

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Kanker Serviks

##### 2.1.1 Pengertian

Kanker leher rahim atau yang dikenal dengan kanker serviks yaitu keganasan yang terjadi pada serviks (leher rahim) yang merupakan bagian terendah dari rahim yang menonjol ke puncak liang senggama atau vagina (Depkes RI, 2006). Menurut David M. Eddy (1981, yang dikutip dari Hoepoedio, 1986) dalam tulisannya berjudul "*The Economic of Cancer Prevention and Detection, Getting More for Less*" tujuan konkrit dari penemuan dini kanker, termasuk kanker leher rahim (kanker serviks) sebagai berikut:

1. Meningkatkan harapan hidup.
2. Mengurangi pengobatan ekstensif.
3. Memperbaiki kualitas hidup.
4. Mengurangi penderitaan.
5. Mengurangi biaya.
6. Mengurangi kecemasan dan ketakutan.

##### 2.1.2 Penyebab

Penyebab kanker serviks adalah multifaktor, yang dibedakan atas faktor risiko mayor, faktor risiko minor dan ko-faktor (Suwiyoga, 2007). Pada faktor mayor kanker serviks sekitar 90% terdapatnya virus HPV (*Human Papiloma Virus*). Infeksi HPV risiko tinggi merupakan awal dari patogenesis kanker serviks sedangkan HPV risiko tinggi merupakan karsinogen kanker serviks, dan awal dari karsinogenesis kanker serviks uteri. Penelitian yang dilakukan oleh *International Agency for Research on Cancer* (IARC) terhadap 1.000 sampel dari 22 negara mendapatkan adanya infeksi HPV pada sejumlah 99,7% kanker serviks (Andrijono, 2007).

Penelitian meta analisis yang meliputi 10.000 kasus didapatkan 8 tipe HPV yang banyak ditemukan, yaitu tipe 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58 dan 35. Dari berbagai penelitian dapat disimpulkan bahwa hanya 3 golongan HPV yang berhubungan dengan kanker serviks yaitu: (Bustan, 2000)

1. HPV risiko rendah: HPV 6 dan 11.
2. HPV risiko sedang: HPV 33, 35, 39, 40, 43, 45, 51, 56 dan 58.
3. HPV risiko tinggi: HPV 16, 18, 31.

Infeksi HPV terjadi melalui hubungan seksual dengan masa inkubasi selama 3 bulan. Bentuk klasik dari infeksi HPV adalah kondiloma akuminata yaitu kutil yang berbentuk kembang kol pada jaringan ikat di tengahnya dan ditutup terutama di bagian atas epitel yang hiperkerotolik. Kondiloma akuminata jarang ditemukan pada serviks dimana lesinya hanya terbatas pada vulva, anus dan vagina bagian posterior. Kemungkinan peranan terjadinya kanker serviks adalah dengan melakukan gangguan pada gen yang mengatur pembelahan virus dan mengakibatkan pembelahan sel menjadi tidak terkontrol ke arah keganasan. Perubahan sel yang terjadi dapat dalam bentuk jinak kondiloma (NIS 1 = Neoplasma Intraepitel Serviks) atau bentuk prakanker (NIS 2 dan 3), bahkan dapat menjadi karsinoma invasif (Bustan, 2000).

Suwiyoga (2007) mengatakan bahwa faktor risiko minor kanker serviks adalah paritas tinggi dengan jarak persalinan pendek, hubungan seksual dini dibawah umur 17 tahun, multipartner seksual, merokok aktif dan pasif, status ekonomi rendah. Ko-faktor terdiri dari infeksi klamidia trakomatis, HSV-2, HIV/AIDS, infeksi kronis dan lainnya.

### **2.1.3 Faktor Risiko**

Beberapa faktor yang mempengaruhi kanker serviks antara lain:

#### **2.1.3.1 Pola hubungan seksual dan hubungan seksual dengan pria yang mempunyai pasangan seksual lebih dari satu**

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara lesi pra kanker dan kanker serviks dengan aktivitas seksual pada usia dini, khususnya sebelum umur 17 tahun. Hal ini diduga ada hubungan dengan

belum matangnya daerah transformasi pada usia tersebut bila sering terekspos. Frekuensi hubungan seksual berpengaruh terhadap lebih tingginya risiko pada usia, tetapi tidak pada kelompok usia lebih tua. Jumlah pasangan seksual menimbulkan konsep pria berisiko tinggi sebagai vektor yang dapat menimbulkan infeksi yang berkaitan dengan penyakit hubungan seksual (Suwiyoga, 2007). Sedangkan Nugraha B.D (2003) menganalisis bahwa akan terjadinya perubahan pada sel leher rahim pada wanita yang sering berganti-ganti pasangan, penyebabnya adalah sering terendamnya sperma dengan kadar PH yang berbeda-beda sehingga dapat mengakibatkan perubahan dari displasia menjadi kanker.

### **2.1.3.2 Paritas**

Kanker serviks sering terjadi pada wanita yang sering melahirkan. Semakin sering melahirkan, semakin besar risiko mendapatkan kanker serviks. Paritas dapat meningkatkan insiden kanker serviks, lebih banyak merupakan refleksi dari aktivitas seksual dan saat mulai kontak seksual pertama kali daripada akibat trauma persalinan. Pada wanita dengan paritas 5 atau lebih mempunyai risiko terjadinya kanker serviks 2,5 kali lebih besar dibandingkan dengan wanita dengan paritas 3 atau kurang (Suwiyoga, 2007).

### **2.1.3.3 Merokok**

Menurut Suwiyoga (2007) dilihat dari segi epidemiologinya, perokok aktif dan pasif berkontribusi pada perkembangan kanker serviks yaitu 2 sampai 5 kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak perokok. Pada wanita yang merokok terdapat nikotin yang bersifat ko karsinogen di cairan serviksnya sehingga dapat mendorong terjadinya pertumbuhan kanker.

### **2.1.3.4 Kontrasepsi Oral**

Kondom dan diafragma dapat memberikan perlindungan. Kontrasepsi oral yang dipakai dalam jangka panjang yaitu lebih dari 5 tahun dapat meningkatkan risiko relatif 1,53 kali. *World Health Organization* (WHO) melaporkan risiko relatif pada pemakaian kontrasepsi oral sebesar 1,19 kali dan meningkat sesuai dengan lamanya pemakaian (Sjamsuddin, 2001).

### 2.1.3.5 Defisiensi Gizi

Aziz. M.F (1995) menganalisis terjadinya peningkatan displasia ringan dan sedang yang berhubungan dengan defisiensi zat gizi seperti beta karotin, vitamin A dan asam folat. Banyak mengkonsumsi sayuran dan buah-buahan yang mengandung bahan-bahan antioksidan seperti alpukat, brokoli, kol, wortel, jeruk, anggur, bawang, bayam dan tomat berkhasiat untuk mencegah terjadinya kanker. Dari beberapa penelitian melaporkan defisiensi terhadap asam folat, vitamin C, vitamin E, beta karotin, atau retinol dihubungkan dengan peningkatan risiko kanker serviks.

### 2.1.3.6 Sosial Ekonomi

Tingkat sosial ekonomi seseorang dapat mempengaruhi terjadinya kanker serviks. Menurut Suwiyoga (2007) pernyataan tersebut diperkuat dengan adanya penelitian yang menunjukkan bahwa infeksi HPV lebih prevalen pada wanita dengan tingkat pendidikan dan pendapatan yang rendah. Adanya kaitan yang erat antara status sosial ekonomi rendah dengan status gizi karena status gizi berhubungan dengan daya tahan tubuh baik terhadap infeksi maupun kemampuan untuk melawan keganasan.

### 2.1.4 Gejala

Pada tahapan pra kanker sering tidak ditemukannya gejala (asimtomatis). Bila ada gejala yang timbul biasanya keluar keputihan yang tidak khas. Namun, beberapa gejala mengarah kepada infeksi HPV menjadi kanker serviks antara lain: (<http://www.pusatdatainformasipersi.com/index.php>)

- Terdapat keputihan berlebihan, berbau busuk dan tidak sembuh-sembuh.
- Adanya pendarahan tidak normal. Hanya terjadi bila setelah sel-sel leher rahim menjadi bersifat kanker dan menyerang jaringan-jaringan di sekitarnya.
- Pemberhentian darah lewat vagina.
- Meningkatnya perdarahan selama menstruasi.

- Terjadinya siklus diluar menstruasi dan setelah hubungan seks.
- Nyeri selama berhubungan seks.
- Kesulitan atau nyeri dalam perkemihan.
- Terasa nyeri didaerah sekitar panggul.
- Perdarahan pada masa pra atau pasca menopause.
- Bila kanker sudah mencapai stadium tiga ke atas, maka akan terjadi pembengkakan diberbagai anggota tubuh seperti betis, paha, tangan dan sebagainya.

### **2.1.5 Diagnosis**

#### **1. Sitologi**

Pemeriksaan sitologi dikenal dengan pemeriksaan pap smear. Sitologi bermanfaat untuk mendeteksi sel-sel serviks yang tidak menunjukkan adanya gejala, dengan tingkat ketelitiannya mencapai 90% (Sjamsuddin, 2001).

