

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Kajian Teori

##### 1. Determinan Kesehatan

Determinan kesehatan (*Health Determinant*) adalah faktor-faktor yang mempunyai pengaruh signifikan terhadap kesehatan, hal ini meliputi berbagai faktor (*multiple*) dan interaksinya. Determinan menurut WHO (1998) dalam Sulaeman (2016) meliputi faktor pribadi, sosial, ekonomi dan lingkungan yang menentukan status kesehatan individu atau populasi. Promosi kesehatan secara mendasar berkaitan dengan aksi dan advokasi untuk mengatasi berbagai macam determinan kesehatan potensial yang dapat dimodifikasi tidak hanya yang berkaitan dengan tindakan individu, seperti perilaku kesehatan dan gaya hidup, tetapi juga faktor seperti pendapatan dan status sosial, pendidikan, pekerjaan dan kondisi kerja, akses ke layanan kesehatan yang memadai, dan lingkungan fisik. Program promosi kesehatan merupakan kombinasi dari upaya menciptakan kondisi kehidupan yang berdampak pada kesehatan, serta mendorong perubahan dalam gaya hidup dan kondisi kehidupan yang menentukan status kesehatan.

Determinan kesehatan baik individu, kelompok, maupun masyarakat menurut Hendrik L. Bloem (1974) dalam Sulaeman (2014) merupakan hasil interaksi berbagai faktor baik internal (dalam diri manusia) maupun faktor eksternal (di luar diri manusia). Faktor internal terdiri dari faktor fisik dan psikis (mental), sedangkan faktor eksternal terdiri dari berbagai faktor antara lain lingkungan fisik, biologis, kimiawi, pendidikan, ekonomi, sosial, budaya, politik, dan sebagainya. Determinan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi empat yaitu :

- (a) Faktor lingkungan (*environment*) sebesar 45%, terdiri dari lingkungan fisik, biologis, kimiawi, sosial, budaya, politik, ekonomi, dan sebagainya
- (b) Faktor perilaku kesehatan (*health behavior*) yakni sikap dan gaya hidup (*life style*) sebesar 30%

*commit to user*

- (c) Faktor program dan pelayanan kesehatan (*program and health service*) sebesar 20%, meliputi jenis, cakupan, dan kualitas program dan pelayanan kesehatan baik upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif
- (d) Faktor genetika/keturunan sebesar 5%.

Dari keempat faktor tersebut di atas dapat dikemukakan bahwa dalam upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan khususnya di negara berkembang, faktor lingkungan dan faktor perilaku mempunyai peranan yang besar disamping faktor pelayanan kesehatan.

## 2. Perilaku Kesehatan

### a. Definisi

Perilaku adalah segala bentuk pengalaman dan interaksi individu terhadap lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan (Sarwono, 2007)

Perilaku kesehatan dalam arti luas mengacu pada tindakan-tindakan individu, kelompok, dan organisasi, serta faktor yang menentukan mereka untuk melakukan suatu ketrampilan dalam meningkatkan kualitas hidup mereka (Glanz, *et al*, 2008). Menurut Gochman (1982) dalam Glanz *et al* (2008), perilaku kesehatan adalah atribut pribadi seperti kepercayaan, harapan, motif, nilai-nilai, persepsi, dan elemen kognitif lainnya, karakteristik kepribadian, emosional, dan kebiasaan yang berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan. Adapun aspek perilaku terdiri dari pengamatan yang artinya individu mengenal sesuatu (objek) melalui panca indera, perhatian, tanggapan fantasi atau daya hayal serta ingatan atau memori, berfikir, adanya motif yang akan membuat individu untuk melalaikan perubahan perilaku (Pieter, 2010).

Menurut WHO dalam Sulaeman (2016) perilaku kesehatan (*health Behavior*) merupakan kegiatan yang dilakukan oleh individu yang bertujuan untuk mempromosikan, melindungi atau menjaga kesehatan. Hampir setiap perilaku individu memiliki dampak terhadap status kesehatan. Perilaku kesehatan dibedakan dengan perilaku risiko yaitu perilaku yang berkaitan

dengan peningkatan kerentanan terhadap penyebab spesifik dari sakit. Perilaku kesehatan dan perilaku risiko sering terkait dengan pola yang lebih kompleks dari perilaku yang mengarah pada gaya hidup.

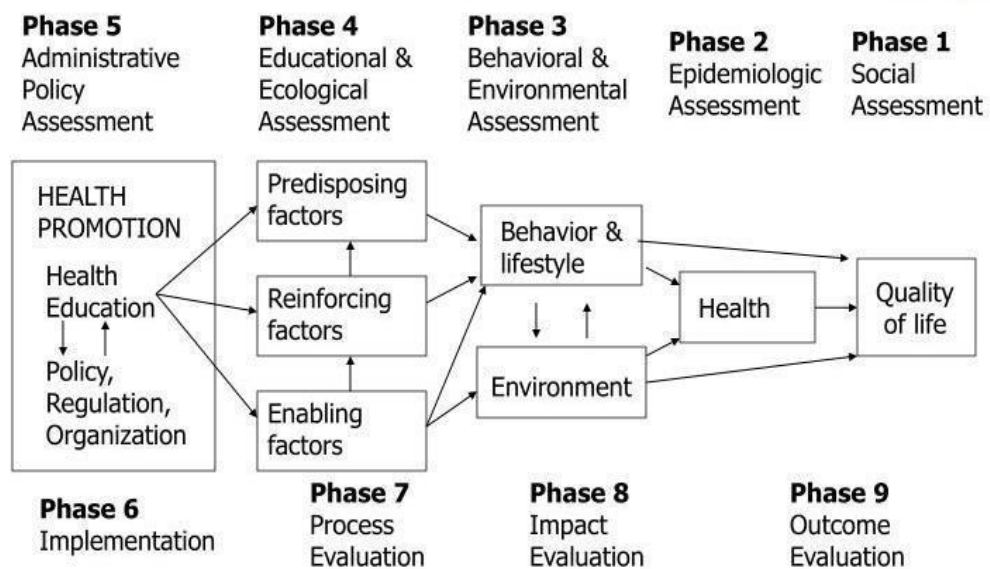
Terdapat dua faktor utama yang membentuk perilaku seseorang, yaitu stimulus yang merupakan faktor dari luar individu (faktor eksternal) dan respon merupakan faktor dari dalam diri individu (faktor internal). Faktor eksternal antara lain faktor lingkungan, baik lingkungan fisik maupun non fisik dalam bentuk sosial budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor internal yaitu pengamatan, perhatian, persepsi, motivasi, fantasi, segesti dan sebagainya (Sulaeman, 2016).

Kasi dan Cobb (1966) dalam Browning. C (2005) mendefinisikan tiga kategori perilaku kesehatan yaitu :

- (a) Perilaku pencegahan (*well behavior*) yaitu di mana individu akan percaya bahwa tindakan yang dilakukannya merupakan pemeliharaan kesehatannya atau untuk menghindarinya dari sakit. Tahapan dalam melakukan perilaku pencegahan antara lain:
  - 1) *Primary prevention*, merupakan suatu upaya untuk menghindari penyakit yang belum terjadi. Misalnya melakukan vaksinasi HPV dan penyuluhan kanker serviks.
  - 2) *Secondary prevention*, upaya untuk melakukan deteksi dini yaitu dengan *Screening*, misalnya papsmear dan IVA
  - 3) *Tertiary prevention*, upaya ini dilakukan untuk menghindari terjadinya kecacatan agar tidak menjadi parah, misalnya dengan melakukan pengobatan paliatif terhadap penderita kanker serviks
- (b) Perilaku sakit (*Symptom based/illness behavior*), yaitu segala tindakan dan upaya yang dilakukan oleh individu yang merasakan bahwa dirinya sakit serta dia akan mencari pertolongan pengobatan untuk kesembuhan dirinya.
- (c) Peran perilaku sakit (*sick role behavior*), yaitu aktivitas apapun yang dilakukan oleh individu agar dirinya sembuh setelah dia mengetahui dan dinyatakan sakit.

### b. Teori *Precede-Proceed*

Menurut model perubahan perilaku *Precede Proceed* dari Lawrence Green dan M. Kreuter (2005), bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor individu maupun lingkungan, dan karena itu memiliki dua bagian yang berbeda. Pertama *PRECEDE* (*Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in, Educational/Ecological, Diagnosis, Evaluation*). Kedua *PROCEED* (*Policy, Regulatory, Organizational, Constructs in, Educational, Enviromental, Development*). Salah satu yang paling baik untuk perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program promosi kesehatan adalah model *Precede-Proceed*. *Precede* bagian dari fase (1-4) berfokus pada perencanaan program, dan bagian *Proceed* fase (5-8) berfokus pada implementasi dan evaluasi. Delapan fase dari model panduan dalam menciptakan program promosi kesehatan, dimulai dengan hasil yang lebih umum dan pindah ke hasil yang lebih spesifik. Secara bertahap, proses mengarah ke penciptaan sebuah program, pemberian program, dan evaluasi program (Fertman, 2010).



