

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker serviks yang menyerang daerah leher rahim merupakan penyebab kematian tertinggi kedua pada wanita di dunia setelah penyakit kanker payudara dan merupakan penyebab utama kematian wanita di negara berkembang. *International Agency for Research on Cancer (IARC)* menunjukkan pada tahun 2012 insidens kanker serviks di seluruh dunia sebesar 16 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2014 terdapat lebih dari 528.000 kasus baru dan 266.000 kasus kematian di seluruh dunia akibat kanker serviks pada wanita dengan usia 15-44 tahun (WHO, 2014) .

Penyakit kanker serviks dan payudara merupakan penyakit kanker dengan prevalensi tinggi di Indonesia pada tahun 2013, yaitu kanker serviks sebesar 0,8%. Dan kanker payudara 0,5%. Berdasarkan hasil estimasi jumlah kasus baru dan jumlah kematian akibat kanker di Rumah Sakit Kanker Dharmas, kanker serviks terus mengalami peningkatan yaitu 296 kasus pada tahun 2010, 300 kasus pada tahun 2011, 343 kasus pada tahun 2012, 356 pada tahun 2013 dan 383 kasus di tahun 2014 (KemenKes RI, 2014).

Tingginya kejadian kanker serviks di Provinsi Lampung bisa dilihat dari data Dinas Kesehatan Provinsi Lampung di tahun 2015, didapatkan kasus kanker serviks sebanyak 109 kasus, dimana kanker serviks menduduki peringkat pertama dari semua jenis kanker alat reproduksi pada wanita (DinKes Provinsi Lampung, 2015).

Angka kematian akibat kanker serviks di Indonesia tergolong tinggi karena sebagian besar disebabkan oleh keterlambatan dalam diagnosis. Ketika memeriksakan kondisinya, biasanya kanker sudah menyebar ke organ lain di dalam tubuh. Hal ini yang menyebabkan pengobatan yang dilakukan semakin sulit. Padahal diketahui bahwa penyakit kanker serviks ini dapat dicegah melalui skrining dan vaksinasi (Savitri, 2015). Kegiatan deteksi dini kanker serviks telah dilaksanakan di seluruh provinsi di Indonesia, meliputi 304 dari seluruh kabupaten/kota di Indonesia dan 1986 puskesmas. Jumlah kumulatif yang telah di skrining di Indonesia tahun 2007- 2014 yaitu sebanyak 904.099 orang. Dari jumlah yang telah di skrining tersebut, 1.056 (1,2 per 1000) menunjukkan adanya suspect kanker leher rahim. Sedangkan Pemerintah Provinsi Lampung telah melakukan upaya dengan melatih lebih kurang 43 puskesmas dalam melakukan metode Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA) (Wahidin, 2014).

Salah satu penyebab meningkatnya angka kematian pada wanita ialah masih minimnya pendidikan, pengetahuan dan pemahaman mengenai kesehatan reproduksi. Kesehatan reproduksi adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental, sosial, yang utuh dalam segala hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi. Menjaga kesehatan organ reproduksi pada wanita adalah sangat penting karena terdapat organ yang kompleks sehingga dapat timbul bermacam penyakit yang berbahaya seperti kanker serviks, kista, maupun penyakit menular seksual (PMS) (Romadhoni., dkk, 2012).

Menurut Notoatmodjo (2005), yang menyatakan bahwa pendidikan adalah salah satu faktor yang sangat mempengaruhi perilaku masyarakat, apabila pendidikan masyarakat tinggi maka mereka akan mengerti dan memahami akan pentingnya melakukan pemeriksaan IVA dan sebaliknya apabila pendidikan masyarakat rendah, maka mereka akan mengabaikan dan tidak mengerti akan pentingnya pelayanan kesehatan khususnya pada pemeriksaan IVA.

Pemeriksaan dengan menggunakan metode IVA (Inspeksi visual dengan asam asetat) merupakan pemeriksaan yang dilakukan untuk mendeteksi dini kanker serviks yang cukup efisien dan efektif dengan biaya yang lebih murah. Metode ini tidak memerlukan teknologi tinggi dan telah ditunjukkan untuk mengurangi angka kematian perempuan di negara-negara berkembang (Wright & Kuhn, 2012).

Pemeriksaan IVA (Inspeksi Visual dengan pulasan Asam asetat) yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan di Kabupaten Pesawaran pada tahun 2017 yaitu di Puskesmas Gedong Tataan sebanyak 1439 WUS yang ikut pemeriksaan IVA berjumlah 87 , Desa Padang Cermin dari jumlah WUS (Wanita Usia Subur) 1789 orang yang ikut pemeriksaan IVA berjumlah 224 orang (12,52%), Desa Banjaran jumlah WUS 765 orang yang ikut 85 orang (11,11%), Desa Hanau Berak jumlah WUS 514 orang yang ikut 28 orang (5,44%), Desa Sanggi jumlah WUS 718 orang yang ikut 49 orang (6,82%), Desa Durian jumlah WUS 351 orang yang ikut 29 orang (8,26%), Desa Gayau jumlah WUS 320 orang yang ikut 65 orang (20,31%), Desa Trimulyo jumlah

WUS 304 orang yang ikut 30 orang (9,86%), Desa Khepong Jaya jumlah WUS 213 orang yang ikut 29 orang (13,6%), Desa Tambangan dari jumlah WUS 236 orang yang ikut 27 orang (11,44%), Desa Paya jumlah WUS 233 orang yang ikut 18 orang (7,72%), Desa Way Urang dari jumlah WUS 226 orang yang ikut 26 orang (11,50%), Desa Dantar jumlah WUS 323 orang yang ikut 24 orang (10,34%). Hasil pemeriksaan IVA di Kecamatan Padang cermin ada 2 WUS yang Positif IVA.

Berdasarkan pra survey yang dilakukan melalui wawancara sederhana dengan beberapa orang telah menunjukkan pendidikan, pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang kanker serviks. Para perempuan saat ini ternyata telah banyak membuka diri terhadap informasi yang benar yang berkenaan dengan kanker serviks. Hal tersebut dapat dilihat mulai dari bagaimana cara mereka menjelaskan bahwa kanker serviks adalah penyakit yang sangat berbahaya dan dapat menyebabkan kematian hingga sampai pada penyebab dan cara pencegahannya. Dari pendidikan dan pengetahuan yang dimiliki masyarakat tersebut yang pada akhirnya dapat membentuk kepercayaan-kepercayaan mengenai tindakan yang akan dilakukan terhadap penyakit tersebut termasuk upaya dalam meningkatkan kesehatan.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik mengambil tempat penelitian di Puskesmas Gedong Tataan karena dari jumlah WUS 1439 yang ikut pemeriksaan IVA hanya 87 orang. Oleh karena itu peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul "Hubungan tingkat pendidikan dengan pengetahuan

wanita usia subur tentang pemeriksaan IVA di puskesmas Gedong Tataan Kabupaten Pesawaran Lampung tahun 2019”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang ”Apakah ada Hubungan tingkat pendidikan dengan pengetahuan wanita usia subur tentang pemeriksaan IVA di puskesmas Gedong Tataan Kabupaten Pesawaran Lampung tahun 2019?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahui hubungan tingkat pendidikan dengan pengetahuan wanita usia subur tentang pemeriksaan IVA di puskesmas Gedong Tataan Kabupaten Pesawaran Lampung tahun 2019

2. Tujuan Khusus

a) Diketahui distribusi frekuensi pengetahuan wanita usia subur tentang pemeriksaan IVA di puskesmas Gedong Tataan Kabupaten Pesawaran Lampung Tahun 2019.

b) Diketahui distribusi frekuensi tingkat pendidikan wanita usia subur di puskesmas Gedong Tataan Kabupaten Pesawaran Lampung tahun 2019.

c) Diketahui hubungan tingkat pendidikan dengan pengetahuan wanita usia subur tentang pemeriksaan IVA di puskesmas Gedong Tataan Kabupaten Pesawaran Lampung Tahun 2019

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi WUS

Mampu menambah informasi tentang pentingnya informasi IVA pada wanita usia subur, sehingga dengan pengetahuan yang dimiliki oleh WUS diharapkan WUS tidak takut untuk melakukan pemeriksaan IVA.

2. Bagi Petugas

Diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi petugas kesehatan di Puskesmas rawat Gedong Tatan Kabupaten Pesawaran untuk dapat meningkatkan Promosi kesehatan tentang pentingnya pemeriksaan IVA pada wanita usia subur.

3. Manfaat bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat khususnya dalam mengkaji teori-teori dan memperbanyak referensi tentang pentingnya pemeriksaan pada ibu ha IVA pada wanita usia subur.

4. Manfaat bagi pengembangan ilmu

Diharapkan Penelitian ini dapat menjadi data dasar dan informasi bagi pengembangan ilmu yang terkait dengan pemeriksaan IVA pada wanita usia subur.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah jenis penelitian kuantitatif, objek dalam penelitian ini sebagai variabel independen adalah pendidikan dan variabel dependen adalah pengetahuan wanita usia subur tentang pemeriksaan IVA. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh wanita usia subur yang ada di wilayah kerja Puskesmas Gedong Tataan Tahun 2018 sebanyak 1439 WUS, teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *cluster accidental sampling* dan setelah dihitung menggunakan rumus didapatkan sampel sebesar 192 WUS, Lokasi penelitian dilakukan di Puskesmas Gedong Tataan Kabupaten Pesawaran Lampung pada bulan Mei 2019.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Kanker Serviks

a. Definisi

Kanker serviks adalah kanker primer yang terjadi pada jaringan leher rahim (serviks) sementara lesi prakanker adalah kelainan pada epitel serviks akibat terjadinya perubahan sel-sel epitel, namun kelainannya belum menembus lapisan basal (*membrane basalis*) (Depkes, 2008).