#### **2. Kolposkopi**

Kolposkopi merupakan pemeriksaan serviks dengan menggunakan alat kolposkopi yaitu alat yang disamakan dengan mikroskop bertenaga rendah pembesaran antara 6-40 kali dan terdapat sumber cahaya didalamnya. Kolposkopi dapat meningkatkan ketepatan sitologi menjadi 95%. Alat ini pertama kali diperkenalkan di Jerman pada tahun 1925 oleh Hans Hinselmann untuk memperbesar gambaran permukaan porsio sehingga pembuluh darah lebih jelas dilihat. Pada alat ini juga dilengkapi dengan filter hijau untuk memberikan kontras yang baik pada pembuluh darah dan jaringan. Pemeriksaan kolposkopi dilakukan untuk konfirmasi apabila hasil test pap smear abnormal dan juga sebagai penuntun biopsi pada lesi serviks yang dicurigai (Suwiyoga, 2007).

#### **3. Biopsi**

Menurut Sjamsuddin (2001) biopsi dilakukan di daerah yang abnormal jika sambungan skuamosa-kolumnar (SSK) yang terlihat seluruhnya dengan menggunakan kolposkopi. Biopsi harus dilakukan dengan tepat dan alat biopsi

harus tajam dan harus diawetkan dalam larutan formalin 10% sehingga tidak merusak epitel.

#### 4. Konisasi

Konisasi serviks adalah pengeluaran sebagian jaringan serviks sehingga bagian yang dikeluarkan berbentuk kerucut. Konisasi dilakukan apabila: (Kodim dkk, 2004)

- Proses dicurigai berada di endoserviks.
- Lesi tidak tampak seluruhnya dengan pemeriksaan kolposkopi.
- Ada kesenjangan antara hasil sitologik dengan histopatologik.

#### 2.1.6 Klasifikasi

Histopatologi kanker serviks dibagi menjadi empat klasifikasi (dikutip dari Yantiningsih, 2000) yaitu:

##### 1. Displasia

Displasia adalah pertumbuhan aktif disertai gangguan proses pematangan epitel skuamosa yang dimulai pada bagian basal sampai ke lapisan superfisial. Berdasarkan derajat perubahan sel epitel yang jelas mengalami perubahan. Displasia terbagi dalam tiga derajat pertumbuhan, yaitu:

- Displasia ringan : perubahan terjadi pada sepertiga bagian basal epidermis.
- Displasia sedang : bila perubahan terjadi pada separuh epidermis.
- Displasia berat : hampir tidak dapat dibedakan dengan karsinoma in situ.

**Tabel 2.1**

### Waktu Yang Diperlukan dari Displasia Menjadi Karsinoma In Situ

| Tingkat Displasia | Waktu Dalam Bulan |
|-------------------|-------------------|
| Sangat Ringan     | 85 bulan          |
| Ringan            | 58 bulan          |
| Sedang            | 38 bulan          |
| Berat             | 12 bulan          |

Sumber : Yantiningsih (2000) dalam Epidemiologi dan Pengendalian Kanker Serviks.

Perkembangan displasia serviks menjadi kanker serviks terjadi secara bertahap, yang dibedakan atas 3 tahap klinis yaitu:

- Tahap pertama adalah transisi dari displasia sedang menjadi displasia berat yang *ireversibel*.
- Tahap kedua adalah pertumbuhan invasif.
- Tahap ketiga adalah transformasi dari mikro kanker menjadi lebih luas.

(Yantiningsih, 2000).

#### 2. Karsinoma In Situ (KIS)

Perubahan sel epitel yang terdapat di karsinoma in situ terjadi pada seluruh lapisan epidermis menjadi karsinoma skuamosa namun membrana basalis dalam keadaan utuh (Yantiningsih, 2000).

#### 3. Karsinoma Mikroinvasif

Lingkup kelainannya dari displasia hingga neoplasia. Pada karsinoma mikroinvasif terjadinya perubahan derajat sel meningkatkan sel tumor menembus membrana basalis. Biasanya tumor asimtomatik dan hanya ditemukan pada penyaringan kanker atau ditemukan bertepatan dengan pemeriksaan penyakit lain di serviks. Pada pemeriksaan fisik tidak terlihat perubahan pada persio, tetapi dengan pemeriksaan kolposkopi dapat diprediksi adanya prakarsinoma (Yantiningsih, 2000).

#### 4. Karsinoma Invasif

Derajat pertumbuhan sel menonjol, besar dan bentuk dari sel bervariasi, inti gelap, khromatin berkelompok tidak merata, dan susunan sel semakin tidak teratur. Sekelompok atau lebih sel tumor menginvasi membrana basalis dan

tumbuh infiltratif ke dalam stroma. Karsinoma invasif dibagi dalam 3 subtype yaitu karsinoma sel skuamosa dengan kreatin, karsinoma sel skuamosa tanpa kreatin dan karsinoma sel kecil. Pada tahap ini kanker telah menyebar luas sehingga penyembuhan menjadi lebih sulit (Yantiningsih, 2000).

### 2.1.7 Stadium Klinik

Pada tahun 1976, FIGO (*The International Federation of Gynecology and Obstetrics*) mengklasifikasikan stadium klinik untuk menentukan metode pengobatan kanker berdasarkan tingkat stadiumnya. Pembagian didasarkan atas pemeriksaan klinik, radiologik dan biopsi. Pembagian stadium klinik kanker serviks adalah (Kodim dkk, 2004).

#### Preinvasif

Stadium 0 : Karsinoma in situ, Karsinoma Intraepithelial.

#### Karsinoma Invasive

- Stadium 1 : Kanker terbatas pada serviks uteri.
- Stadium IA : Kanker preklinik yang di diagnosa hanya secara mikroskopis.
- Stadium IB : Lesi dengan dimensi lebih besar dari Stadium 1A.
- Stadium II : Kanker meluas keluar serviks, tetapi belum mencapai dinding panggul. Kanker sudah mengenai vagina 1/3 bagian bawah.
- Stadium IIA : Parametrium masih bebas.
- Stadium IIB : Parametrium sudah terkena.
- Stadium III : Kanker sudah mencapai panggul. Pada pemeriksaan rektal tidak ada celah antara tumor dan dinding panggul. Penyebarannya sudah sampai 1/3 distal vagina.
- Stadium IIIA : Belum sampai dinding vagina
- Stadium IIIB : Penyebaran mencapai dinding vagina dan atau ada hidronefrosis atau tidak berfungsinya ginjal.
- Stadium IV : Kanker sudah meluas keluar pelvis atau secara klinik sudah mengenai vesika urinaria dan rektum.
- Stadium IVA : Menyebar ke organ sekitarnya.
- Stadium IVB : Telah terjadi penyebaran ke organ yang lebih jauh lokasinya.

**Tabel 2.2**



### Tingkat Kesembuhan Berdasarkan Stadium Kanker Leher Rahim

| Stadium     | Kesembuhan |
|-------------|------------|
| Stadium IA  | 100%       |
| Stadium IB  | 87%-90%    |
| Stadium IIA | 68%-83%    |
| Stadium IIB | 62%-68%    |
| Stadium III | 33%-48%    |
| Stadium IV  | 14%        |

Sumber: Prodia, (2006), dalam Cegah Kanker Leher Rahim, Lakukan Skrining Rutin, Sebelum Kanker Leher Rahim Menghampiri.

#### 2.1.8 Pencegahan

Pencegahan kanker didefinisikan sebagai mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan timbulnya kanker pada manusia dan membuat penyebabnya tidak efektif dengan cara-cara apapun (Sjamsuddin, 2001). Pencegahan terhadap terjadinya kanker serviks melalui tiga bagian, yaitu pencegahan primer, sekunder dan tersier.

##### 1. Pencegahan Primer

Pencegahan primer kanker serviks merupakan kegiatan yang dapat dilakukan oleh setiap orang untuk menghindari diri dari faktor-faktor yang dapat menyebabkan kanker. Masyarakat yang melakukan pencegahan pada tingkat ini akan bebas dari penderitaan, produktivitas berjalan terus, tidak memerlukan biaya untuk pemeriksaan, pengobatan, rehabilitasi serta perawatan lebih lanjut. Salah satu bagian dari pencegahan primer adalah memberikan vaksin *Human Papilloma Virus* (HPV), pemberian vaksin HPV akan mengeliminasi infeksi HPV (Yantiningsih, 2000).

##### 2. Pencegahan Sekunder

Deteksi dini dan skrining merupakan pencegahan sekunder kanker serviks. Tujuan dari pencegahan sekunder adalah untuk menemukan kasus-kasus dini sehingga kemungkinan penyembuhan dapat ditingkatkan. Selain itu, bertujuan untuk memperlambat atau menghentikan penyakit pada stadium awal. Pencegahan

sekunder melalui diagnosis dini displasia dengan berbagai cara baik klinis maupun laboratorium (Suwiyoga, 2007). Menurut Andrijono (2007) pencegahan sekunder mempunyai beberapa kelemahan, antara lain:

- Pencegahan sekunder tidak mencegah terjadinya NIS (CIN).
- Terapi lesi prakanker yang baru terdeteksi pada pencegahan sekunder sering kali menimbulkan morbiditas terhadap fungsi fertilitas pasien.
- Pencegahan sekunder akan mengalami hambatan pada sumber daya manusia dan alat yang kurang.

