

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan (*empowerment*) berasal dari kata *power* (kekuasaan atau keberdayaan). Pemberdayaan bersentuhan dengan kemampuan untuk membuat orang lain melakukan sesuatu yang diharapkan, yang belum tentu sesuai dengan keinginannya. Menurut Ife & Tesoriero (2014) pemberdayaan adalah proses membantu kelompok dan individu yang kurang beruntung untuk bersaing secara lebih efektif dengan kepentingan lain, dengan membantu mereka untuk belajar dan menggunakannya dalam lobi, menggunakan media, terlibat dalam aksi politik, memahami bagaimana “bekerja sistem”.

Konsep pemberdayaan (*empowerment*) sebagai upaya memberikan otonomi, wewenang, dan kepercayaan kepada setiap individu dalam suatu organisasi, serta mendorong mereka untuk kreatif agar dapat menyelesaikan tugasnya sebaik mungkin. Kata pemberdayaan terjemahan dari istilah *empowerment* secara teksikal berarti penguatan. Pemberdayaan sebagai suatu bantuan transformatif yaitu bantuan yang membuat orang menerimanya menjadi berubah ke arah yang lebih baik melalui upayanya sendiri (Padangaran, 2011). Pemberdayaan mempunyai arti membangkitkan sumber daya, kesempatan, pengetahuan, dan keterampilan untuk meningkatkan kapasitas masyarakat dalam menentukan dan mengembangkan dirinya secara ekonomis (Subekti *et al.*, 2018).

Pemberdayaan adalah suatu kegiatan yang berkesinambungan dinamis secara sinergis mendorong keterlibatan semua potensi yang ada. Pemberdayaan adalah meningkatkan kekuasaan atas mereka yang kurang beruntung (*empowerment aims to increase the power of disadvantage*) (Ife & Tesoriero, 2014). Menurut Lowe (1995) dalam Mulyawan (2016)

pemberdayaan adalah suatu proses sebagai hasil bahwa setiap individu memiliki otonomi, motivasi, dan keterampilan yang diperlukan untuk melakukan pekerjaan mereka dengan cara yang memberi mereka rasa memiliki dan pemenuhan untuk mencapai tujuan bersama.

Pemberdayaan adalah proses sebagai akibat dari individu memiliki otonomi, motivasi dan keterampilan yang diperlukan untuk melaksanakan pekerjaan dalam satu cara yang memberikan rasa kepemilikan dan pemenuhan bilamana tujuan-tujuan bersama organisasi. Pemberdayaan adalah sebagai suatu “proses” yang menunjuk pada serangkaian tindakan yang dilakukan secara kronologis sistematis yang mencerminkan tahapan untuk mengubah pihak yang kurang atau belum berdaya menuju keberdayaan. Menurut Permenkes RI nomor 8 tahun 2019 pemberdayaan adalah upaya untuk memberikan daya (*empowerment*) atau kekuatan pada masyarakat (Kemenkes, 2019).

Menurut Koentjaraningrat (2009) yang dimaksud masyarakat adalah sekumpulan manusia yang saling bergaul, dalam istilah ilmiah adalah saling berinteraksi. Suatu kesatuan manusia dapat mempunyai prasarana melalui warga-warganya yang saling berinteraksi. Definisi lain, masyarakat adalah kesatuan hidup manusia yang berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat tertentu yang bersifat kontinu, dan yang terikat oleh suatu rasa identitas bersama. Kontinuitas merupakan kesatuan masyarakat yang memiliki keempat ciri yaitu: (1) Interaksi antar warga-warganya, (2) Adat istiadat, (3) Kontinuitas waktu dan (4) Rasa identitas kuat yang mengikat semua warga. Masyarakat merupakan kelompok sosial yang memiliki potensi yang dapat menggunakan kemampuan dirinya dalam mengembangkan berbagai potensi yang dapat memberikan nilai tambah dalam kehidupannya (Kartika, 2015).

Pemberdayaan masyarakat adalah upaya untuk memandirikan masyarakat melalui perwujudan potensi kemampuan yang mereka miliki. Adapun pemberdayaan masyarakat senantiasa menyangkut dua kelompok yang saling terkait, yaitu masyarakat sebagai pihak yang

diberdayakan dan pihak yang menaruh kepedulian sebagai pihak yang memberdayakan (Subekti, 2018). Sejalan dengan Sutoro (2010) pemberdayaan sebagai proses mengembangkan, memandirikan menswadayakan, memperkuat posisi tawar menawar masyarakat yang berada di lapisan bawah terhadap kekuatan-kekuatan yang menekan di segala sektor kehidupan.

Proses pemberdayaan masyarakat diarahkan pada pengembangan sumberdaya manusia dengan penciptaan peluang berusaha yang sesuai dengan keinginan masyarakat. Konsep pemberdayaan masyarakat mencakup pengertian *community development* (pembangunan masyarakat) dan *community-based development* (pembangunan yang bertumpu pada masyarakat) dan tahap selanjutnya muncul istilah pembangunan yang digerakkan masyarakat (Sukandarrumidi, 2007). Pemberdayaan masyarakat merupakan upaya untuk memberikan daya (*empowerment*) atau penguatan (*strengthening*) kepada segenap masyarakat. Pemberdayaan dapat didefinisikan sebagai suatu sistem kepercayaan, mengacu pada kemampuan untuk membuat keputusan, akses informasi, dan menggunakan sumber daya sosial dan internal (McAllister *et al.*, 2008), atau sebagai sistem kepercayaan yang memungkinkan orang untuk mencapai tujuan mereka secara independent. Upaya pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan pembangunan masyarakat (Wijaya, 2008).

Pembangunan masyarakat adalah perubahan dari bawah, karena masyarakat lebih tahu yang mereka butuhkan dan memenuhi kebutuhannya dan tidak bergantung pada pihak lain. Pengembangan masyarakat (Wijaya, 2008) dilakukan dari masyarakat, oleh masyarakat dan untuk masyarakat. Pembangunan masyarakat merupakan proses yang dilakukan dengan sengaja untuk mencapai kondisi yang lebih baik. Menurut Mardikanto (2010) program pemberdayaan masyarakat adalah program yang disusun oleh masyarakat, menjawab kebutuhan dasar masyarakat, mendukung *commit to user* keterlibatan kelompok marjinal, dibangun dari

sumber daya lokal, sensitif terhadap nilai-nilai budaya lokal, memperhatikan dampak lingkungan, tidak menciptakan ketergantungan melibatkan berbagai pihak serta berkelanjutan. Pemberdayaan masyarakat merupakan memampukan dan memandirikan masyarakat yang harus terarah, ditujukan kepada yang memerlukan, mengikutsertakan dan dilaksanakan oleh masyarakat yang menjadi sasaran program, menggunakan pendekatan kelompok (Kuswandoro, 2016).

Menurut Permendagri RI No. 1 tahun 2013 pemberdayaan masyarakat merupakan strategi dan upaya dalam pembangunan masyarakat untuk mewujudkan masyarakat agar mampu dan mandiri dalam kehidupan bermasyarakat berbangsa dan bernegara. Sedangkan proses pemberdayaan masyarakat mencakup identifikasi permasalahan dan menggali sumberdaya dan potensi yang dimiliki masyarakat, memilih dan mengambil keputusan untuk menentukan alternatif dalam menyelesaikan masalah, melaksanakan tindakan dalam menyelesaikan masalah dengan melibatkan masyarakat dalam evaluasi tindakan yang telah dilakukan (Ife & Tesoriero, 2014). Menurut Labonte & Laverack (2008) pemberdayaan masyarakat melibatkan beberapa komponen yaitu pemberdayaan individu, mengembangkan kelompok kecil, mengorganisir masyarakat, kemitraan dengan berbagai pihak, kegiatan sosial, dan mencakup aspek politik. Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat mempunyai cakupan yang cukup luas. Masyarakat sebagai subyek pemberdayaan dan pembangunan perlu difasilitasi, dicarikan solusi dan strategi dalam pemberdayaan dan pembangunan masyarakat.

Pemberdayaan masyarakat setidaknya membutuhkan enam tahapan yang perlu dilalui untuk mewujudkan *change from below* (Ife & Tesoriero, 2014) yaitu; (1) Mengidentifikasi proses dan hasil, (2) Mengintegrasikan dalam proses, (3) Meningkatkan kesadaran masyarakat, (4) Mengutamakan partisipasi sebagai bagian dari demokrasi, (5) Membangun kerja sama dengan bergagai unsur yang ada di masyarakat, *commit to user*

dan (6) Melakukan *community building*. Langkah-langkah dalam pemberdayaan masyarakat dilaksanakan secara sistematis, sebagai berikut: (1) Mendisain seluruh program, (2) Pada tahap perencanaan perlu menyusun dan menetapkan tujuan, (3) Memilih strategi pemberdayaan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan (4) Melakukan implementasi terhadap strategi dan manajemen. Berbagai cara dapat dilakukan dengan cara, yaitu meningkatkan peran serta pemangku kepentingan (*stakeholder*), melakukan pengenalan masalah, melibatkan tokoh-tokoh masyarakat sebagai pemimpin lokal, membangun struktur organisasi yang ada agar lebih berperan, meningkatkan sumber daya dan memobilisasi dengan optimal, melakukan kontrol terhadap *stakeholder* terhadap manajemen program, dan menyusun hubungan yang setara dengan eksternal (5) Melakukan evaluasi program yang telah disusun, dan (6) Membuat rencana tindak lanjut program yang telah dilakukan.

Sesuai dengan penjelasan yang telah diuraikan maka yang dimaksud dengan pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitasi bukan karena instruksi tapi atas dasar kesadaran, untuk meningkatkan pengetahuan dan potensi masyarakat, agar mampu mengenal masalah yang dihadapi, kekuatan atau kemampuan yang dimiliki, menyusun rencana tindakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan kemampuan dan potensi yang dimiliki disekitarnya. Hasil akhir dari pemberdayaan adalah beralihnya fungsi individu yang semula objek menjadi subjek (yang baru), sehingga relasi sosial yang nantinya hanya akan dicirikan dengan relasi sosial antar subyek dengan subyek lain (Ife & Tesoriero, 2014).

Untuk mencapai kesehatan, pemberdayaan masyarakat merupakan unsur utama yang tidak bisa diabaikan. Pemberdayaan (*empowerment*) masyarakat sangat penting untuk dilakukan agar masyarakat memiliki kemauan dan kemampuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah suatu

upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri. Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan adalah upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran kemauan dan kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan (Supardan, 2013). Pemberdayaan kesehatan (*health empowerment*), sadar kesehatan (*health literacy*), dan promosi kesehatan (*health promotion*) diletakkan dalam kerangka pendekatan yang komprehensif.

2. Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No 8 tahun 2019, sebagian besar sumber daya pembangunan nasional di Indonesia merupakan partisipasi masyarakat. Pemberdayaan masyarakat/pelibatan masyarakat atas dasar gotong royong merupakan tradisi masyarakat Indonesia yang perlu dilestarikan. Perilaku dari masyarakat merupakan faktor kunci penyebab timbulnya masalah kesehatan, sehingga masyarakat sendiri yang harus dapat mengatasi masalah tersebut dengan fasilitasi dari para tokoh masyarakat formal maupun non formal. Upaya mengatasi masalah kesehatan yang semakin kompleks di masyarakat, pemerintah memiliki sumber daya yang terbatas, sedangkan masyarakat memiliki kapasitas yang cukup luas untuk dimobilisasi dalam kegiatan preventif di bidangnya. Potensi masyarakat meliputi *community leadership, community organization, community financing, community material, community knowledge, community technology, community decision making process*, sebagai upaya peningkatan kesehatan dan mengoptimalkan potensi yang dimiliki masyarakat. Upaya pencegahan lebih efisien dan efektif dibandingkan dengan upaya pengobatan, dan masyarakat juga dapat melakukan kegiatan pemberdayaan masyarakat terutama dengan melakukan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan menurut WHO (2011) suatu proses membuat masyarakat mampu meningkatkan kendali

diri atas keputusan dan tindakan yang mempengaruhi kesehatan masyarakat. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2019 pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan adalah proses untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan individu, keluarga serta masyarakat untuk berperan aktif dalam upaya kesehatan yang dilaksanakan dengan cara fasilitasi proses pemecahan masalah melalui pendekatan edukatif dan partisipatif serta memperhatikan kebutuhan potensi dan sosial budaya setempat. Pemberdayaan di bidang kesehatan masyarakat adalah mekanisme berkelanjutan di mana target/klien dan komunitas yang termotivasi harus terlibat (berpartisipasi) secara aktif dalam kegiatan dan layanan kesehatan. Keterlibatan dan kolaborasi masyarakat dan fasilitator (pemerintah, LSM) dalam pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan, pemantauan kegiatan dan program kesehatan serta nilai partisipasi mereka dalam pembangunan program kesehatan dilihat dari perspektif pembangunan kesehatan, partisipasi komunitas akan dapat memperoleh manfaat untuk kemandirian masyarakat.

Upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) merupakan wahana pemberdayaan masyarakat yang dihasilkan atas dasar kebutuhan masyarakat, dijalankan oleh, dari, untuk dan bersama masyarakat, melalui sektor dan instansi terkait lainnya, dengan bimbingan dari petugas Puskesmas. Mekanisme pemberdayaan kelompok sangat erat kaitannya dengan pengaruh internal dan eksternal yang saling berkaitan dan memiliki dampak yang sinergis dan kompleks. Pendampingan merupakan salah satu variabel eksternal dalam proses pemberdayaan kelompok yang secara sinergis dan dinamis saling berpengaruh. Faktor eksternal yang berpengaruh dalam proses pemberdayaan masyarakat salah satunya adalah peran fasilitator untuk melakukan pendampingan dalam pemberdayaan masyarakat.