Kanker serviks (Kanker leher rahim) adalah tumor ganas yang tumbuh di dalam leher rahim/serviks (bagian terendah dari rahim yang menempel pada puncak vagina. Kanker serviks biasanya menyerang wanita berusia 35-55 tahun. 90% dari kanker serviks berasal dari sel skuamosa yang melapisi serviks dan 10% sisanya berasal dari sel kelenjar penghasil lendir pada saluran servikal yang menuju ke dalam rahim (Indrawati, 2009).

Kanker serviks merupakan kanker yang terbanyak diderita wanita di Negara berkembang seperti Indonesia. Kanker serviks merupakan masalah kesehatan wanita di Indonesia sehubungan dengan angka kejadian dan angka kematiannya yang tinggi. Keterlambatan diagnosis pada stadium lanjut, keadaan umum yang lemah, status sosial ekonomi

yang rendah, keterbatasan sumber daya, keterbatasan sarana dan prasarana, jenis histopatologi, dan derajat pendidikan yang rendah (Rasjidi, 2010).

Anatomi Serviks Uteri

Serviks uteri merupakan bagian dari sistem reproduksi wanita, bagian terendah dari rahim (uterus) yang menonjol ke vagina bagian atas. Rahim (uterus) adalah suatu organ berongga yang berbentuk buah pir yang terletak pada perut bagian bawah (Aulia, 2012).

Etiologi Kanker Serviks

Penyebab utama terjadinya kanker serviks adalah HPV (*Human Papilloma Virus*). HPV adalah sekelompok virus yang dapat terdiri dari 150 jenis virus yang dapat menginfeksi sel-sel pada permukaan kulit (Nurwijaya dkk, 2012).

Kebanyakan HPV tidak berbahaya dan tidak menunjukkan gejala. Sebanyak 40 tipe HPV bisa ditularkan melalui hubungan seksual. Sasarannya adalah alat kelamin dan digolongkan menjadi dua golongan, yaitu tipe HPV yang risiko tinggi yang menyebabkan kanker dan HPV risiko rendah dan hanya beberapa saja dari ratusan varian HPV yang bisa menyebabkan kanker. Kanker bisa saja terjadi apabila virus HPV tidak kunjung sembuh dalam waktu yang cukup lama (Subagja, 2014).

Terdapat 13 jenis tipe HPV yang menyebabkan kanker serviks, yaitu HPV tipe 16, 18, 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 dan 69 yang merupakan HPV risiko tinggi yang ditularkan melalui hubungan seksual (Nurwijaya

dkk, 2012). Tipe yang paling berbahaya dan yang menyebabkan 80% kanker serviks adalah jenis HPV 16 dan 18. Penularan HPV pada umumnya melalui hubungan seksual (90%) dan sisanya, yaitu 10%, terjadi secara non seksual (Nurwijaya dkk, 2012).

Sebagian besar kasus kanker serviks disebabkan karena penularan melalui hubungan seksual sebesar 90% dan sebanyak 10% terjadi karena nonseksual (Nurwijaya, 2012).

b. Patogenesis dan Perjalananan Kanker Serviks

Kanker leher rahim pertama kali berkembang dari lesi pra-kanker (secara luas dikenal sebagai displasia 1), yang berkembang dengan pasti dari displasia ringan, menengah sampai parah kemudian menjadi kanker dini (*CIS/Carcinoma In Situ*) sebelum menjadi kanker yang bersifat *invasive* (Menurut DepKes RI, 2009. Penyebab awal (prekursor) langsung terjadinya kanker leher rahim adalah displasia tingkat tinggi (*CIN/Cervical Intraepitelial Neoplasia II atau III*), yang dapat berkembang menjadi kanker leher rahim dalam waktu 10 tahun atau lebih. Sebagian besar displasia tingkat rendah (*CIN I*) dapat hilang tanpa diobati atau tidak berkembang, terutama perubahan-perubahan yang terlibat pada perempuan remaja.

Dijelaskan dalam buku Cegah dan Deteksi Kanker Serviks, Dr. Andrijono, SpOG, dkk menjelaskan bahwa perjalanan penyakit kanker serviks didahului dengan infeksi HPV Onkogenik (Virus HPV ganas) yang menyebabkan sel serviks normal menjadi sel prakanker, dan

berkembang biak lagi menjadi sel kanker. Untuk menjadi sel kanker dan menjadi kanker serviks dibutuhkan waktu yang tidak singkat, setidaknya butuh waktu bertahun-tahun tetapi tidak menutup kemungkinan bisa berlangsung dalam waktu kurang dari setahun (Riksani, 2016).

Sel-sel yang telah terinfeksi akan berubah dari normal menjadi prakanker dan kemudian menjadi kanker, tahap ini termasuk pada fase pra kanker. Jika perubahan pada sel tersebut ditemukan dan ditangani lebih dini, kita dapat mencegah agar tidak terjadi kanker. Sebelum terjadi kanker, akan didahului oleh keadaan yang disebut lesi prakanker atau *Neoplasia Intraepithelial Serviks* (NIS) (Savitri, Astrid, dkk, 2015).

Saat virus HPV bercampur dengan sistem peringatan yang memicu respon imunitas, seharusnya ia bertugas menghancurkan sel abnormal yang terinfeksi oleh virus. Perkembangan sel yang tidak normal pada epitel serviks dapat berkembang menjadi prakanker yang disebut sebagai *Cervical Intraepithelial Neoplasia* (CIN). Fase prakanker sering disebut dengan displasia merupakan perubahan premalignant (prekeganasan) dari sel-sel rahim. Ada tiga pola utama pada tahap prakanker. Dimulai dengan infeksi pada sel serta perkembangan sel abnormal yang dapat berlanjut menjadi Intraepithelia Neoplasia dan pada akhirnya berbuah menjadi kanker serviks (Savitri, Astrid, dkk, 2015).

1) *Cervical Intraepithelial Neoplasia I (CIN I)*

Disebut juga *Low Grade Squamous Intraepithelial Lesions* (LSILs). Pada tahap ini sudah terjadi perubahan. Sel yang terinfeksi HPV onkogenik akan membuat partikel-partikel virus baru.

2) *Cervical Intraepithelial Neoplasia II (CIN II)*

Disebut juga *High Grade Squamous Intraepithelial Lesions* (HSILs). Pada tahap ini, sel-sel semakin menunjukkan gejala abnormal prakanker.

3) *Cervical Intraepithelial Neoplasia III (CIN III)*

Pada tahap ini, lapisan permukaan serviks atau leher rahim telah dipenuhi sel-sel abnormal menjadi *Carcinoma In Situ* (dini), yaitu keganasan yang masih terlokalisir dan belum menembus barrier.

Kanker serviks jika dibiarkan akan menyebar pada jaringan tubuh lain dan memasuki stadium IV (Savitri, Astrid, dkk, 2015).

Dalam Kemenkes RI tahun 2013 menjelaskan tentang perjalanan kanker leher rahim dan manajemennya.

a) Inspeksi HPV dan Displasia Leher Rahim Ringan

Inspeksi HPV ini dapat tetap stabil, berkembang menjadi displasia, atau sembuh. Displasia ringan biasanya bersifat sementara dan hilang sendiri. Pada kasus lain bisa menjadi displasia berat. Untuk manajemen pada tahap infeksi ini belum ada terapi yang dapat membasmi HPV. Pencegahan primer yang dapat dilakukan adalah dengan vaksinasi HPV. Pada displasia ringan

monitoring lesi lebih diutamakan dari pada terapi, karena sebagian besar lesi dapat sembuh spontan atau menetap.

b) Displasia Leher Rahim Sedang Dan Berat

Displasia sedang dan berat merupakan keadaan yang berpotensi menjadi kanker leher rahim. Keadaan ini sangat jarang ditemukan bila dibanding dengan displasia ringan. Displasia sedang dan berat dapat berasal dari displasia ringan atau langsung dari infeksi HPV dan harus segera mendapatkan terapi, karena sangat berpotensi menjadi kanker.

c) Kanker Invasif

Perempuan dengan displasia berat berisiko untuk menjadi kanker invasif : yang biasanya membutuhkan waktu bertahun-tahun.

c. Manifestasi Klinis

Fase prakanker sering tidak ada gejala atau tanda-tanda yang khas. Namun, kadang biasa ditemukan gejala-gejala berikut :

- 1) Keputihan atau keluar cairan encer dari vagina. Getah yang keluar dari vagina ini makin lama akan berbau busuk akibat infeksi dan nekrosis jaringan.
- 2) Perdarahan setelah senggama (*post coital bleeding*) yang kemudian berlanjut menjadi perdarahan yang abnormal.
- 3) Timbulnya perdarahan setelah masa menopause.
- 4) Pada fase invasif dapat keluar cairan berwarna kekuning-kuningan,

berbau dan dapat bercampur dengan darah.

- 5) Timbul gejala-gejala anemia bila terjadi perdarahan kronis.
- 6) Timbul nyeri panggul (*pelvis*) atau di perut bagian bawah bila ada radang panggul. Bila nyeri terjadi di daerah pinggang ke bawah, kemungkinan terjadi hidronefrosis. Selain itu, bisa juga timbul nyeri di tempat-tempat lainnya.
- 7) Pada stadium lanjut, badan menjadi kurus kering karena kurang gizi, edema kaki, timbul iritasi kandung kemih dan poros usus besar bagian bawah (rectum), terbentuknya fistel vesikovaginal atau rektovaginal, atau timbul gejala-gejala akibat metastasis jauh (Andrijono, 2010).

d. Stadium Kanker serviks

Sistem yang umumnya digunakan untuk pembagian stadium kanker serviks adalah sistem yang diperkenalkan oleh *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO). Pada sistem ini, angka romawi 0 sampai IV menggambarkan stadium kanker (Subagja, 2014). Penyakit pra kanker, setiap tahap kanker utama dari I sampai IV, dan subsidi dari setiap stadium dapat dilihat dari tabel berikut :

1) Stadium 0

Stadium terendah ini disebut juga dengan nama karsinoma insitu karena sel-sel belum menyebar pada jaringan lain. Sel kanker ini masih bertahan di lapisan leher rahim atau serviks. Ukurannya pun masih sangat kecil. Kanker ini hanya dapat ditemukan pada lapisan atas dari sel-sel di jaringan yang melapisi serviks. Jika penderita sudah

mengetahui dari awal, kemungkinan untuk sembuh 100% dalam lima tahun ke depan.