### 3. Pencegahan Tersier

Kodim dkk (2004), tujuan dari pencegahan tersier adalah untuk mencegah komplikasi penyakit dan pengobatan, sesudah gejala klinis berkembang dan diagnosis sudah ditegakkan. Terdapat dua pengobatan pada pencegahan tersier yaitu :

#### 1). Pengobatan pada pra kanker.

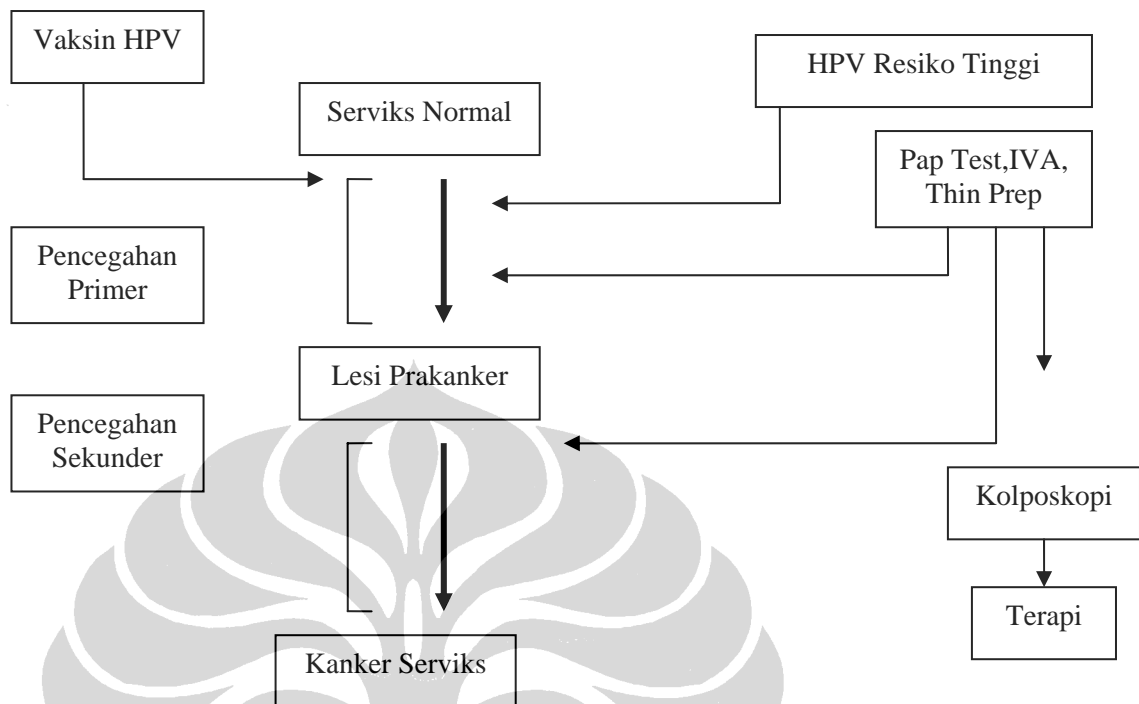
- Kauterisasi yaitu membakar serviks secara elektrik.
- Kriosurgeri yaitu serviks dibuat beku sampai minus 80-180 derajat celsius dengan menggunakan gas CO<sub>2</sub> atau N<sub>2</sub>O.
- Konisasi yaitu memotong sebagian dari serviks yang cukup representatif dengan pisau biasa atau pisau elektrik.
- Operasi (histerektomi) bila penderita tidak ingin punya anak lagi.
- Sinar laser yang digunakan dibawah pengawasan kolposkop, radiasi dengan pemanasan jarum radium yang dapat digunakan bila penderita yang sudah tua takut dioperasi.

#### 2). Pengobatan pada kanker invasif

Tindakan pengobatan pada kanker invasif berupa radiasi, operasi atau gabungan antara operasi dan radiasi.

## Gambar 2.1

## Pencegahan Kanker Serviks



Sumber : Andrijono, (2007) dalam Vaksinasi HPV Merupakan Pencegahan Primer Kanker Serviks.

### 2.1.9 Skrining

Mencegah kanker serviks dapat dilakukan dengan mendeteksi secara dini, tujuannya adalah untuk menemukan lesi pra kanker dan kanker stadium awal (Sjamsuddin, 2001). Saat ini terdapat beberapa cara alternatif untuk skrining kanker serviks yaitu: (Nuranna, 2001)

- Kolposkopi digunakan sebagai alat pemeriksaan awal dan lebih sering digunakan untuk pemeriksaan lanjutan dari hasil test pap smear yang abnormal. Namun, kolposkopi jarang digunakan karena biayanya yang mahal, kurang praktis dan memerlukan biopsi.
- Servikografi merupakan pemeriksaan untuk melihat kelainan porsio. Untuk membuat foto pembesaran porsio dipulas dengan menggunakan asam asetat 3-5%.
- Pap net (dengan komputerisasi) merupakan slide pemeriksaan pap smear untuk mengidentifikasi sel yang abnormal dibantu dengan menggunakan komputerisasi.

Universitas Indonesia

- Tes molekular HPV-DNA membuktikan bahwa 90% kanker serviks, NIS dan kanker serviks mengandung HPV-DNA.
- Inspeksi visual dengan asam asetat (IVA) menjadi metode skrining alternatif yang mudah untuk diaplikasikan diberbagai negara. Pada umumnya metode IVA mudah, praktis, alat yang digunakan sederhana, dapat dilakukan oleh petugas kesehatan bukan dokter dan metode ini sesuai dengan pusat pelayanan kesehatan yang sederhana. Untuk pemeriksaan serviks dengan IVA, awalnya dengan menggunakan spekulum yang sudah diolesi oleh asam asetat 3-5%. Pada lesi pra kanker akan terlihat bercak berwarna putih yang disebut *aceto white epithelium*, maka dapat disimpulkan bahwa dari bercak putih hasil test adalah IVA positif sehingga dapat ditindak lanjuti dengan melakukan biopsi.

Tiap-tiap metode skrining dapat dikaji dari segi keefektifannya, kepraktisan, kemudahan, dan dari tersedianya sarana. Perbandingan dari kualitas metode skrining dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

**Tabel 2.3**  
**Perbandingan Metode Skrining Pap Smear**

| Metode Skrining | Efektifitas | Praktis Laksana | Mampu Sarana | Tersedia |
|-----------------|-------------|-----------------|--------------|----------|
| Tes pap smear   | +           | +/-             | +/-          | +/-      |
| IVA             | +           | +               | +            | +        |
| IVAB            | +/-         | +               | +            | +/-      |
| Kolposkopi      | +           | +/-             | -            | +/-      |
| Servikografi    | +/-         | +               | -            | -        |
| Pap Net         | +/-         | +               | -            | +/-      |
| Tes HPV         | +/-         | +               | -            | -        |

Sumber: Nuranna (2001), dalam Skrining Kanker Serviks dengan Metode Skrining Alternatif: IVA.

Dari berbagai metode alternatif untuk skrining kanker serviks, metode pemeriksaan yang paling utama dan dianjurkan untuk deteksi dini kanker serviks adalah pemeriksaan *papanicolou smear* atau yang dikenal dengan pap smear. Pap

smear tidak hanya perlu dilakukan sekali seumur hidup tetapi perlu dilakukan secara berkala setelah wanita berusia 40 tahun (Bustan, 2000). *World Health Organization* (WHO) menyarankan skrining pap smear minimal satu kali selama hidup pada umur 35 sampai 40 tahun. Apabila fasilitas terbatas, skrining setiap 10 tahun pada umur 35-50 tahun, fasilitas tersedia mencukupi setiap 5 tahun pada umur 35-55 tahun, dan fasilitas ideal setiap 3 tahun pada umur 25-60 tahun. Hal tersebut di dasarkan atas pertimbangan berupa *cost and effectiveness* (Suwiyoga, 2007).

Sedangkan *The American Cancer Society* (dalam Sjamsuddin, 2001) menyarankan pemeriksaan skrining rutin dilakukan pada wanita yang tidak menunjukkan gejala, sejak usia 20 tahun atau lebih, atau kurang dari 20 tahun bila secara seksual sudah aktif. Pemeriksaan dilakukan 2 kali berturut-turut dan bila negatif, pemeriksaan berikutnya paling sedikit setiap 3 tahun sampai berusia 65 tahun. Pada wanita risiko tinggi atau pernah mendapat hasil abnormal harus diperiksa setiap tahun.

Manfaat skrining di negara maju terbukti mampu menurunkan angka kematian akibat kanker serviks 50% sampai 60% dalam kurun waktu 20 tahun. Sayangnya, program skrining di Indonesia masih belum memasyarakat. Kebijakan pemerintah dalam penanggulangan kanker diarahkan pada peningkatan cakupan dan mutu pelayanan fasilitas kesehatan dan menurunkan angka kesakitan serta kematian akibat kanker (Yantiningsih, 2000).

## **2.2 Pap Smear**

### **2.2.1 Perkembangan Pap Smear**

Pada tahun 1924, George N. Papinocolou mempelajari perubahan hormon dengan memeriksa eksfoliasi sel vagina. Secara tidak sengaja diamati tingginya sel-sel abnormal pada sediaan dari pasien dengan kanker serviks. Penemuan ini merupakan awal dari digunakannya pap smear untuk skrining kanker serviks. Penggunaan pap smear untuk skrining secara massal baru dimulai pada tahun 1949 di British Columbia dan kemudian secara luas digunakan di Amerika Serikat pada tahun 1950. Sedangkan di Indonesia, perkembangan pap smear di mulai

pada tahun 1970 dan dipopulerkan di beberapa kota besar seperti Surabaya, Yogyakarta, Bandung, Jakarta, Medan, Palembang, Padang, Denpasar, Ujungpandang dan Manado (Hoepoedio, 1986).