Prinsip pemberdayaan masyarakat di bidang Kesehatan (Permenkes No 65, 2013) adalah: (1) Dilaksanakan atas dasar kesukarelaan dan ada

interaksi seseorang dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat, boleh terjadi karena paksaan, tetapi harus berdasarkan kesadaran itu sendiri dan motivasinya untuk meningkatkan dan memecahkan masalah hidup yang dirasakan, (2) Otonomi, yaitu kemampuan untuk mandiri atau melepaskan diri dari ketergantungan yang dimiliki oleh setiap individu, kelompok maupun lembaga lain, (3) Kemandirian, artinya, kemampuan untuk melakukan kegiatan dengan aman tanpa menunggu atau mendukung bantuan eksternal, (4) Partisipatif, yaitu kehadiran semua pemangku kepentingan dalam pengambilan keputusan, persiapan, pelaksanaan, penilaian, dan penggunaan hasil kegiatan mereka, (5) *Equalitarian*, yang menempatkan semua pihak atas dasar yang sama, setara, sederajat, tidak ada yang dibesarkan dan tidak ada yang dipermalukan, (6) Demokratis, yang memberikan hak untuk menyampaikan pandangannya kepada semua pihak, dan menyampaikan pendapatnya, dan saling menghormati pendapat maupun perbedaan di antara sesama stake holder, (7) Keterbukaan, berdasarkan keadilan, rasa saling percaya dan perhatian satu sama lain, (8) Kebersamaan, bertukar emosi, saling mendukung dan menciptakan sinergi, (9) Transparansi, yang dapat dibayar oleh perusahaan dan patuh terhadap pengawasan, dan (10) Desentralisasi yang mengatur kewenangan setiap daerah otonom (kabupaten dan kota) untuk memaksimalkan modal kesehatan masyarakat untuk kemakmuran dan keberlanjutan pertumbuhan kesehatan secara maksimal.

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan didasarkan pada: (1) Prinsip penghormatan yang meliputi: kearifan lokal, keterampilan lokal, budaya lokal, proses lokal, dan sumber daya lokal, (2) Prinsip ekologi, yang meliputi: keterkaitan, keanekaragaman, keseimbangan, keberlanjutan, dan (3) Prinsip keadilan sosial dan hak asasi manusia yang tidak merugikan dan selalu memberikan manfaat bagi semua pihak (Permenkes No 65, 2013).

commit to user

Keberhasilan kegiatan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan perlu dievaluasi. Evaluasi kegiatan memiliki beberapa model yang dapat digunakan untuk melihat efektifitas sebuah kegiatan. Salah satunya adalah *logic model* yang merupakan sebuah visualisasi keterkaitan antara layanan yang diharapkan dan hasil yang diinginkan. *Logic model* adalah suatu gambaran yang sistematis mengenai teori perubahan, yang merupakan studi kumulatif dari keterkaitan antara aktifitas, *outcomes* dan konteks, atau untuk melihat bagaimana dan mengapa sebuah program bekerja (Knowlton & Philips, 2009). *logic model* menjabarkan hubungan logis antar tiap komponen, biasanya ditandai dengan hubungan kausalitas (sebab-akibat).

3. Promosi Kesehatan

World Health Organization (2011) mendefinisikan promosi kesehatan sebagai “*the process of enabling people to control over and improve their health*”. Definisi tersebut diartikan menjadi: “Proses pemberdayaan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya”. Dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan adalah proses yang mendorong masyarakat untuk melakukan kontrol terhadap kesehatannya melalui upaya promotif, preventif dan upaya kuratif untuk mencapai hidup sehat sebagai gaya hidup.

Promosi kesehatan juga merupakan suatu upaya pendekatan yang direncanakan kepada suatu populasi agar terjadinya perubahan perilaku baru tetapi juga untuk dapat mempertahankan perilaku sehat yang sebelumnya telah dilakukan sehingga dapat meningkatkan kesehatannya baik individu, kelompok maupun masyarakat, dengan adanya pemberian informasi kesehatan dalam promosi kesehatan ini diharapkan terjadi peningkatan pengetahuan sehingga diharapkan terjadinya perubahan sikap dan perilaku (Shah *et al.*, 2016).

Promosi kesehatan dilakukan sebagai upaya agar dapat meningkatkan pengetahuan dan merubah sikap serta perilaku sehingga terjadinya perubahan gaya hidup menuju lebih positif dalam upaya

meningkatkan kesehatan individu atau masyarakat itu sendiri (Kumar & Preetha, 2012). Promosi kesehatan merupakan suatu upaya yang diarahkan untuk meningkatkan kualitas kesehatan dan kesejahteraan individu, keluarga kelompok, komunitas dan atau negara melalui strategi yang melibatkan lingkungan yang mendukung, koordinasi dari segala sumber daya yang dibutuhkan dan penghormatan terhadap pilihan dan nilai pribadi (Mavile & Carolina, 2008).

Promosi kesehatan mencakup aspek perilaku, yaitu upaya membangkitkan motivasi dan mendorong seseorang atau masyarakat untuk berperilaku memelihara dan meningkatkan kesehatan secara mandiri. Green & Kreuter (2005) dalam Harahap (2016) menggunakan istilah pendidikan kesehatan (*health education*) untuk salah satu kegiatan promosi kesehatan.

Promosi kesehatan merupakan upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat agar mereka mampu menolong dirinya sendiri dengan berperilaku mencegah timbulnya masalah kesehatan, memelihara, meningkatkan derajat kesehatan serta mampu berperilaku mengatasi kesehatan yang dimilikinya. Hal ini tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 tahun 2019 tentang strategi promosi kesehatan.

Menurut Konferensi Internasional di Ottawa Canada (1986) dalam Susilowati (2016) promosi kesehatan merupakan proses yang memungkinkan individu untuk mengendalikan dan memperbaiki kesehatannya. Individu atau masyarakat harus mampu merealisasikan tujuan, memenuhi kebutuhan, dan mampu mengubah atau menyesuaikan diri dengan lingkungannya guna mencapai kesehatan jasmani, rohani, dan sosial yang sempurna. Upaya promosi kesehatan diharapkan masyarakat mampu melakukan perilaku kesehatan, baik berupa pencegahan dan pemeliharaan, perilaku memilih dan memperbaiki lingkungan serta perilaku dalam menggunakan layanan kesehatan.

Pada promosi kesehatan terdapat beberapa unsur untuk mencapai tujuan yang diharapkan antara lain: input, proses dan output. Input adalah sasaran pendidikan dan pendidik pelaku kesehatan. Proses merupakan upaya yang direncanakan, sedangkan output adalah hasil dari perilaku kesehatan yang diharapkan (Notoatmodjo, 2017).

Tujuan promosi kesehatan adalah untuk menurunkan kerentanan individu atau populasi untuk terhindar dari penyakit atau disfungsi dengan cara mendorong individu atau kelompok untuk dapat lebih sadar dalam meningkatkan kesehatan agar lebih optimal (WHO, 2018).

Kegiatan promosi kesehatan berdasarkan tujuannya dapat terbagi menjadi tiga yaitu berdasarkan tujuan jangka panjang, menengah dan pendek. Tujuan jangka panjang dari dilakukannya promosi kesehatan adalah terjadinya perubahan status atau derajat kesehatan menjadi lebih optimal. Tujuan jangka menengah yaitu dapat terwujudnya perilaku hidup sehat pada populasi target. Tujuan jangka pendek dari promosi kesehatan adalah terciptanya pengetahuan/pengertian, sikap dan norma sehingga dapat berperilaku hidup sehat (Nurmala *et.al.*, 2018).

Promosi kesehatan bermanfaat untuk merubah perilaku atau kebiasaan masyarakat. Promosi kesehatan dapat dilakukan secara individu (*face to face*) maupun secara kelompok dengan menggunakan bahasa tulisan seperti *leaflet* atau lembar balik yang dilakukan oleh petugas kesehatan kepada pasien/klien/individu. Faktor yang mempengaruhi tingkah laku individu atau masyarakat terhadap kesehatan antara lain: status sosial, usia, status pendidikan dan jenis kelamin (Nurmala *et al.*, 2018).

Proses promosi kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan secara lisan dipandang tidak efektif dalam perubahan perilaku yang diinginkan individu, karena bukan hanya informasi lisan yang diinginkan individu untuk menarik minat terkait informasi yang diberikan petugas kesehatan. Kegiatan promosi kesehatan sebagai sarana menyampaikan informasi, diperlukan inovasi *commit to user* penggabungan metode antara lisan dan

tulisan untuk menarik individu selama promosi kesehatan. Seorang pemberi informasi kesehatan harus kompeten, tidak menghakimi, *up to date* dan fleksibel terhadap setiap individu. Selain itu promosi kesehatan dengan cara kelompok lebih strategis dan menghasilkan banyak informasi yang diinginkan individu (Jradi & Otaiby, 2013).

Kegiatan promosi Kesehatan merupakan upaya meningkatkan Kesehatan masyarakat yang dikelola oleh Kementerian kesehatan RI. Beberapa direktorat yang ada di kementerian Kesehatan, diantaranya Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat yang mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria, dan pemberian bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi, dan pelaporan dibidang promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan, (Kemenkes 2018). Salah satu sub Direktorat Komunikasi, Informasi dan Edukasi Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan penyiapan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria, dan pemberian bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi, dan pelaporan dibidang komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan. Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 244, Subdirektorat Komunikasi, Informasi, dan Edukasi Kesehatan menyelenggarakan fungsi: (1) Penyiapan bahan perumusan kebijakan di bidang strategi komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan dan penyebarluasan informasi Kesehatan, (2) Penyiapan bahan pelaksanaan kebijakan di bidang strategi komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan dan penyebarluasan informasi Kesehatan, (3) Penyiapan bahan penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang strategi komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan dan penyebarluasan informasi Kesehatan, (4) Penyiapan bahan bimbingan teknis dan supervisi di bidang strategi komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan dan penyebarluasan informasi Kesehatan, dan (5) Pemantauan, evaluasi,

pelaporan di bidang strategi komunikasi, informasi, edukasi kesehatan dan penyebarluasan informasi kesehatan.

Subdirektorat komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan terdiri atas seksi strategi komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan dan seksi penyebarluasan informasi kesehatan. Tugas dari seksi strategi komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan adalah melakukan penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria, dan pemberian bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang strategi komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan. Seksi penyebarluasan informasi kesehatan mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria, dan pemberian bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang penyebarluasan informasi kesehatan.

Merubah perilaku kesehatan dapat dilakukan melalui promosi kesehatan oleh petugas kesehatan yang menjadi salah satu faktor penguat atau pendorong terjadinya perubahan perilaku. Promosi kesehatan adalah upaya penguatan kapasitas masyarakat untuk mempengaruhi pengaruh kesehatan dengan cara belajar tentang, oleh, dengan, dan bersama kelompok sehingga derajat kesehatannya dapat dipertahankan dan ditingkatkan. Promosi kesehatan tidak hanya menyadarkan masyarakat atau meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan namun terdapat usaha untuk merubah perilaku masyarakat (Susilowati, 2016). Upaya meningkatkan kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat, petugas kesehatan berkewajiban melakukan promosi kesehatan tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 tahun 2019 tentang strategi promosi kesehatan.

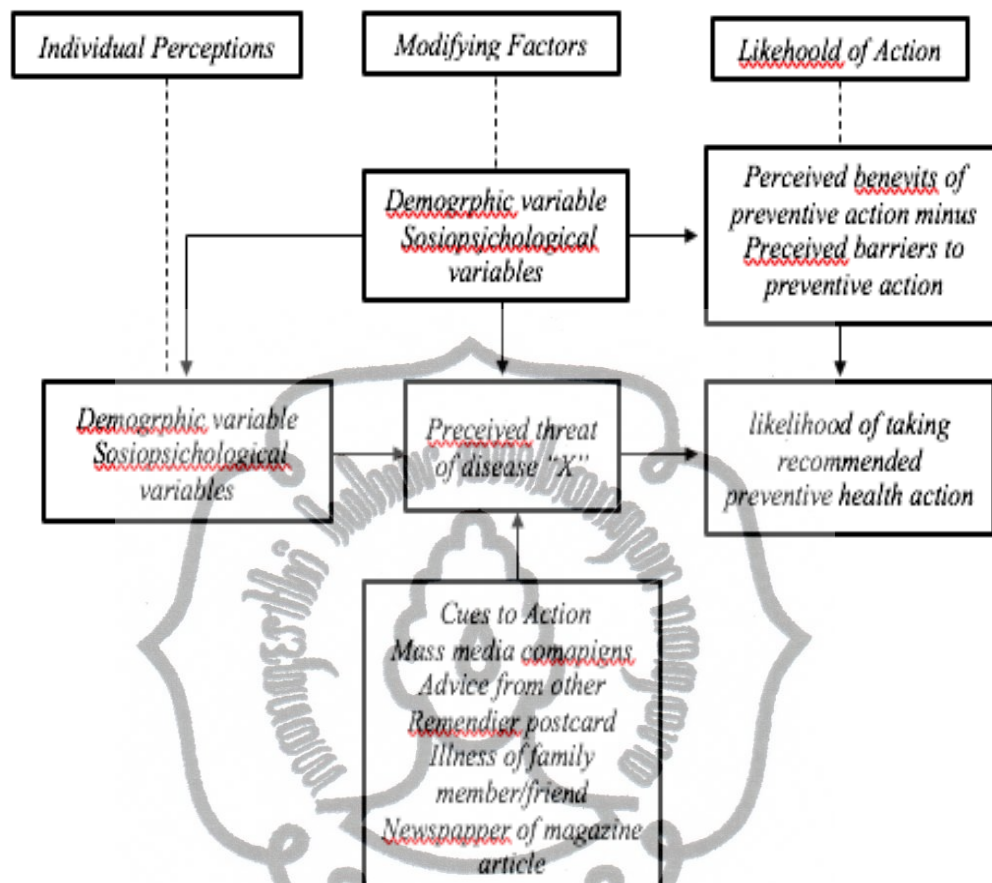
Promosi kesehatan mencakup pendidikan kesehatan karena tujuan akhir promosi kesehatan adalah pemberdayaan masyarakat untuk mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Untuk mengubah,

menumbuhkan dan mengembangkan perilaku sehat diperlukan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan salah satu komponen promosi kesehatan (Susilowati, 2016). Pendidikan kesehatan berfungsi menumbuhkan kesadaran terhadap hal-hal yang dapat merugikan kesehatan diri dan yang diikuti keterlibatan masyarakat untuk melakukan upaya pencegahan (Kumar & Preetha, 2012).

