serviks, upaya pencegahan dan pengobatan kanker serviks. Harapan yang ingin dicapai adalah ibu dapat menerapkan pengetahuan yang dimiliki dalam perilaku hidup sehat, diantaranya dengan kesadaran

melakukan pemeriksaan dini kanker serviks dan menghindari perilaku yang dapat menyebabkan kanker serviks.

Promosi kesehatan diberikan dengan media leaflet dan media film disertai dengan tanya jawab. Menurut Laras (2009) media leaflet adalah bentuk penyampaian informasi atau pesan – pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar atau kombinasi. Promosi kesehatan dengan media film adalah gambar-hidup, juga sering disebut *movie*. Film, secara kolektif, sering disebut sinema. Sinema itu sendiri bersumber dari kata kinematik atau gerak. Metode leaflet dan film ini efektif untuk memberikan informasi yang merupakan bagian dari media pendidikan kesehatan yaitu suatu usaha untuk membantu individu atau kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan (perilaku) nya untuk mencapai kesehatan optimal.

Promosi kesehatan dengan leaflet dan film juga disertai dengan tanya jawab dimana peserta mempunyai kesempatan untuk bertanya tentang materi yang belum dipahaminya. Hal ini akan membuat responden lebih memahami materi yang diberikan. Pemberian promosi kesehatan dengan leaflet tentang kanker serviks dengan metode penyuluhan merupakan suatu proses belajar untuk mengembangkan pengertian yang benar dan sikap yang positif terhadap kesehatan. Promosi kesehatan dengan leaflet dan film tentang kanker serviks dapat meningkatkan pengetahuan responden tentang kanker serviks. Pada akhirnya responden yang diberi

promosi kesehatan dengan leaflet dan film dapat melakukan apa yang dianjurkan dalam promosi kesehatan tersebut. Meliono (2007) menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang mengenai kesehatan, semakin menyadarkan seseorang untuk berperilaku hidup sehat termasuk partisipasi wanita dalam program deteksi dini kanker serviks. Tingkatan pengetahuan ketiga yang tercakup dalam domain kognitif yaitu aplikasi (*application*) yang diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Partisipasi wanita dalam program deteksi dini kanker serviks merupakan suatu bentuk dari aplikasi (*application*) dalam tingkat pengetahuan tentang kanker serviks.

Menurut WHO, salah satu strategi perubahan perilaku adalah pemberian informasi. Dengan memberikan informasi tentang kanker serviks dan bahayanya, maka didapatkan pengetahuan yang akan mempengaruhi sikap seseorang. Sikap yang positif menyebabkan wanita berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya, dalam hal ini adalah partisipasi wanita dalam program deteksi dini kanker serviks (Laras, 2009).

Dengan pengetahuan yang tinggi dimiliki seseorang tentang deteksi dini baik dengan IVA maupun Pap Smear maka seseorang tersebut akan mengetahui lebih jauh tujuan pentingnya deteksi dini kanker serviks. Sehingga mereka akan melakukannya. Dan dengan terbatasnya pengetahuan maka seseorang tersebut tidak akan melakukan deteksi dini

kanker serviks sehingga beresiko lebih besar terkena kanker serviks dibanding yang mengetahui dan melakukan deteksi dini. Pengetahuan ibu tentang kanker leher rahim merupakan pengetahuan yang baru bagi mereka yang belum pernah mendengar dan mengetahuinya. Pengetahuan seseorang terhadap obyek tertentu sangatlah memegang peranan bagaimana orang tersebut mengambil keputusan terutama yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi seorang wanita.

Pada penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Dwi, dikatakan bahwa terdapat motivasi yang tinggi terhadap deteksi dini kanker serviks dengan adanya pengetahuan yang tinggi. Dan oleh Darnindro (2007) yang juga menemukan hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan sikap responden terhadap Pap Smear.

Pada penelitian ini, menunjukkan bahwa dengan dilakukan intervensi akan menambah tingkat pengetahuan seseorang terhadap suatu obyek tertentu yaitu kanker serviks dan cara melakukan deteksi dini. Pengetahuan seseorang tidak akan bisa bertambah dan berkembang tanpa adanya penambahan baik melalui media leaflet ataupun media film.