Gambar 2.1 Model *Precede Proceed*

Menurut Sulaeman (2014) menyebutkan bahwa Model *Precede Proceed* memberikan penawaran model perencanaan program komprehensif. Teori ini pertama kali dikembangkan pada tahun 1980 sebagai alat diagnostik

perencanaan dan perluasan yang selanjutnya mencakup tahapan pengembangan perencanaan promosi kesehatan meliputi proses implementasi dan evaluasi. Terdapat fase-fase dalam teori Precede Proceed yaitu fase 1 sampai fase 8. Fase-fase dalam teori Precede-Proceed adalah:

- 1) Fase 1 yaitu identifikasi sosial mempertimbangkan isu kualitas hidup seseorang dalam populasi (pasien, siswa sekolah, kelompok masyarakat). Banyak metode untuk mengetahui (dengan pasti) isu kualitas hidup sebagai contoh survei masyarakat, pertemuan dengan organisasi siswa, dan fokus grup.
- 2) Fase 2 yaitu mengidentifikasi masalah kesehatan spesifik yang memberikan kontribusi pada masalah sosial yang ditetapkan pada fase 1 kemudian dihubungkan dengan faktor-faktor perilaku dan lingkungan serta keturunan yang berhubungan dengan masalah kesehatan yang dipilih.
- 3) Fase 3 yaitu mengidentifikasi faktor-faktor kecenderungan (predisposisi), memajukan (*enabling*), dan memperkuat (*reinforcing*).
- 4) Fase 4 yaitu dilakukan dengan cara menentukan kemampuan organisasi dan administrasi serta sumber-sumber daya.
- 5) Fase 5 yaitu mengembangkan dan mengimplementasi program dengan mempertimbangkan keterbatasan sumber daya, pembatasan waktu, dan kemampuan staf dalam pelaksanaan program.
- 6) Fase 6-8 mengevaluasi setiap fase. Evaluasi ini dilakukan pada setiap fase atau keseluruhan model.

Teori Lawrence Green dalam Sulaeman (2016) menyatakan bahwa individu akan melakukan perilaku tertentu dipengaruhi oleh 3 faktor antara lain :

- (a) Faktor predisposisi (*predisposing factors*) yaitu faktor yang menjadi pencetus utama atau mempermudah terjadinya perilaku seseorang, seperti pengetahuan, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- (b) Faktor pendukung (*enabling factors*) yaitu faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku seseorang, faktor-faktor ini antara lain lingkungan fisik, sarana ~~umda~~ dan prasarana fasilitas kesehatan serta



sumberdaya kesehatan, umur, status sosial ekonomi, pendidikan dan sebagainya.

- (c) Faktor pendorong (*reinforcing factors*) yaitu faktor yang mendorong atau memperkuat suatu perilaku, seperti contoh perilaku dari tokoh masyarakat, rekomendasi tenaga kesehatan, dukungan keluarga adanya suatu sebab seperti lingkungan dan fasilitas serta faktor pendorong sebagai penguat melakukan perilaku tertentu Teori Snehandu B. Kars menyatakan bahwa individu berperilaku karena adanya niat, dukungan sosial, sumber informasi dan pelayanan kesehatan.

### c. Teori *Health Belief Models* (HBM)

*Health Belief Models* (HBM) adalah salah satu model perilaku kesehatan pertama dan tertua, tetapi masih sangat relevan digunakan untuk membahas suatu perilaku kesehatan (Glanz *et al*, 2010). Dikembangkan pada tahun 1950an oleh sekelompok ahli psikologi sosial di Dinas Kesehatan Amerika Serikat yaitu Irwin M. Rosenstock, Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen Kegeles dan Howard Leventhal. HBM digunakan untuk memahami kegagalan luas dalam program skrining TB (Carpenter *et al*, 2010; Glanz *et al*, 2008)

HBM adalah model psikologis untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan, dilakukan dengan berfokus pada sikap dan keyakinan individu. HBM adalah teori interpersonal (dalam diri individu) meliputi pengetahuan dan keyakinan digunakan dalam promosi kesehatan untuk merancang program intervensi dan pencegahan (Burke, 2013). HBM didasarkan atas tiga faktor esensial yaitu kesiapan individu untuk merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan, adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya merubah perilaku serta perilaku itu sendiri (Glanz *et al*. 2008). Ketiga faktor di atas dipengaruhi oleh faktor lain yang berhubungan dengan kepribadian dan lingkungan individu, serta pengalaman berhubungan dengan sarana & petugas kesehatan. Kesiapan individu dipengaruhi oleh faktor seperti yang dirasakan individu tentang kerentanan dan risiko terhadap penyakit, potensi ancaman, motivasi untuk memperkecil risiko terhadap penyakit, potensi

ancaman, dan adanya kepercayaan bahwa perubahan perilaku akan memberikan manfaat. Faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku adalah perilaku itu sendiri yang dipengaruhi oleh karakteristik individu, penilaian individu terhadap perubahan, interaksi dengan petugas kesehatan dan pengalaman mencoba merubah perilaku.

Konsep utama dalam HBM Rosenstock dalam Sarwono (2007) antara lain :

a. Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*)

Persepsi individu tentang kemungkinan dirinya terkena suatu penyakit, mengacu pada keyakinan tentang risiko atau kerentanan terhadap kondisi atau penyakit. Asumsi lain dari kerentanan ini bahwa bila ancaman yang dirasakan tersebut cukup tinggi maka perilaku pencegahan juga akan meningkat.

b. Keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*)

Persepsi individu tentang beratnya suatu penyakit, mengacu pada keyakinan mengenai kemungkinan keparahan penyakit atau kondisi. HBM mengusulkan bahwa individu yang merasakan masalah kesehatan yang dihadapi serius lebih mungkin untuk terlibat dalam perilaku pencegahan. Keseriusan yang dirasakan mencakup keyakinan tentang penyakit itu sendiri serta dampak yang lebih luas dari penyakit pada fungsi peran dalam pekerjaan dan sosial.

c. Manfaat yang dirasakan (*perceived benefit*)

Manfaat yang dirasakan yaitu seseorang menimbang keuntungan yang diperoleh antara biaya yang dikeluarkan dengan tingkat penyakitnya, mengacu pada nilai atau manfaat yang dirasakan dari perilaku kesehatan dalam mengurangi risiko kondisi atau penyakit. Jika seorang individu percaya bahwa tindakan tertentu akan mengurangi kerentanan terhadap masalah kesehatan atau menurunkan keseriusan, maka ia cenderung terlibat perilaku terlepas dari fakta-fakta objektif mengenai efektivitas tindakan.

d. Hambatan yang dirasakan (*perceived barrier*)

Hambatan yang dirasakan adalah hambatan yang ada dalam diri seseorang dalam berperilaku sehat, mengacu pada setiap kendala atau hambatan untuk perubahan perilaku yang dianggap menurunkan risiko. Hambatan yang dirasakan untuk mengambil tindakan termasuk ketidaknyamanan yang dirasakan, biaya, bahaya (misalnya, efek samping dari prosedur medis) dan ketidaknyamanan (misalnya, nyeri) terlibat dalam perilaku.

e. Isyarat pada tindakan (*cues to action*)

*Cues to action* adalah isyarat atau petunjuk yang diperlukan untuk berperilaku dalam tindakan pencegahan penyakit seperti pendidikan kesehatan yang diperoleh, pengalaman tentang penyakit tertentu yang terjadi pada individu yang berada di lingkungan sekitarnya, komunikasi serta media informasi. Definisi komunikasi adalah suatu proses penyampaian pesan dari individu kepada individu lain untuk memberikan suatu perubahan baik itu sikap, pendapat atau perilaku yang disampaikan secara langsung atau tidak langsung (Effendy, 2003). Isyarat lain dalam teori HBM adalah sumber informasi dari media massa, antara lain media cetak seperti buku, majalah, koran dan media elektronik seperti TV, radio, internet. Media ini dapat dijadikan sumber informasi untuk terjadinya suatu perubahan perilaku (Rakhmat, 2005).

f. Efikasi diri (*self-efficacy*)

Efikasi diri adalah kepercayaan pada kemampuan sendiri untuk melakukan sesuatu. Efikasi diri mengacu pada persepsi individu atau kompetensi untuk berhasil melakukan perilaku (Glanz *et al*, 2008)

### 3. Kanker Serviks

#### a. Definisi

Kanker serviks merupakan keganasan yang berasal dari serviks. Serviks merupakan sepertiga bagian bawah uterus, berbentuk silindris, menonjol dan merupakan pintu masuk ke arah rahim yang terletak antara rahim dan vagina

*commit to user*



Kanker serviks sering disebut juga kanker leher rahim (Kemenkes RI, 2016 ; Sukaca, 2009).