### 2.2.2 Test Pap Smear

Analisis yang dilakukan oleh Prihartono (1992) mengatakan bahwa diagnosis penyakit kanker serviks pada stadium lanjut di dasarkan atas adanya keluhan perdarahan atau keputihan yang terus menerus. Pada pemeriksaan dalam terlihat perubahan bentuk pada daerah mulut rahim yang berbenjol tidak teratur serta sangat rapuh sifatnya. Pada stadium dini gambaran semacam ini belum nampak, sehingga di perlukan pemeriksaan khusus. Pemeriksaan yang sederhana, aman namun memiliki kepekaan yang tinggi adalah dengan pap smear

Pap smear adalah pemeriksaan sitologik epitel porsio (vagina) dan serviks untuk menentukan adanya perubahan keganasan di porsio atau serviks dan digunakan dalam penemuan dini kanker serviks (Hoepoedio, 1986). Menurut Gandasentana (1997) pap smear merupakan skrining yang paling sederhana praktis, akurat, ekonomis, dapat dikerjakan dengan cepat, tidak sakit dan tidak merusak jaringan serta mudah di ulang jika di perlukan. Sedangkan Sianturi (1996) mengatakan test pap sebagai cara untuk pemeriksaan lendir serviks yang diambil dengan menggunakan spatula (gabungan spatula dan sikat kecil) yang dinamakan *cytobrush*.

pemeriksaan pap smear bertujuan untuk mengetahui adanya sel-sel abnormal di leher rahim sehingga dapat mencegah terjadinya kanker serviks. Suwiyoga (2007) mengatakan pemeriksaan pap smear terbukti dapat menurunkan mortalitas kanker serviks. Adapun prinsip dasar pap smear antara lain :

- Epitel permukaan selalu mengelupas (eksfoliasi) dan diganti lapisan epitel bawah.
- Epitel permukaan merupakan gambaran keadaan jaringan di bawahnya juga. Sel yang berasal dari eksfoliasi serviks diambil dan diwarnai secara khusus, sel-sel yang abnormal dapat terlihat dibawah mikroskop.

Beberapa penelitian yang dilakukan di negara-negara maju melaporkan bahwa sensitivitas pap smear bervariasi antara 77%-84% dengan negatif palsu antara 4%-5%. Sebaliknya di Indonesia studi metanalisis mendapatkan bahwa pada pap smear sensitivitas 40%-85%, spesifitas 50%-75%, negatif palsu 5%-45% dan positif palsu 10%-35%. Salah satu cara untuk mengurangi angka negatif palsu dari test pap smear adalah dengan melakukan pemeriksaan kolposkopi selain melakukan pemeriksaan test pap smear (Ocvianti dkk, 1996). Adapun anjuran untuk melakukan pemeriksaan pap smear adalah sebagai berikut: (<http://perempuan.com/new/index.php?aid=12110>)

- Setiap tahun untuk perempuan yang berusia diatas 35 tahun.
- Setiap tahun untuk perempuan yang berganti-ganti pasangan seksual atau pernah menderita infeksi HPV atau kutil kelamin.
- Setiap tahun untuk perempuan yang memakai pil KB.
- Setiap 2-3 tahun untuk perempuan yang berusia diatas 35 tahun jika 3 kali pap smear berturut-turut menunjukkan hasil negatif atau untuk perempuan yang telah menjalani histerektomi bukan karena kanker.
- Sesering mungkin jika hasil Pap smear menunjukkan abnormal.
- Sesering mungkin setelah penilaian dan pengobatan pra kanker maupun kanker serviks.

### 2.2.3 Alat-alat yang Diperlukan Untuk Pengambilan Test Pap

Alat yang digunakan pada pemeriksaan pap smear sebagai berikut: (Indarti, 2001)

1. Formulir konsultasi sitologi.
2. Spatula ayre yang dimodifikasi dan *cytobrush*.
3. Kaca benda yang satu sisinya telah diberi tanda atau tabel.
4. Spekulum cocor bebek (*grave's*) kering.
5. Tabung berisi larutan fiksasi alkohol 96%.

### 2.2.4 Cara Pemeriksaan Pap Smear

Prihartono (1992) mengatakan bahwa pemeriksaan skrining dengan pap smear sangat aman karena hanya diambil getah lendir di mulut rahim menggunakan alat (spatula) yang tidak merusak. Getah lendir di oleskan pada

kaca obyek dan sesudah diwarnai akan diperiksa di bawah mikroskop. Gambaran sel yang terdapat dalam getah lendir tersebut dapat menunjukkan apakah sudah terkena penyakit keganasan ini pada stadium dini. Untuk memastikan diagnosa harus dilakukan biopsi jaringan mukosa dinding rahim dan selanjutnya diperiksa di bawah mikroskop. Untuk pengobatan sangat tergantung pada stadium penyakit yaitu dapat berupa penyinaran radium sampai harus dilakukan operasi pengangkatan rahim

### **2.2.5 Hasil Pemeriksaan Test Pap Smear**

#### **1. Infeksi**

Infeksi merupakan yang paling sering bersarang di mulut rahim, sebagian besar tanpa adanya gejala, namun sebagian dikenali dengan adanya keluhan berupa keputihan. Untuk itu, perlu dilakukan pemeriksaan ulang pap smear 6 bulan kemudian untuk melihat dan mengevaluasi apakah radang di mulut rahim sudah sembuh (Prodia, 2006). Selain infeksi servicitis, hasil pap smear dapat juga trikomoniasis dan kandidasi yang disebabkan oleh infeksi menular seksual (IMS) dengan keluhan yang sama yaitu keputihan yang disertai bau dan rasa gatal.

#### **2. Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (ASCUS)**

Suwiyoga (2007). mengatakan bahwa *Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance* merupakan terdapat sedikit kelainan di sel-sel leher rahim yang belum jelas, maka diperlukan pemeriksaan pap smear setiap 6 bulan selama 2 tahun untuk memastikan dilanjutkan dengan pemeriksaan HPV DNA. Apabila ASCUS disertai oleh infeksi HPV dan faktor risiko maka dilakukan kolposkopi biopsi untuk histopatologi. ASCUS dengan displasia ringan, dilakukan tes HPV. Apabila HPV negatif atau HPV positif diulang 6 bulan. Apabila HPV positif pada lesi resiko tinggi maka dilakukan konfirmasi kolposkopi dan histopatologis.

#### **3. Karsinoma Intra Epitelial atau Lesi Intraepitelial Sel Bersisik (*Squamous intraepithelial lesion*)**

Istilah ini digunakan untuk mengindikasikan bahwa sel yang diperoleh dari Pap smear mungkin sel prakanker. Jika perubahan masih tingkat rendah, ukuran,



bentuk dan karakteristik lain dari sel memperlihatkan adanya lesi prakanker yang dalam beberapa tahun akan menjadi kanker. Jika perubahan termasuk tingkat tinggi, ada kemungkinan lebih besar lesi akan menjadi kanker lebih cepat dilakukan tes diagnostik.

([http://www.medicastore.com/artikel/222/Pap\\_Smear\\_Tes\\_Kanker\\_Serviks.html](http://www.medicastore.com/artikel/222/Pap_Smear_Tes_Kanker_Serviks.html)).

Lingkup kelainan karsinoma intra epitelial dari displasia hingga neoplasia. Displasia adalah kelainan pra kanker yang bersifat *reversibel*, namun bila tidak diobati dapat berlanjut ke keganasan (Prodia, 2006).

#### 4. Karsinoma Invasif

Pada tahap ini kanker sudah menyebar lebih luas sehingga penyembuhannya menjadi lebih sulit (Prodia, 2006).

### 2.3 Perilaku

Perilaku adalah segala sesuatu yang dapat dikerjakan oleh seseorang baik secara langsung maupun tidak langsung. Pengertian perilaku secara umum adalah perbuatan atau tindakan yang dilakukan makhluk hidup, sedangkan menurut ensiklopedia Amerika perilaku adalah suatu aksi dan reaksi dari organisme terhadap lingkungannya (dalam Notoatmodjo, 2007). Departemen Kesehatan RI mendefinisikan perilaku sebagai respons individu terhadap suatu stimulus atau suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi dan tujuan, baik disadari maupun tidak ([www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)). Pada dasarnya perilaku dapat diamati dengan sikap dan tindakan seseorang, hal tersebut sejalan dengan pernyataan Robert Kwick (1974) bahwa perilaku merupakan tindakan atau perbuatan yang dapat diamati serta dapat dipelajari (Notoatmodjo, 2000)

Ross, Hellen dan Mico, Paul tahun 1974 (dalam Sarwono, 1985) mendefinisikan perilaku manusia sebagai suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan penahan (*restrining factors*). Sedangkan Skinner (1938) seorang ahli psikologi, perilaku merupakan adanya respons atau reaksi dari seseorang terhadap rangsangan dari luar (stimulus). Proses perubahan perilaku merupakan hasil dari suatu yang kompleks, yang

memerlukan waktu yang cukup lama (Notoatmodjo, 2005). Proses tersebut terdiri dari 4 tahap yakni:

1. Pengetahuan (knowledge) yaitu subyek yang mulai mengenal ide baru dan baru dapat memahaminya.
2. Persuasi yaitu individu yang membentuk sikap positif atau negatif dari ide baru tersebut.
3. Mengambil keputusan yaitu individu dapat aktif dalam menentukan keputusan untuk menerima atau menolak ide tersebut.
4. Konfirmasi yaitu individu mulai mencari dukungan dari orang-orang disekitarnya terhadap keputusan yang dibuatnya.