Pendidikan kesehatan merupakan upaya pemberian pengetahuan, sikap tentang kesehatan kepada individu, kelompok maupun masyarakat yang ditekankan pada terjadinya perubahan perilaku. Fokus *health education* adalah pada perubahan perilaku bukan hanya pada peningkatan pengetahuan saja. Adapun cakupan pendidikan kesehatan itu sendiri meliputi aspek *knowledge* (pengetahuan), *attitude* (sikap) dan *practice* (perilaku) yang dijelaskan sebagai berikut: (1) Pengetahuan (*knowledge*) adalah kapasitas intelektual yang dihubungkan dengan melihat dan merasakan realitas, kebenaran atau penciptaan prinsip. Kesadaran adalah pengenalan akan sesuatu secara objektif oleh seseorang dengan menggunakan panca indera. Pakpahan (2017) mengemukakan bahwa untuk membangkitkan sikap dan tindakan seseorang, informasi merupakan bidang yang sangat penting. (2) Sikap adalah keyakinan dan perasaan intrinsik seseorang tentang suatu objek dan kecenderungan untuk berperilaku dengan cara tertentu terhadap objek tersebut (Azwar, 2010). Menurut WHO (2011), sikap merupakan pencerminan rasa senang dan tidak senang seseorang terhadap sesuatu. Sikap merupakan bentuk reaksi perasaan terhadap objek sebagai perasaan mendukung (*favourable*) ataupun tidak mendukung (*unfavourable*). Dapat disimpulkan bahwa sikap merupakan perasaan yang muncul dari diri seseorang karena adanya stimulus dan (3) Perilaku (*human behavior*) adalah tindakan atau reaksi seseorang terhadap rangsangan atau stimulus yang berasal dari lingkungan. Respon atau reaksi seseorang dapat bersifat aktif dalam bentuk tindakan nyata maupun pasif berupa pengetahuan dan sikap (Notoatmodjo, 2017).

Green & Kreuter (20015) dalam Harahap (2016) mengelompokkan 3 faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang yaitu: (1) *Predisposing factors* yaitu faktor yang mendasar yang mendorong timbulnya perilaku. Faktor-faktor tersebut meliputi persepsi dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, adat istiadat, dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan lain-lain (Harahap, 2016). (2) *Enabling factors*, yaitu faktor pemungkin, merupakan pendukung perubahan perilaku. Faktor-faktor pemungkin berupa adanya sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan yang dapat digunakan masyarakat (Harahap, 2016) dan (3) *Reinforcing factors*, yaitu faktor yang dapat mendorong kesinambungan perubahan perilaku. Faktor-faktor ini tercermin dalam sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, para petugas kesehatan yang dapat menjadi *role model* bagi masyarakat (Harahap, 2016).

Kemm J & Close A, Kemm & Closs (1995) dalam (Orji *et al.*, 2012) dalam *Health Promotion Theory and Practice* mengemukakan pendapat tentang *Health Belief Model (HBM)* bahwa perilaku kesehatan ditentukan oleh persepsi individu terhadap masalah kesehatan yang dihadapi. Ada empat faktor yang berhubungan dengan HBM, yaitu: (1) Adanya kesadaran individu terhadap kerentanan pada dirinya, (2) Masalah yang dihadapi dirasakan cukup serius, (3) Adanya keyakinan terhadap upaya pencegahan atau pengobatan yang dilakukan, dan (4) Tersedia layanan kesehatan atau bantuan (Kemm & Close (1995) dalam (Orji *et al.*, (2012)) Berikut gambar *Health Belief Model (HBM)* yang dimaksud:



Gambar 2. 1 *Health Belief Model Adapted from Kemm & Close (1995)*
dalam (Orji *et al.*, 2012)

Pada kegiatan promosi kesehatan terdapat beberapa unsur yang terlibat dalam suatu sistem yang saling berpengaruh. Unsur-unsur yang dimaksud adalah keluarga atau orang yang terdekat, tokoh masyarakat formal atau non formal termasuk kader kesehatan, layanan kesehatan termasuk tenaga kesehatan dan pemangku kebijakan. Hasil akhir yang diharapkan dari kegiatan pemberdayaan masyarakat adalah perubahan dalam bentuk meningkatnya pengetahuan, sikap positif dan perubahan perilaku untuk bersedia melakukan deteksi dini kanker serviks uteri.

Perilaku (*human behavior*) merupakan aksi atau respon individu terhadap rangsangan yang berasal dari lingkungan. Respon atau reaksi seseorang dapat bersifat aktif dalam bentuk tindakan nyata maupun pasif

berupa pengetahuan dan sikap (Notoatmodjo, 2017). WHO (2011) menilai ada empat penjelasan utama tentang apa yang menyebabkan seseorang bertindak, yaitu: (1) Pikiran dan perasaan yang melibatkan kesadaran, keyakinan, dan sikap, (2) Individu penting sebagai sumber, (3) Modal berupa waktu, uang, tenaga kerja, ketrampilan dan pelayanan berupa fasilitas, efek sumber daya mungkin positif atau negatif pada tindakan, dan (4) Kebudayaan berupa tingkah laku normal, kebiasaan sehari-hari, kepercayaan, dan penyediaan alat-alat dalam masyarakat yang mampu menghasilkan pola hidup yang positif.

Promosi kesehatan dalam deteksi dini kanker serviks uteri adalah upaya yang dilakukan untuk meminimalisir atau mengurangi risiko kanker serviks uteri dengan cara mendeteksi kanker serviks uteri secara dini. Inisiatif tersebut dapat dicapai dengan memberikan informasi tentang bagaimana menjaga kehidupan yang lebih sehat, pencegahan dan pemeliharaan, sambil menumbuhkan kesadaran akan hal itu. Selain itu, informasi yang didapat dapat meningkatkan kesadaran dan menginspirasi masyarakat untuk bertindak (Notoatmodjo, 2017). Salah satu perilaku yang diharapkan, yaitu dengan menerapkan upaya deteksi dini kanker serviks uteri sesuai pengetahuan yang dimilikinya.

Target sasaran dalam promosi kesehatan difokuskan pada kondisi kesehatan dari populasi sehingga pemberian perlakuan dapat sesuai dengan kebutuhan atau sasaran dari permasalahan yang diangkat. Pendekatan promosi kesehatan berbasis populasi dapat dibagi menjadi empat kelompok yaitu: (1) Populasi pada masyarakat yang sehat maka pendekatan yang dilakukan dapat berupa promosi tentang hidup sehat, (2) Populasi pada masyarakat dengan faktor risiko dapat dilakukan berupa promosi kesehatan disertai dengan deteksi dini, (3) Populasi pada masyarakat yang memiliki gejala/symtoms dapat dilakukan pemberian treatment, dan (4) Populasi dengan penyakit yang telah ada maka dapat dilakukan pengobatan (Kumar & Preetha, 2012).

Sasaran dari kegiatan promosi kesehatan secara umum ada tiga yaitu sasaran primer, sekunder dan tersier yaitu (1) Sasaran primer (utama) adalah mereka yang diharapkan menerima perilaku baru, (2) Sasaran sekunder adalah (antara) mereka yang dapat mempengaruhi sasaran primer, dan (3) Sasaran tersier (penunjang) adalah mereka yang berpengaruh terhadap keberhasilan kegiatan promosi kesehatan (Susilowati, 2016).

Pendekatan yang dilakukan dalam pelaksanaan promosi kesehatan terdapat tiga jenis sasaran yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 tahun 2019 tentang strategi promosi Kesehatan yaitu: sasaran primer adalah pasien, individu sehat atau keluarga sebagai komponen dasar suatu masyarakat. Dengan adanya promosi kesehatan pada tahapan primer diharapkan dapat merubah pengetahuan, sikap dan perilaku menjadi lebih sehat. Sasaran Sekunder adalah para pemuka masyarakat, baik pemuka informal (misalnya pemuka adat, pemuka agama dan lain-lain) maupun pemuka formal (misalnya petugas kesehatan, pejabat pemerintahan dan lain-lain), organisasi kemasyarakatan dan media massa. Promosi kesehatan ke sasaran sekunder ini bertujuan untuk dapat mempengaruhi masyarakat dengan cara melihat perubahan perilaku dan himbauan yang dilakukan oleh orang yang dianggap berpengaruh pada lingkungan tersebut. Sasaran Tersier adalah para pembuat kebijakan publik yang berupa peraturan perundang-undangan dibidang kesehatan dan bidang-bidang lain yang berkaitan, serta mereka yang dapat memfasilitasi atau menyediakan sumber daya yang dibutuhkan terkait peningkatan kesehatan masyarakat.

Upaya pencegahan suatu penyakit dapat dibagi menjadi tiga cara yaitu secara primer, sekunder dan tersier (Kumar & Preetha, 2012). Pencegahan primer dapat dilakukan dengan promosi kesehatan, pencegahan secara primer merupakan tahapan paling awal yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk tercapainya kesejahteraan kesehatan sesuai dengan tujuan dari promosi kesehatan sendiri yaitu bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku kearah

lebih positif. Pencegahan sekunder dapat dilakukan dengan cara deteksi dini sebagai upaya dalam pengurangan risiko suatu penyakit dan layanan pencegahan dalam pengobatan integratif. Pencegahan tersier dapat dilakukan dengan meningkatkan kualitas hidup, meningkatkan fungsi tubuh, pembatasan kecacatan atau kematian yang dilakukan dengan rehabilitasi atau menggunakan vitamin atau vaksin.

1. Hubungan Promosi Kesehatan dengan Perubahan Perilaku

Pengetahuan merupakan suatu hasil mengingat yang merupakan hasil dari suatu pengamatan pada suatu objek baik secara sengaja maupun tidak sengaja dengan penggunaan dari panca indra (Mubarak *et al.*, 2007). Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, seperti penglihatan, pendengaran, perasa, penciuman dan peraba. Namun sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari indra penglihatan dan pendengaran. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam bentuk tindakan seseorang (*Over behavior*) (Efendi dan makhfudli, 2009).

Tingkatan pengetahuan menurut Bloom dalam Notoatmodjo, (2017) ada enam tingkatan yaitu: (1) Tahu (*know*) diartikan sebagai mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkatan ini adalah mengingat kembali (*Recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh karena itu, tahu ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang lebih rendah. Kata kerja untuk mengukur seseorang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya. (2) Memahami (*Comprehension*) diartikan sebagai kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar, tentang objek yang dilakukan dengan menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. (3) Aplikasi

(*Application*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *riil* (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. (4) Analisis (*Analysis*) 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. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya. (5) Sintesis (*Synthesis*) adalah menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada, dan (6) Evaluasi (*Evaluation*) berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengetahuan individu sangat diperlukan untuk menunjang perubahan perilaku positif. Berdasarkan penelitian Dewanti *et al.*, (2015) menunjukkan bahwa promosi kesehatan dengan media *leaflet* dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan pengobatan antihipertensi berhubungan secara signifikan dalam peningkatan *self efficacy* dan pengetahuan responden dengan $p < 0,05$.

Promosi kesehatan dapat merubah sikap dari negatif kearah positif. Menurut Azwar (2010) bahwa sikap merupakan suatu reaksi evaluatif yang disukai atau tidak disukai terhadap sesuatu atau seseorang, menunjukkan kepercayaan, perasaan atau kecenderungan seseorang dalam menanggapi atau menilai sesuatu yang ada. Sikap merupakan respon atau reaksi yang masih tertutup oleh seseorang terhadap suatu rangsangan atau objek. Sikap dengan jelas menunjukkan konotasi respons terhadap rangsangan yang ada dalam kehidupan sehari-hari. Sikap bukanlah

tindakan, tetapi sikap merupakan faktor predisposisi untuk perubahan respon dari bentuk emosional menuju ke perilaku (Efendi & Makhfudli, 2009). Sikap dapat diartikan sebagai suatu kecenderungan untuk bertindak. Sikap merupakan suatu tingkah laku yang dipelajari, artinya terbentuknya sikap berawal dari proses belajar. Pengalaman belajar seseorang akan membentuk atau mengubah sikapnya terhadap objek-objek tertentu (Susilo, 2011).

Sikap diperoleh dari suatu proses belajar berhubungan dengan lingkungan sosial, yaitu dimulai dari individu mendapatkan informasi, menginternalisasi sikap dan perilaku yang baru dari orang lain. Sikap dibentuk melalui empat macam pembelajaran (Sharma *et al.*, 2014): (1) Pengkondisian klasik (*classical conditioning: learning based on association*). Proses pembelajaran akan terjadi apabila suatu stimulus atau stimulus sering kali disertai dengan stimulus lain, sehingga stimulus pertama menjadi isyarat adanya stimulus kedua. Proses pembelajaran ini merupakan proses pembelajaran yang diawali dengan rangsangan/stimulasi sejak awal. (2) Pengkondisian instrumental (*instrumental conditioning*). Proses pembelajaran terjadi ketika suatu perilaku mendatangkan hasil yang menyenangkan bagi seseorang, maka perilaku tersebut akan kembali diulang. Sebaliknya, bila perilaku mendatangkan hasil yang tidak menyenangkan maka perilaku tersebut akan dihindari. (3) Belajar melalui pengamatan (*observational learning, learning by example*). Proses pembelajaran dengan mengamati perilaku orang lain, kemudian dijadikan sebagai contoh untuk diikuti dalam perilaku sehari-hari dan (4) Perbandingan sosial (*social comparison*). Proses pembelajaran dengan membandingkan orang lain untuk mengecek apakah benar atau salah.