### **b. Epidemiologi**

Besarnya angka insiden untuk kejadian kanker serviks di Indonesia pada tahun 2012 berdasarkan data GLOBOCAN adalah sebesar 14% dan jumlah kematian sebesar 6%. Berdasarkan laporan dari instalasi deteksi dini dan promosi kesehatan RS Kanker Dharmais pada tahun 2010 – 2013 kanker serviks merupakan salah satu dari tiga jenis kanker dengan jumlah kasus yang terus mengalami peningkatan. Tahun 2010 tercatat jumlah insiden kanker serviks yang terjadi di RS Kanker Dharmais adalah sebesar 296 kasus dan di tahun 2013 sebesar 356 kasus. Untuk jumlah kematian pada tahun 2010 sebesar 36 kasus dan di tahun 2013 sebesar 65 kasus (Kemenkes RI, 2015).

### **c. Etiologi**

Kanker leher rahim atau yang disebut juga sebagai kanker serviks merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh HPV (*Human Papilloma Virus*) onkogenik, mempunyai persentase yang cukup tinggi dalam menyebabkan kanker serviks, yaitu sekitar 99,7% (Tilong, 2012).

HPV onkogenik yaitu HPV yang mengandung protein yang menyebabkan terjadinya kanker (onkoprotein). Telah diidentifikasi sebanyak 20 tipe yang menjadi penyebab kanker serviks, tetapi paling banyak (70%) kanker serviks disebabkan tipe 16 dan 18. Virus HPV (*Human Papilloma Virus*) adalah kelompok virus yang terdiri dari 150 jenis virus yang dapat menginfeksi sel-sel pada permukaan kulit. Ada 30 hingga 40 jenis HPV yang menyebabkan penyakit kelamin. Beberapa jenis HPV menyebabkan kulit pada kelamin. Jenis lain menyebabkan kanker serviks jenis HPV ( 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, dan 69) yang menyebabkan kanker disebut HPV “risiko tinggi” yang ditularkan melalui sex. Tipe yang paling bahaya adalah jenis HPV 16 dan 18 yang menyebabkan 70% penyakit kanker serviks, sedangkan HPV yang tidak menyebabkan kanker disebut HPV “risiko rendah” ditularkan dari satu orang ke orang lain melalui hubungan seksual (kulit ke kulit) seperti vaginal, anal, ataupun oral. Penularan HPV pada umumnya melalui hubungan seksual (90%), dan 10% penularan terjadi non

hubungan seksual. Hubungan sex yang tidak aman, terutama pada usia muda, membuat infeksi HPV lebih memungkinkan. Selain itu perempuan yang memiliki banyak pasangan seks (atau yang berhubungan seks dengan laki-laki yang telah memiliki banyak mitra) memiliki kesempatan lebih besar untuk mendapatkan HPV (Nurwijaya, 2010).

Banyak perempuan mungkin memiliki HPV dari berbagai tipe, tapi sangat sedikit (2%) dari perempuan ini akan menderita kanker serviks. Sistem kekebalan tubuh berperan besar untuk melawan virus HPV dan infeksi dapat hilang tanpa pengobatan. Tetapi ada beberapa perempuan, infeksi virus tetap berlangsung dan dapat menyebabkan kanker serviks. HPV terutama ditemukan pada perempuan usia muda. Kondom kurang membantu melindungi terhadap HPV sekalipun digunakan dengan benar. Tapi HPV masih dapat ditularkan satu orang ke orang lain dengan cara kontak kulit-ke-kulit yang terinfeksi HPV dan daerah tubuh yang tidak tertutup oleh kondom (Nurwijaya, 2010).

#### **d. Faktor Risiko**

Beberapa faktor yang menyebabkan perempuan terpapar HPV adalah sebagai berikut:

##### **(a) Hubungan Seks Pada Usia Muda**

Faktor risiko ini merupakan salah satu faktor risiko terpenting karena Penelitian para pakar menunjukkan bahwa semakin muda wanita melakukan hubungan seksual maka semakin besar risiko terkena kanker leher rahim. Wanita yang melakukan hubungan seks pertama sekali pada usia kurang dari 17 tahun mempunyai risiko 3 kali lebih besar daripada wanita yang berhubungan seksual pertama sekali pada usia lebih dari 20 tahun (Sukaca, 2009).

##### **(b) Multipartner seks**

Perilaku berganti-ganti pasangan seksual akan meningkatkan penularan penyakit kanker leher rahim. Risiko terkena kanker leher rahim meningkat 10 kali lipat pada wanita mempunyai teman seksual 6 orang atau lebih. Bukan hanya ini saja, bila seorang suami juga berganti-ganti pasangan seksual dengan wanita lain misalnya wanita tuna susila (WTS),

maka suaminya dapat membawa virus HPV dan menularkan kepada istrinya (Sukaca, 2009).

(c) Jumlah Paritas

Paritas merupakan keadaan dimana seorang wanita pernah melahirkan bayi yang dapat hidup atau viable. Paritas yang berbahaya adalah dengan memiliki jumlah anak lebih dari 2 orang atau jarak persalinan terlampau dekat. Hal ini dikarenakan persalinan yang demikian dapat menyebabkan timbulnya perubahan sel-sel abnormal pada mulut rahim. Jika jumlah anak yang dilahirkan melalui jalan normal banyak dapat menyebabkan terjadinya perubahan sel abnormal dari epitel pada mulut rahim, dan dapat berkembang menjadi keganasan (Sukaca, 2009).

(d) Pemakaian Alat Kontrasepsi

Penggunaan kontrasepsi pil dalam jangka waktu lama (5 tahun atau lebih) meningkatkan risiko kanker leher rahim sebanyak 2 kali, sedangkan pemakaian kontrasepsi oral lebih dari 5 tahun dapat meningkatkan risiko relatif kanker leher rahim 1,53 kali (Sukaca, 2009).

(e) Riwayat Perokok

Wanita perokok mempunyai risiko 2 kali lipat terkena kanker leher rahim dibandingkan wanita yang tidak. Lendir serviks wanita perokok mengandung nikotin dan zat lainnya yang terdapat dalam rokok. Zat-zat tersebut menurunkan daya tahan serviks. Tembakau merusak sistem kekebalan dan mempengaruhi kemampuan tubuh untuk melawan infeksi HPV pada serviks (Sukaca, 2009).

(f) Imunosupresi

Human immunodeficiency virus HIV, virus yang menyebabkan AIDS, kerusakan sistem kekebalan tubuh dan menempatkan perempuan pada risiko tinggi untuk infeksi HPV, peningkatan risiko kanker serviks pada wanita dengan AIDS. sistem kekebalan tubuh mungkin penting dalam menghancurkan sel-sel kanker dan memperlambat pertumbuhan dan penyebaran mereka. Wanita dengan sistem kekebalan gangguan dari HIV, pra-kanker serviks mungkin berkembang menjadi kanker invasif lebih cepat daripada biasanya. Kelompok lain perempuan pada risiko

kanker serviks adalah orang-orang yang mengonsumsi obat untuk menekan respon kekebalan tubuh mereka, seperti orang-orang yang sedang dirawat karena penyakit autoimun (di mana sistem kekebalan tubuh melihat jaringan tubuh sendiri sebagai asing dan menyerang mereka, seperti kuman) atau mereka yang telah melakukan transplantasi organ (American Cancer Society, 2014)

(g) Infeksi Chlamydia

Klamidia adalah jenis bakteri yang dapat menginfeksi sistem reproduksi. menyebar karena kontak seksual. Infeksi Chlamydia dapat menyebabkan radang panggul, menyebabkan infertilitas. Beberapa studi telah menunjukkan risiko yang lebih tinggi dari kanker serviks pada wanita yang hasil tes darah menunjukkan tanda-tanda infeksi chlamydia dibandingkan dengan wanita dengan hasil tes normal. Perempuan yang terinfeksi klamidia sering tidak memiliki gejala, mereka mungkin tidak tahu bahwa mereka terinfeksi di semua bagian kecuali mereka diuji untuk tes klamidia (American Cancer Society, 2014)

(h) Diet rendah buah-buahan dan sayuran

Perempuan yang Diet buah-buahan dan sayuran memiliki risiko untuk terkena kanker serviks (American Cancer Society, 2014)

(i) Kelebihan berat badan

Kelebihan berat badan wanita lebih mungkin untuk terkena adenokarsinoma leher rahim (American Cancer Society, 2014).