2) Stadium I

Stadium I ini, sel kanker mulai ditemukan pada serviks (leher rahim itu sendiri). Walaupun pertumbuhan kanker hanya sebatas pada bagian serviks, akan tetapi infeksinya sudah mulai menyerang leher rahim bagian bawah lapisan atas dari sel-sel serviks. pada stadium ini kemungkinan untuk sembuh adalah 85% dalam lima tahun kedepan.

Stadium I kembali terbagi menjadi dua stadium yakni stadium I A dan I B. Berikut pembagian kanker serviks stadium I.

a) Stadium I A

Karsinoma invasif hanya dapat didiagnosis melalui pemeriksaan mikroskopis, kedalaman invasi ≤ 5 mm dan ekstensi terluas ≥ 7 mm.

1) Stadium I A 1

Invasi stroma sedalam ≤ 3 mm dan seluas ≤ 7 mm.

2) Stadium I A 2

Invasi stroma sedalam > 3 mm dan seluas > 7 mm.

b) Stadium I B

Lesi yang nampak secara klinis, terbatas pada serviks uteri atau kanker preklinis yang lebih besar daripada stadium I A.

1) Stadium I B 1

Lesi yang tampak ≤ 4 cm, dapat dilihat dengan mata telanjang

2) Stadium I B 2

Lesi yang tampak > 4 cm, pertumbuhan kanker serviks semakin terlihat.

3) Stadium II

Stadium II ini sel kanker telah melalui serviks dan mengivasi bagian atas vagina. Namun, sel kanker tidak menyebar ke dinding pelvic (sepertiga bagian bawah vagina) ataupun dinding panggul. Lokasi yang terserang kanker pada stadium ini adalah serviks dan uterus.

Stadium II terbagi menjadi II tahap yakni stadium II A dan II B.

Berikut pembagiannya :

a) Stadium II A

Stadium ini, lesi telah meluas ke sepertiga proksimal vagina. Kanker memang meluas sampai ke atas vagina, tetapi belum menyebar ke dalam vagina. Kanker tidak mengivasi parametrium. Stadium ini terbagi lagi menjadi dua stadium.

1) Stadium II A 1. Lesi yang tampak ≤ 4 cm.

2) Stadium II A 2. Lesi yang tampak > 4 cm.

b) Stadium III

Stadium III ini, sel kanker telah menyerang bagian pelvic atau sepertiga bagian bawah vagina. Bisa jadi sel kanker telah menyerang dinding panggul. Jika kanker yang ada berukuran besar, mungkin memblok saluran urin dari ginjal sehingga menyebabkan ginjal tidak berfungsi dengan baik. Selain itu, kanker juga telah

menyebar ke simpul-simpul getah bening yang berdekatan. Tahapan ini juga terbagi menjadi dua stadium.

1) Stadium III A

Stadium ini, lesi telah menyebar ke sepertiga vagina distal. Tetapi tanpa adanya ekstensi ke dinding pelvis. Sel kanker juga sudah menyerang sampai dinding sampai panggul.

2) Stadium III B

Stadium ini, sel kanker telah menyerang dinding sampai vagina. Karenanya, penderita akan mulai kesulitan berkemih karena ada timbunan air seni di ginjal. Stadium ini juga mulai merusak kerja ginjal.

c) Stadium IV

Stadium IV ini, sel kanker telah menyebar ke bagian tubuh lain. Lesi telah keluar dari vagina. Kondisi ini tentu sangat parah. Bisa jadi karsinoma telah menyebar dan menyerang organ lain seperti kandung kemih, rektum, paru-paru, tulang, bahkan hati. Tahapan dalam stadium IV terbagi menjadi tahapan, antara lain :

1) Stadium IVA. Pertumbuhan kanker telah menyebar dan menyerang organ sekitar serviks. keterlibatan mukosa kandung kemih atau mukosa rektum.

2) Stadium IVB. Pertumbuhan kanker telah menyebar dan menyerang organ tubuh yang lebih jauh dari serviks.

misalnya paru-paru, hati dan tulang. Metastase sudah jauh.

(Savitri, Astrid, dkk, 2015).

e. Faktor Resiko terjadi Kanker Serviks

Beberapa faktor risiko terjadinya kanker serviks (Rasjidi, 2010) yaitu :

1) Umur pertama kali melakukan hubungan seksual .

Makin muda umur pertama kali kawin, maka makin tinggi risiko mendapatkan kanker serviks uteri. Menurut Tilong (2012) mengemukakan hubungan seksual pada usia terlalu dini (< 16 tahun) bisa meningkatkan risiko terserang kanker serviks dua kali lebih besar dibandingkan mereka yang melakukan hubungan seksual setelah usia 20 tahun. Berdasarkan penelitian para ahli, wanita pada usia yang melakukan hubungan seksual pada usia kurang dari 15 tahun mempunyai risiko 10 kali lipat dan wanita yang melakukan hubungan seksual sebelum usia 18 tahun akan berisiko terkena kanker serviks sampai 5 kali lipat (Rasjidi, 2010).

2) Perilaku Seksual

Risiko kanker serviks meningkat lebih dari 10 kali bila berhubungan dengan 6 atau lebih mitra seks. Risiko juga meningkat bila berhubungan seks dengan laki-laki berisiko tinggi (laki-laki yang berhubungan seks dengan banyak wanita), atau laki-laki yang mengidap penyakit “jengger ayam” (kondiloma akuminata) di zakarnya (penis) (widyastuti, 2009). Menurut Aulia (2012) wanita dengan banyak pasangan seksual memiliki risiko lebih tinggi

menderita kanker serviks dari pada wanita dengan satu pasangan tetap. Demikian halnya dengan wanita yang melakukan hubungan seksual dengan pria yang memiliki banyak pasangan seksual karena memiliki risiko tinggi terinfeksi HPV.

3) Wanita Perokok

Tembakau mengandung bahan-bahan karsinogen baik yang dihisap sebagai rokok/sigaret maupun yang dikunyah. Asap rokok menghasilkan *polycyclic aromatic hydrocarbons heterocyclic amine* yang sangat karsinogen dan mutagen, sedangkan bila dikunyah ia menghasilkan nitrosamine. Bahan yang berasal dari tembakau yang dihisap terdapat pada getah serviks wanita perokok dan dapat menjadi kokarsinogen infeksi virus. Bahkan bahan-bahan tersebut dapat menyebabkan kerusakan DNA epitel serviks sehingga mengakibatkan neoplasma serviks (Rasjidi, 2007).

Wanita perokok mempunyai risiko 2 kali lipat terhadap kanker serviks dibandingkan dengan wanita bukan terkandung nikotin dan zat lainnya yang terdapat di dalam rokok. Zat-zat tersebut menurunkan daya tahan serviks dan menyebabkan kerusakan DNA epitel serviks sehingga timbul kanker serviks, di samping merupakan kokarsinogen infeksi virus.

4) Riwayat Ginekologis

Hamil di usia muda dan jumlah kehamilan atau manajemen persalinan yang tidak tepat (trauma kronis pada serviks), banyak anak

(lebih dari 3 kali melahirkan, adanya infeksi, atau iritasi menahun dapat pula meningkatkan risiko (Sarjadi, 1995). Kanker serviks jarang dijumpai pada perawan, insiden lebih tinggi pada mereka yang kawin daripada yang tidak kawin (Sarwono, 1997). Insiden meningkat dengan tingginya paritas, jarak persalinan yang terlampau dekat. Diperkirakan risiko 3-5 kali lebih besar pada wanita yang sering partus untuk terjadi kanker. Robekan pada bagian leher rahim yang tipis kemungkinan dapat menyebabkan suatu peradangan dan selanjutnya berubah menjadi kanker. Paritas merupakan keadaan dimana seorang wanita pernah melahirkan. Paritas yang berbahaya adalah dengan memiliki jumlah anak lebih dari 2 orang atau jarak persalinan terlampau dekat. Sebab dapat menimbulkan perubahan sel-sel abnormal pada mulut rahim dan dapat berkembang menjadi keganasan (Bertiani, 2009)

5) Sosial ekonomi

Kanker serviks banyak dijumpai pada golongan sosial ekonomi rendah, mungkin ada kaitannya dengan gizi dan imunitas. Pada golongan ekonomi sosial rendah umumnya kualitas dan kuantitas makanan kurang hal ini mempengaruhi imunitas tubuh. Hal ini juga ada hubungannya keterbatasan akses ke sistem pelayanan kesehatan (Rasjidi, 2009), (Pudjiastuti, 2010). Mereka dari golongan sosial ekonomi rendah, mempunyai risiko lebih tinggi untuk

menderita kanker serviks daripada tingkat sosial ekonomi menengah atau tinggi (Laila, 2008).

6) Pendidikan

Pendidikan adalah upaya atau pembelajaran kepada masyarakat agar mau melakukan tindakan-tindakan untuk memelihara atau mengatasi masalah-masalah dan meningkatkan kesehatannya. Pendidikan mempunyai kaitan yang tinggi terhadap perilaku pasien untuk menjaga dan meningkatkan kesehatannya. Pendidikan bagi WUS berhubungan dengan perilaku pasien dalam melakukan pemeriksaan IVA sebagai upaya deteksi dini terhadap kanker serviks. Hasil atau perubahan perilaku dengan cara ini membutuhkan waktu yang lama, namun hasil yang dicapai bersifat tahan lama karena didasari oleh kesadaran sendiri (Notoatmodjo, 2010).