E. KETERBATASAN

1. Keterbatasan tempat pelaksanaan yang sempit pada saat promosi kesehatan sehingga banyak ibu yang tidak konsentrasi saat mengikuti promosi kesehatan.

2. Keterbatasan waktu, dikarenakan tidak ada tindak lanjut setelah pemberian promosi kesehatan sehingga penyampaian materi belum maksimal.

BAB V

KESIMPULAN, IMPLIKASI DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Promosi kesehatan dengan leaflet ada pengaruh untuk meningkatkan pengetahuan tentang kanker serviks dan partisipasi wanita dalam deteksi dini kanker serviks di Mojosongo RW 22 Surakarta.
2. Promosi kesehatan dengan film ada pengaruh untuk meningkatkan pengetahuan tentang kanker serviks dan partisipasi wanita dalam deteksi dini kanker serviks di Mojosongo RW 22 Surakarta .
3. Promosi kesehatan dengan film lebih efektif secara signifikan dibanding metode promosi kesehatan leaflet untuk meningkatkan pengetahuan tentang kanker serviks dan partisipasi wanita dalam deteksi dini kanker serviks di Mojosongo RW 22 Surakarta .

B. Implikasi

Berdasarkan pada kesimpulan yang menyatakan bahwa promosi kesehatan dengan leaflet dan film lebih efektif untuk meningkatkan pengetahuan tentang kanker serviks dan partisipasi wanita dalam deteksi dini kanker serviks, maka sudah seharusnya pemerintah terutama dinas kesehatan dan puskesmas lebih menyediakan fasilitas-fasilitas deteksi dini

kanker serviks yang murah dan mudah dijangkau oleh semua kalangan terutama bagi wanita yang berumur 35 tahun atau lebih dengan memanfaatkan semua sarana kesehatan yang ada dan dengan adanya program gratis dari pemerintah baik di puskesmas maupun di rumah sakit terdekat. Wanita yang ingin melakukan pemeriksaan deteksi dini adanya kanker serviks tidak perlu lagi mengeluarkan biaya mahal. Karena terbukti bahwa deteksi dini kanker serviks dapat dilakukan dengan memberi pemahaman pada masyarakat tentang bahayanya kanker serviks dan disadarinya oleh ibu bahwa lebih baik mencegah daripada mengobati setelah ditemukan penyakit. Bila seorang wanita sudah mempunyai kesadaran tentang pentingnya hal tersebut maka akan timbul perubahan perilaku partisipasi yang baik sehingga dengan sendirinya seorang wanita akan melakukan pemeriksaan deteksi dini adanya kanker servik.

C. Saran

1. Bagi Pemerintah, khususnya Dinas Kesehatan diharapkan dapat menerapkan promosi kesehatan dengan leaflet dan film dalam upaya deteksi dini kanker serviks, karena telah terbukti lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan perubahan perilaku partisipasi wanita.
2. Bagi Dinas Kesehatan perlu menyediakan fasilitas-fasilitas deteksi dini kanker serviks yang murah dengan adanya program gratis dan mudah dijangkau oleh semua kalangan

terutama bagi wanita yang berumur 35 tahun atau lebih dengan memanfaatkan semua sarana kesehatan yang ada.

3. Diharapkan juga bagi peneliti untuk dapat mengembangkan materi promosi kesehatan dengan leaflet dan film perlu dirancang sedemikian rupa untuk meningkatkan kesadaran masyarakat bahwa orang yang tidak memiliki riwayat keluarga menderita kanker juga memiliki potensi menderita kanker serviks.
4. Bagi peneliti diharapkan dapat memperbaiki teknik penelitian, misalnya pengambilan area sampel yang lebih luas tidak hanya satu kecamatan dan satu RW untuk promosi kesehatan tentang deteksi dini kanker serviks.
5. Diharapkan kepada peneliti untuk dapat mengkaji dan meneliti lebih lanjut tentang upaya deteksi dini kanker serviks dengan metode-metode lain selain promosi kesehatan selain leaflet dan film.
6. Promosi kesehatan sebaiknya dilakukan lebih dari dua kali dan dilakukan deteksi dini kanker serviks dengan pemeriksaan Iva tes dan Pap Smear.