(j) Kemiskinan

Kemiskinan juga merupakan faktor risiko untuk kanker serviks. Banyak wanita dengan pendapatan rendah tidak memiliki akses ke layanan kesehatan yang memadai, termasuk tes Pap smear (American Cancer Society, 2014).

(k) Memiliki riwayat keluarga dengan kanker serviks

Kanker serviks dapat berjalan di beberapa keluarga. Jika wanita seperti ibu atau kakak punya kanker serviks, kemungkinan anaknya akan beresiko terkena 2 sampai 3 kali lebih tinggi. Beberapa peneliti menduga

hal ini disebabkan oleh kondisi wanita yang kurang mampu melawan infeksi HPV (American Cancer Society, 2014).

#### **e. Tanda dan Gejala Kanker Serviks**

Pada umumnya, wanita dengan lesi pra kanker belum menunjukkan gejala. Biasanya gejala sering kali tidak muncul sampai lesi pra kanker berubah menjadi kanker invasif dan tumbuh ke jaringan terdekat disekitarnya (American Cancer Society, 2014).

Menurut Colombo *et al.* (2012) ketika telah terjadi kanker invasif, tanda dan gejala umum yang muncul adalah sebagai berikut :

- (a) Perdarahan vagina abnormal, seperti perdarahan setelah berhubungan seks, perdarahan setelah menopause, perdarahan dan bercak antara periode menstruasi, perdarahan menstruasi yang lebih panjang dari biasanya, perdarahan setelah *douching* atau setelah melakukan pemeriksaan panggul.
- (b) Keluar cairan (sekret) yang tidak biasa dari vagina, sekret ini bisa mengandung sedikit darah dan dapat terjadi diantara periode menstruasi atau setelah menopause.
- (c) Dispareunia atau nyeri saat berhubungan seks.

Menurut Kemenkes RI (2016), apabila lesi pra kanker telah menjadi kanker invasif, gejala yang paling umum adalah perdarahan (*contact bleeding*, perdarahan saat berhubungan intim) dan keputihan. Gejala dapat berkembang menjadi nyeri pinggang atau perut bagian bawah pada stadium lanjut karena desakan tumor di daerah pelvik ke arah lateral sampai obstruksi ureter, bahkan sampai oligo atau anuria. Gejala lanjutan bisa terjadi sesuai dengan infiltrasi tumor ke organ yang terkena, misalnya: fistula vesikovaginal, fistula rektovaginal, edema tungkai.

#### **f. Diagnosis Kanker Serviks**

Kanker serviks dapat didiagnosa berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis. Anamnesis dapat dilakukan dengan menanyakan keluhan/tanda dan gejala yang dialami pasien, sedangkan pemeriksaan klinis dapat dilakukan dengan melakukan inspeksi dan pemeriksaan penunjang (laboratorium) meliputi kolposkopi, biopsi serviks, sistoskopi, rektoskopi,



USG, BNO- IVP, foto toraks dan bone scan, CT scan atau MRI, PET scan (Kemenkes RI, 2016).

Stadium kanker serviks didasarkan atas pemeriksaan klinik oleh karena itu harus dilakukan secara cermat, jika ada keraguan dalam penentuan diagnosa maka dipilih stadium yang lebih rendah (Kemenkes RI, 2016).

#### g. Stadium Kanker Serviks

International Federation of Gynecologists and Obstetricians Staging System for Cervical Cancer (FIGO) pada tahun 2000 menetapkan suatu sistem stadium kanker sebagai berikut (Kemenkes RI, 2016 ; Colombo, 2012) :

Tabel 2.1 Klasifikasi Stadium Kanker Serviks menurut FIGO

Stadium	Karakteristik
<b>0</b>	Karsinoma In Situ (karsinoma preinvasif)
<b>I</b>	Karsinoma serviks terbatas di serviks
<b>IA</b>	Karsinoma invasif didiagnosis hanya dengan mikroskop. Meskipun invasif hanya pada supervisial, dimasukkan ke dalam stadium 1B
<b>IA1</b>	Invasi stroma telah menembus membran basalis tidak lebih dari 3 mm dengan diameter permukaan tumor < 7 mm.
<b>IA2</b>	Invasi stroma >3 mm dan ≤ 5 mm dengan diameter ≤ 7 mm
<b>IB</b>	Lesi terlihat secara klinik dan terbatas pada serviks atau secara mikroskopik lebih besar dari IA2
<b>IB1</b>	Lesi terlihat secara klinik dengan diameter ≤ 4 cm
<b>IB2</b>	Lesi terlihat secara klinik dengan diameter > 4 cm
<b>II</b>	Invasi kanker telah keluar dari uterus tetapi tidak sampai ke dinding panggul atau mencapai 1/3 bawah vagina
<b>IIA</b>	Tanpa invasi ke parametrium
<b>IIA1</b>	Lesi terlihat secara klinik dengan diameter sebesar ≤ 4 cm
<b>IIA2</b>	Lesi terlihat secara klinik dengan diameter sebesar > 4 cm
<b>IIB</b>	Tumor dengan invasi ke parametrium
<b>III</b>	Tumor meluas ke dinding panggul / atau mencapai 1/3 bawah

	vagina dan/atau menimbulkan hidronefrosis (gangguan fungsi ginjal)
<b>IIIA</b>	Tumor meluas sampai ke dinding vagina tetapi tidak mencapai dinding panggul
<b>IIIB</b>	Tumor meluas hingga mencapai dinding panggul dan/atau menimbulkan hidronefrosis (gangguan fungsi ginjal)
<b>IV</b>	Tumor menginvasi mukosa kandung kemih atau rektum dan/atau meluas keluar panggul kecil (true pelvis)
<b>IVA</b>	Metastasis pada organ yang dekat
<b>IVB</b>	Metastasis jauh (termasuk penyebaran pada peritoneal, keterlibatan dari kelenjar getah bening supraklavikula, mediastinal, atau pada aorta, paru, hati, atau tulang)

#### **h. Pencegahan**

Menurut Lembahmanah (2009) ada beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mencegah kanker serviks, antara lain :

##### **(a) Vaksin HPV**

Sebuah studi menyatakan bahwa kombinasi vaksinasi HPV dan skrining dapat memberikan manfaat yang besar dalam pencegahan penyakit ini. Vaksin HPV dapat berguna dan *cost-effective* untuk mengurangi kejadian kanker serviks dan kondisi pra kanker, khususnya pada kasus yang ringan. Vaksin HPV yang terdiri dari 2 jenis dapat melindungi tubuh dalam melawan kanker yang disebabkan oleh HPV (tipe 16 dan 18). Salah satu vaksin dapat membantu menangkalkan timbulnya kutil di daerah genital yang diakibatkan oleh HPV 16 dan 11, juga HPV 16 dan 18. Manfaat tersebut telah diuji pada uji klinis tahap III dan harus dapat diwujudkan dalam waktu dekat. Keyakinan hasil uji klinis tahap III ini menunjukkan bahwa vaksin- vaksin tersebut dapat membantu menangkalkan infeksi HPV dari tipe- tipe diatas dan mencegah lesi pra-kanker pada wanita yang belum terinfeksi HPV sebelumnya.

##### **(b) Penggunaan Kondom**

Para ahli sebenarnya sudah lama meyakinkannya, tetapi kini mereka punya bukti pendukung bahwa kondom benar- benar mengurangi resiko

penularan virus penyebab kutil kelamin (genital warts) dan banyak kasus kanker leher rahim. Hasil pengkajian atas 82 orang yang dipublikasikan di New England Journal of Medicine memperlihatkan bahwa wanita yang mengaku pasangannya selalu menggunakan kondom saat berhubungan seksual kemungkinannya 70% lebih kecil untuk terkena infeksi human papilloma virus (HPV) dibanding wanita yang pasangannya sangat jarang (tak sampai 5% dari seluruh jumlah hubungan seks) menggunakan kondom. Hasil penelitian memperlihatkan efektivitas penggunaan kondom di Indonesia masih tergolong rendah. Dari survey Demografi Kesehatan Indonesia pada 2003 (BPS- BKKBN) diketahui bahwa ternyata penggunaan kondom pada pasangan usia subur di Negara ini masih sekitar 0,9%.

(c) Sirkumisi pada Pria

Sebuah studi menunjukan bahwa sirkumisi pada pria berhubungan dengan penurunan resiko infeksi HPV pada penis dan pada kasus seorang pria dengan riwayat *multiple sexual partners*, terjadi penurunan risiko kanker serviks pada pasangan wanita mereka yang sekarang.

(d) Tidak merokok

Tembakau mengandung bahan- bahan karsinogen baik yang dihisap sebagai rokok/ sigaret atau dikunyah. Asap rokok menghasilkan *polycyclicaromatic hydrocarbon heterocyclic nitrosamines*. Wanita perokok konsentrasi nikotin pada getah serviks 56 kali lebih tinggi dibandingkan di dalam serum. Efek langsung bahan-bahan tersebut pada serviks adalah menurunkan status imun local sehingga dapat menjadi ko-karsinogen infeksi virus.