Tingkatan sikap dalam domain afektif ada empat (Notoatmodjo, 2017) yaitu: (1) Menerima (*Receiving*), menerima diartikan bahwa seseorang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek), (2) Merespon (*Responding*), respon artinya adanya umpan balik secara dua arah baik dari penerima dan penyampai informasi, (3)

Menghargai (*Valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah secara bersama-sama dan mengambil keputusan berdasarkan hasil dari diskusi yang dilakukan, dan (4) Bertanggung jawab (*Responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilih dengan segala risiko yang ada.

Media sebagai alat dalam melakukan promosi kesehatan dapat efektif dalam mengubah sikap seseorang, terutama bila media yang digunakan dilengkapi dengan adanya interaksi langsung. Perubahan sikap yang terjadi merupakan hasil dari pengetahuan yang didapatkan sehingga dapat menyebabkan terjadinya perubahan perilaku hidup sehat. Dikatakan ada perubahan sikap jika hasil dari penilaian terhadap sikap baru didapatkan adanya perbedaan nilai yang lebih baik dibandingkan penilaian sikap sebelumnya.

Motivasi adalah usaha untuk bertindak atau bertingkah laku pada manusia (Syah, 2012), pengertian yang mendasar dari motivasi adalah keadaan tubuh yang sehat yang memungkinkan untuk dapat melakukan sesuatu yang diinginkan. Pada pengertian ini motivasi berarti pemasok (*energizer*) untuk bertingkah laku secara terarah. Istilah motivasi menunjuk kepada semua gejala yang terkandung dalam stimulasi tindakan ke arah tujuan tertentu dimana sebelumnya tidak ada gerakan menuju ke arah tujuan tersebut. Motivasi dapat berupa dorongan-dorongan dasar atau internal dan insentif dari luar individu atau hadiah. Motivasi merupakan interaksi antara perilaku dan lingkungan sehingga sehingga dapat meningkatkan, menurunkan atau mempertahankan perilaku (Luthan, 2011). Menurut Hasibuan (2010) ada dua jenis motivasi, yaitu motivasi positif dan motivasi negatif. Motivasi Positif dengan cara memberikan reward atas prestasi yang dicapai. Alat motivasi (daya perangsang) yang diberikan dapat berupa motivasi Negatif (Insentif Negatif) dalam bentuk hukuman jika seseorang tidak dapat menyelesaikan tanggungjawab yang diberikan.

Untuk berperilaku sehat diperlukan tiga hal (Albarracin *et al.*, 2014) yaitu: pengetahuan yang tepat, motivasi dan ketrampilan untuk berperilaku sehat. Jika seseorang tidak punya ketrampilan untuk memunculkan perilaku sehat maka mengalami *skill deficits*. Cara untuk memperbaiki atau meningkatkan dengan cara perbaikan melalui pelatihan. Jika seseorang memiliki pengetahuan dan ketrampilan tetapi tidak punya motivasi maka seseorang mengalami *performance deficits*. Cara untuk memperbaiki dengan pemberian *reward and punishment*. Perubahan perilaku membutuhkan motivasi dan proses secara berkelanjutan dan perlu dukungan lingkungan.

Perilaku kesehatan dicirikan sebagai reaksi seseorang terhadap rangsangan atau hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan, penyakit dan faktor yang mempengaruhi kesehatan, seperti lingkungan atau layanan, dengan kata lain semua perilaku atau aktivitas yang dapat diukur dan diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) yang berhubungan dengan upaya preventif dan promotive atau peningkatan kesejahteraan. Pemeliharaan kesehatan memerlukan pencegahan atau perlindungan diri terhadap penyakit untuk mempertahankan status kesehatan dan mencari pengobatan sesuai dengan kebutuhan atau penyakit yang dialami.

Perubahan perilaku dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor (Green & Kreuter dalam Harahap, 2016) yaitu: (1) Faktor pendorong atau predisposisi (*predisposing factors*), yaitu faktor yang dapat mempengaruhi dari individu, kelompok, keluarga atau masyarakat untuk berubah yang mencakup pengetahuan, sikap, nilai, dan persepsi. (2) Faktor pendukung untuk mendorong perubahan perilaku (*enabling factors*), yaitu faktor yang dapat mendukung timbulnya perubahan perilaku seperti lingkungan fisik dan sumber-sumber yang ada di masyarakat dalam bentuk sarana, prasarana dan fasilitas, dan (3) Faktor penguat (*reinforcing factors*), yaitu faktor-faktor penguat atau mendorong seseorang untuk berperilaku, yang

commit to user

berasal dari lingkungan bisa dari keluarga, tenaga kesehatan dan pemangku kebijakan yang dapat mendukung perubahan perilaku individu.

Proses atau tahapan terjadinya perubahan perilaku dalam diri seseorang terjadi dalam lima tahapan (Rogers, 1974 dalam Notoatmodjo, 2017) yaitu: (1) *Awareness* (kesadaran) yaitu seseorang atau individu tersebut menyadari adanya informasi baru yang dapat meningkatkan derajat kesehatannya. (2) *Interest* (tertarik) yaitu seseorang mulai tertarik untuk mengetahui lebih lanjut mengenai manfaat dari informasi yang sebelumnya telah didapatkan sehingga akan mencari sendiri informasi yang dibutuhkannya. (3) *Evaluation* (evaluasi), pada tahapan ini seseorang mulai menilai dengan mempertimbangkan dari berbagai sudut tentang informasi yang telah didapatkan. (4) *Trial* (mencoba) yaitu seseorang mulai mencoba melakukan dengan mempertimbangkan untung dan ruginya terhadap tindakan yang dilakukan, dan (5) *Adoption* (adopsi), pada tahapan ini seseorang atau individu telah yakin atau telah menerima bahwa informasi baru yang telah didapatkan memberi keuntungan atau manfaat bagi dirinya dan akan menjadi kebutuhan dalam meningkatkan kualitas kesehatannya.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesadaran individu sedemikian rupa sehingga perilakunya dapat dipengaruhi oleh perolehan dari rangsangan (Rinto & Budiman, 2013) yaitu: (1) Pendidikan adalah upaya membangun kepribadian dan keterampilan baik formal maupun nonformal di dalam dan di luar sekolah yang berlangsung sepanjang hayat. Pendidikan adalah metode untuk meningkatkan sikap dan perilaku individu atau komunitas dan organisasi dan upaya mendewasakan seseorang. Kesadaran sangat erat kaitannya dengan pendidikan, sehingga diharapkan seseorang juga memiliki pengetahuan yang lebih luas dengan pendidikan yang lebih tinggi (Rinto & Budiman, 2013). Pendidikan dapat diartikan nasehat yang diberikan seseorang kepada orang lain agar dapat memahaminya. Status pendidikan seorang mempengaruhi penerimaan pengetahuan dan nilai-nilai yang diperoleh. (2) Usia mempengaruhi

kapasitas persepsi dan mentalitas seseorang. Semakin bertambah usia seseorang, semakin tinggi pemahaman dan sikapnya sehingga pengetahuan yang diperoleh semakin meningkat dan menjadi lebih baik. (Rinto & Budiman, 2013). Bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis. Perubahan dalam fisik secara garis besar adanya perubahan ukuran, proporsi, hilangnya ciri-ciri lama dan tumbuhnya ciri baru sedangkan umur kaitannya dengan pengetahuan berhubungan dengan psikologis seseorang pada aspek psikologis atau mental akan semakin matang dan dewasa pada tahapan umur tertentu. (3) Pengalaman dapat menjadi sumber pengetahuan dan perbaikan sikap merupakan cara memperoleh realitas pengetahuan dengan mengulang-ulang pengetahuan yang telah dipelajari dalam memecahkan masalah masa lalu. Pengalaman merupakan sesuatu yang telah dipelajari oleh orang lain yang dapat meningkatkan pemahaman tentang sesuatu yang biasa (Kapti *et al.*, 2010). (4) Status ekonomi individu akan menentukan ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan untuk kegiatan tersebut, sehingga status sosial ekonomi individu akan mempengaruhi pengalaman individu dalam memperoleh informasi (Kapti *et al.*, 2010) dan (5) Informasi yang diperoleh baik dari Pendidikan formal maupun nonformal akan dapat memiliki efek jangka pendek yang mengakibatkan perubahan atau peningkatan pengetahuan dan sikap. Berkembang pesatnya teknologi dan informasi yang mudah diakses mengakibatkan tersedianya berbagai media massa yang dapat dengan mudah diakses. (Kapti *et al.*, 2010) Informasi adalah sesuatu yang dapat dipahami dan, berdasarkan Undang-Undang Teknologi Informasi, dapat mengumpulkan, merencanakan, menyimpan, memanipulasi, mencetak, menganalisis, dan menyebarkan informasi untuk tujuan tertentu. Sumber informasi juga mempengaruhi keahlian. Informasi adalah bagian penting dari kehidupan manusia, dan seseorang dapat membuat atau membuat keputusan dengan pengetahuan. Sumber informasi juga mempengaruhi pengetahuan dan bagian penting dari kehidupan manusia, dan seseorang dapat membuat atau membuat

keputusan dengan pengetahuan. Upaya pencegahan penyakit, informasi merupakan aspek esensial dari proses pemahaman yang membutuhkan detail tentang apa yang terjadi padanya. Informasi kesehatan yang andal dan tepat sangat penting diberikan kepada semua orang (Rinto & Budiman, 2013).

Promosi kesehatan bermanfaat untuk merubah perilaku atau kebiasaan masyarakat. Kebiasaan atau perubahan perilaku dapat terbentuk selama lebih 21 hari (Maxwel, 1960 dalam Lally *et al.*, 2009), variasi lainnya 28 hari. Promosi kesehatan dapat dilakukan secara individu (*face to face*) maupun secara kelompok dengan menggunakan bahasa tulisan seperti *leaflet* atau lembar balik yang dilakukan oleh petugas kesehatan kepada pasien. Faktor yang mempengaruhi tingkah laku individu atau masyarakat terhadap kesehatan antara lain: status sosial, usia, tingkat pendidikan dan jenis kelamin. Logan *et al.*, (2007) dalam penelitiannya di Toronto menjelaskan bahwa promosi kesehatan dapat diberikan melalui media promosi yang berdampak pada perubahan perilaku pasien dalam melakukan pengukuran tekanan darah dengan $p < 0,001$.

Strategi promosi kesehatan adalah rencana umum yang mencakup aktivitas dalam kegiatan promosi kesehatan untuk mendorong individu atau masyarakat agar mampu mengontrol dan meningkatkan kesehatan. Untuk mewujudkan tujuan dari promosi kesehatan diperlukan suatu strategi yang baik. Strategi merupakan cara yang digunakan dalam mencapai apa yang diinginkan dalam proses promosi kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatan (Nurmala *et al.*, 2018).

Strategi promosi kesehatan menurut “Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 tahun 2015” adalah (1) Pemberdayaan Masyarakat: Tujuan pemberdayaan masyarakat adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kapasitas individu, keluarga dan kelompok masyarakat dalam arti peduli dan berperan aktif dalam berbagai program kesehatan untuk menopang dan meningkatkan kesehatannya. Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan membina proses pemecahan masalah

melalui pendekatan instruksional dan partisipatif. Pemberdayaan masyarakat dilaksanakan dengan memperhatikan kebutuhan masyarakat, potensi lokal dan sosial budaya. (2) Advokasi: Advokasi dilakukan oleh pengambil keputusan dan pemangku kepentingan dengan tujuan mendapatkan bantuan berupa kebijakan dan layanan yang diperlukan untuk meningkatkan kesehatan. Hasil advokasi di semua level pemerintahan dapat diinformasikan dan dijadikan bahan untuk advokasi bersama di level pemerintahan lainnya dan (3) Kemitraan: Aliansi dibentuk untuk mempromosikan pemberdayaan masyarakat dan aktivis dengan tujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Kemitraan diperkenalkan atas dasar konsep minat, kepentingan dan kebutuhan bersama, kejelasan tujuan, kesetaraan kedudukan dan transparansi di bidang kesehatan.

Strategi promosi kesehatan menurut Piagam Ottawa 1986 dalam Nurmala *et al.*, (2018) terdapat lima rumusan strategi promosi kesehatan mencakup: (1) Kemampuan (keterampilan) individu. Diharapkan tiap-tiap individu yang berada di masyarakat mempunyai pengetahuan dan kemampuan yang baik dalam memelihara kesehatannya, mengenal penyebab penyakit, mencegah penyakit. Oleh karena itu meningkatkan keterampilan masyarakat didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan kesehatan yang baik terlebih dahulu. (2) Gerakan masyarakat dilaksanakan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat akan menjadi lebih efektif jika unsur-unsur yang ada dalam masyarakat tersebut melakukan kegiatan bersama-sama. Kegiatan bersama ini terkait dalam upaya peningkatan kesehatan mereka sendiri dalam wujud gerakan di masyarakat. (3) Reorientasi pelayanan kesehatan melibatkan masyarakat dalam pemberian pelayanan kesehatan merupakan suatu wujud dalam pemberdayaan masyarakat. Keterlibatan masyarakat dalam pelayanan kesehatan dapat diartikan dengan memberikan informasi tentang kesehatan yang benar sehingga masyarakat dapat menyebarkan informasi tersebut ke masyarakat lainnya sehingga terjadinya pesan berantai yang akan

meningkatkan pengetahuan dan perbaikan sikap dan perilaku di kalangan masyarakat. Oleh karena itu peningkatan kesehatan merupakan tanggung jawab bersama antara pemberi layanan dan penerima layanan. (4) Kebijakan berwawasan kesehatan merupakan suatu kebijakan yang mempertimbangkan dampak kesehatan yang didapatkan bagi masyarakat. Oleh karena itu kebijakan ini akan berhasil jika dituangkan dalam sebuah peraturan dan jika ini dapat dilakukan oleh semua orang yang mempunyai wewenang dalam membuat dan memberikan keputusan maka akan menjadi faktor dalam upaya peningkatan kesehatan di masyarakat (*Development Health Public*) dan (5) Lingkungan yang mendukung yaitu segala aktifitas yang ada di masyarakat hendaknya mempertimbangkan dampak yang ditimbulkan di lingkungan sekitar. Oleh karenanya *supportive environment* akan dapat lebih mudah dalam melakukan upaya promosi di masyarakat, dan lingkungan masyarakat yang dimaksud bukan saja lingkungan fisik namun tetapi juga lingkungan non fisik yang kondusif terhadap kesehatan masyarakat.