Pendidikan menurut Undang- Undang RI tahun 2019 nomor 20 didefinisikan sebagai usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya. Menurut Arikunto (2012) Menyebutkan bahwa jenjang pendidikan terbagi atas dua tingkatan yaitu : Pendidikan rendah yang terdiri dari Sekolah dasar sampai dengan SMP, Pendidikan tinggi terdiri dari Sekolah lanjutan tingkat atas sampai dengan perguruan tinggi. Semakin tinggi tingkat menengah kejuruan, sedangkan pendidikan tinggi terdiri dari Diploma dan strata satu keatas. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang

maka akan semakin tinggi pula tingkat kecakapan emosionalnya, serta semakin berkembang kedewasaan. Tingkat pendidikan akan sangat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang sehingga berpengaruh pada pola pikirnya karena semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan berdampak meningkatnya kemampuan mereka dalam menerima informasi dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari (Azwar, 2005).

Menurut Aulia (2012) kurangnya pengetahuan masyarakat, khususnya kaum ibu mengenai kanker serviks dan keengganan untuk melakukan deteksi dini menyebabkan sebagian besar (>70%) penderita berobat ke pelayanan kesehatan sudah dalam lanjut dan sulit diobati.

7) Pekerjaan

Sekarang ini ketertarikan difokuskan pada keterpaparan bahan tertentu dari suatu pekerjaan :debu, logam, bahan kimia, tar, atau oli mesin dapat menjadi faktor risiko kanker serviks (Rasjidi, 2010).

8) Hygiene dan Sirkumsisi

Wanita Jahudi jarang dijangkiti oleh kanker serviks, diduga hal ini ada kaitannya dengan hygiene dan sirkumsisi. Pada wanita Jahudi dikenal dengan hygiene seksual yang baik jarang ditemukan kanker serviks. Pada wanita Muslim di India, kanker serviks lebih rendah secara bermakna dibandingkan dengan wanita non muslim (Gani,1993).

9) Riwayat infeksi di daerah kelamin atau radang panggul

Infeksi trikomonas, sifilis, virus herpes simpleks tipe 2, dan gonokokus yang menahun ditemukan berhubungan dengan kanker serviks.

10) *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*

Perubahan sistem imun dihubungkan dengan meningkatnya risiko terjadinya kanker serviks invasif. *Immunodeficiency* yang diakibatkan oleh HIV menciptakan infeksi oportunistik dari HPV yang mengakibatkan kanker serviks (Rasjidi, 2010).

11) Penggunaan Pil kontrasepsi dalam Jangka Waktu Lama

Penggunaan pil kontrasepsi dalam jangka waktu yang lama ,misalnya 5 tahun atau lebih dapat meningkatkan risiko kanker serviks bagi wanita yang terinfeksi HPV (Aulia, 2012).

f. Perjalanan Alamiah Kanker Serviks

Pada perempuan saat remaja dan kehamilan pertama, terjadi metaplasia sel skuamosa serviks. Bila pada saat ini terjadi infeksi HPV, maka akan terbentuk sel baru hasil transformasi dengan partikel HPV bergabung dalam DNA sel. Bila hal ini berlanjut maka terbentuklah lesi prekanker dan lebih lanjut menjadi kanker. Sebagian besar kasus dysplasia sel serviks sembuh dengan sendirinya, sementara hanya 10% yang berubah menjadi dysplasia sedang dan berat. 50% kasus dysplasia berat berubah menjadi karsinoma. Biasanya waktu yang dibutuhkan suatu lesi dysplasia menjadi keganasan adalah

10-20 tahun. Kanker serviks invasif berawal dari lesi dysplasia sel-sel rahim yang kemudian berkembang menjadi dysplasia tingkat lanjut, karsinoma in-situ dan akhirnya kanker invasif. Penelitian terakhir menunjukkan bahwa prekursor kanker adalah lesi dysplasia tingkat lanjut (high-grade dysplasia) yang sebagian kecilnya akan berubah menjadi kanker invasif dalam 10-15 tahun, sementara dysplasia tingkat rendah (low-grade dysplasia) mengalami regresi spontan (Depkes, 2008).

g. Gejala Kanker Serviks

Perubahan pra kanker pada serviks biasanya tidak menimbulkan gejala dan perubahan ini tidak terdeteksi kecuali jika wanita tersebut menjalani pemeriksaan panggul dan papsmear. Gejala biasanya muncul ketika sel serviks yang abnormal berubah menjadi keganasan dan menyusup ke jaringan sekitarnya. Pada saat ini akan timbul gejala berikut:

- 1) Perdarahan vagina yang abnormal, terutama di antara 2 menstruasi, setelah melakukan hubungan seksual dan setelah menopause.
- 2) Menstruasi abnormal (lebih lama dan lebih banyak).
- 3) Keputihan yang menetap, dengan cairan yang encer, berwarna pink, mengandung darah atau hitam serta berbau busuk.

h. Gejala dari kanker serviks stadium lanjut:

- 1) Nafsu makan berkurang, penurunan berat badan, kelelahan
- 2) Nyeri panggul atau tungkai
- 3) Dari vagina keluar air kemih atau tinja
- 4) Patah tulang (fraktur)

i. Stadium kanker serviks

Sistem yang umumnya digunakan untuk pembagian stadium kanker serviks adalah sistem yang diperkenalkan oleh *International Federation Of Gynecology and Obstetrics* (FIGO). Semakin besar angkanya, maka kanker semakin serius dan dalam tahap lanjut (Rasjidi, 2010) sebagai berikut :

Tabel 2.1 Stadium Kanker serviks

Stadium	Keterangan
0	Sel kanker masih di selaput lendir serviks (karsinoma insitu)
I	Kanker masih terbatas di dalam jaringan serviks dan belum menyebar ke badan rahim.
IA	Karsinoma yang didiagnosa baru hanya secara mikroskop dan belum menunjukkan kelainan/keluhan klinik.
IA1	Kanker sudah mulai menyebar ke jaringan otot dengan dalam <3 mm, serta ukuran besar tumor <7 mm.
IA2	Kanker sudah menyebar lebih dalam (>3 mm-5 mm) dengan lebar 7 mm
I	Ukuran kanker sudah >IA2.
IB	Ukuran tumor sudah 4 cm
IB1	Ukuran tumor >4 cm
IB2	Kanker sudah menyebar keluar jaringan serviks tetapi belum mengenai dinding rongga panggul. Meskipun sudah menyebar ke vagina tetapi masih terbatas pada 1/3 atas vagina.
II	Tumor jelas belum menyebar ke sekitar uterus
IIA1	Tumor jelas sudah menyebar ke sekitar uterus.
IIB2	Kanker sudah menyebar ke dinding panggul dan sudah mengenai jaringan vagina lebih rendah dari 1/3 bawah. Bisa juga penderita sudah mengalami ginjal bengkak karena bendungan air seni (Hidroneprosis) dan mengalami gangguan fungsi ginjal.
IIA	Kanker sudah menginvasi dinding panggul
IIB	Kanker menyerang dinding panggul disertai gangguan fungsi ginjal dan Hidroneprosis
III	Kanker sudah menyebar keluar rongga panggul, dan secara klinik sudah terlihat tanda-tanda invasi kanker ke selaput lendir kandung kencing.

IIIA	Sel kanker menyebar pada alat/rongga yang dekat dengan serviks
IIIB	Kanker serviks sudah menyebar pada alat/rongga yang jauh dari serviks

j. Deteksi Dini Kanker serviks

Berbagai metode deteksi dini kanker serviks telah dikenal dan diaplikasikan, dimulai sejak tahun 1960-an dengan pemeriksaan Paps. Selain itu dikembangkan metode visual dengan ginescope, atau servikografi, kolposkopi. Hingga penerapan metode yang dianggap murah yaitu dengan tes IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat. Deteksi dini DNA HPV juga ditujukan untuk mendeteksi adanya HPV tipe onkogenik, pada hasil yang positif, dan memprediksi seorang perempuan menjadi berisiko tinggi terkena kanker serviks (Depkes, 2010). WHO merekomendasikan interval deteksi dini:

- 1) Bila deteksi dini hanya mungkin dilakukan 1 kali seumur hidup maka sebaiknya dilakukan pada wanita antara usia 35-45 tahun.
- 2) Untuk wanita usia 25-49 tahun, bila sumber daya memungkinkan deteksi dini hendaknya dilakukan 3 tahun sekali
- 3) Bila 2 kali berturut-turut hasil deteksi dini sebelumnya negatife, perempuan usia diatas 65 tahun, tidak perlu menjalani deteksi dini.
- 4) Tidak semua wanita direkomendasikan melakukan deteksi dini setahun sekali.

Metode deteksi dini yang dapat digunakan, tergantung dari ketersediaan sumber daya. Metode deteksi dini yang baik memiliki

beberapa persyaratan, yaitu akurat, dapat diulang kembali (*reproducible*), murah, mudah dikerjakan dan ditindaklanjuti, akseptabel, serta aman. Beberapa metode yang diakui WHO adalah sebagai berikut:

1) Metode Sitologi

a) Tes Paps konvensional

Tes Paps atau pemeriksaan sitologi diperkenalkan oleh Dr. George Papanicolaou sejak tahun 1943. Sejak tes ini dikenal luas, kejadian kanker leher rahim di Negara-negara maju menurun drastis. Pemeriksaan ini merupakan suatu prosedur pemeriksaan yang mudah, murah, aman, dan non-invasif. Beberapa penulis melaporkan sensitivitas pemeriksaan ini berkisar antara 78-93%, tetapi pemeriksaan ini tak luput dari hasil positif palsu sekitar 16-37% dan negatif palsu 7-40% sebagian besar kesalahan tersebut disebabkan oleh pengambilan sediaan yang tidak adekuat, kesalahan dalam proses pembuatan sediaan dan kesalahan interpretasi.

b) Pemeriksaan sitologi cairan (*Liquid-base cytology/LBC*)

Dikenal juga dengan Thin Prep atau monolayer. Tujuan metode ini adalah mengurangi hasil negatif palsu dari pemeriksaan Tes Paps konvensional dengan cara optimalisasi teknik koleksi dan preparasi sel. Pada pemeriksaan metode ini sel dikoleksi dengan sikat khusus yang dicelupkan ke dalam tabung yang sudah berisi

larutan fiksasi. Keuntungan penggunaan teknik monolayer ini adalah sel abnormal lebih terbesar dan mudah dikenali. Kerugiannya adalah butuh waktu yang cukup lama untuk pengolahan slide dan biaya yang lebih mahal.