(e) Nutrisi

Banyak sayur dan buah mengandung bahan- bahan anti- oksidan dan berkhasiat mencegah kanker misalnya, alpukat, brokoli, kol, wortel, jeruk, anggur, bawang, bayam, tomat. Dari beberapa penelitian ternyata defisiensi asam folat (*folic acid*), vitamin C, vitamin E, beta karoten/ retinol dihubungkan dengan peningkatan resiko kanker serviks. Vitamin E, vitamin C dan beta karoten mempunyai khasiat antioksidan yang kuat.

Antioksidan dapat melindungi DNA/ RNA terhadap pengaruh buruk radikal bebas yang terbentuk akibat oksidasi karsinogen bahan kimia. Vitamin E banyak terdapat dalam minyak nabati (kedelai, jagung, biji-bijian dan kacang- kacangan). Vitamin C banyak terdapat dalam sayur-sayuran dan buah- buahan.

Tidak dapat dipungkiri bahwa cara terbaik untuk mencegah kanker serviks adalah dengan melakukan *screening gynaecological* dan jika dibutuhkan dilengkapi dengan *treatment* yang terkait dengan lesi prakanker agar tidak berkembang menjadi kanker serviks invasif (Lembahmanah, 2009).

Beberapa jenis *screening* yang dapat dilakukan untuk mendeteksi secara dini lesi pra-kanker adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2009) :

(a) Tes HPV

Menggunakan teknik pemeriksaan molekuler, DNA yang terkait dengan HPV diuji dari sebuah contoh sel yang diambil dari serviks atau liang senggama.

(b) Tes Pap / Papsmear

Pemeriksaan sitologis dari apusan sel-sel yang diambil dari serviks untuk melihat perubahan sel yang mengindikasikan terjadinya inflamasi, displasia, atau kanker.

(c) Tes IVA

Pemeriksaan inspeksi visual dengan mata telanjang (tanpa pembesaran) seluruh permukaan serviks dengan bantuan asam asetat / cuka yang diencerkan. Pemeriksaan dilakukan tidak dalam keadaan hamil maupun sedang haid.

(d) Servikografi

*Screening* servikografi dilakukan dengan menggunakan kamera khusus untuk memfoto serviks yang kemudian diinterpretasi hasilnya. Pemeriksaan ini biasanya digunakan sebagai tambahan dari deteksi dini dengan menggunakan IVA, tetapi juga bisa digunakan sebagai metode penapisan primer.

(e) Kolposkopi

Pemeriksaan visual bertenaga tinggi (pembesaran) untuk melihat serviks, bagian luar dan kanal bagian dalam serviks. Biasanya pemeriksaan ini juga disertai dengan dilakukannya biopsi jaringan ikat yang tampak abnormal. Terutama digunakan untuk mendiagnosa.

#### 4. Vaksin HPV

##### a. Definisi

Vaksin HPV adalah vaksin yang diciptakan untuk menurunkan angka kejadian kanker di dunia dan merupakan vaksin kedua yang berhasil diaplikasikan setelah vaksin hepatitis B (HBV). Vaksin HPV yang tersedia saat ini terdiri dari dua jenis vaksin, yang pertama adalah vaksin kanker profilaktik (cancer prophylactic vaccines), vaksin ini bermanfaat untuk meningkatkan imunitas tubuh agar terlindung dari HPV. Kedua, adalah vaksin kanker terapeutik (cancer therapeutic vaccines) yang digunakan untuk menstimulus kekebalan tubuh seluler agar sel yang terinfeksi HPV dapat dihilangkan (Savitri A, 2015).

Vaksin kanker bekerja dengan cara mengaktifkan sel B yang memproduksi antibodi yang dapat mengenali dan mencegah terjadinya infeksi. Sampai pada saat ini penggunaan vaksin kanker profilaktik untuk mencegah terjadinya infeksi HPV di dunia terdapat dua jenis vaksin yaitu vaksin Gardasil dan Cervarix (Savitri A, 2015). Saat ini vaksin kanker terapeutik yang ditujukan untuk terapi kanker masih terus dikembangkan. Berbagai kandidat vaksin kanker terapeutik masih dalam fase uji klinik dan belum ada yang disetujui penggunaannya untuk pengobatan kanker (Maksum, 2009)

##### b. Manfaat Vaksin HPV

Vaksin HPV yang saat ini telah dibuat dan dikembangkan merupakan vaksin kapsid L1 (merupakan imunogenik mayor) HPV tipe 16 dan 18. Vaksinasi HPV merupakan upaya pencegahan primer yang diharapkan akan menurunkan terjadinya infeksi HPV risiko tinggi, menurunkan kejadian karsinogenesis kanker serviks dan pada akhirnya menurunkan kejadian



kanker serviks uterus. Infeksi HPV tipe 16 dan 18 ditemukan pada 70-80% penderita kanker serviks, sehingga sejumlah itu pula yang diharapkan dapat menikmati proteksi terhadap kanker serviks uteri. Pemberian vaksin dilaporkan memberi proteksi sebesar 89%, karena vaksin tersebut dilaporkan mempunyai cross protection dengan tipe lain. Vaksin yang mengandung vaksin HPV 16 dan 18 disebut sebagai vaksin bivalent, sedangkan vaksin HPV tipe 16, 18, 6 dan 11 disebut sebagai vaksin quadrivalent. HPV tipe 6 dan 11 (HPV risiko rendah) bukan karsinogen sehingga bukan penyebab kanker serviks uterus. Vaksin HPV risiko tinggi tipe lainnya belum dikembangkan. Pemberian vaksin pada laki-laki dilaporkan tidak memberikan hasil yang memuaskan. Vaksin yang saat ini akan diaplikasikan adalah vaksin profilaksis bukan vaksin terapeutik. Vaksinasi pada perempuan yang telah terinfeksi HPV tipe 16 dan 18 kurang bahkan mungkin tidak memberi manfaat proteksi, tetapi pemberiannya dilaporkan tidak menimbulkan efek yang merugikan (Dewi S, 2014)

### **c. Orang yang diberikan Vaksin HPV**

Vaksin profilaksis akan bekerja efisien bila vaksin tersebut diberikan sebelum individu terpapar infeksi HPV. Vaksin mulai dapat diberikan pada wanita usia 10 tahun, yaitu setelah menstruasi. Menurut rekomendasi *Food and Drugs Administration United States* (FDA-US) vaksin HPV dapat diberikan pada wanita usia 10-26 tahun (Dewi S, 2014). Vaksin HPV mungkin bermanfaat bagi perempuan seksual aktif karena risiko mereka terus-menerus mendapatkan infeksi HPV baru dan berkembangnya *Cervical Intraepithelial Neoplasia* (CIN) dan kanker serviks. Data percobaan klinis menunjukkan bahwa vaksin HPV-16/18 AS04-*adjuvanted* aman dan imunogenik sampai wanita berusia 55 tahun, sementara data awal dengan vaksin quadrivalent menunjukkan bukti keamanan, imunogenisitas dan manfaat yang tinggi pada wanita 24 sampai 45 tahun. HPV vaksinasi pada wanita lebih dari 25 tahun telah disetujui di beberapa negara dan para wanita ini secara individual mencari saran tentang vaksinasi dari tenaga kesehatan (Castellsagué, 2009).

Vaksin HPV telah direkomendasikan dalam tiga dosis sejak tahun 2006. Tahun 2016, CDC berubah rekomendasi dua dosis vaksin HPV untuk orang-

orang yang memulai suntikan sebelum usia 15 tahun. Dosis kedua dari vaksin HPV harus diberikan enam sampai dua belas bulan setelah dosis pertama. CDC membuat rekomendasi berdasarkan bukti ilmiah terbaik yang tersedia. Penelitian telah menunjukkan bahwa dua dosis vaksin HPV diberikan setidaknya enam bulan terpisah untuk remaja pada usia 9 – 14 tahun bekerja sama baik atau lebih baik daripada tiga dosis yang diberikan kepada anak remaja dan dewasa muda. (CDC, 2016)

Infeksi HPV yang menyerang organ genetalia biasanya ditularkan melalui hubungan seksual, dan imunisasi diberikan untuk melakukan perlindungan terhadap sejumlah besar penyakit yang dihasilkan oleh infeksi virus tersebut. Selain itu vaksin diberikan pada usia tersebut maka respon kekebalan tubuh yang dihasilkan akan lebih besar dibandingkan bila diberikan setelah pubertas, baik pada wanita maupun pada pria. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Harvard Medical School, vaksinasi pada pria belum menghasilkan efektifitas yang memuaskan. Vaksinasi pada ibu hamil tidak dianjurkan, sebaiknya vaksinasi diberikan setelah persalinan. Ibu menyusui vaksinasi belum direkomendasikan. (Dewi S, 2014).