#### **2.4 Perilaku Kesehatan**

Pada dasarnya perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan (Notoatmodjo, 2007). Batasan-batasan tersebut mempunyai dua unsur pokok yaitu : (di kutip dari Notoatmodjo, 2007)

1. Respons atau reaksi manusia, baik yang bersifat pasif meliputi pengetahuan, persepsi dan sikap, maupun yang bersifat aktif seperti tindakan yang nyata.
2. Stimulus atau rangsangan yang terdiri dari 4 unsur pokok yaitu sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan. Untuk lebih rinci perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 4kelompok yaitu:
  - a. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit yaitu respons manusia, baik secara pasif (mengetahui, bersikap, dan persepsi terhadap penyakit dan rasa penyakit) maupun aktif (tindakan yang diambil untuk mengobati sakit dan penyakitnya).
  - b. Perilaku terhadap sistm pelayanan kesehatan merupakan respon seseorang terhadap pelayanan kesehatan (modern/tradisional). Perilaku tersebut menyangkut fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan dan obat-obatan.

- c. Perilaku gizi (makanan) dan minuman yaitu respons seseorang terhadap makanan dan minuman karena makanan dan minuman dapat meningkatkan kesehatan bahkan dapat menurunkan kesehatan seseorang.
- d. Perilaku Kesehatan Lingkungan yaitu respons seseorang terhadap lingkungannya agar tidak mempengaruhi kesehatannya.

Menurut Gochman (1988) membagi perilaku kesehatan menjadi 2 elemen yaitu elemen kognitif berupa adanya suatu hubungan antara kepercayaan, harapan, motivasi, nilai, persepsi dan lainnya, sedangkan yang termasuk dalam element afektif yaitu karakteristik individu, keadaan emosional dan kebiasaan seseorang yang berhubungan dengan pemulihan kesehatan agar dapat meningkatkan status kesehatannya. Sehingga perilaku kesehatan dapat diartikan sebagai aktivitas seseorang yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati yang berhubungan pemeliharaan dan peningkatan kesehatannya (Notoadmodjo, 2005).

Becker (1979, yang dikutip dari Notoadmodjo 2005) mengajukan klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*Health Related Behavior*), sebagai berikut:

1. Perilaku Sehat (*Healthy Behavior*) yaitu perilaku untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya yang meliputi makan makanan yang bergizi, kegiatan fisik secara teratur, tidak merokok dan minum minuman keras, istirahat yang cukup, pengendalian stress dan perilaku hidup sehat.
2. Perilaku Sakit (*Illness Behavior*) yaitu tindakan seseorang untuk mengatasi masalah kesehatannya dengan mencari pengobatan. Tindakan tersebut antara lain:
  - Di diamkan saja (*no action*), artinya mengabaikan penyakitnya.
  - Mengambil tindakan dengan melakukan pengobatan sendiri (*self treatment atau self medication*).
  - Mencari penyembuhan ke pelayanan kesehatan.
3. Perilaku Peran Orang Sakit (*The Sick Role Behavior*) yaitu adanya hak dan kewajiban yang dimiliki orang sakit yang terdiri dari:
  - Tindakan untuk memperoleh kesembuhan.

- Tindakan untuk mengenal atau mengetahui fasilitas kesehatan yang tepat untuk memperoleh kesembuhan.
- Melakukan kewajiban sebagai pasien yaitu dengan mematuhi nasihat-nasihat dokter atau perawat untuk mempercepat kesembuhannya.
- Tidak melakukan sesuatu yang merugikan selama proses penyembuhan.
- Melakukan kewajiban agar penyakitnya tidak kambuh.

Perilaku kesehatan menurut Kosa dan Robertson (Notoatmodjo, 2007) yaitu perilaku seseorang yang dipengaruhi dengan kepercayaan mengenai kondisi kesehatannya. Adanya perbedaan dari setiap individu dalam dalam mengambil tindakan pencegahan/penyembuhan walaupun masalah kesehatannya sama, tindakan tersebut diambil berdasarkan dari penilaian sendiri maupun dibantu orang lain. Menurut Kals dan Cobb (1966) perilaku kesehatan terdiri dari 3 macam yaitu (di kutip dari Glanz, Rimer, Lewis, 2002)

1. Perilaku pencegahan kesehatan yaitu aktivitas yang dilakukan individu yang sehat untuk mencegah atau mendeteksi penyakit sebelum gejala muncul.
2. Perilaku sakit yaitu aktivitas yang dilakukan individu yang sakit untuk mencari penyembuhan.
3. Perilaku peran sakit yaitu aktivitas yang dilakukan individu yang sedang sakit, untuk sembuh dengan menerima pengobatan.

Menurut Elder *et al* (1994) diperlukan 3 hal untuk berperilaku sehat yaitu pengetahuan yang tepat, motivasi, dan keterampilan untuk berperilaku sehat. Apabila seseorang tidak mempunyai keterampilan untuk berperilaku sehat maka disebut *skill deficits* (dalam Notoatmodjo, 2000). Sulitnya seseorang untuk termotivasi untuk berperilaku sehat adalah karena perubahan perilaku dari yang tidak sehat menjadi sehat sehingga tidak menimbulkan dampak langsung secara tepat, atau mungkin tidak berdampak terhadap penyakitnya, namun hanya mencegah agar tidak menjadi lebih buruk (dikutip dari Susanti, 2002).

## 2.5 Teori Perilaku

Terdapat 3 teori yang menjadi acuan dalam penelitian kesehatan yang berhubungan dengan perilaku yaitu:

### 2.5.1 Teori Lawrence Green

Saat ini teori mengenai masalah kesehatan sudah banyak. Namun, salah satu teori yang mengkaji tentang masalah perilaku adalah teori dari Lawrence Green (1980) yang membedakan masalah kesehatan menjadi 2 determinan yaitu faktor perilaku dan faktor non perilaku. Untuk faktor perilaku sendiri bertujuan untuk mendorong terjadinya perubahan perilaku pada setiap individu. Green membagi menjadi faktor perilaku menjadi 3 faktor utama yaitu faktor predisposisi, pemungkin dan penguat (Notoatmodjo, 2005).

Faktor predisposisi merupakan faktor yang memotivasi suatu perilaku atau mempermudah terjadinya perilaku seseorang. Perilaku keterlambatan pasien dalam pemeriksaan ulang pap smear dapat dihubungkan dengan faktor predisposisi seperti umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, pengetahuan, sikap, persepsi dan sebagainya. Faktor pemungkin merupakan faktor lanjutan dari faktor predisposisi, dimana motivasi untuk terjadinya perubahan perilaku tersebut dapat terwujud. Keterjangkauan sarana dan prasarana menjadi faktor pemungkin bagi setiap individu untuk berperilaku. Hal ini disebabkan karena seseorang akan mencari informasi mengenai kesehatan maupun mencari pengobatan apabila adanya akses ke pelayanan kesehatan tersebut. Selain keterjangkauan sarana dan prasarana, faktor lingkungan juga memiliki andil untuk mempengaruhi perilaku karena faktor lingkungan dapat memfasilitasi perilaku atau tindakan tersebut seperti biaya, dan pelayanan kesehatan sehingga individu dapat mencari informasi dan mencari pengobatan yang dibutuhkannya (Green *et al*, 1980 yang dikutip oleh Gielen dan McDonald dalam Glanz, Rimer, Lewis 2002).

Faktor penguat yaitu faktor yang diperoleh dari orang terdekat dan adanya dukungan sosial yang diberikan ke individu tersebut seperti keluarga, teman maupun dari petugas kesehatan yang dapat memperkuat perilaku. Dengan adanya dukungan yang diberikan dari orang-orang terdekat diharapkan dapat mendorong

terjadinya perubahan perilaku (Green *et al* ,1980 yang dikutip oleh Gielen dan McDonald dalam Glanz, Rimer, Lewis 2002).

### 2.5.2 Teori Snehandu B Karr

Snehandu mengklasifikasikan terbentuknya perilaku menjadi 5 tahap (Notoatmodjo, 2005) yaitu:

1. Adanya niat dari individu tersebut untuk bertindak terhadap stimulus atau objek di luar dirinya.
2. Adanya dukungan yang diberikan, baik dukungan tersebut berasal dari orang terdekat seperti keluarga, teman maupun dukungan dari petugas kesehatan sehingga dapat mendorong terjadinya perubahan perilaku pada individu tersebut..
3. Terjangkaunya informasi yang diperolehnya yang berkaitan dengan masalah kesehatannya seperti tersedianya informasi yang terkait dengan tindakan yang akan diambil seseorang.
4. Adanya otonomi atau kebebasan pribadi untuk mengambil keputusan mengenai masalah kesehatannya.
5. Adanya kondisi dan situasi yang memungkinkan yaitu fasilitas kesehatan dan kemampuan individu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

### 2.5.3 Teori WHO

Tim kerja pendidikan kesehatan dari *World Health Organization* (WHO) membuat rumusan mengenai 4 alasan pokok seseorang untuk berperilaku (Notoatmodjo, 2005) yaitu:

1. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), yaitu adanya pertimbangan-pertimbangan dari diri sendiri untuk bertindak dan berperilaku.
2. Adanya acuan atau referensi dari seseorang untuk merubah perilaku seseorang berupa informasi yang berkenaan dengan sakit dan penyakitnya.
3. Sumber daya (*resources*) dapat mempengaruhi perilaku seseorang atau masyarakat. Pengaruh sumber daya bersifat positif maupun negatif,

misalnya tersedianya sarana dan prasarana, uang, waktu, tenaga dan sebagainya

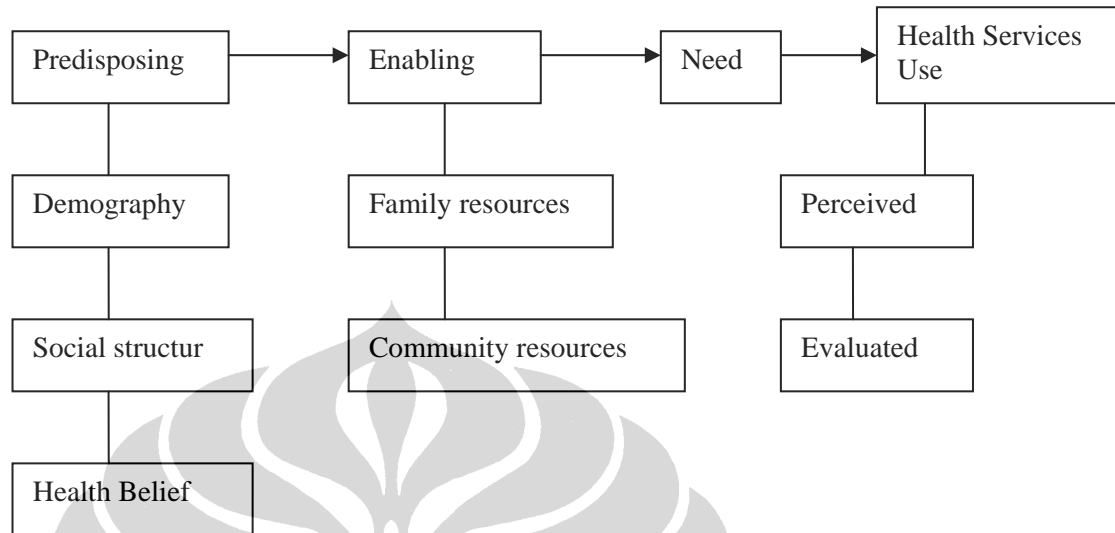
4. Sosial budaya (*culture*), sosial budaya secara tidak langsung menjadi faktor eksternal untuk terbentuknya perilaku seseorang.

## 2.6 Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan

Perilaku dalam melakukan pencarian pelayanan kesehatannya dipengaruhi oleh beberapa model pelayanan kesehatan, salah satunya dari model pelayanan kesehatan adalah model sistem kesehatan (*Health System Model*) yang dibuat oleh Anderson (1974). Menurut Anderson (1974, dalam Notoatmodjo, 2007) terdapat 3 karakteristik pelayanan kesehatan yaitu karakteristik predisposisi, pendukung dan kebutuhan.

- 1) Karakteristik Predisposisi (*predisposing characteristics*) merupakan adanya perbedaan dari setiap individu dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Penyebabnya adalah karakteristik dari masing-masing individu yang terdiri dari:
  - Ciri-ciri demografi, seperti jenis kelamin dan umur.
  - Struktur sosial seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, kesukuan.
  - Manfaat-manfaat kesehatan seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit.
- 2) Karakteristik Pendukung (*enabling characteristics*) menjelaskan bahwa walaupun seseorang mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan tetapi ia tidak dapat menggunakan pelayanan kesehatan tersebut karena tergantung dengan kemampuan dalam membayar.
- 3) Karakteristik Kebutuhan (*need characteristic*) menjelaskan bahwa faktor predisposisi dan pendukung akan mempengaruhi seseorang untuk mencari pengobatan apabila ia merasakan sakitnya maka ia akan mencari pengobatan dianggap sebagai suatu kebutuhan yang mendasar untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

**Gambar 2.2**  
**Ilustrasi Model Anderson**



Sumber : Anderson (1978), yang dikutip dari Notoatmodjo, Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (2007).

Suchman (1967) mengatakan bahwa seseorang akan membuat keputusan dalam mencari masalah kesehatannya yang terdiri dari 5 tahap antara lain:

1. Tahap pengenalan gejala

Pada tahap ini seseorang merasakan adanya gejala/keluhan yang dirasakan sehingga gejala/keluhan tersebut dianggap sebagai suatu ancaman bagi dirinya.

2. Tahap asumsi peran sakit

Individu sudah membuat keputusan dalam mengobati gejalanya dengan cara sendiri, kemudian ia mulai mencari informasi mengenai penyakitnya.

3. Tahap kontak dengan pelayanan kesehatan

Tahap ini ia sudah mulai mencari pengobatan ke pelayanan kesehatan sesuai dengan pengetahuan dan informasi yang diperolehnya.

4. Tahap ketergantungan pasien



Tahap ini ia sudah memutuskan untuk menjadi pasien. Untuk menjadi sehat kembali maka ia bergantung terhadap pengobatan yang diberikan dan mematuhi nasihat maupun anjuran yang diberikan.

5. Tahap penyembuhan/rehabilitasi

Pada tahap ini, ia sudah tidak menjadi pasien. Hal ini disebabkan karena kemungkinan ia sudah sembuh atau ia menjadi cacat sehingga tidak dapat menjalankan fungsinya kembali.

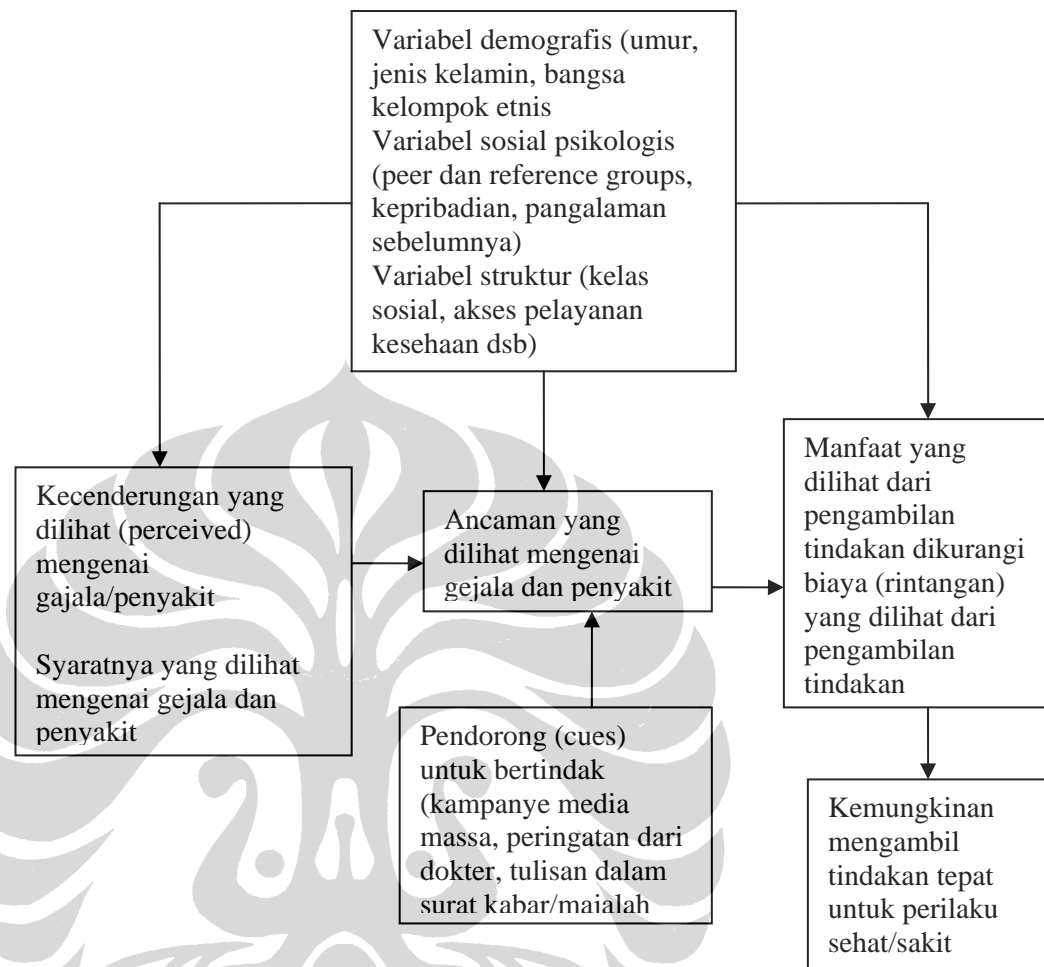
Becker (1974) menggambarkan 4 variabel yang menjadi alasan individu bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya dalam model kepercayaan kesehatan, yaitu: (Notoatmodjo, 2007)

1. Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*) yaitu pencegahan yang dilakukan seseorang apabila ia rentan terhadap suatu penyakit.
2. Keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*) merupakan tindakan untuk mendorong individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit.
3. Manfaat dan rintangan – rintangan yang dirasakan (*perceived benefits and barriers*) yaitu tindakan yang dilakukan seseorang akan bermanfaat apabila ia dapat mengobati penyakitnya walaupun terdapat hambatan yang dirasakan.
4. Isyarat atau tanda – tanda (*cues*), berupa adanya tingkat penerimaan berupa kerentanan, kegawatan dan keuntungan dari tindakan untuk mencegah penyakitnya, sehingga diperlukan faktor eksternal seperti pesan-pesan pada media massa, nasihat atau anjuran.

### Gambar 2.3

Universitas Indonesia

### Model Kepercayaan Masyarakat (Health Belief Model)



Sumber: Becker (1974), dalam dari Notoatmodjo, Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (2007).

Cummings *et al* (1980, di kutip dari Notoatmodjo 2000) membuat suatu penggabungan dari perilaku penggunaan pelayanan kesehatan yang meliputi:

- Keterjangkauan pelayanan kesehatan merupakan kemampuan individu untuk membayar pelayanan yang diberikan sesuai dengan kualitas yang diberikan pelayanan kesehatan tersebut.
- Sikap terhadap pelayanan kesehatan yaitu keuntungan yang diperoleh seseorang terhadap kepercayaan mengenai kualitas pengobatan yang diperolehnya.
- Ancaman terhadap penyakit yaitu persepsi seseorang mengenai gejala dari penyakitnya terhadap kerentanan dan konsekuensi yang dirasakan.