2) Metode pemeriksaan DNA-HPV

Deteksi DNA-HPV dapat dilakukan dengan metode hibridisasi berbagai cara mulai dari cara Southern Blot yang dianggap sebagai baku emas, filter insitu, Dot Blot, hibridisasi insitu yang memerlukan jaringan biopsi, atau dengan cara pembesaran, seperti pada PCR (*Polymerase Chain Reaction*) yang amat sensitif.

3) Metode inspeksi visual

- a) Inspeksi visual dengan lugol iodine (VILI)
- b) Inspeksi visual dengan asam asetat (IVA)

Selain dua metode visual ini, dikenal juga metode visual kolkoskopi (pemeriksaan serviks dengan kaca pembesar) dan servikografi. Setiap metode deteksi dini mempunyai sensitifitas dan berbeda. Sampai saat ini belum ada metode yang ideal dimana sensitivitas dan spesifisitas 100% (absolut). Oleh karena itu, dalam pemeriksaan deteksi dini, setiap wanita harus mendapat penjelasan dahulu (*informed consent*). Untuk membantu menentukan stadium kanker, dilakukan beberapa pemeriksaan berikut : Sistoskopi, Rontgen dada, Urografi intravena, Sigmoidoskopi, Scanning tulang dan hati, Barium enema.

2. Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA)

a. Pengertian

Pemeriksaan Inspeksi visual dengan asam asetat (IVA) adalah pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter/bidan/paramedis dengan mengamati leher rahim yang telah diberi asam asetat/asam cuka 3-5% secara inspekulo dan dilihat dengan penglihatan mata telanjang. Tujuannya untuk melihat adanya sel yang mengalami dysplasia sebagai salah satu metode deteksi dini kanker mulut rahim (Depkes, 2008).

Pemeriksaan IVA pertama kali diperkenalkan oleh Hinselman (1925) dengan cara memulas leher rahim dengan kapas yang telah dicelupkan dalam asam asetat 3-5%. Pemberian asam asetat akan mempengaruhi epitel abnormal, bahkan juga akan meningkatkan osmolaritas cairan ekstraseluler. Cairan ekstraseluler yang bersifat hipertonic ini akan menarik cairan intraseluler sehingga membran akan kolaps dan jarak antar sel akan semakin dekat. Sebagai akibatnya, jika permukaan epitel mendapat sinar, sinar tersebut tidak akan diteruskan ke stroma, tetapi dipantulkan keluar sehingga permukaan epitel abnormal akan berwarna putih, yang disebut juga epitel putih (*acetowhite*) (Depkes, 2008)

Praktek yang dianjurkan untuk fasilitas Pemeriksaan IVA, sebagai suatu pemeriksaan deteksi dini alternatif, karena memiliki beberapa manfaat jika dibandingkan dengan uji yang telah ada. Keadaan ini lebih memungkinkan dilakukan di negara berkembang, seperti Indonesia

(FK.UI, 2010). IVA adalah dengan sumber daya sederhana dibandingkan dengan jenis penapisan lain (Depkes, 2010) karena:

- 1) Aman, tidak mahal, dan mudah dilakukan
- 2) Akurasi tes tersebut sama dengan tes-tes yang lain yang digunakan untuk penapisan kanker leher rahim
- 3) Dapat dipelajari dan dilakukan oleh hampir semua tenaga kesehatan di semua jenjang sistem kesehatan
- 4) Memberikan hasil segera sehingga dapat segera diambil keputusan mengenai penatalaksanaannya (pengobatan atau rujukan)
- 5) Suplai sebagian besar peralatan dan bahan untuk pelayanan ini mudah didapat dan tersedia
- 6) Pengobatan langsung dengan krioterapi berkaitan dengan penapisan yang tidak bersifat invasif dan dengan efektif dapat mengidentifikasi berbagai lesi prakanker

b. Indikasi Pemeriksaan IVA

Menjalani tes kanker atau prakanker dianjurkan bagi semua wanita berusia 30-45 tahun. Kanker rahim menempati angka tertinggi diantara kanker lain wanita, sehingga tes harus dilakukan pada usia dimana lesi pra-kanker lebih mudah terdateksi, biasanya 10-20 tahun lebih awal. Sejumlah faktor risiko berhubungan dengan perkembangan kanker serviks sebagai berikut:

- 1) Usia muda saat pertama kali melakukan hubungan seksual (usia < 20 tahun)

- 2) Memiliki banyak pasangan seksual
- 3) Riwayat pernah mengalami Infeksi Menular Seksual (IMS)
- 4) Ibu atau saudara perempuan yang memiliki riwayat kanker serviks
- 5) Hasil Papsmear sebelumnya yang tidak normal
- 6) Wanita perokok
- 7) Wanita yang mengalami masalah penurunan kekebalan tubuh dan HIV/AIDS)

c. Kapan Harus Menjalani Pemeriksaan IVA

Tes IVA dapat dilakukan kapan saja, termasuk saat siklus menstruasi, saat kehamilan dan saat asuhan nifas atau paska keguguran. Tes IVA dapat dilakukan pada wanita yang dicurigai atau diketahui menderita IMS atau HIV/AIDS. Bimbingan diberikan untuk tiap hasil tes, termasuk ketika harus konseling dibutuhkan. Untuk masing-masing tes akan diberikan beberapa instruksi baik yang sederhana untuk ibu (misalnya, kunjungan ulang ibu untuk tes IVA setiap tahun secara berkala atau 3-5 tahun paling lama) atau isu-isu khusus yang harus dibahas seperti kapan dan dimana pengobatan diberikan, risiko potensial atau manfaat pengobatan dan kapan perlu merujuk untuk tes tambahan atau pengobatan yang lebih lanjut.

d. Pencegahan kanker serviks

Menurut Rasjidi tahun 2010, ada beberapa cara untuk mencegah Kanker serviks :

- 1) Pencegahan Primer

Pencegahan primer dapat dilakukan melalui berbagai cara, antara lain:

a) Promosi dan edukasi pola hidup sehat

b) Menunda onset aktivitas seksual

Menunda aktivitas seksual sampai usia 20 tahun dan berhubungan secara monogamy akan mengurangi risiko kanker serviks secara signifikan.

c) Penggunaan kontrasepsi barier Kontrasepsi metode barier (kondom, diafragma dan spermatisida) berperan untuk proteksi terhadap agen virus. Penggunaan latex lebih dianjurkan daripada kondom yang terbuat dari kulit kambing.

d) Berperan menghentikan atau mencegah perubahan keganasan sel-sel, seperti yang terjadi pada permukaan serviks.

e) Penggunaan vaksinasi HPV

Vaksinasi HPV yang diberikan kepada pasien bisa mengurangi infeksi Human Papiloma karena mempunyai proteksi >90 %.

2) Pencegahan sekunder

a) Pencegahan Sekunder - Pasien dengan risiko sedang

Hasil tes Pap yang negatif sebanyak tiga kali berturut-turut dengan selish waktu antar pemeriksaan satu tahun dan atas petunjuk dokter sangat dianjurkan. Untuk pasien (atau patner hubungan seksual yang level aktivitasnya tidak diketahui, dianjurkan untuk tes Pap tiap tahun.

b) Pencegahan Sekunder - Pasien dengan Risiko Tinggi

Pasien yang memulai hubungan seksual saat usia < 20 tahun dan wanita yang mempunyai banyak partner (*multiple partner*) seharusnya melakukan tes Pap tiap tahun, dimulai dari onset seksual intercourse aktif. Interval sekarang ini dapat diturunkan menjadi setiap 6 bulan untuk pasien risiko khusus, seperti mereka yang mempunyai riwayat seksual berulang.

c) Pencegahan tersier

Meliputi pelayanan di Rumah sakit (diagnosis dan pengobatan) serta tindakan paliatif untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

3. Pengetahuan

a. Pengertian

Pengetahuan adalah merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2012). Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia di peroleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2012).

b. Pentingnya pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*), sebab dari pengalaman dan hasil penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh

pengetahuan akan lebih langgeng (*long lasting*) daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan contohnya adalah mendapatkan informasi tentang Kanker serviks, pengertian Kanker serviks.

Pengetahuan mempunyai enam tingkatan yang tercakup didalam domain kognitif, yaitu sebagai berikut :

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefenisikan, menyatakan dan sebagainya.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan kembali sesuatu yang diketahui secara benar dan dapat menginterpretasikan materi tersebut, contoh: menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*aplication*)

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

hukum – hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam situasi yang lain.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen–komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, dan dapat menggambarkan, memisahkan, membedakan, mengelompokkan, dan sebagainya.

c. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian–bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah kemampuan untuk menyusun suatu formulasi baru dari formulasi – formulasi yang sudah ada.

d. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau suatu objek (Notoatmodjo, 2012). Pengetahuan seseorang dapat di interpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif yaitu :

Pengukuran pengetahuan dapat di lakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin di ukur dari

subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin diketahui atau disesuaikan dengan tingkat-tingkatan pengetahuan (Budiman, 2013).

Dalam membuat kategori tingkat pengetahuan bisa juga dikelompokkan menjadi dua kelompok jika yang diteliti masyarakat umum, yaitu sebagai berikut :

- a) Tingkat pengetahuan kategori baik jika nilainya $> 50\%$
- b) Tingkat Pengetahuan kategori kurang baik jika nilainya $\leq 50\%$

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

1) Pendidikan

Pendidikan merupakan proses perubahan sikap dan tata laku seseorang kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan, pendidikan suami-istri yang rendah akan menyulitkan proses pengajaran dan pemberian informasi, sehingga pengetahuan tentang metode IVA juga terbatas (Proverawati, dkk 2016). Pendidikan dibedakan menjadi 3, yaitu :

- a) Pendidikan formal
- b) Informal
- c) Nonformal.