#### **d. Sediaan dan Komposisi Vaksin HPV**

Terdapat dua jenis vaksin HPV L1 VLP yang sudah dipasarkan melalui uji klinis, yakni :

##### **(a) Cervarix**

Vaksin HPV Cavarix hanya diberikan pada wanita dan hanya untuk mencegah kanker serviks. Vaksin ini merupakan jenis vaksin bivalen HPV 16/18 L1 VLP vaksin yang diproduksi oleh Glaxo Smith Kline Biological, Rixen- sart, Belgium., Protein L1 dari HPV pada preparat ini diekspresikan oleh recombinant baculovirus vector dan VLP dari keduatipe ini diproduksi dan kemudian dikombinasikan sehingga menghasilkan suatu vaksin yang sangat merangsang sistem imun. Preparat ini diberikan secara intramuskuler dalam 3 kali pemberian yaitu pada bulan ke 0, kemudian diteruskan bulan ke 1 dan ke 6 masing-masing 0,5 ml (Dewi S, 2014).

Penggunaan vaksin kanker untuk mencegah infeksi HPV tipe 16 dan 18 ini telah memberikan perlindungan dan mengurangi resiko terjadinya kanker serviks, kanker vagina, kanker vulva, bahkan dapat juga mencegah infeksi kronis lain yang dapat menyebabkan kanker pada anus, penis dan orofaring (Sharma, 2007 ; Block, 2006). Beberapa penelitian menggunakan vaksin bivalent ini menunjukkan bahwa efektifitas vaksin Cervarix cukup tinggi yaitu mencapai lebih dari 90%, dan dapat bertahan sampai 4,5 tahun (Paavonen, 2007 ; Harper, 2006).

(b) Gardasil

Pada tahun 2006 Food and Drug Administration (FDA) Amerika Serikat telah menyetujui penggunaan vaksin kanker (Gardasil), yang dapat mencegah infeksi HPV tipe 16 dan tipe 18 yang menjadi penyebab utama (70%) terjadinya kasus penyakit kanker serviks di seluruh dunia. Gardasil juga dapat mencegah infeksi HPV tipe 6 dan tipe 11 yang dapat menyebabkan genital warts (Sharma, 2007). Kasus genital warts ini 90 % disebabkan oleh infeksi HPV tipe 6 dan tipe 11. Tahun 2008 FDA memberikan persetujuan penggunaan Gardasil untuk pencegahan kanker vulva dan kanker vagina. Gardasil diproduksi oleh Merck & Company, merupakan vaksin quadrivalent, diproduksi melalui teknik rekayasa protein, terdiri dari 4 tipe virus-like particles (VLPs), masing-masing identik dengan protein kapsid virus dari HPV tipe 6, 11, 16 dan 18, sehingga dapat merangsang pembentukan antibodi terhadap HPV tipe 6, 11, 16 dan 18 (Sharma, 2007 ; Hildesheim A, 2007). Imunisasi Gardasil dianjurkan diberikan pada wanita berumur 9-12 tahun, akan tetapi dapat juga diberikan pada wanita yang berumur antara 9-26 tahun. Imunisasi yang paling efektif diberikan pada wanita yang belum pernah melakukan hubungan seks (Ackerman LK, 2008).

Jadwal imunisasi adalah diberikan sebanyak 3 kali suntikan intramuskular 0,5 ml Gardasil pada 0, 2 dan 6 bulan (Markowitz, 2007). Efektifitas vaksin Gardasil diperkirakan antara 70-100% dan diperkirakan dapat mengurangi insidensi kasus kanker serviks sampai 90%. Lama proteksi vaksin belum diketahui akan tetapi dari beberapa

penelitian diperkirakan sampai 5 tahun (Wang KL, 2007; Villa, 2006). Efek samping vaksin Gardasil jarang ditemukan, umumnya berupa rasa sakit pada tempat penyuntikan, gatal, demam ringan, nausea, dizziness, diare, muntah, sakit kepala, batuk, lesu dan insomnia (Sharma, 2007). Adapun kontraindikasinya adalah tidak boleh diberikan pada wanita hamil, wanita yang sedang sakit berat dan hipersensitif terhadap komponen vaksin (Ackerman LK, 2008).

#### **e. Reaksi akibat vaksinasi**

Gangguan pada lokasi penyuntikan, berupa nyeri, kemerahan, pembengkakan. Kejadian indurasi dan parestesia lokal pada lokasi penyuntikan sangat jarang terjadi. Gangguan pada sistem saraf, diantaranya nyeri kepala dan pusing. Gangguan pada sistem pencernaan berupa mual, muntah, diare, dan nyeri perut. Gangguan pada kulit dan jaringan subkutan berupa gatal, ruam kulit, dan urtikaria. Gangguan pada sistem otot, rangka dan jaringan ikat diantaranya mialgia dan arthralgia. Gejala infeksi diantaranya demam dan infeksi saluran pernapasan bagian atas (jarang terjadi). Pingsan bisa terjadi sampai 30 menit sesudah vaksinasi apapun (Dewi S, 2014).

### **5. Wanita Usia Subur**

#### **a. Definisi**

Wanita usia subur (WUS) berkisar usia 15-45 tahun, hal ini merupakan puncak kesuburan untuk wanita, sebelum usia tersebut kesuburan belum benar matang dan setelahnya berangsur menurun (Romauli, 2009, Mansur, 2009). Wanita Usia Subur (WUS) adalah wanita usia reproduktif dengan batasan usia 15-49 tahun, baik untuk wanita yang berstatus kawin, janda maupun yang belum menikah (Kemenker RI, 2013 ; Lilis, 2017).

#### **b. Kejadian pada Masa Subur**

Pada wanita usia subur ini berlangsung lebih cepat dari pada pria. Puncak kesuburan ada pada rentang usia 20-29 tahun, wanita usia 20-29 tahun memiliki kesempatan 95% untuk hamil. Prosentasenya menurun hingga 90% pada usia 30-an tahun. Memasuki usia 40 tahun, kesempatan hamil

berkurang hingga menjadi 40 %. Setelah usia 40 tahun wanita hanya punya maksimal 10% kesempatan untuk hamil. Masalah kesuburan alat reproduksi merupakan hal yang sangat penting untuk diketahui (Suparyanto, 2011).

Pada masa ini terjadi perubahan fisik, seperti perubahan warna kulit, perubahan payudara, pembesaran perut, pembesaran rahim, dan mulut rahim. Masa ini merupakan masa terpenting bagi wanita dan berlangsung kira-kira 33 tahun. Menstruasi pada masa ini paling teratur dan siklus pada alat genital bermakna untuk memungkinkan kehamilan. Terjadi ovulasi kurang lebih 450 kali pada masa ini. Kondisi yang perlu dipantau pada masa subur adalah perawatan antenatal, jarak kehamilan, deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim, serta infeksi menular seksual (Kumalasari, 2012).

## **6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Vaksinasi HPV**

### **a. Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terhadap obyek terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan tersendiri. Waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap obyek. Sebagian besar pengetahuan manusia di peroleh melalui mata dan telinga (Sulaeman, E.S, 2016)

Menurut Wilson *et al* (2016) pengetahuan tentang hubungan antara HPV dan kanker serviks berhubungan dengan niat dan penyelesaian untuk mendapatkan vaksin HPV. Menurut Farias *et al.* (2016) ketidakpatuhan untuk vaksinasi HPV juga dipengaruhi oleh pengetahuan. Pengetahuan yang kurang tentang HPV dan vaksin HPV berhubungan dengan rendahnya kepatuhan untuk vaksin. Tingkat pengetahuan kurang dari 50% akan meningkatkan kemungkinan ketidakpatuhan untuk vaksinasi yaitu sebesar 60%. Kurangnya pengetahuan wanita tentang kanker serviks merupakan hambatan bagi penerimaan vaksin HPV (M.A.Coleman *et al*, 2011)



### **b. Pendapatan Keluarga**

Pendapatan disebut juga dengan *income* yaitu imbalan yang diterima oleh seluruh rumah tangga pada lapisan masyarakat dalam suatu negara/daerah, dari penyerahan faktor produksi atau setelah melakukan kegiatan perekonomian (Tito, 2011). Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas suami istri, atau suami, istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya (UU No. 52 Tahun 2009). Pendapatan sebagai akibat proses ekonomi atau sumber ekonomi kumulatif dari keluarga inti (suami, istri, dan anak-anak) yang diterima dalam kurun waktu satu bulan.

Canfell *et al* (2015) menyatakan bahwa pendapatan keluarga yang tinggi berhubungan dengan penerimaan vaksin HPV.