Menurut WHO (2011) ada tiga strategi dalam promosi kesehatan, yang pertama adalah advokasi (*advocacy*) kepada para pembuat dan penentu kebijakan, kedua adalah dukungan sosial (*social support*) kepada masyarakat agar termotivasi untuk berperilaku sehat dan ketiga adalah pemberdayaan masyarakat (*empowerment*) agar mampu dan mandiri dalam mengatasi masalah kesehatannya.

Health Literacy menyiratkan pencapaian tingkat pengetahuan, keterampilan pribadi dan kepercayaan diri untuk mengambil tindakan guna meningkatkan kesehatan pribadi dan komunitas dengan mengubah gaya hidup dan kondisi kehidupan pribadi. Jadi, melek kesehatan berarti lebih dari sekadar bisa membaca pamflet dan membuat janji. Dengan meningkatkan akses masyarakat ke informasi kesehatan, dan kapasitas mereka untuk menggunakannya secara efektif, literasi kesehatan sangat penting untuk pemberdayaan (WHO, 2014).

commit to user

2. Media Promosi Kesehatan

Media merupakan suatu alat yang digunakan untuk membantu menyampaikan suatu pesan sehingga informasi yang diterima dapat tergambarkan dengan tepat. Fungsi dari media dalam promosi kesehatan adalah sebagai sumber informasi yang dapat dijadikan sebagai alat untuk advokasi dalam peningkatan kesehatan di masyarakat (*Unite For Sight*, 2018). Media merupakan sarana dan saluran yang dapat digunakan untuk menyampaikan pesan dan informasi, disamping sebagai sistem penyampaian atau pengantar. Media sering diganti sebagai kata mediator karena dijadikan sebagai perantara informasi antara sumber informasi dan penerima karena dapat memanipulasikan, dilihat, didengar, dibaca atau dibicarakan beserta instrumen yang dipergunakan dengan baik dalam kegiatan promosi yang dapat mempengaruhi keefektifitasan program instruksional (*Association Of Education and Communication Technology (AECT)*, 1977; Heinich *et al*, 1982; dalam Nurmala *et al.*, 2018).

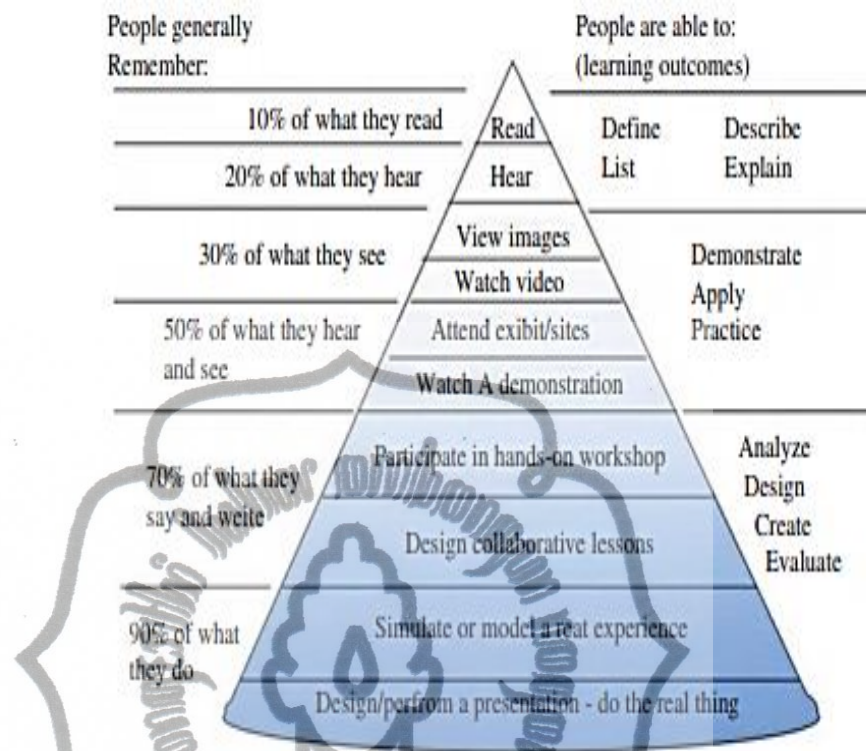
Association of Education and Communication Technology (AECT) memberikan batasan tentang media, yaitu segala sarana atau alat dan saluran yang digunakan untuk memperlancar dalam menyampaikan pesan atau informasi. Pengertian media secara lebih luas dapat diartikan manusia, benda atau peristiwa yang membuat kondisi seseorang memungkinkan memperoleh pengetahuan, keterampilan atau sikap. Pesan kesehatan dapat disampaikan melalui berbagai media agar informasi yang disampaikan mudah dipahami dan dapat mencapai khalayak atau sasaran. Salah satu media audio-visual yang cukup efektif digunakan untuk menyampaikan pesan (promosi kesehatan) berupa *video compact disk (VCD)* berisi film tentang pesan yang akan disampaikan kepada *audience* (Abiodun *et al.*, 2014).

Arsyad (2011) mengemukakan bahwa penggunaan VCD sebagai media promosi kesehatan mempunyai keunggulan antara lain tampilan audio-visual menarik *audience*, mempertajam pesan yang disampaikan dengan kelebihannya menarik indera dan minat, karena merupakan

gabungan antara pandangan, suara, dan gerakan. Hal ini sejalan dengan pendapat Al Owaifeer *et al.*, (2018) bahwa penggunaan VCD dalam penyampaian pesan (promosi kesehatan) mempunyai keunggulan, yaitu memberikan realita berupa gerak, suara, tempat, emosi. Selain itu, dapat memberikan informasi, menayangkan permasalahan tertentu dan dapat dilihat ulang untuk dianalisis. Kelebihan lain dari penggunaan VCD lebih atraktif, ilustratif dan dapat menggugah emosi.

Media sebagai alat bantu menyampaikan pesan, Dale (1969) dalam Masters (2020) membuat klasifikasi media dari tingkat yang paling konkrit sampai ke yang paling abstrak. Pesan kesehatan dapat disampaikan dengan menggunakan media dari yang sederhana sampai yang paling modern. Media yang semakin konkret akan lebih mudah diterima daripada yang bersifat abstrak. Kerucut Dale memberikan gambaran bahwa proses pengalaman belajar dapat melalui proses perbuatan atau mengalaminya langsung, melalui proses pengamatan dan mendengarkan melalui media tertentu atau hanya melalui proses mendengarkan. Penyampaian pesan dengan media berupa pengalaman secara langsung, akan memberikan hasil belajar yang kongkret. Jika media yang digunakan tidak mungkin diperoleh secara langsung, maka dapat menggunakan model tiruan, sehingga penerima pesan mendapatkan pengalaman yang mendekati kongkret. Begitu seterusnya, semakin ke atas dari kerucut pengalaman, maka pengalaman belajar yang diperoleh akan semakin abstrak. Semakin konkret media yang digunakan, maka semakin banyak pengalaman yang diperolehnya.

Di bawah ini adalah kerucut pengalaman atau *Cone of Learning* Dale (1969) dalam Masters (2020) “*after 2 week we tend to remember*”.



Gambar 2.2 “Kerucut Pengalaman” atau “*cone of experience*” Dale (1969) dalam *Masters (2020)*

Media yang dapat digunakan promosi kesehatan, yaitu:

a. Media cetak

Media cetak merupakan alat untuk menyampaikan pesan Kesehatan. Media cetak dapat berupa *Flip chart* (bagan balik) yang tiap lembarnya berisi informasi terkait ringkasan, bagan, skema, tabel atau gambar. *Booklet* merupakan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku dengan gambar maupun tulisan. Poster merupakan lembaran kertas dengan informasi berupa tulisan dan gambar dalam menyampaikan informasi kesehatan. *Leaflet* adalah media yang digunakan untuk menyampaikan pesan informasi kesehatan dalam bentuk kalimat singkat dan gambar. Media *leaflet* memiliki keuntungan antara lain: sasaran yang diberi informasi dapat menyesuaikan dan dapat digunakan untuk belajar mandiri serta praktis. Berbagai informasi kesehatan dapat diberikan dan dibaca oleh sasaran kelompok sehingga dapat

didiskusikan dan dapat memberikan pesan informasi secara detail, mudah dibuat, diperbanyak dan dapat diperbaiki sesuai kebutuhan kelompok sasaran informasi kesehatan. *Flyer* (selebaran) seperti *leaflet* namun tidak dalam bentuk lipatan. Rubrik merupakan tulisan dalam media masa seperti surat kabar atau majalah yang dapat digunakan untuk informasi kesehatan. Media massa dalam bentuk cetak memiliki kelebihan antara lain: tahan lama, menjangkau sasaran orang banyak, biayarelatif murah, dapat meningkatkan motivasi belajar dan lebih mudah dipahami. Namun media cetak tidak dapat mensimulasi efek suara dan gerak serta mudah terlipat.

b. Media elektronik

Media elektronik merupakan media bergerak, dinamis, dapat dilihat, didengar dan dalam menyampaikan pesan menggunakan alat bantu. Beberapa media elektronik yang digunakan dalam promosi kesehatan yaitu televisi, radio, video.

Video merupakan media yang dapat digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan melalui pemutaran video. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan bahwa penggunaan media video dalam promosi kesehatan terbukti secara efektif dapat meningkatkan pengetahuan seseorang dengan skor rata-rata awal 6 point meningkat menjadi 11.1 poin. Peningkatan yang terjadi dilihat dari jumlah jawaban benar dari kisaran jawaban benar 40%-64% setelah diberikan promosi kesehatan menggunakan video menjadi 78%-88% jawaban benar (Al Owaifeer *et al.*, 2018). Penelitian yang dilakukan di Nigeria didapatkan hasil bahwa video sebagai alat bantu dalam melakukan promosi atau pendidikan kesehatan dengan gabungan antara audio dan visual terbukti dapat meningkatkan efektivitas dari tujuan pendidikan kesehatan tersebut (Abiodun *et al.*, 2014).

3. Aplikasi *WhatsApp*

Pada era teknologi, *smartphone* semakin marak digunakan oleh masyarakat luas, hal ini dikarenakan penggunaannya mudah, multifungsi dan mampu menyampaikan pesan dengan cepat. Di Indonesia pengguna *smartphone* tidak hanya dari kalangan menengah ke atas namun menengah ke bawah (Sadeli, 2012). *Smartphone* terdapat beberapa aplikasi diantaranya SMS, *WhatsApp*, *Line* dan lain-lain yang merupakan alat sederhana dan hemat biaya sehingga dapat dimanfaatkan layanan kesehatan untuk menyediakan pengingat pengobatan bagi pasien (Huang *et al.*, 2013).

WhatsApp merupakan aplikasi populer dengan memanfaatkan fasilitas SMS, gambar dan video sehingga mempermudah dalam berkomunikasi. Masyarakat dalam memanfaatkan *short message service* (SMS) dan MMS telah tergantikan dengan media *WhatsApp* (Boulos *et al.*, 2016). *WhatsApp* merupakan bagian dari sosial media berbasis internet yang memungkinkan setiap penggunanya dapat saling berbagi berbagai konten dan dapat dilakukan melalui *WhatsApp group* (WAG)

Penggunaan WAG sebagai sarana promosi kesehatan pada dasarnya merupakan proses komunikasi sosial. Secara sederhana model komunikasi dibagi dalam tiga model (Richard & Tunner, 2012) yaitu (1) Komunikasi satu arah (model linear) tanpa terjadi timbal balik terhadap pesan yang disampaikan. Seseorang hanya berperan sebagai pengirim atau penerima. pesan tanpa ada interaksi antara kedua pihak. (2) Komunikasi sebagai interaksi (model interaksional) adalah komunikasi berlangsung dua arah dari pengirim kepada penerima dan dari penerima kepada pengirim. Komunikasi yang dilakukan ini menempatkan sumber (pengirim) dan penerima mempunyai kedudukan yang sederajat dan ada umpan balik (*feedback*) atau tanggapan terhadap suatu pesan dan (3) Komunikasi sebagai transaksi (model transaksional) adalah komunikasi pengirim dan penerima pesan yang berlangsung secara terus-menerus

dalam sebuah episode komunikasi dan melakukan proses negosiasi makna sehingga terjadi proses transaksional.

Aplikasi *whatsapp* bermanfaat untuk media promosi kesehatan. Program promosi dan edukasi kesehatan melalui pesan bergambar dengan aplikasi *whatsapp* efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan kepuasan belajar tentang diabetes militus tipe 2 pada kader dengan nilai $p\text{-value} < 0,05$ (Ekadinata & Widyandana, 2017). Berbagai fitur atau fungsi pada WA yang sangat bermanfaat bagi pengguna bagi pengguna.

Layanan *message* dengan menggunakan *WhatsApp* memiliki beberapa hal keunggulannya, di antaranya:

- a. Pengiriman *message* melalui *WhatsApp* tidak terbatas bisa menjangkau diseluruh dunia, dan status pesan dapat dilihat melalui tanda centang untuk memonitoring apakah pesan teks sudah diterima.
- b. Biaya relatif murah dan pengiriman terjamin sampai ke nomor tujuan dengan catatan *handphone* aktif dan tersambung dengan internet. Selain itu pengiriman pesan teks lebih cepat daripada menggunakan petugas pos.
- c. Layanan *WhatsApp* dapat mengirimkan pesan secara fleksibel sehingga pengguna dapat mengirimkan pesan kapan pun dan dimana saja.
- d. *WhatsApp* tidak jauh berbeda dengan SMS hanya dalam pembiayaan menggunakan paket data internet.