Universitas Indonesia

Friedman (1998) mengatakan bahwa sebelum seseorang mencari pelayanan kesehatan biasanya mencari nasihat dari keluarga dan teman. Menurut Susanti (2002) peran keluarga sangat penting dalam aspek perawatan kesehatan yang terdiri dari hubungan yang erat satu dengan yang lain, saling ketergantungan sebagai bagian dari lingkungan sosial, memberi perasaan aman, secara ekonomi untuk mengadakan sumber-sumber ekonomi untuk menunjang proses perawatan, secara sosial menumbuhkan rasa percaya diri, memberi umpan balik, membantu dalam memecahkan masalah.

## **2.7 Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan pemeriksaan ulang pap smear**

### **2.7.1 Sosial Demografi**

#### **2.7.1.1 Umur**

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Darnindro dkk (2007) di rumah susun Klender Jakarta mengatakan bahwa sebesar 24,3% wanita yang sudah menikah pertama kali pap smear pada umur 25 sampai 40 tahun. Dalam model sistem kesehatan (*Health System Models*) oleh Anderson (1974, dalam Notoatmodjo 2007) menyebutkan bahwa umur termasuk didalam faktor sosial demografi yang mempengaruhi seseorang untuk mencari pengobatan dan menggunakan pelayanan kesehatan.

#### **2.7.1.2 Pendidikan**

Tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi perilaku mengenai kondisi kesehatannya. Apabila ia berpendidikan tinggi diharapkan pengetahuannya semakin baik karena banyaknya informasi yang diperoleh, sedangkan yang berpendidikan sedang atau rendah diharapkan mendapatkan pengetahuan berasal dari teman/saudara maupun dari kegiatan penyuluhan dan media. Green (1980) menganalisis pendidikan dipengaruhi oleh faktor predisposisi yaitu pengetahuan yang dimiliki seseorang.

#### **2.7.1.3 Pekerjaan**

Pekerjaan menjadi faktor penyebab seseorang untuk berperilaku terhadap kesehatannya. Hal ini disebabkan karena pekerjaan menjadi faktor risiko seorang mengalami sakit maupun penyakitnya. Pada penelitian Sakanti (2007) menunjukkan bahwa wanita yang tidak bekerja lebih banyak melakukan pemeriksaan pap smear daripada wanita yang bekerja, hal tersebut berkaitan dengan waktu dan pelayanan kesehatan.

#### **2.7.1.4 Pendapatan**

Sosial ekonomi mempengaruhi seseorang dalam mencari pelayanan kesehatan berupa pengobatan. Dengan berpendapatan tinggi maka orang tersebut akan melakukan pencegahan dengan pendeteksian dini kanker serviks yaitu dengan metode pap smear. Pada penelitian di Amerika bulan April 2003 mengatakan responden yang memiliki pendapatan yang besar memiliki kemauan sebesar 1,56 kali untuk menjalankan pemeriksaan pap smear (Darnindro dkk, 2007).

#### **2.7.2 Pengetahuan**

Pengetahuan menjadi faktor predisposisi karena dapat mempermudah untuk terjadinya perubahan perilaku dalam mengatasi masalah kesehatannya. Tim kerja WHO (1989) menganalisis bahwa seseorang berperilaku karena adanya alasan dalam bentuk pemikiran dan perasaan yaitu pengetahuan (Notoatmodjo, 2005). Penelitian Susanti (2002), kurangnya pengetahuan responden menjadi alasan datang dengan kanker serviks pada stadium lanjut karena tidak adanya yang memberikan informasi. Penelitian tersebut tidak sejalan dengan Sakanti (2007) sekitar 74,5% responden telah memiliki pengetahuan yang baik tentang kanker leher rahim dan 97,0% responden yang pengetahuannya kurang sama-sama tidak melakukan pemeriksaan pap smear.

#### **2.7.3 Biaya**

Biaya mempengaruhi seseorang untuk berperilaku dalam mendapatkan pengobatan. Apabila biaya yang harus dikeluarkan mahal maka ia cenderung untuk tidak mencari pengobatan, sedangkan bila harga pelayanan kesehatan

murah ataupun masih terjangkau maka individu tersebut mencari pelayanan kesehatan untuk mengobati penyakitnya, dalam hal ini adalah pemeriksaan ulang pap smear. Analisis yang dilakukan oleh Suchman (1967) mengatakan bahwa mahalny biaya yang harus dikeluarkan seseorang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan menyebabkan 8% orang yang melaporkan sakitnya, terlambat dalam mencari pengobatan.

#### **2.7.4 Jarak**

Faktor yang pendukung seseorang untuk melakukan pemeriksaan adalah jarak. Menurut teori Snehandu terjangkaunya informasi dapat mempengaruhi seseorang untuk bertindak dalam mencari pengobatan (Notoatmodjo, 2005). Sedangkan Green (1980) menganalisis bahwa keterjangkauan sarana dan prasarana kesehatan yaitu jarak menjadi faktor pemungkin seseorang untuk dapat merubah perilakunya dalam mencari pengobatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan.

#### **2.7.5 Pelayanan Kesehatan**

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor penting dalam perilaku pemeriksaan ulangan pap smear. Berdasarkan teori dari tim kerja WHO (1989, dalam Notoatmodjo 2005) mengatakan bahwa tersedianya sumber-sumber daya berupa fasilitas, uang, waktu, tenaga dapat mempengaruhi seseorang untuk berperilaku sedangkan Cumnings dkk (1980, dalam Notoatmodjo 2000) menganalisis bahwa keterjangkauan pelayanan kesehatan seperti kemampuan individu untuk membayar dan tersedianya pelayanan kesehatan menjadi dapat merubah perilaku seseorang. Penelitian yang dilakukan Susanti (2002) mengatakan bahwa sebagian besar responden tidak melakukan pemeriksaan pap smear, alasannya ialah mereka tidak mengetahui adanya pemeriksaan pap smear serta lokasi pemeriksaan pap smear yang disebabkan karena adanya hambatan/kendala seperti tidak adanya informasi, jarak yang jauh dan biaya transport.

#### **2.7.6 Pengaruh/dukungan suami**

Keluarga yang terdekat dengan pasien/istri adalah suami. Peran suami diharapkan dapat memberikan dukungan/anjuran bagi istrinya untuk mencari pengobatan atas gejala/keluhan yang dirasakan. Menurut Friedman (1998) menganalisis bahwa seseorang akan mencari pelayanan kesehatan, apabila ia mencari nasihat dari keluarga atau teman-temannya. Dengan mendapatkan anjuran dan dukungan dari orang-orang terdekat dapat merubah perilakunya untuk melakukan pemeriksaan ulang pap smear.

### **2.7.7 Pengaruh/dukungan Petugas Kesehatan**

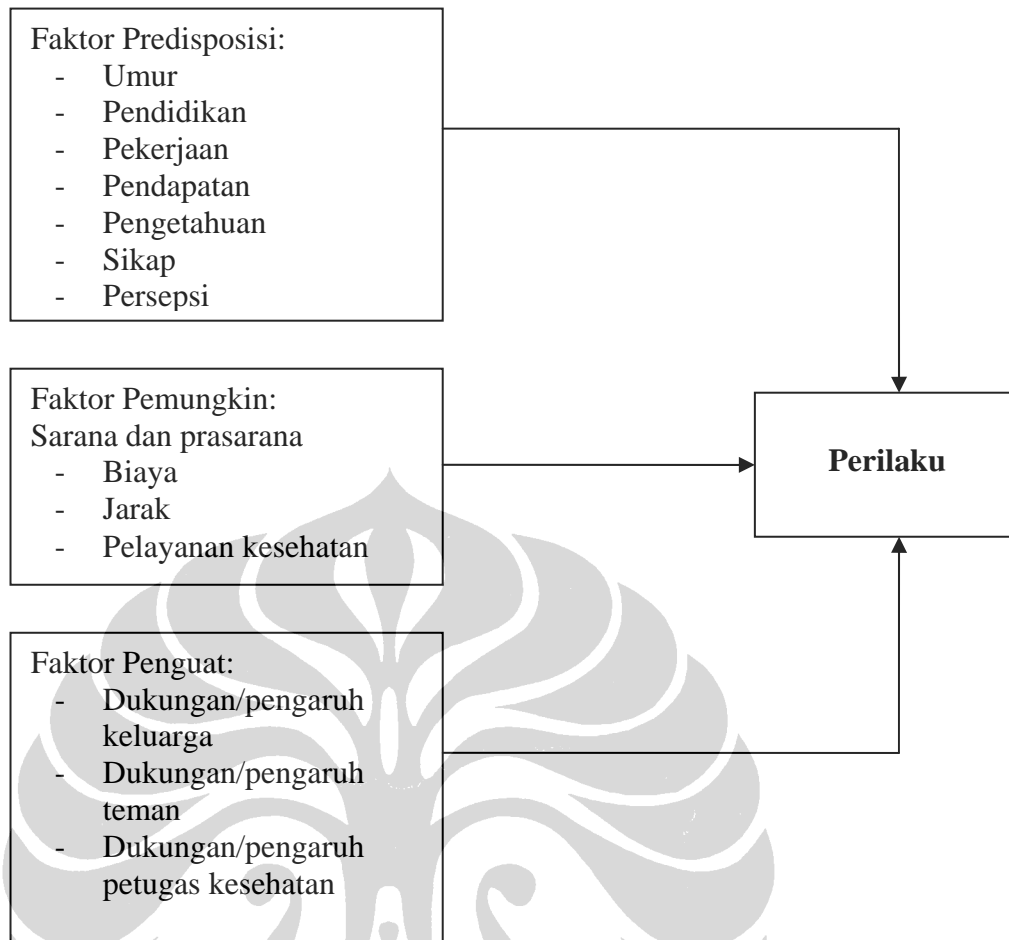
Adanya pengaruh/dukungan dari petugas kesehatan yaitu dokter/bidan klinik secara langsung maupun tidak langsung dapat mempengaruhi dalam melakukan pemeriksaan ulang pap smear. Analisis tim kerja WHO (1989, Notoatmodjo 2005), perilaku seseorang dipengaruhi oleh orang penting sebagai referensi dalam pemeriksaan ulang yaitu petugas kesehatan. Survei yang dilakukan Badan Pusat Penanggulangan dan Pencegahan Penyakit CDC (2002 yang dipublikasikan pada tahun 2005 dalam majalah *Journal of Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*) menyebutkan sebanyak 87% dari 1.502 wanita Amerika yang melakukan konsultasi rutin ke dokter tiap tahunnya tidak mendapatkan anjuran untuk pap smear. (<http://www.kapanlagi.com/h/0000062841.html>)

