BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Kanker Serviks (Kanker Rahim)

1. Definisi Kanker Serviks

Kanker serviks merupakan bentuk keganasan primer yang berkembang pada leher rahim (serviks uteri), yaitu area anatomis yang menghubungkan uterus dengan vagina (Purwoastuti & Walyani, 2022). Secara patofisiologi, manifestasi tumor ganas ini dipicu oleh metaplasia (sebuah serpon adatif di mana sel epitel normal digantikan oleh jenis epitel lain akibat paparan cedera, infeksi atau iritasi kronis). Proses karsinogenesis (pembentukan kanker) tersebut berpusat pada zona transfomasi, yang merupakan area pertemuan antara epitel mukosa vagina dan epitel kanalis servikalis. Dari aspek histopatologis, mayoritas kasus (sekitar 90%) diklasifikasikan sebagai karsinoma sel skuamosa yang menginfeksi permukaan luar serviks, sementara 10% sisanya bermanifestasi sebagai adenokarsinoma yang berasal dari sel kelenjar di dalam saluran servikal (Setiyaningrum, 2018).

Sebagaimana karakteristik umum penyakit kanker, kanker serviks ditandai oleh pertumbuhan sel-sel di leher rahim yang tidak terkendali. Sebelum berkembang manjadi sel ganas, sel-sel serviks mengalami perubahan bertahap yang dapat berlangsung selama bertahun-tahun. Masa perkembangan yang panjang ini memberi peluang untuk melakukan deteksi dini sehingga intervensi medis dapat dilakukan guna menghentikan perkembangan sel abnormal sebelum berubah menjadi kanker.

2. Klasifikasi Kanker Serviks

Berikut adalah klasifikasi kanker serviks menurut IFGO (*International Federation of Genekologi and Obstetrics*):

Tabel 1.2 Klasifikasi Kanker Serviks Menurut IFGO

Stadium 0 (*karsinoma insitu/karsinoma Intraepithelial*) kondisi lesi pra-invasif di mana keberadaan sel-sel maligna masih terbatas pada lapisan epitel servika dan belum menembus membran basalis.
Stadium I (Karsinoma Terbatas pada Serviks) Proses keganasan secara anatomis masih terisolasi di dalam jaringan serviks dan belum menginvasi korpus uteri.
Stadium IA: Lesi mikroskopis yang diagnosisnya hanya dapat ditegakkan melalui pemeriksaan histopatologi, serta belum menunjukan gejala maupun manifestasi klinis yang jelas.
Stadium IAI: terjadi invasi stroma yang terukur secara mikroskopis dengan kedalaman penetrasi < 3mm dan ekstensi horizontal < 7mm.
Stadium IA2: Kedalaman invasi stroma berkisar antara > 3mm hingga 5mm dengan lebar bentangan lesi tidak melebihi 7mm.
Stadium IB: Dimensi tumor makroskopis telah melebihi kriteria yang ditetapkan pada stadium IA2.
Stadium IB1: Ukuran tumor klinis secara terukur berkisar hingga 4 cm.
Stadium IB2: Ukuran massa tumor primer telah melampaui 4 cm
Stadium II (Ekstensi Ekstraserviks Tanpa Keterlibatan Dinding-Dinding Panggul) Massa tumor telah berekspansi melampaui batas serviks namun belum mencapai dinding panggul. Apabila terdapat penyebaran ke area vagina, keterlibatannya masih terbatas pada sepertiga bagian atas (*upper third*).
Stadium IIA: Infiltrasi neoplasma belum melibatkan jaringan peremetrium (sekitar uterus).
Stadium IIB: Terbukti secara klinis telah terjadi invasi tumor ke dalam jaringan *parametrium*.
Stadium III (Penyebaran ke Dinding Panggul dan/atau Vagina Bagian Bawah) Invasi sel kanker telah meluas hingga sepertiga bawah vagina atau mencapai dinding lateral panggul. Keterlibatan ini kerap memicu komplikasi *traktus urinarius* berupa *hidronefrosis* hingga gangguan fungsi ginjal akibat obstruksi ureter.
Status IIIA: Penetrasi massa neoplastik telah menginfiltrasi struktur dinding panggul.
Stadium IIIB: Invasi ke dinding panggul yang disertai manifestasi obstruksi renal, seperti *hidronefrosis* atau penurunan fungsi ginjal.
Stadium IV (Karsinoma Invasi Lanjut/ Metastasis) Kanker telah berekspansi keluar dari rongga panggul minor atau secara klinis menunjukkan invasi ke mukosa organ sekitarnya.
Stadium IVA: Terjadi infiltrasi sel-sel ganas secara langsung ke mukosa kandung kemih (vesikal urinaria) atau rektum yang berdekatan.
Stadium IVB: Sel kanker telah mengalami metastasis jauh ke organ-organ ekstrapelvis yang letaknya terpisah dari serviks.