4. Efektivitas Media sebagai Promosi Kesehatan

Efektivitas berasal dari kata efektif, yang berarti pencapaian tujuan yang telah ditentukan sebelumnya. Hubungan antara kumpulan hasil dan hasil yang benar-benar ingin diperoleh sering kali dikaitkan dengan efektivitas. Efektivitas dilihat dari berbagai sudut pandang dan dapat diakses dengan mudah melalui berbagai cara dan memiliki ikatan yang erat. Efektivitas adalah suatu kondisi yang terjadi karena diinginkan. Jika seseorang melakukan sesuatu karena alasan tertentu dan itu nyata, maka

pekerjaan orang tersebut dikatakan efisien jika memiliki dampak yang dikehendaki sebelumnya (Alisman, 2014). Keefektifitasan media sebagai alat bantu dalam promosi kesehatan sangat terkait dengan panca indra manusia dalam memperoleh informasi.

Panca indra merupakan organ utama dalam menangkap informasi, media merupakan suatu alat yang dapat merangsang panca indra untuk diolah sebagai informasi. Media promosi merupakan suatu alat yang dapat membantu dalam menyampaikan sebuah informasi menjadi lebih maksimal. Adanya media sebagai alat promosi terbukti dapat merangsang pemikiran dan meningkatkan kualitas pengetahuan (Shabiralyani *et al.*, 2015).

Pemilihan media promosi kesehatan memiliki prinsip bahwa agar informasi yang disampaikan dapat dipahami dan diterima oleh panca indra. Sehingga semakin banyak panca indra yang dilibatkan dalam menerima sebuah informasi maka semakin kompleks pengetahuan yang diperoleh (Maulana, 2009). Media promosi kesehatan sebagai media pembelajaran harus dapat meningkatkan motivasi dan memberikan stimulus dalam mengingat yang sebelumnya telah dipelajari dan mendorong untuk merubah perilaku.

Efektivitas suatu program pendidikan tidak hanya terlepas dari media yang digunakan saja tetapi juga dari peranan metode dalam penyampaian informasi sehingga dapat diserap optimal oleh penerima informasi. Penggunaan media yang digabungkan dengan metode tanya jawab interaktif merupakan suatu metode partisipatif yang teruji dapat meningkatkan pemahaman karena dengan adanya media dan metode partisipatif ini akan menjaga daya konsentrasi penerima informasi secara lebih baik (Biggs & Tang, 2003 dalam Wardani *et al.*, 2016).

5. Kebijakan Pemerintah tentang Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan.

Berbagai inisiatif promosi Kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, seiring dengan peraturan pemerintah yang mendukung promosi kesehatan yaitu Permenkes Nomor 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan, Strategi dan landasan hukum dan keterkaitannya dengan peraturan tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, yaitu:

- a. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
- b. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 7, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5495);
- c. Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 123, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5539) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 157, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5717);
- d. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2014 tentang Dana Desa yang Bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 168, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5558) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2014 tentang Dana Desa yang Bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (Lembaran

Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5864);

- e. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59)
- f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);
- g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2015 tentang Upaya Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1755).
- h. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 18 Tahun 2018 tentang Lembaga Kemasyarakatan Desa Dan Lembaga Adat Desa (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 569).
- i. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 130 Tahun 2018 tentang Kegiatan Pembangunan Sarana dan Prasarana Kelurahan dan Pemberdayaan Masyarakat di Kelurahan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 139).
- j. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, Dan Transmigrasi Nomor 17 Tahun 2019 tentang Pedoman Umum Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1261).

6. Kanker Serviks Uteri dan Deteksi Dini

a. Kanker serviks uteri

Kanker serviks uteri atau dikenal dengan kanker leher rahim, adalah jenis penyakit keganasan yang menyerang organ

reproduksi perempuan yang merupakan pintu masuk rahim yang terletak di antara rahim dan liang senggama (vagina) atau rahim bagian bawah, yang dapat menimbulkan kanker serviks uteri (Prawirohardjo, 2010).

Kanker serviks uteri menempati urutan keempat pada tahun 2012 menurut *Global Burden of Cancer (Globocan)* di antara semua perempuan dan merupakan yang terbanyak kedua pada perempuan berusia 15-44 tahun (Bruni *et al.*, 2017). Pada tahun 2012 diperkirakan terjadi 527.624 kasus baru serviks dengan 266.000 kasus kematian (Mongsawaeng *et al.*, 2016). Berdasarkan data Globocan ditemukan bahwa kematian akibat kanker serviks uteri paling banyak terjadi di negara maju, sebanyak 80 persen kematian terjadi pada tahun 2002 dan sebanyak 88 persen pada tahun 2008, dengan perkiraan 98 persen kematian akibat kanker serviks uteri terjadi di negara berkembang pada tahun 2030 (Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2011). Kanker serviks uteri merupakan masalah kesehatan masyarakat utama di negara-negara Eropa Tengah dan Timur, dengan prevalensi yang tinggi dibandingkan di Eropa Barat (Arbyn *et al.*, 2009).

Kanker serviks uteri merupakan prevalensi kedua kanker payudara pada kasus baru setelah kanker payudara pada tahun 2012, dengan jumlah kasus sebanyak 20.928 kasus dengan kejadian 17 per 100.000 perempuan dan 9498 kematian (Bruni *et al.*, 2017). Prevalensi kanker serviks uteri di negara berkembang serviks sebesar 15,7 per 100.000, menunjukkan angka yang lebih tinggi dibandingkan dengan kejadian kanker serviks uteri di seluruh dunia, yaitu 14 per 100.000 perempuan (Bruni *et al.*, 2017).

Indonesia termasuk dalam kelompok negara berkembang. Diperkirakan ada 38 kasus baru setiap hari dan 21 perempuan meninggal akibat kanker serviks uteri (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015), artinya satu perempuan diperkirakan

meninggal setiap jam, sedangkan setiap dua menit diperkirakan di dunia itu sendiri. Ada satu individu yang meninggal karena kanker serviks uteri (Septadina, 2015).

Kanker adalah penyakit yang disebabkan oleh perkembangan sel jaringan tubuh yang tidak teratur atau tidak terkontrol yang dapat mempengaruhi jaringan di bawahnya. Kanker serviks uteri merupakan salah satu bentuk kanker yang menyerang organ keperempuanan, yaitu leher rahim (serviks) yang disebabkan oleh human papillomavirus (Prawirohardjo, 2010). Kanker serviks uteri atau kanker leher rahim jenis kanker yang paling sering pada sistem reproduksi perempuan.

Kanker serviks uteri berkembang ketika sel-sel di serviks mulai membesar secara tidak terkendali dan dapat menyerang jaringan di sekitarnya atau menyebar ke seluruh tubuh. Secara histologis, ada dua jenis utama kanker serviks uteri, karsinoma skuamosa dan adenokarsinoma. Karsinoma skuamosa menyumbang 80-95 persen kanker dan lebih sering terjadi pada orang tua. Kasus yang tersisa adalah adenokarsinoma yang lebih sering terjadi pada perempuan muda dan tampaknya mengembangkan kanker agresif yang berkembang sangat cepat. (Septadina, 2015).

b. Penyebab

Sebagian besar penyebab kanker serviks uteri (95 persen) bersumber dari lingkungan berupa *Human Papilloma Virus* (HPV), sedangkan 5 persen sisanya bersifat genetik (Prawirohardjo, 2010). Virus HPV ditularkan melalui sentuhan seksual. Perempuan bisa tertular dari pasangan seksualnya, dan pria juga bisa tertular virus saat mereka melakukan kontak dengan perempuan yang terinfeksi HPV. Karena kanker serviks uteri terkadang disebut sebagai gangguan hubungan seksual.

HPV (*Human Papilloma Virus*) terkadang disebut sebagai virus kutil. Lebih dari 100 bentuk HPV telah dilaporkan. 40 jenis area yang menyerang daerah genital, 13 di antaranya bersifat onkogenik dan dapat menyebabkan kanker serviks uteri atau lesi prakanker pada permukaan serviks. Sementara jenis lainnya disebut sebagai risiko rendah, lebih mungkin menyebabkan kutil kelamin (genital warts). Bentuk 16, 18, 31, 33 dan 35 menyebabkan perubahan pada sel-sel vagina atau leher rahim. Setiap perempuan berisiko untuk terkena infeksi onkogenik, sehingga dapat menyebabkan kanker serviks uteri (Rasjidi, 2008).

c. Faktor Risiko

Menurut Makuza *et al.*, (2015) beberapa faktor risiko kanker serviks uteri antara lain seks di usia muda, banyak pasangan, merokok, penggunaan pil kontrasepsi lebih dari 5 tahun, riwayat keluarga kanker serviks uteri, paritas tinggi dengan jumlah anak-anak lahir. Umurnya sekitar 3 tahun, imunitasnya buruk karena malnutrisi atau penyakit sistemik lainnya. Faktor usia yang meningkatkan risiko kanker serviks uteri sebesar 0,52% dikaitkan dengan penurunan sistem kekebalan perempuan pada saat menopause, dengan peningkatan paritas yang tinggi dapat meningkatkan risiko sebanyak 2,10% dan dengan tidak melakukan coitus pada usia kurang dari 20 tahun dapat menurunkan angka kejadian kanker serviks uteri sebanyak 1,75%.

Menurut Makuza *et al.*, (2015) faktor risiko yang diperkirakan berhubungan dengan kanker serviks uteri (Makuza *et al.*, 2015) adalah:

1) Hubungan seksual pada usia muda atau pernikahan pada usia muda

Semakin muda seorang perempuan yang berhubungan seks, semakin tinggi risiko terkena kanker serviks uteri. Berdasarkan studi para ahli, perempuan yang mulai berhubungan seks pada usia

kurang dari 17 tahun memiliki peluang 3 kali lebih tinggi untuk berhubungan seks pada usia lebih dari 20 tahun. Hubungan seksual pada usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 20 tahun. Risiko terkena kanker serviks uteri 10-12 kali lebih tinggi dibandingkan mereka yang menikah di atas usia 20 tahun. Hubungan seksual sebaiknya dilakukan perempuan setelah organ reproduksi matang agar tidak terjadi masalah dengan organ reproduksi (Basri, M, 2014)

Semakin muda seorang perempuan yang berhubungan seks, semakin tinggi kemungkinan terkena kanker serviks uteri. Berdasarkan studi para ahli, perempuan yang mulai berhubungan seks pada usia kurang dari 17 tahun memiliki peluang 3 kali lebih tinggi untuk berhubungan seks pada usia lebih dari 20 tahun. Dalam hubungan intim kurang dari 20 tahun, perempuan yang terlalu muda dan berisiko terkena kanker serviks uteri 10-12 kali lebih tinggi dibandingkan mereka yang menikah di atas usia 20 tahun.

Indikator kematangan tidak hanya dilihat dari menstruasi atau tidak. Kematangan juga dilihat dari sel mukosa yang terletak di rongga kulit bagian dalam tubuh. Bidang sel mukosa baru matang setelah perempuan berusia 20 tahun ke atas. Jadi, bagi perempuan yang melakukan hubungan seksual di masa mudanya pemagarannya rawan jika dilakukan sebelum usia 16 tahun. Hal ini terkait dengan pematangan sel mukosa serviks (Setyarini, 2009).

Pada usia yang masih muda, sel mukosa pada serviks belum matang sedemikian rupa sehingga masih rentan terhadap rangsangan dari luar, seperti bahan kimia yang terbawa sperma, dan sel mukosa dapat berubah karakternya untuk berkembang lebih cepat dari sel mati, sehingga perubahan tidak lagi terjadi seimbang. Sel-sel berlebih ini akhirnya bisa berubah menjadi sel kanker. Hubungan seksual terjadi pada usia lebih dari 20 tahun,

dengan sel mukosa tidak lagi terlalu rentan bergeser (Setyarini, 2009).

Menurut Astria Irvianty (2011), tidak melakukan hubungan seks pada usia kurang dari 20 tahun dapat menurunkan kejadian kanker serviks uteri sebesar 1,75 persen. Penelitian mengenai aktivitas seksual anak muda di Manchester, Inggris menunjukkan bahwa ada peningkatan risiko sebesar 3,89 persen, yang berarti semakin muda perempuan berhubungan seks, semakin besar pula risiko terkena kanker serviks uteri. (Makuza *et al.*, 2015).

2) Paritas (Jumlah persalinan)

Kanker serviks uteri paling sering ditemukan pada perempuan yang melahirkan secara teratur (lebih dari 2 kali) dan jarak kelahiran yang terlalu dekat. Jumlah anak yang meningkat pesat dapat menyebabkan perubahan sel epitel tidak teratur pada serviks yang dapat menyebabkan keganasan. (Manuaba, 2010)

Seringkali, seorang perempuan yang melahirkan akan berdampak pada timbulnya luka pada organ reproduksi yang pada akhirnya timbul dari cedera tersebut, yang akan mempermudah perkembangan Human Papilloma Virus (HPV). (Setyarini, 2009)

Seorang perempuan yang sering melahirkan akan berdampak pada timbulnya luka pada organ reproduksi yang pada akhirnya timbul dari luka tersebut, yang akan mendorong produksi Human Papilloma Virus (HPV) sebagai penyebab terjadinya kanker serviks uteri (Setyarini, 2009). Sering melahirkan dihubungkan dengan kanker serviks uteri dikarenakan adanya perubahan hormonal selama kehamilan sebagai faktor risiko kerentanan HPV atau perkembangan kanker.