## BAB 3

### KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

#### 3.1 Kerangka Teori

Berdasarkan dari penjabaran pada bab-bab sebelumnya, maka dalam penelitian ini, peneliti menggunakan kerangka teori dari Lawrence Green (1980). Teori tersebut mengkaji masalah perilaku manusia yaitu perilaku keterlambatan pasien dalam pemeriksaan ulang pap smear dengan menghubungkan ketiga faktor utama yaitu faktor predisposisi yang mempermudah seseorang untuk merubah perilakunya misalnya dilihat dari sosial demografi (umur, pendidikan, pendapatan dan pekerjaan) persepsi, sikap, pengetahuan yang dimiliki mengenai kesehatan. Faktor pemungkin merupakan faktor yang memungkinkan seseorang untuk terjadinya perubahan perilaku seperti keterjangkauan sarana dan prasarana kesehatan. Sedangkan untuk faktor penguat berupa adanya dukungan maupun pengaruh yang cukup besar sehingga perilaku orang tersebut dapat dilakukan. Dukungan yang diberikan tidak hanya dari orang terdekat saja (keluarga/teman) tetapi dari orang-orang yang mempunyai pengaruh terhadap kesehatannya seperti petugas kesehatan. Perilaku keterlambatan pemeriksaan ulang pap smear dapat digambarkan Green dalam kerangka teori di bawah ini:



Gambar 3.1 Teori Lawrence Green

### 3.2 Kerangka Konsep

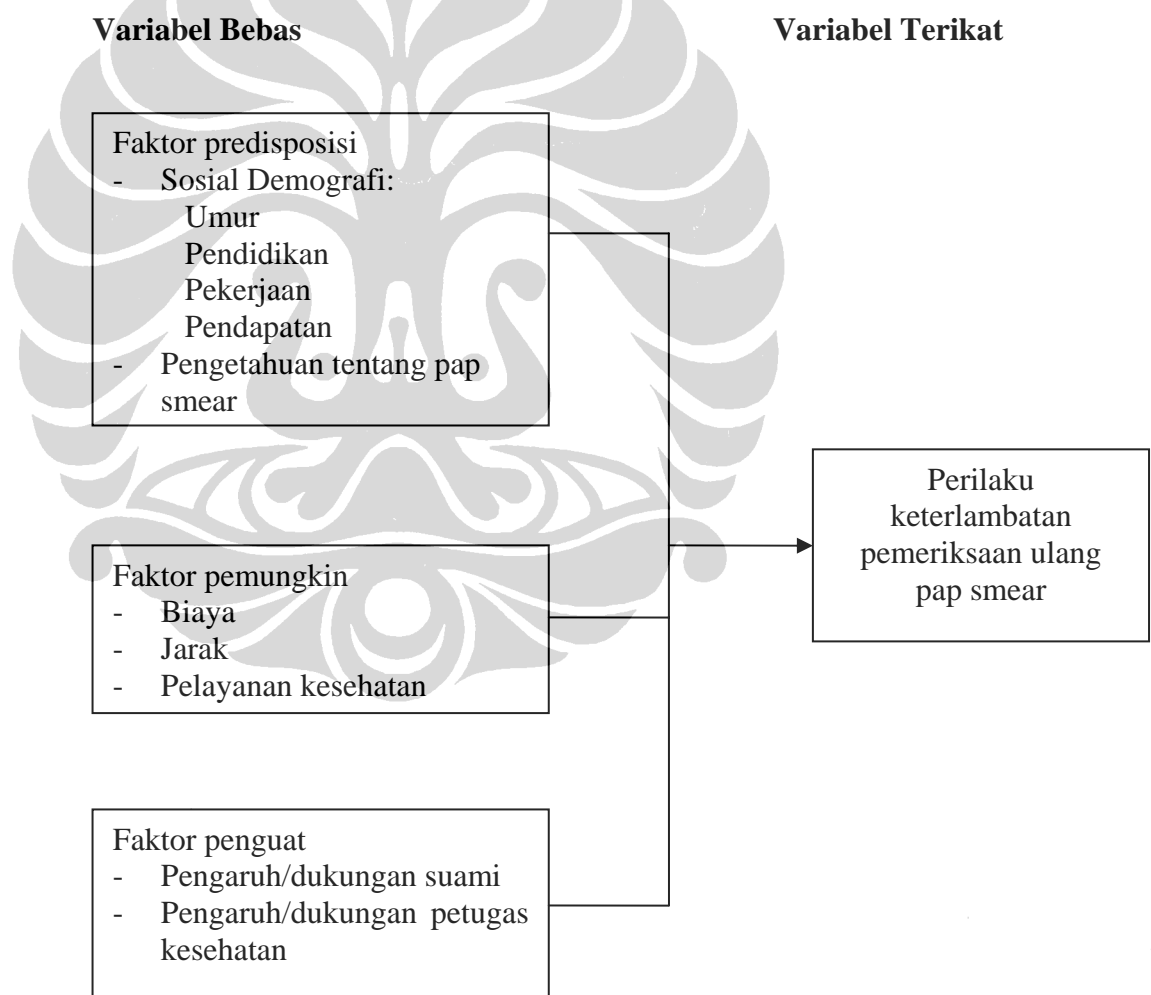
Perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor yang berasal dari dalam dirinya dan juga faktor diluar dirinya seperti pengaruh dari orang-orang terdekat dan lingkungannya. Dalam penelitian ini, peneliti akan menggunakan teori dari Lawrence Green (1980) yang diarahkan pada keterlambatan pasien dalam melakukan pemeriksaan ulang pap smear. Terdapat 2 variabel dalam penelitian ini yaitu variabel terikat adalah perilaku keterlambatan pemeriksaan ulang pap smear. Sedangkan untuk variabel bebas sebagai berikut:

1. Faktor Predisposisi :
  - Sosial demografi yaitu umur, pendidikan, pekerjaan dan pendapatan.
  - Pengetahuan tentang pap smear.



2. Faktor Pemungkin :
  - Biaya.
  - Jarak.
  - Pelayanan kesehatan.
3. Fakor Penguat :
  - Pengaruh/dukungan suami.
  - Pengaruh/dukungan petugas kesehatan.

Maka secara skematis, kerangka konsep penelitian digambarkan sebagai berikut:



### 3.3 Definisi Istilah

| No | Variabel  | Definisi Istilah   |
|----|---|--|
|    | <b>Variabel Dependen</b><br>Perilaku keterlambatan pemeriksaan ulang pap smear            | Para pasien yang sudah pernah melakukan pemeriksaan pap smear pada bulan Juni 2008 tetapi belum melakukan pemeriksaan ulang (6 bulan berikutnya di hitung sejak bulan juli) pada bulan Januari hingga Februari 2009. |
| 1  | <b>Variabel Independen</b><br><b>Faktor Predisposisi</b><br>a. Sosial Demografi<br>- Umur | Lama hidup informan yang dihitung dari tahun kelahiran sampai penelitian (wawancara).  |
|    | - Pendidikan  | Jenjang pendidikan tertinggi yang pernah di tempuh oleh informan.  |
|    | - Pekerjaan   | Jenis pekerjaan yang dilakukan informan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.   |
|    | - Pendapatan  | Jumlah pendapatan (uang) yang diterima tiap bulannya.  |
|    | b. Pengetahuan tentang pap smear  | Pemahaman dan kemampuan informan yang dipahaminya mengenai pap smear.  |
| 2  | <b>Faktor Pemungkin</b><br>a. Biaya<br>- Pap smear  | Biaya yang harus dikeluarkan untuk pemeriksaan pap smear   |
|    | - Obat  | Biaya yang harus dikeluarkan untuk membeli obat sesuai dengan diagnosa penyakitnya.  |
|    | b. Jarak  | Banyaknya waktu dan biaya (ongkos transport) yang harus dikeluarkan untuk sampai di klinik.  |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   | c. Pelayanan kesehatan                             | Pelayanan yang diberikan dari klinik kepada informan dalam melakukan pemeriksaan.  |
| 3 | <b>Faktor Penguat</b><br>a. Peranan/dukungan suami | Adanya peranan ataupun dukungan dari suami untuk mendorong informan agar tidak terlambat dalam melakukan pemeriksaan ulang.            |
|   | b. Peranan/dukungan petugas kesehatan              | Adanya dukungan yang diberikan oleh petugas kesehatan yaitu dokter/bidan untuk informan dalam melakukan pemeriksaan ulang tiap 6 bulan |