Pendidikan nonformal mempunyai perbedaan dengan pendidikan formal. pendidikan non formal mempunyai derajat ketaatan dan keseragaman yang lebih longgar dibandingkan dengan tingkat ketaatan dan keseragaman pendidikan formal. Pendidikan

nonformal memiliki bentuk dan isi program yang bervariasi sedangkan pendidikan formal pada umumnya memiliki bentuk dan isi program yang seragam untuk setiap satuan, jenis dan jenjang. Pendidikan dalam arti formal sebenarnya adalah suatu proses penyampaian bahan-bahan / materi pendidikan pada sasaran pendidik (anak didik) guna mencapai perubahan tingkah laku / tujuan dengan kategori (Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 49 Tahun 2014).

Kategori pendidikan menurut Arikunto :

1. Pendidikan rendah (SD-SMP)
2. Pendidikan menengah (SMA-Perguruan tinggi)

Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi seseorang untuk bertindak dan mencari penyebab serta solusi dalam hidupnya. Orang yang berpendidikan tinggi biasanya akan bertindak lebih rasional. Oleh karena itu orang yang berpendidikan akan lebih mudah menerima gagasan baru.

Freeman Butt dalam bukunya *Cultural History of Western Education* mengemukakan pendidikan adalah :

- a) kegiatan menerima dan memberikan pengetahuan sehingga kebudayaan dapat diteruskan dari generasi ke generasi berikutnya.
- b) suatu proses yang didalam proses ini individu diajarkan kesetiaan dan kesediaan untuk mengikuti aturan sehingga pikiran manusia dapat dilatih dan dikembangkan.

c) suatu proses pertumbuhan yang didalam proses ini individu dibantu mengembangkan bakat, kekuatan, kesanggupan dan minatnya (Sary, 2015).

Beberapa pengertian tentang pendidikan tersebut, maka bisa disimpulkan bahwa pendidikan adalah suatu usaha yang dilakukan untuk mengembangkan kemampuan dan kepribadian individu melalui proses atau kegiatan tertentu serta interaksi individu dengan lingkungannya untuk mencapai manusia seutuhnya. Usaha yang dimaksud adalah suatu tindakan atau perbuatan yang dilakukan secara sadar dan terencana, sedangkan kemampuan berarti kemampuan dasar atau potensi (Sary, 2015).

2. Informasi

Secara umum informasi dapat didefinisikan sebagai hasil dari pengolahan data dalam suatu bentuk yang lebih berguna dan lebih berarti bagi penerimanya yang menggambarkan suatu kejadian-kejadian yang nyata yang digunakan untuk pengambilan keputusan. Informasi merupakan data yang telah diklasifikasikan atau diolah atau diinterpretasi untuk digunakan dalam proses pengambilan keputusan.

3. Tingkat Ekonomi

Dalam struktur sosial kemasyarakatan banyak terdapat ukuran-ukuran di dalam pelapisan-pelapisan yang terjadi di dalam masyarakat tersebut yang lebih dikenal dengan istilah stratifikasi sosial diantaranya adalah pelapisan yang terjadi karena kekayaan seseorang

yang lebih dikenal dengan sebutan tingkat ekonomi. Sebelum beranjak lebih jauh untuk memahami hal tersebut perlu untuk menelaah kembali pengertian dari ekonomi itu sendiri sebagai arti dasar pembentukan tingkatan atau pelapisan yang terjadi di dalam struktur sosial kemasyarakatan tersebut. Ekonomi sendiri adalah sebuah cabang ilmu sosial yang berobjek pada individu dan masyarakat, secara etimologis dapat diartikan ekonomi terdiri dari dua suku kata bahasa Yunani yaitu oikos dan nomos yang berarti tata laksana rumah tangga (Rosyidi, 2009). Dapat dilihat dari namanya maka pada saat pertama kali diperkenalkan ekonomi sendiri mempunyai ruang lingkup kajian dan permasalahan yang sangat terbatas yaitu hanya pada tata laksana rumah tangga dan hanya pada permasalahan mencukupi kebutuhan rumah tangga saja. Untuk melihat definisi ekonomi secara utuh Rosyidi (2009) mendefinisikannya sebagai berikut : “ilmu ekonomi adalah salah satu cabang ilmu pengetahuan yang berdaya upaya untuk memberikan pengetahuan dan pengertian tentang gejala-gejala masyarakat yang timbul karena perbuatan manusia dalam usahanya untuk memenuhi kebutuhannya atau untuk mencapai kemakmuran” Dari definisi di atas dapat dikatakan bahwa ekonomi secara umum mengkaji mengenai pemenuhan kebutuhan manusia dan kemakmuran manusia, dua hal pokok dari permasalahan ekonomi tersebut yaitu kebutuhan dan pencapaian kemakmuran merupakan salah satu dasar di dalam pelapisan sosial di dalam

masyarakat bila dihubungkan dengan permasalahan mikro tingkat ekonomi masyarakat, dengan kata lain semakin makmur seseorang dan semakin mampu untuk memenuhi kebutuhannya dengan berbagai tingkatannya maka semakin tinggi pula tingkat ekonomi seseorang di dalam struktur sosial kemasyarakatan. Berdasarkan ungkapan di atas dapat kita lihat manusia selain mempunyai kebutuhan (needs) juga mempunyai keinginan (wants), yang mana peneliti membedakannya sebagai berikut bahwa konsep kebutuhan adalah segala sesuatu yang harus terpenuhi di dalam kehidupan manusia yang bersifat lahiriah seperti makan, minum, sandang pangan, namun berbeda dengan konsep keinginan yaitu sesuatu yang tidak harus dipenuhi namun menjadi harapan untuk dimiliki dalam kehidupan seseorang.

4. Pengalaman

a) Definisi

Pengalaman dapat diartikan sebagai sesuatu yang pernah dialami, dijalani maupun dirasakan, baik sudah lama maupun yang baru saja terjadi (Mapp dalam Saparwati, 2012). Pengalaman dapat diartikan juga sebagai memori episodik, yaitu memori yang menerima dan menyimpan peristiwa yang terjadi atau dialami individu pada waktu dan tempat tertentu, yang berfungsi sebagai referensi otobiografi (Bapistaet al, dalam Saparwati, 2012). Pengalaman adalah pengamatan yang merupakan kombinasi pengelihatatan, penciuman, pendengaran serta pengalaman masa lalu

(Notoatmojo dalam Saparwati, 2012). Dari beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa pengalaman adalah sesuatu yang pernah dialami, dijalani maupun dirasakan yang kemudian disimpan dalam memori. Pengalaman merupakan peristiwa yang tertangkap oleh panca indera dan tersimpan dalam memori. Pengalaman dapat diperoleh ataupun dirasakan saat peristiwa baru saja terjadi maupun sudah lama berlangsung. Pengalaman yang terjadi dapat diberikan kepada siapa saja untuk digunakan dan menjadi pedoman serta pembelajaran manusia. (Notoatmodjo dalam Saparwati, 2012)

b. Faktor yang mempengaruhi pengalaman

Setiap orang mempunyai pengalaman yang berbeda walaupun melihat suatu obyek yang sama, hal ini dipengaruhi oleh : tingkat pengetahuan dan pendidikan seseorang, pelaku atau faktor pada pihak yang mempunyai pengalaman, faktor obyek atau target yang dipersepsikan dan faktor situasi dimana pengalaman itu dilakukan. Umur, tingkat pendidikan, latar belakang sosial ekonomi, budaya, lingkungan fisik, pekerjaan, kepribadian dan pengalaman hidup setiap individu juga ikut menentukan pengalaman (Notoatmodjo dalam Saparwati, 2012).

Pengalaman setiap orang terhadap suatu obyek dapat berbeda – beda karena pengalaman mempunyai sifat subyektif, yang dipengaruhi oleh isi memorinya. Apapun yang memasuki indera

dan diperhatikan akan disimpan di dalam memorinya dan akan digunakan sebagai referensi untuk menanggapi hal yang baru.

5. Budaya atau Kebudayaan

a) Pengertian Budaya atau Kebudayaan

Kata “Budaya” berasal dari Bahasa Sanskerta “Buddhayah”, yakni bentuk jamak dari “Budhi” (akal). Jadi, budaya adalah segala hal yang bersangkutan dengan akal. Selain itu kata budaya juga berarti “budi dan daya” atau daya dari budi. Jadi budaya adalah segala daya dari budi, yakni cipta, rasa dan karsa. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia budaya artinya pikiran, akal budi, hasil, adat istiadat atau sesuatu yang sudah menjadi kebiasaan yang sukar diubah. Budaya adalah suatu cara hidup yang berkembang dan dimiliki bersama oleh sebuah kelompok orang dan diwariskan dari generasi ke generasi. Budaya terbentuk dari banyak unsur yang rumit, termasuk sistem agama dan politik, adat istiadat, bahasa, perkakas, pakaian, bangunan, dan karya seni. Bahasa, sebagaimana juga budaya, merupakan bagian tak terpisahkan dari diri manusia sehingga banyak orang cenderung menganggapnya diwariskan secara genetis. Ketika seseorang berusaha berkomunikasi dengan orang-orang yang berbeda budaya dan menyesuaikan perbedaan-perbedaannya, membuktikan bahwa budaya itu dipelajari. Kebudayaan adalah kompleks yang mencakup pengetahuan, kepercayaan, kesenian,

moral, hukum, adat dan kebiasaan-kebiasaan yang dilakukan oleh sekumpulan anggota masyarakat.

b) Unsur-unsur Budaya atau Kebudayaan

Beberapa orang sarjana telah mencoba merumuskan unsur-unsur pokok kebudayaan misalnya pendapat yang dikemukakan oleh Melville J. Herskovits bahwa unsur pokok kebudayaan terbagia menjadi empat bagian yaitu: Alat-alat teknologi, Sistem ekonomi, keluarga, dan kekuasaan politik. Sedangkan Bronislaw Malinowski, menyebut unsur-unsur kebudayaan antara lain:

- 1) Sistem normal yang memungkinkan kerja sama antara para anggota masyarakat di dalam upaya menguasai alam sekelilingnya.
- 2) Organisasi ekonomi.
- 3) Alat-alat dan lembaga atau petugas pendidikan, perlu diingat bahwa keluarga merupakan lembaga pendidikan yang utama.
- 4) Organisasi kekuatan. Unsur kebudayaan yang dianggap sebagai culture universal, yaitu:
 - i. Peralatan dan perlengkapan hidup manusia (pakaian perumahan, alat-alat rumah tangga, senjata, alat-alat produksi, transpor dan sebagainya).
 - ii. Mata pencaharian hidup dan sistem-sistem ekonomi (pertanian, peternakan, sistem produksi, sistem distribusi dan sebagainya).