3) Aktivitas seksual

commit to user

Berganti-ganti pasangan seksual meningkatkan risiko terkena kanker serviks uteri. Salah satu pasangan seksual membawa virus HPV, yang mengubah sel di permukaan mukosa serviks dan menjadi lebih banyak sel yang menyebabkan keganasan serviks (Setyarini, 2009). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Putri Deas (2016) terhadap 30 pekerja seks dengan aktivitas seksual tinggi dengan banyak pasangan, ditemukan 45 persen mengalami defek sel epitel yang merupakan tahap awal dari kanker serviks uteri.

4) Status sosial ekonomi

Kanker serviks uteri sering dijumpai pada kelas sosial ekonomi rendah, kemungkinan besar disebabkan oleh faktor sosial ekonomi yang terkait erat dengan pola makan, kekebalan dan kebersihan pribadi. Adanya kekurangan kuantitas dan kualitas pangan pada kelompok sosial ekonomi rendah yang berdampak pada imunitas tubuh (American Cancer Society, 2017).

Status sosial ekonomi mengacu kepada pokok pikiran Undang-Undang RI No. 52 tahun 2009 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga dengan kriteria yang ditentukan oleh badan koordinasi keluarga berencana nasional (BKKBN) yaitu keluarga pra sejahtera yaitu keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasar (*basic need*). (a) Keluarga sejahtera tahap I yaitu keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal. Selain itu, telah memiliki rumah yang lantainya bukan dari tanah. (b) Keluarga sejahtera tahap II yaitu keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan keluarga sejahtera tahap I. Paling sedikit 1 orang anggota keluarga yang berumur 15 tahun ke atas mempunyai penghasilan tetap. Seluruh anak berusia 5-15 tahun bersekolah pada saat ini.

(c) Keluarga sejahtera tahap III keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan keluarga sejahtera tahap II. Selain itu, sebagian dari penghasilan keluarga dapat disisihkan untuk tabungan keluarga. (d) Keluarga sejahtera plus keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan keluarga sejahtera tahap III. Selain itu, secara teratur atau pada waktu tertentu dengan sukarela memberikan sumbangan bagi kegiatan sosial masyarakat dalam bentuk materi.

5) Merokok dan kontrasepsi jenis Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) atau *Intra Uterine Device* (IUD).

Tembakau yang mengandung karsinogen dihisap sebagai rokok atau dikunyah. Asap rokok menghasilkan hidrokarbon heterosiklik aromatik polisiklik nitrosamin. Pada perempuan, konsentrasi perokok nikotin di getah serviks 56 kali lebih tinggi dibandingkan pada perokok serum. Efek langsung bahan-bahan tersebut pada serviks adalah menurunkan status imun lokal sehingga dapat menjadi ko-karsinogen infeksi virus. (Akintayo *et al.*, 2013).

Merokok merupakan penyebab utama karsinoma sel skuamosa di serviks. Nikotin dalam rokok telah terbukti dapat merusak DNA epitel serviks, sehingga memudahkan semua selaput lendir di dalam sel tubuh untuk merespon atau tumbuh, termasuk di dalam mulut, paru-paru dan mukosa serviks (Rasjidi, 2010). Namun, tidak jelas persis berapa banyak nikotin yang diserapnya dapat menyebabkan kanker serviks uteri. Resiko terkena perempuan perokok 4-13 kali lebih tinggi dibandingkan perempuan bukan perokok (Setyarini, 2009).

6) Faktor umur

Faktor usia yang lebih tua meningkatkan risiko kanker serviks uteri sebesar 0,52 persen, karena terjadinya melemahnya sistem kekebalan pada perempuan saat menopause meningkatkan risiko sebesar 2,10 persen dan tidak menyebabkan hubungan seksual pada usia kurang dari 20 tahun. Frekuensi kanker serviks uteri bisa diturunkan 1,75 persen (Makuza *et al.*, 2015)

d. Gejala dan Tanda

Kanker serviks uteri akan terjadi setelah perempuan terinfeksi *HPV*. Perkembangan kanker serviks uteri memerlukan waktu antara 10-20 tahun dan pada stadium awal tidak menunjukkan gejala yang dirasakan. Virus ini sudah dapat berkembang dalam tubuh perempuan sejak umur 10 tahun. Oleh karena itu pemeriksaan bisa dilakukan mulai umur 20 tahun ke atas, karena perkembangan menuju kanker serviks uteri memakan waktu 10-15 tahun. Pada umumnya gejala awal *HPV* dan kanker serviks uteri stadium dini tidak menimbulkan gejala, dan dapat beraktivitas sehari-hari. Apabila kanker serviks uteri sudah mengalami *progresivitas* atau stadium lanjut, maka gejala-gejala yang timbul antara lain: (1) perdarahan setelah melakukan hubungan seksual; (2) perdarahan spontan yang terjadi di antara periode menstruasi rutin; (3) timbulnya keputihan yang bercampur darah dan berbau; (4) timbulnya rasa nyeri, gangguan berupa tidak bisa buang air kecil dan (5) nyeri pada saat berhubungan seksual (Rasjidi, 2010).

e. Stadium Kanker

Stadium kanker serviks secara klinik menurut *International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO, 2009)*, disajikan pada Tabel 2.1 sebagai berikut:

Tabel 2. 1 Stadium Kanker serviks uteri

| Stadium | Keterangan |
|---------|---|
| 0 | Karsinoma insitu yaitu sel kanker terletak di selaput lendir serviks |
| I | Kanker berada di jaringan serviks dan belum menyebar ke korpus uteri atau badan rahim |
| IA | Kanker hanya dapat dideteksi dengan menggunakan mikroskop dan belum ada kelainan/keluhan |
| IA1 | Sel kanker menyebar ke jaringan otot dalam < 3 mm, serta ukuran besar tumor < 7 mm |
| IA2 | Kanker sudah menyebar atau metastase lebih dalam (> 3 mm-5 mm) dengan ukuran lebar = 7 mm |
| IB | Ukuran kanker sudah > dari IA2 |
| IB1 | Ukuran tumor sama dengan 4 cm |
| IB2 | Ukuran tumor > 4 cm |
| II | Kanker sudah menyebar keluar jaringan mulut rahim atau serviks tetapi dinding rongga panggul belum terkena. Penyebaran sudah sampai organ vagina tetapi masih terbatas pada 1/3 bagian atas vagina |
| IIA | Kanker sudah tampak jelas tetapi penyebarannya belum sampai sekitar uterus |
| IIB | Kanker sudah lebih jelas dan sudah menyebar ke sekitar uterus |
| III | Kanker sudah menyebar ke bagian dinding panggul, mengenai jaringan vagina pada 1/3 bagian bawah. Bisa mengenai organ ginjal dan bengkak karena adanya bendungan urine yang dikenal dengan hidronephrosis dan bisa terjadi gangguan fungsi pada ginjal |
| IIIA | Kanker sudah menyerang pada dinding panggul |
| IIIB | Kanker sudah menyerang dinding panggul dan ada gangguan fungsi pada ginjal |
| IV | Kanker sudah menyebar keluar rongga panggul sehingga terdapat tanda-tanda penyebaran ke daerah selaput lendir kandung kencing dan/atau rektum |
| IVA | Sel kanker sudah menyebar pada alat/organ yang dekat dengan serviks atau leher rahim |
| IVB | Kanker sudah menyebar pada alat/organ yang lain yang ada di dalam tubuh yang jauh |

f. Deteksi Dini Kanker Serviks Uteri

Deteksi dini merupakan upaya untuk mengklasifikasikan penyakit atau kondisi yang belum terlihat secara klinis dengan menggunakan langkah-langkah tersebut untuk membedakan antara individu yang tampak stabil, sehat dan sehat, tetapi berpotensi

menderita gangguan (Rasjidi, 2010). Pencegahan sekunder kanker serviks uteri yang diuji menggunakan beberapa tes untuk pengobatan dini kanker serviks uteri pada masa pra kanker (National Cancer Institute, 2009).

Deteksi dini kanker dimaksudkan untuk mengetahui penyakit pada tingkat yang lebih dini, termasuk kanker yang masih dapat diobati untuk melakukan pencegahan kesakitan (morbiditas) dan pencegahan kematian (mortalitas) akibat kanker (Rasjidi, 2010).

Langkah preventif diperlukan untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas kanker serviks uteri. Upaya pencegahan kanker serviks uteri meliputi tiga tahap (Rasyidi, 2010), yaitu: Pencegahan primer, yang bertujuan untuk meminimalkan atau menghilangkan paparan yang dapat menyebabkan sel kanker, dengan memberikan vaksin untuk menghindari infeksi HPV. Pencegahan primer dapat dilakukan dengan meningkatkan promosi kesehatan yang dilakukan di masyarakat agar gaya hidup lebih sehat dan menghindari faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya kanker serviks uteri (Septadina, 2015). Pencegahan sekunder dilakukan melalui identifikasi awal untuk menemukan kasus-kasus awal sehingga kemungkinan kesembuhan dapat dilakukan secara dini. Upaya pengujian IVA atau Pap Smear dilakukan di fasilitas kesehatan. Perlindungan tersier dilakukan dengan obat-obatan untuk menghindari komplikasi kesehatan dan kematian dini.

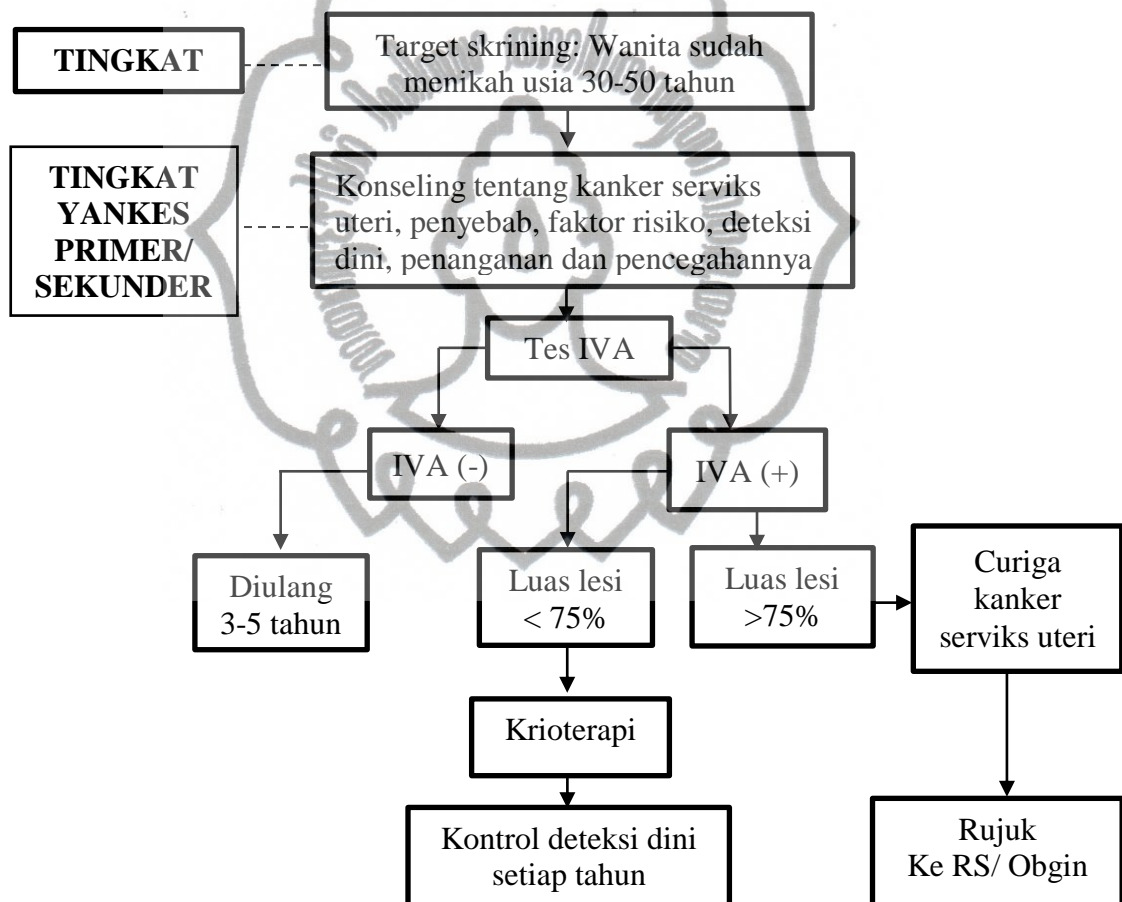
Deteksi dini adalah tindakan yang dilakukan pada orang sehat dengan tanpa gejala-gejala penyakit tertentu dengan tujuan untuk mengetahui terjadinya peningkatan risiko terhadap penyakit tertentu. Deteksi dini kanker serviks uteri dapat digunakan untuk mengetahui seorang perempuan memiliki serviks (leher rahim) normal atau tidak, yang terjadi pada fase awal sebelum penyakit tersebut memberikan gejala-gejala atau keluhan-keluhan secara klinis. *World Health Organization* (WHO, 2011) merekomendasikan

pada perempuan yang sudah berhubungan seksual untuk melakukan deteksi dini kanker serviks uteri secara rutin baik melalui IVA atau *Pap Smear* secara rutin.

Upaya deteksi dini tersebut secara signifikan dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas kanker serviks uteri. Tes skrining/ deteksi dini (IVA/*Pap smear*) ini dapat mendeteksi proses pra-invasif, dan invasif dalam tahap sangat awal, jika ditemukan sesegera mungkin maka kemungkinan kesembuhan akan lebih baik dibandingkan dengan ditemukan dalam stadium lanjut (Devi & Dasila, 2017). Target deteksi dini kanker serviks uteri adalah menemukan lesi pra kanker serviks uteri atau lesi intra epitel leher rahim/neoplasia intra epitel leher rahim. Bila dilakukan terapi pada lesi pra kanker leher rahim, kesembuhan dapat mencapai 100%. (Devi & Dasila, 2017). Untuk mengidentifikasi adanya kanker serviks uteri dapat dilakukan deteksi dini, sehingga dapat mengurangi kejadian kanker dan mengurangi tingkat kematian (Arbyn *et al.*, 2009).