### **c. Dukungan Keluarga**

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas suami istri, atau suami, istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya (UU No. 52 Tahun 2009). Suatu ikatan keluarga didahului dengan status perkawinan, sehingga mempunyai hubungan yang erat dan intensif (Ahmadi, 2007). Dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarganya yang menderita yang sakit (Suprajitno, 2004 dalam Linsyah, 2014).

Dalam menghadapi masalah kesehatan pada setiap individu tidak terlepas dari peran anggota keluarga lainnya, sehingga diperlukan pendekatan secara holistik, karena setiap individu sejak lahir berada di dalam suatu kelompok, terutama kelompok keluarga. Kelompok ini akan memungkinkan terjadinya keadaan saling mempengaruhi diantara anggota keluarga. Masalah kesehatan individu merupakan suatu komponen dari sistem pemeliharaan dari individu yang bersangkutan, individu sebagai bagian dari keluarga dan masyarakat, yang meliputi aspek biomedis, psikologis, aspek pengetahuan, sikap dan perilaku, aspek sosial dan lingkungan (Prasetyawati, 2011).

Pada penelitian Tung, ILY *et al* (2016) menyatakan bahwa orang tua merupakan pengambil keputusan dalam partisipasi vaksinasi HPV pada anaknya, hal ini merupakan salah satu bentuk dukungan keluarga yang

diperlukan dalam sebuah tindakan kesehatan. Hal ini dapat terjadi karena keluarga adalah lingkungan terdekat dari remaja perempuan meskipun latar belakang keluarga berbeda-beda dan tidak semua keluarga (orang tua) berlatar belakang kesehatan, keluarga mempercayakan tindakan yang menyangkut masalah kesehatan kepada anak karena anak dianggap mengerti dan mempelajari tindakan-tindakan preventif, hal itulah yang memungkinkan keluarga memberikan dukungan jika remaja perempuan melakukan tindakan preventif dari penyakit termasuk kanker serviks. Selain itu, faktor pembentukan sikap seperti pengalaman dari orang tua maupun keluarga tentang kanker serviks dapat memberi stimulus untuk mendukung responden melakukan pencegahan kanker serviks (Kusgoyo, 2012). Dalam penelitian M.A.Coleman *et al.* (2011) dukungan sosial yang rendah dapat menjadi hambatan bagi penerimaan vaksin HPV, dukungan dapat diperoleh dari orang tua, dokter dan pemerintah.

**d. Persepsi Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*)**

Persepsi individu tentang kemungkinan dirinya terkena suatu penyakit, mengacu pada keyakinan tentang risiko atau kerentanan terhadap kondisi atau penyakit. Asumsi lain dari kerentanan ini bahwa bila ancaman yang dirasakan tersebut cukup tinggi maka perilaku pencegahan juga akan meningkat (Sarwono, 2007).

Persepsi individu bahwa dirinya tidak berisiko merupakan faktor yang menyebabkan wanita usia subur tidak melakukan vaksinasi HPV. Artinya jika seorang wanita setia terhadap satu pasangan maka wanita tersebut tidak berisiko tertular kanker serviks (Wilson, 2016)

**e. Persepsi Keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*)**

Persepsi individu tentang beratnya suatu penyakit, mengacu pada keyakinan mengenai kemungkinan keparahan penyakit atau kondisi. HBM mengusulkan bahwa individu yang merasakan masalah kesehatan yang dihadapi serius lebih mungkin untuk terlibat dalam perilaku pencegahan. Keseriusan yang dirasakan mencakup keyakinan tentang penyakit itu sendiri serta dampak yang lebih luas dari penyakit pada fungsi peran dalam pekerjaan dan sosial (Glanz *et al*, 2008).

**f. Persepsi Manfaat yang dirasakan (*perceived benefit*)**

Manfaat yang dirasakan yaitu seseorang menimbang keuntungan yang diperoleh antara biaya yang dikeluarkan dengan tingkat penyakitnya, mengacu pada nilai atau manfaat yang dirasakan dari perilaku kesehatan dalam mengurangi risiko kondisi atau penyakit. Jika seorang individu percaya bahwa tindakan tertentu akan mengurangi kerentanan terhadap masalah kesehatan atau menurunkan keseriusan, maka ia cenderung terlibat perilaku terlepas dari fakta-fakta objektif mengenai efektivitas tindakan (Glanz *et al*, 2008). Pada analisis persepsi dalam penelitian Farias *et al.* (2016) menyatakan bahwa vaksinasi HPV merupakan suatu perlindungan yang penting untuk mencegah kanker serviks.

**g. Persepsi Hambatan yang dirasakan (*perceived barrier*)**

Hambatan yang dirasakan adalah hambatan yang ada dalam diri seseorang dalam berperilaku sehat, mengacu pada setiap kendala atau hambatan untuk perubahan perilaku yang dianggap menurunkan risiko. Hambatan yang dirasakan untuk mengambil tindakan termasuk ketidaknyamanan yang dirasakan, biaya, bahaya (misalnya, efek samping dari prosedur medis) dan ketidaknyamanan (misalnya, nyeri) terlibat dalam perilaku (Sarwono, 2007).

Biaya yang tinggi dan keamanan vaksin HPV merupakan hambatan utama dalam melakukan vaksinasi (Wilson, 2016). Menurut penelitian Farias *et al.* (2016) persepsi efek buruk/efek samping dari vaksin HPV menyebabkan responden tidak melakukan vaksinasi HPV.

**B. Penelitian yang Relevan**

1. Wilson *et al* (2016) melakukan penelitian yang berjudul “*Factors related to HPV vaccine uptake and 3-dose completion among women in a low vaccination region of the USA: an observational study*”. Penelitian ini untuk menilai faktor demografi dan sikap yang terkait dengan vaksin HPV inisiasi dan penyelesaian pada wanita antara 18 – 26 tahun di Utah. Setiap pertanyaan yang termasuk dalam survey berhubungan ke konsep variabel mewakili teori HBM (*Health Belief Models*) dan SCM (*Social Cognitive*

*Models*). Populasi penelitian sejumlah 325 perempuan dari komunitas klinik Universitas Utah, analisis data menggunakan model regresi logistik. Hasil penelitian menyatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan vaksin HPV antara lain adalah usia muda rata-rata usia 22 tahun, status pernikahan, kesadaran tentang penyebaran HPV, pengetahuan tentang hubungan antara HPV dan kanker serviks, kepercayaan pada pentingnya vaksin untuk pencegahan dan rekomendasi dokter, sedangkan biaya merupakan hambatan yang utama untuk melakukan vaksinasi.

2. Canfell *et al* (2015) melakukan penelitian dengan judul “*Factor Related to Vaccine Uptake by Young Adult Women in the Catch Up Phase of the National HPV Vaccination Program in Australia*”. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang terkait dengan penyerapan vaksin HPV, populasi penelitian sejumlah wanita 1139 yang berhak menerima vaksin HPV gratis selama periode catch-up direkrut selama 2008 – 2009 (usia 20-29 tahun). Analisis data menggunakan regresi logistik. Responden mengisi kuisioner yang menyediakan informasi tentang status vaksinasi dan sosiodemografi serta faktor lain yang berhubungan dengan penyerapan vaksin HPV. Hasil penelitian ini adalah ada hubungan yang bermakna antara tempat kelahiran (Australia), status pernikahan, pengguna alkohol, pemakai alat kontrasepsi dan pendapatan keluarga yang tinggi dengan penerimaan vaksin HPV
3. Tung, ILY *et al* (2016) melakukan penelitian dengan judul “*Attitudes, Knowledge and Factors Associated with Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Uptake in Adolescent Girls and Young Women in Victoria, Australia*”. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor dan hambatan yang terkait dengan penyerapan vaksin HPV dalam Program Australia. Penelitian dilakukan tahun 2011-2014 pada perempuan umur 18-25 tahun, tinggal di Victoria, Australia yang mengikuti program vaksinasi HPV nasional. Total responden 668 telah menyelesaikan survey perekrutan yang berisi tentang data demografi dan pengetahuan HPV responden. Tahun 2015 dilakukan survey tambahan terhadap demografi orang tua responden dan sikap terhadap vaksinasi HPV. Hasil penelitian



menunjukkan 19 % dari responden tidak mengikuti vaksinasi. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor antara lain tempat kelahiran (Australia), dukungan keluarga (orang tua) dan kekhawatiran orang tua tentang keamanan vaksin kanker serviks.