- iii. Sistem kemasyarakatan (sistem kekerabatan, organisasi politik, sistem hukum, sistem perkawinan).
- iv. Bahasa (lisan maupun tertulis).
- v. Kesenian (seni rupa, seni suara, seni gerak, dan sebagainya).

6. Umur / Usia

Umur adalah rentang kehidupan yang diukur dengan tahun, dikatakan masa awal dewasa adalah usia 18 tahun sampai 40 tahun, dewasa Madya adalah 41 sampai 60 tahun, dewasa lanjut > 60 tahun, umur adalah lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan . Umur atau usia adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati. Semisal, umur manusia dikatakan lima belas tahun diukur sejak dia lahir hingga waktu umur itu dihitung.

B. Penelitian Terkait

1. Penelitian yang dilakukan Nova Ari tahun 2015 tentang pengaruh pengetahuan, motivasi dan dukungan suami terhadap perilaku pemeriksaan iva pada kelompok wanita usia subur di puskesmas kedungrejo, didapatkan hasil ada pengaruh yang positif antara pengetahuan dengan perilaku melakukan pemeriksaan IVA dengan nilai statistik signifikan (OR= 4,298; CI 95% 1,213 hingga 15,232 ; p = 0.024). Ada pengaruh yang signifikan (OR= 4,700; CI 95% 1,379

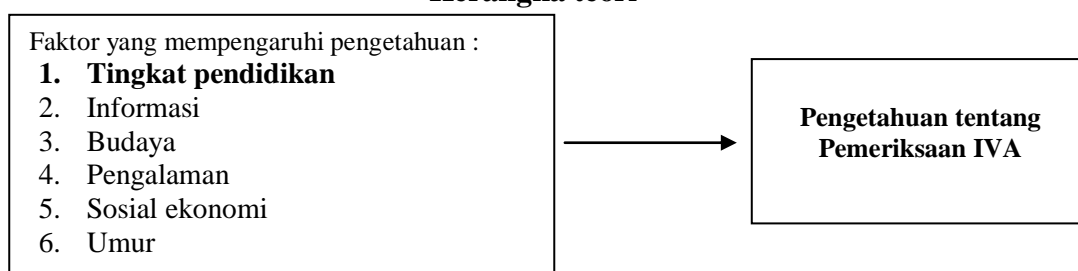
hingga 16,016 ; $p = 0.013$) antara motivasi ibu dengan perilaku melakukan pemeriksaan IVA. Serta ada pengaruh antara dukungan suami dengan perilaku melakukan pemeriksaan IVA.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2013) yang berjudul hubungan tingkat pengetahuan dan sikap wanita usia subur (wus) dengan pemeriksaan inspeksi visual asam asetat (iva) di puskesmas buleleng i tahun 2013, didapatkan pengetahuan WUS ($p=0,007$), sikap WUS ($p=0,014$) dan secara simultan pengetahuan dan sikap WUS berpengaruh terhadap perilaku pemeriksaan IVA di Puskesmas Buleleng I, Kecamatan Buleleng, sebesar 72,7%. Terdapat hubungan positif antara tingkat pengetahuan dan sikap WUS dengan pemeriksaan IVA.
3. Penelitian yang dilakukan oleh Rizki Mahanani (2016) yang berjudul Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Wus Dalam Melakukan Pemeriksaan Iva Di Desa Pabelan tahun 2016, Hasil penelitian Sikap wanita usia subur mengenai pemeriksaan IVA sebelum diberikan pendidikan kesehatan dalam kategori kurang dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan meningkat menjadi baik. Terdapat pengaruh yang signifikan pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap wanita usia subur dalam melakukan pemeriksaan IVA sebesar $\text{sig } 0,001$.

C. Kerangka Teori

Kerangka teori pada dasarnya adalah hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2012).

Gambar 2.2
Kerangka teori

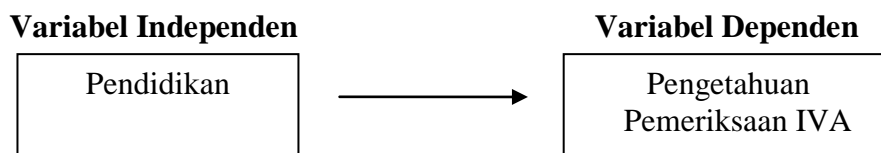


Sumber : Notoatmodjo, 2012

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian atau visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep lainnya, atau variabel yang satu dengan yang lain dari masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2012). Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Gambar 2.3
Kerangka konsep penelitian



E. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara dari penelitian (Notoatmodjo, 2012).

Berdasarkan kerangka konsep diatas dirumuskan hipotesis sebagai berikut :

Ha : Ada hubungan pendidikan dengan pengetahuan wanita usia subur tentang pemeriksaan IVA di puskesmas Gedong Tataan Kabupaten Pesawaran Lampung Tahun 2019.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuantitatif. Yaitu merupakan jenis penelitian untuk mendapatkan gambaran yang akurat dari sebuah karakteristik masalah yang berbentuk mengklasifikasikan suatu data (Notoatmodjo, 2010).

B. Waktu dan Tempat

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Gedong Tataan Kabupaten Pesawaran Lampung pada Bulan Mei Tahun 2019.

C. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah analitik dengan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*Point time approach*), artinya tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2012). Penelitian ini digunakan untuk mengetahui hubungan pendidikan dengan pengetahuan wanita usia subur tentang pemeriksaan IVA di puskesmas Gedong Tataan Kabupaten Pesawaran Lampung Tahun 2019.

D. Subjek Penelitian

1. Populasi

Populasi dijelaskan secara spesifik tentang siapa atau golongan mana yang menjadi sasaran penelitian tersebut. (Notoatmodjo, 2012) Berdasarkan uraian diatas, maka populasi adalah sekumpulan objek yang hendak diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh wanita usia subur yang ada di wilayah kerja Puskesmas Gedong Tataan Tahun 2018 sebanyak 1439 WUS.

2. Sampel

Sampel merupakan sebagian atau wakil populasi dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili populasi (Notoatmodjo, 2010). Sampel dalam penelitian ini adalah semua wanita usia subur yang ada di wilayah kerja Puskesmas Gedong Tataan Kabupaten Pesawaran Tahun 2019. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *clusster random sampling*, dimana WUS yang datang ke Puskesmas Gedong Tataan Kabupaten Pesawaran pada saat penelitian akan dijadikan sampel.

a. Besar sampel

Sampel merupakan sebagian atau wakil populasi dari keseluruhan objek yang di teliti dan dianggap mewakili populasi (Notoatmodjo, 2010)

Sampel dalam penelitian ini di hitung menggunakan rumus :

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot q}{d(N-1) + Z^2 \cdot P \cdot q}$$

Keterangan :

n : Besar Sampel

N : Besar Populasi

d : tingkat penyimpangan yang diinginkan 0,05 atau 0,01

Z² : standar deviasi normal pada derajat kepercayaan

(kemaknaan 95% adalah 1,96)

P : proporsi sifat populasi, bila tidak diketahui gunakan 0,05 (50%)

q : 1- P (0,5)

$$n = \frac{1439 \cdot 1,96^2 \cdot 0,05 \cdot 0,05}{0,05 (1439-1) + 1,96^2 \cdot 0,05 \cdot 0,05}$$

$$= 191,7 \text{ dibulatkan menjadi } 192 \text{ sampel}$$

Berdasarkan rumus tersebut, maka besar sampel dalam penelitian ini adalah 192 WUS.

b. Teknik pengambilan sampel

Teknik sampling yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah *clusster random sampling* yaitu bentuk pengambilan sampel berdasarkan kebetulan, artinya bisa siapa saja yang kebetulan bertemu dengan peneliti dan dianggap cocok akan dijadikan sampel. Dalam hal ini adalah WUS yang datang ke Puskesmas untuk melakukan pemeriksaan IVA (Sugiyono, 2017). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan analisis berdasarkan desa, terdiri 11 desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas Gedong Tataan Kabupaten Pesawaran kemudian dihitung menggunakan rumus :

$$n = \frac{\text{populasi perdesa} \times \text{jumlah sampel}}{\text{Jmlh total WUS}}$$

Tabel 3.1
Clusster Random Sampling berdasarkan Desa

No	RT	Populasi	Sampel
1	Sukaraja	130	$\frac{130 \times 192}{1439}$ = 17
2	Gedong Tataan	145	$\frac{145 \times 192}{1439}$ = 19
3	Bagelen	110	$\frac{110 \times 192}{1439}$ = 15
4	Karang Anyar	142	$\frac{142 \times 192}{1439}$ = 19
5	Kutoarjo	125	$\frac{125 \times 192}{1439}$ = 17
6	Bogorejo	145	$\frac{145 \times 192}{1439}$ = 19
7	Sukajadi	140	$\frac{140 \times 192}{1439}$ = 19
8	Pampangan	128	$\frac{128 \times 192}{1439}$ = 17
9	Way Layap	144	$\frac{144 \times 192}{1439}$ = 19
10	Padang Ratu	125	$\frac{125 \times 192}{1439}$ = 17
11	Ciadi	105	$\frac{105 \times 192}{1439}$ = 14
Total		1439	192

E. Variabel Penelitian

Variabel adalah karakteristik yang melekat pada populasi, bervariasi antara satu orang dengan yang lainnya dan diteliti dalam suatu penelitian (Dharma, 2011). Dalam penelitian ini menggunakan 2 variabel yaitu variabel bebas (independen) yaitu pendidikan dan variabel terikat (variabel dependen) adalah pengetahuan tentang pemeriksaan IVA.

F. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan. Definisi operasional dapat diukur dengan metode atau cara apa yang digunakan peneliti untuk mengukur atau memperoleh informasi (data) untuk variabel yang bersangkutan. Skala pengukuran variabel dibagi menjadi empat skala pengukuran yaitu skala nominal, skala ordinal, skala interval, dan skala ratio. (Notoadmodjo, 2012). Adapun definisi operasional pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 3.2
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Pendidikan	Tingkatan sekolah formal yang dicapai seseorang berdasarkan pengakuan responden	Kuisisioner	Mengisi kuisisioner	1 = Pendidikan rendah (SD-SMP) 0 = Pendidikan Tinggi (SMA-Perguruan tinggi) (Arikunto, 2012)	Nominal
2	Pengetahuan	Suatu hal yang dipahami dan dimengerti oleh responden meliputi: pengetahuan tentang kanker rahim, Tujuan, cara deteksi, Pengertian kanker rahim, penyebab, gejala, resiko, manfaat pemeriksaan tes IVA, sasaran tes, tempat pemeriksaan tes IVA,	Kuisisioner	Mengisi kuisisioner	0 = pengetahuan baik (>50%) 1= kurang baik (≤50%) (Budiman, 2016)	Ordinal

G. Pengumpulan data

1. Instrument

Instrument penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk mengumpulkan data (Notoatmodjo, 2012). Instrument dalam penelitian ini adalah lembar kuisisioner. Dimana responden diperintahkan untuk mengisi lembar kuisisioner yang telah di buat oleh peneliti (Notoatmodjo, 2012).

2. Cara pengumpulan data

Pengumpulan data kadang-kadang tidak dilakukan oleh peneliti tetapi menggunakan orang lain yang disebut surveyot atau interviewer. Untuk mencegah data yang “bias”, maka para petugas pengumpulan data tersebut diberikan pelatihan terlebih dahulu oleh peneliti sendiri. Dalam penelitian ini disamping diberikan teknik-teknik pengumpulan data (wawancara, observasi, dan sebagainya), juga diberikan penjelasan tentang cara-cara pengisian instrument (kuisisioner), editing, coding, dan sebagainya. (Notoatmodjo, 2012).

Jenis data yang dikumpulkan yaitu data primer. Data primer yaitu data atau informasi yang diperoleh dari sumber pertama yang secara teknis disebut responden. Data primer dapat berupa data-data yang bersifat kuantitatif maupun kualitatif.

Adapun kisi – kisi kuisisioner pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 3.3
Kisi – Kisi Kuisisioner

No	Pertanyaan	No soal	Jumlah soal
1	Pengertian Test IVA	1	1
2	Cara pemeriksaan IVA	2	1
3	Tujuan pemeriksaan IVA	3	1
4	Riwayat penyakit keluarga	4	1
5	Sasaran pemeriksaan IVA	5,9	5
6	Kelebihan pemeriksaan IVA	10	1
7	Kelemahan pemeriksaan IVA	11	1
8	Hasil pemeriksaan IVA	12	1
9	Cara deteksi dini kanker serviks	13	1
10	Keunggulan tes IVA	14	1
11	Pemeriksaan IVA	15	1
12	Faktor resiko kanker serviks	16,17	2

13	Pengertian kanker serviks	17	1
14	Penyebab Kanker serviks	18	1
15	Stadium kenker serviks	19	1
Jumlah			20

Kuisisioner dalam penelitian ini dirancang oleh peneliti sendiri dan sebelum diedarkan akan dilakukan uji validitas dan reabilitas terlebih dahulu.

a) Uji validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang di ukur. Untuk mengetahui validitas suatu instrument atau kuisisioner dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing – masing variabel yang dalam hal ini adalah pertanyaan (Notoatmodjo, 2012). Perhitungan validitas kuisisioner dengan bantuan program komputer untuk memperoleh alat ukur yang valid. Suatu variabel atau pertanyaan dikatakan valid bila skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor total. Suatu pertanyaan dikatakann valid apabila r hitung \geq dari r table atau uji dua sisi dengan Six. 0,05 maka instrument atau item – item pertanyaan berkorelasi signifikan terhadap skor total (dinyatakan Valid). Uji validitas penelitian ini akan dilakukan di Puskesmas Bernung yang memiliki karakteristik penduduk yang sama, dan dilakukan pada bulan maret 2019 terhadap 20 responden, maka r hitung harus \geq dari 0,444 dari r table agar dapat dikatakan valid.

b) Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama. Pada penelitian ini uji reliabilitas dilakukan dengan pengujian reliabilitas internal karena uji reliabilitas tersebut diperoleh dengan cara menganalisis data 1 kali pengesanan saja. Untuk menghitung uji reliabilitas dapat dilakukan dengan rumus *Cronbah-Alpha*, dan perhitungan menggunakan program komputer. Keputusan uji R adalah bila r alpha positif maupun negatif dan r alpha $>$ r tabel tersebut reliabel. Reliabilitas dinyatakan oleh koefisien reliabilitas yang angkanya berbeda dalam rentang 0 sampai dengan 1. Semakin mendekati angka 1 dan 0,632 reliabilitasnya semakin tinggi. Sebaliknya jika semakin mendekati 0 maka reliabilitasnya semakin rendah (Arikunto, 2010).

H. Pengelolaan data

Setelah dilakukan pengumpulan data kemudian dilakukan pengolahan dan analisa data (Notoatmodjo, 2010).

1. Pengolahan data

Setelah data yang diperlukan dalam penelitian terkumpul akan dilakukan tahap pengolahan data dan analisis data yang melalui tahapan sebagai berikut

a) *diting*

Secara umum editing merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan formulir atau kuisioner tersebut:

- 1) Apakah lengkap, dalam arti semua pertanyaan sudah terisi.
- 2) Apakah jawaban atau tulisan masing-masing pertanyaan cukup jelas atau terbaca.
- 3) Apakah jawaban relevan dengan pertanyaan.
- 4) Apakah jawaban-jawaban pertanyaan konsisten dengan jawaban pertanyaan yang lainnya. Apabila ada jawaban-jawaban yang belum lengkap, kalau memungkinkan perlu dilakukan pengambilan data ulang untuk melengkapi jawaban-jawaban tersebut. Tetapi apabila tidak memungkinkan, maka pertanyaan yang jawabannya tidak lengkap tersebut tidak diolah atau dimasukkan dalam pengolahan “*data missing*”

b) *Coding*

Setelah semua kuisioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan pengkodean atau “*coding*”, yakni mengubah data bentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan.

1) Pendidikan

Kode 0 : Tinggi (jika pendidikan terakhir SMA-Perguruan Tinggi)

Kode 1 : Rendah (jika pendidikan terakhir SD, SMP)

2) Pengetahuan

Kode 0 : Baik (jika skor > 50%)

Kode 1 : Kurang Baik (jika skor < 50%)

c) *Processing*

Processing atau memasukkan data (data entry) yakni mengisi kolom-kolom atau kotak-kotak lembar kode atau kartu kode sesuai dengan jawaban masing-masing pertanyaan.

d) *Tabulating*

Yakni membuat tabel-tabel data, sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti.

I. Analisis data

Analisis data adalah mencari makna data hasil penelitian dengan cara tidak hanya menjelaskan hasil penelitian tersebut, tetapi juga melakukan referensi atau generalisasi dari data yang diperoleh melalui penelitian tersebut. Analisis data suatu penelitian, biasanya melalui proses prosedur bertahap antara lain:

1) Analisis univariat,

Analisa univariat yaitu menganalisa terhadap tiap variabel dari hasil penelitian untuk menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari hasil variabel (Notoadmojo, 2012). Analisa univariat pada penelitian ini adalah : pendidikan, pengetahuan WUS tentang pemeriksaan IVA.

Rumus yang digunakan adalah $P = \frac{f}{n} \times 100\%$

Keterangan : P = persentase

f = frekuensi setiap kategori variabel

n = jumlah sampel

2) Analisis bivariat

Yaitu analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi, dalam hal ini untuk mengetahui suatu hubungan antara dua variabel dalam tabel kontingensi digunakan uji *chi square* (Notoatmodjo, 2012). Selanjutnya menentukan derajat kemaknaan dengan menggunakan kepercayaan (*confident interval*) 95% dan tingkat kesalahan (α) = 5%. Bila didapatkan hasil : $P \text{ value} \leq \alpha$ atau $P \text{ value} \leq 0,05$, maka H_0 diterima (ada hubungan). Bila $p \text{ value} > \alpha$ atau $P \text{ value} > 0,05$, maka H_0 ditolak (tidak ada hubungan) (Hastono, 2010).

Rumus yang digunakan adalah $\chi^2 = N \frac{(ab - bc)^2}{(a+c)(b+d)(a+b)(c+d)}$

Apabila terdapat sel yang kosong atau nilai kurang dari 5 maka digunakan fisher exact. Menentukan uji kemaknaan dengan cara membandingkan nilai P (p value dengan nilai $\alpha = 0,05$ pada taraf kepercayaan 95 % dan derajat kebebasan = 1 dengan kaidah keputusan sebagai berikut :

Keputusan uji statistik

- a. Nilai P (p value) $\leq 0,05$ maka H_0 ditolak yang berarti ada hubungan yang bermakna antara variabel bebas dengan variabel terikat.
- b. Nilai P (p value) $> 0,05$ maka H_0 gagal ditolak, yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel bebas dengan variabel terikat.