Upaya deteksi dini dapat berupa pemeriksaan inspeksi visual dengan asam asetat (IVA) atau *Papanicolaou smear* atau disebut *pap smear*. Di Polandia deteksi dini kanker serviks uteri/*screening* didanai pemerintah dan gratis, tapi antara tahun 2007 dan 2009 hanya 28% perempuan berpartisipasi dalam deteksi dini berdasarkan populasi (Spaczynski *et al.*, 2010). Sebuah persentase yang sama dari perempuan menghadiri *screening oportunistik* di klinik tetapi di luar program berbasis populasi terdapat 56%-67% dari populasi melakukan *Cervical Cancer Screening (CCS)* (Spaczynski *et al.*, 2010; Ulman-Wlodarz *et al.*, 2011). Interval deteksi dini yang dianjurkan adalah 1-3 tahun (tergantung pada usia perempuan), dengan *screening* pertama dianjurkan untuk mengambil tempat tidak lebih dari usia 21 tahun (Spaczynski *et al.*, 2010).

Pemerintah Indonesia telah menyelenggarakan program deteksi dini kanker serviks uteri dan kanker payudara pada tahun 2017 yang diselenggarakan di 717 puskesmas (7.6%) yang tersebar dalam 32 provinsi dari total 9.422 puskesmas yang ada. (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Bagan alur Diagnosa Deteksi dan Tata Laksana Program Deteksi Dini Dini Kanker serviks uteri (Kemenkes RI, 2017) disajikan pada Gambar 2.3 sebagai berikut:



Gambar 2. 3 Alur Diagnosa Deteksi Dini dan Tata Laksana Program Deteksi Dini Kanker Seviks Uteri

Pemerintah Indonesia telah mengadakan gerakan Pencegahan dan deteksi dini kanker antara lain kanker serviks uteri dengan deteksi dini metode IVA pada perempuan Indonesia yang dilaksanakan selama 5 tahun di seluruh Indonesia (Kemenkes, 2015).

Deteksi dini kanker serviks uteri dilakukan dengan metode Pemeriksaan Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA) dan *Pap Smear*.

1) Deteksi dini dengan IVA

Visual Acetic Acid Inspection atau dikenal dengan Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA) merupakan cara mudah untuk mendeteksi kanker serviks uteri secepat mungkin (Sukaca E. Bertiani, 2009). IVA serviks (leher rahim) dengan melihat langsung ke leher rahim setelah mengoles leher rahim dengan asam asetat 3-5 persen (Makuza *et al.*, 2015). Jika sekitar 20 detik setelah olesan dengan larutan asam asetat terjadi perubahan warna, yaitu adanya bercak putih yang disebut *aceto white epithelium* (WE) berarti tes IVA positif (Novel, 2010). Selanjutnya diperlukan waktu satu sampai dua menit untuk dapat melihat perubahan-perubahan pada jaringan epitel. Untuk mengkonfirmasi kemungkinan ada kelainan pada tahap pra kanker leher rahim harus ditindaklanjuti dengan pemeriksaan *pap smear*. Menurut WHO Pemeriksaan IVA dapat menangani lesi pra kanker (*high-Grade Precancerous Lesions*) dengan sensitivitas sekitar 66-96 persen dan spesifisitas 64-98 persen. Sedangkan nilai prediksi positif dan nilai prediksi negatif masing-masing antara 10-20 persen dan 92-97 persen (Makuza *et al.*, 2015). Analisis IVA merupakan tes deteksi dini alternatif untuk tes *pap smear* karena umumnya murah, realistis, sangat nyaman dilakukan dan peralatannya sederhana serta dapat dilakukan oleh petugas kesehatan selain dokter ginekologi.

Perempuan pascamenopause tidak disarankan untuk pemeriksaan IVA karena zona transisi terletak di saluran serviks dan tidak terlihat dengan pemeriksaan inspekulo (Rasjidi, 2010). Manfaat pemeriksaan IVA adalah praktis, karena dapat dilakukan di mana saja dan dapat dilakukan oleh bidan dan tenaga kesehatan profesional lainnya. Pemeriksaan IVA lebih sederhana dan murah, peralatan yang dibutuhkan mudah, hasilnya langsung didapat sehingga tidak perlu kunjungan ulang. Sensitivitas IVA juga sangat tinggi, yaitu 75% (Prawirohardjo, 2010).

Menurut Nurmala *et al.*, (2010) keunggulan IVA dibandingkan dengan tes diagnostik lainnya adalah: sederhana, realistis dan dapat dilakukan oleh semua petugas kesehatan. Alat yang diperlukan untuk pemeriksaan IVA sederhana ideal untuk pusat layanan sederhana. Menurut Emilia (2010) manfaat dari IVA adalah bahwa hasil dari tes tersebut sama dengan tes dan hasil lainnya segera sehingga dapat diambil keputusan terkait pengelolaannya.

Menurut WHO 2002 dalam Nurmala *et al.*, (2010) jadwal pemeriksaan IVA setiap perempuan setidaknya satu kali antara usia 35 dan 40 tahun. Apabila tersedia fasilitas pelayanan kesehatan, pemeriksaan IVA dilakukan setiap 10 tahun pada usia 35-55 tahun dan sebaiknya setiap 5 tahun pada usia 35-55 tahun (Nurmala *et al.*, 2010). Pemeriksaan ideal dilakukan setiap 3 tahun pada usia 25-60 tahun. Deteksi dini sekali setiap 10 tahun atau sekali seumur hidup memiliki efek yang besar dan signifikan.

Pemeriksaan IVA di Indonesia dianjurkan jika hasil positif (+) dilakukan pemeriksaan IVA ulang 1 tahun dan jika hasilnya negative (-) dilakukan pemeriksaan IVA 5 tahun. Persyaratan untuk melakukan pemeriksaan IVA perempuan sudah pernah berhubungan seksual, belum menstruasi, tidak hamil dan tidak melakukan hubungan seksual 24 jam sebelumnya.

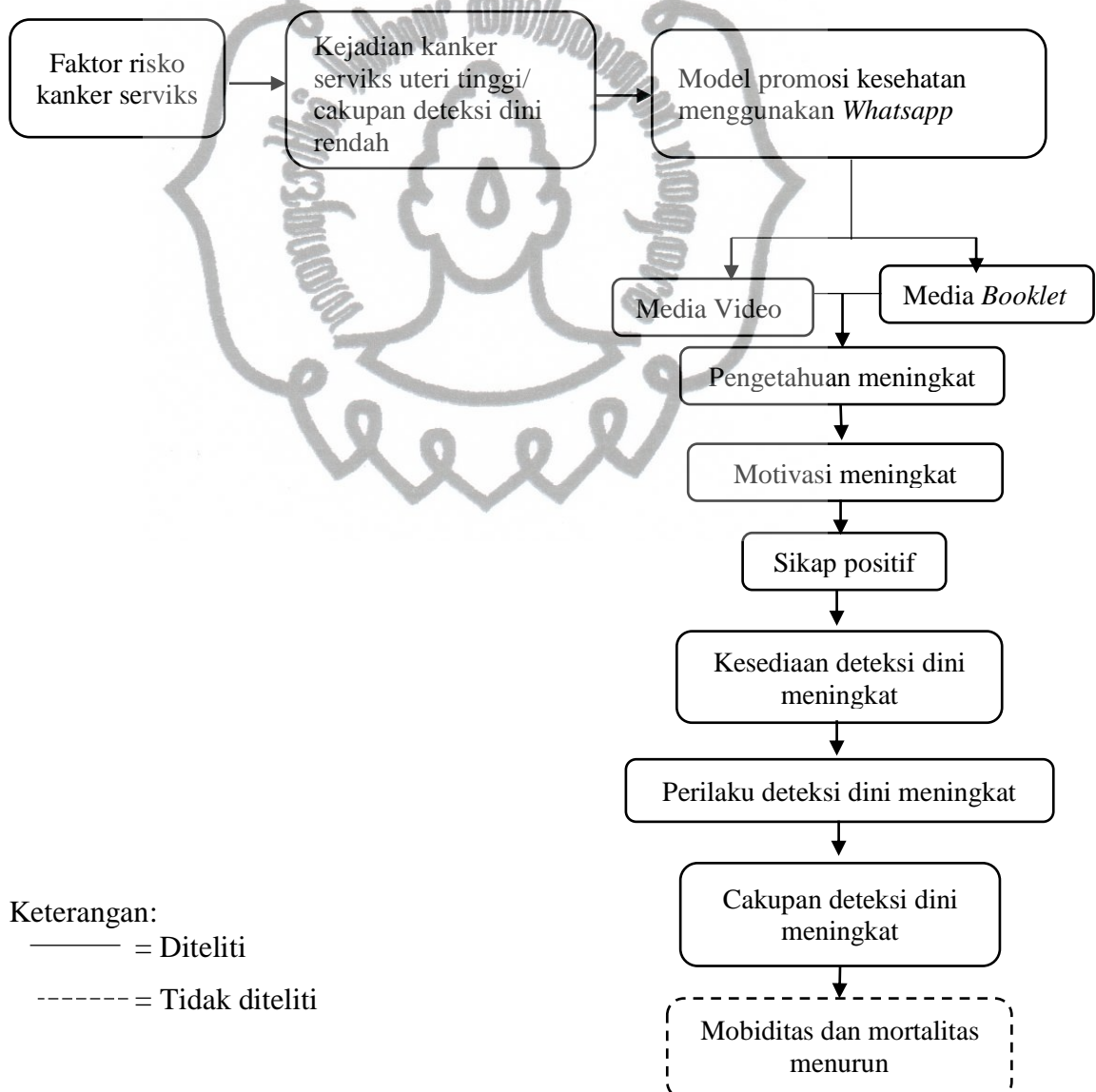
2) Deteksi dini dengan *pap smear*

Tes *pap smear* berguna untuk mendeteksi sel epitel serviks yang tidak menjadi kanker (lesi pra kanker) sampai berkembang menjadi kanker serviks uteri. Sangat memungkinkan untuk mengandalkan hingga 90 persen kasus kanker serviks uteri dengan presisi dan biaya rendah, sehingga angka kematian akibat kanker serviks uteri telah menurun hingga lebih dari 50 persen (Rasyidi, 2010). Setiap perempuan yang masih aktif secara seksual disarankan melakukan pemeriksaan *pap smear* setahun sekali. Jika hasil pemeriksaan dalam tiga kali berturut-turut hasilnya normal atau negative, maka pemeriksaan *pap smear* dapat dilakukan setiap 2 atau 3 tahun sekali. Pemeriksaan *pap smear* dilakukan dengan teknik mengambil cairan atau

lendir di sekitar serviks yang merupakan sel dinding serviks. Lendir atau cairan dari hasil usap kemudian dilakukan tindakan analisis di laboratorium untuk menunggu kemungkinan adanya sel yang mengalami pertumbuhan tidak normal. Pemeriksaan IVA atau *Pap smear* dapat dilakukan setiap saat, kecuali perempuan sedang dalam keadaan menstruasi.

B. Kerangka Pikir Penelitian

Berdasarkan pada tinjauan teori yang telah dijelaskan maka kerangka pikir penelitian disajikan pada Gambar 2.4 sebagai berikut :



Gambar 2.4 Kerangka Pikir Penelitian

Berdasarkan Gambar 2.4 ada 3 faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang, yaitu: 1) *Predisposing factor*, merupakan faktor mendasar yang mendorong timbulnya perilaku, 2) *Enabling factor* yaitu faktor pemungkin yang dapat mendukung perilaku, 3) *Reinforcing factor*, yaitu faktor yang dapat mendorong kesinambungan perubahan perilaku. Perilaku kesehatan ditentukan oleh persepsi individu terhadap masalah kesehatan yang dihadapi. Menurut Green & Kreuter (2005) dalam Binkley & Johnson (2013) Ada 4 faktor yang berhubungan dengan HBM, yaitu: (1) Adanya kesadaran individu terhadap kerentanan pada dirinya, (2) Masalah yang dihadapi dirasakan cukup serius, (3) Adanya keyakinan terhadap upaya pencegahan atau pengobatan yang dilakukan, dan (4) Tersedia layanan kesehatan atau bantuan (Orji *et al.*, 2012).

C. Hipotesis

Berdasarkan kerangka berpikir dan rumusan masalah, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Setelah mengikuti promosi kesehatan menggunakan *WhatsApp* peningkatan pengetahuan tentang kanker serviks uteri dan deteksi dini inspeksi visual asam asetat pada ibu-ibu kelompok perlakuan lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol.
2. Setelah mengikuti promosi kesehatan menggunakan *WhatsApp* sikap tentang kanker serviks uteri dan deteksi dini inspeksi visual asam asetat pada ibu-ibu kelompok perlakuan lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol.
3. Setelah mengikuti promosi kesehatan menggunakan *WhatsApp* kesiediaan ibu-ibu untuk deteksi dini kanker serviks uteri dengan inspeksi visual asam asetat pada ibu-ibu kelompok perlakuan lebih meningkat dibandingkan dengan kelompok kontrol.
4. Setelah mengikuti promosi kesehatan dengan menggunakan *WhatsApp* perilaku ibu-ibu untuk deteksi dini kanker serviks uteri dengan inspeksi

visual asam asetat pada ibu-ibu kelompok perlakuan lebih meningkat dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Berdasarkan hipotesis yang telah diuraikan maka rumusan model promosi kesehatan menggunakan *WhatsApp* dalam rangka akselerasi penurunan prevalensi kanker serviks uteri melalui deteksi dini inspeksi visual asam asetat meliputi identifikasi potensi masyarakat atas kepemilikan android (*WhatsApp*), indentifikasi organisasi masyarakat tergabung dalam *WhatsApp* group (WAG). Melakukan promosi kesehatan tentang kanker serviks uteri dan deteksi dini menggunakan WAG untuk mendorong perilaku deteksi dini inspeksi visual asam asetat.