4. Farias *et al.* (2016) melakukan penelitian dengan judul *“Factors related to non-compliance to HPV vaccination in Roraima—Brazil: a region with a high incidence of cervical cancer”*. Tujuan penelitian ini yaitu Untuk mengevaluasi cakupan vaksinasi HPV di Boa Vista, Roraima (Brasil) dan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang pribadi dan sosial ekonomi berhubungan dengan ketidakpatuhan untuk vaksinasi HPV. Desain penelitian dengan menggunakan *cross-sectional* dengan menggunakan kuisisioner yang diberikan kepada orang tua dan remaja putri. Teknik sampling menggunakan *cluster random sampling* di 13 sekolah swasta dan umum. Total 1337 kuesioner didistribusikan kepada semua siswa perempuan dalam kelompok usia target, dan 797 selesai dan kembali (tingkat partisipasi adalah 59,6%). Tingkat cakupan vaksinasi 82,7% dan lebih tinggi di kalangan siswa sekolah umum daripada antara siswa sekolah swasta. Kebanyakan orangtua (60%) keliru menjawab lebih dari setengah dari pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan pengetahuan HPV, dan pengetahuan yang terbatas tentang HPV dan vaksin HPV berkorelasi dengan kepatuhan yang lebih rendah untuk vaksinasi. Dalam analisis persepsi, kepercayaan bahwa vaksin HPV penting untuk anaknya adalah faktor pelindung yang penting dan kekhawatiran tentang efek samping dari vaksin HPV adalah faktor risiko untuk ketidakpatuhan. Tingkat pendapatan, agama dan pendidikan keluarga dari orang tua atau wali tidak berkorelasi dengan kepatuhan untuk vaksinasi.
5. Kusyogo (2012) melakukan penelitian dengan judul *“The factors associated with attitude factors adolescent girl to prevention cervical cancer through HPV vaccination”*. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan sikap remaja perempuan terhadap pencegahan kanker serviks melalui vaksinasi HPV, dengan sampel penelitian adalah mahasiswi berlatar belakang

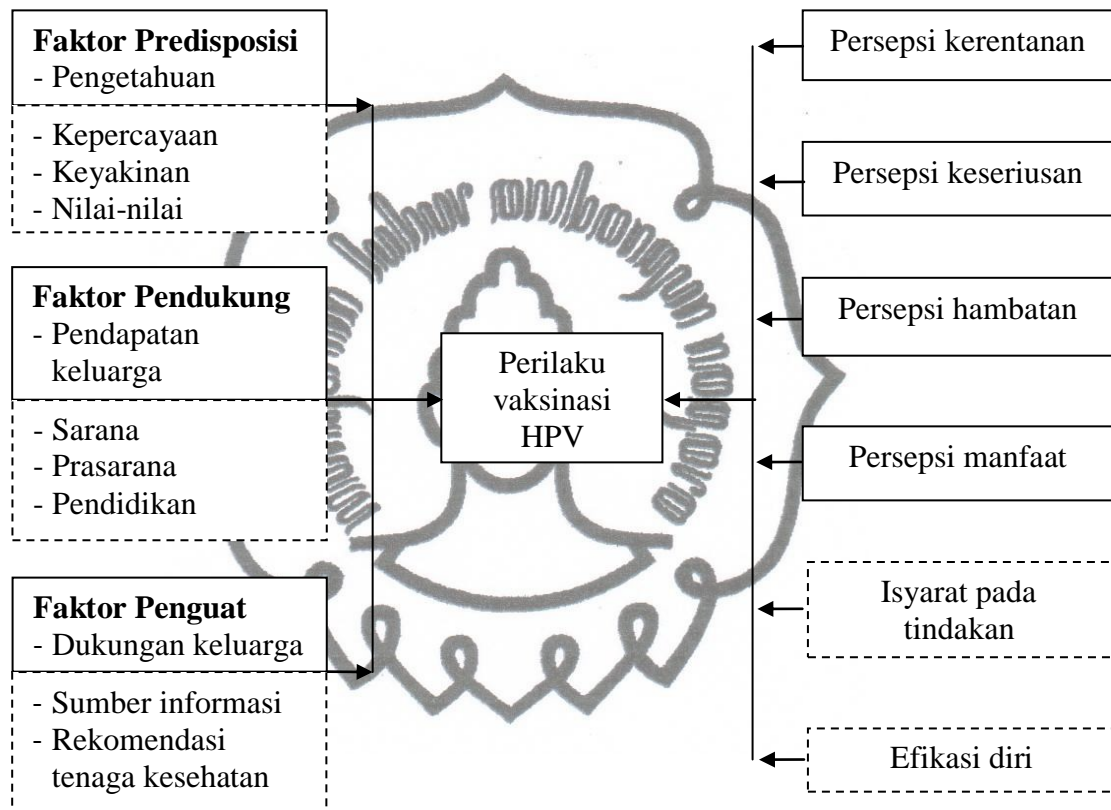


kesehatan dari empat universitas di Kota Semarang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sikap remaja perempuan mendukung pencegahan kanker serviks melalui vaksinasi HPV (92,9%). Dari uji statistik terlihat ada hubungan antara keyakinan remaja perempuan dengan sikap ( $p=0,00$ ), ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap ( $p=0,005$ ), ada hubungan antara sikap keluarga dengan sikap remaja perempuan ( $p=0,009$ ). Dari penelitian dapat disimpulkan bahwa keyakinan terhadap vaksinasi HPV pengetahuan tentang kanker serviks dan vaksin HPV serta sikap keluarga terhadap vaksinasi HPV merupakan faktor yang berhubungan dengan sikap remaja perempuan terhadap pencegahan kanker serviks melalui vaksinasi HPV.

6. M.A.Coleman *et al.* (2011) melakukan penelitian dengan judul “*HPV Vaccine acceptability in Ghana, West Africa*”. Sampel pada penelitian ini adalah 264 wanita Ghana usia 18-65 tahun, pengumpulan data dengan metode survey mengenai pengetahuan, sikap dan penerimaan dari vaksin HPV. Kerangka teoritis yang mendasari kuisioner adalah teori HBM (*Health Belief Models*). Hasil penelitian menunjukkan 40% responden telah mendengar tentang vaksin HPV dan 94% bersedia untuk vaksinasi mereka sendiri atau putri mereka. Terdapat faktor hambatan yang signifikan untuk penerimaan vaksin HPV diantaranya kurangnya pengetahuan wanita tentang kanker serviks dan kegunaan tes papsmear dalam mendeteksi kanker serviks, persepsi risiko yang rendah tertular kanker serviks, dukungan sosial yang rendah untuk melakukan vaksin, dan efikasi diri yang rendah untuk menemukan dokter atau klinik yang menyediakan vaksin HPV.

### C. Kerangka Berfikir

Dalam penelitian ini menggunakan konsep teori perubahan perilaku *Health Belief Model* (HBM) dan teori *Precede Proceed*. Dari kedua teori tersebut peneliti ingin meneliti determinan perilaku vaksinasi HPV pada wanita usia subur. Kerangka berfikir dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2.2 Kerangka Berfikir  
(Modifikasi Teori *PRECEDE PROCEED* dan HBM)

Keterangan :

: bagian yang diteliti

: bagian yang tidak diteliti

—————→ : arah hubungan

#### D. Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan pengetahuan dengan perilaku vaksinasi HPV (*Human Papilloma Virus*) pada Wanita Usia Subur. Pengetahuan dapat meningkatkan perilaku vaksinasi HPV (*Human Papilloma Virus*).
2. Ada hubungan pendapatan keluarga dengan perilaku vaksinasi HPV (*Human Papilloma Virus*) pada Wanita Usia Subur. Pendapatan keluarga dapat meningkatkan perilaku vaksinasi HPV (*Human Papilloma Virus*).
3. Ada hubungan dukungan keluarga perilaku vaksinasi HPV (*Human Papilloma Virus*) pada Wanita Usia Subur. Dukungan keluarga dapat meningkatkan perilaku vaksinasi HPV (*Human Papilloma Virus*).
4. Ada hubungan persepsi kerentanan dengan perilaku vaksinasi HPV (*Human Papilloma Virus*) pada Wanita Usia Subur. Persepsi kerentanan dapat meningkatkan perilaku vaksinasi HPV (*Human Papilloma Virus*).
5. Ada hubungan persepsi keseriusan dengan perilaku vaksinasi HPV (*Human Papilloma Virus*) pada Wanita Usia Subur. Persepsi keseriusan dapat meningkatkan perilaku vaksinasi HPV (*Human Papilloma Virus*).
6. Ada hubungan persepsi hambatan perilaku vaksinasi HPV (*Human Papilloma Virus*) pada Wanita Usia Subur. Semakin sedikit hambatan dapat meningkatkan perilaku vaksinasi HPV (*Human Papilloma Virus*).
7. Ada hubungan persepsi manfaat dengan perilaku vaksinasi HPV (*Human Papilloma Virus*) pada Wanita Usia Subur. Persepsi manfaat dapat meningkatkan perilaku vaksinasi HPV (*Human Papilloma Virus*).