3. Etiologi Kanker Serviks

Etiologi utama kanker serviks berkaitan dengan infeksi *Human papilloma Virus* (HPV) yang bersifat persiten. Berdasarkan literatur ilmiah, hingga kini telah teridentifikasi sekitar 138 tipe HPV, dan sebantak 40 tipe diantaranya termasuk kategori *Sexually Transmitted Infections* (STI) karena penularannya melalui aktivitas seks (Setiyaningrum, 2018). Dari 40 tipe HPV yang ditularkan secara seksual tersebut, sekitar 20 tipe terbukti berhubungan signifikan dengan perkembangan lesi serviks. empat tipe HPV yang paling dominan ditemukan pada kasus kanker serviks diseluruh dunia adalah tipe 16, 18, 31 dan 45. Secara global HPV tipe 16 dan 18 menjadi penyebab terbesar, yakni sekitar 70% dari seluruh kasus kanker serviks. pentingnya untuk dipahami bahwa penyakit ini dapat terjadi pada perempuan di semua kelompok usia selama mereka aktif secara seksual.

Perkembangan karsiogenesis yang dipicu oleh infeksi *Human Papillomavirus* (HPV) bersifat progresif dan memerlukan waktu yang relatif lama, umumnya berkisar antara 3 hingga 17 tahun, bahkan dapat mencapai 30 tahun pada kasus tertentu. Diperkirakan sekitar 80% perempuan yang aktif secara seksual beresiko terinfeksi HPV sepanjang hidup mereka, meskipun hanya sebagian kecil dari infeksi tersebut berlanjut menjadi keganasan pada serviks. Mayoritas infeksi HPV bersifat transien sekitar 70% kasus mengalami resolusi (sembuh) secara spontan dalam kurun waktu 12 bulan pascaterdeteksi, sementara sekitar 9% di antaranya menetap sebagai infeksi aktif hingga bulan ke 24.

4. Epidemiologi Knaker Serviks

a. Distribusi Menurut Umur

Patogenesis kanker serviks diinisiasi oleh mutasi seluler yang kemudian berdampakpada perkembangan sel displastik, suatu kondisi yang memicum alterasi struktur pada jaringan epitel serviks (displasia). Dalam sistem klasifikasi kontemporer, anomali ini dikategorikan sebagai *Neoplasia Intraepitel Serviks* (NIS). Tingkat NIS dibagi menjadi tiga stadium, meliputi NIS 1 (displasia ringan),

NIS 2(displasia sedang), serta NIS 3 yang memanifestasikan displasia berat hingga kasinima in situ. Merujuk pada teori Cuppleson dan Brown, prevalensi NIS berkorelasi erat dengan pertambahan usia. Menariknya, insiden NIS terpantau mengalami penurunan pada populasi perempuan di atas 50 tahun, sedangkan pada kelompok usia, resiko terjadinya kanker serviks invasif justru melonjak hingga dua kali lipat.

Sekitar 15% perempuan dengan NIS derajat 1 berpotensi mengalami perkembangan menjadi NIS derajat 2 atau 3 dalam kurun waktu sekitar 3 hingga 4 tahun. Secara umum, proses perkembangan dari infeksi awal Human Papillomavirus (HPV) hingga menjadi kanker serviks kanker serviks memerlukan waktu antara 3 sampai 17 tahun. Periode perkembangan yang relatif panjang tersebut memberikan kesempatan bagi perempuan untuk melakukan deteksi dini sebagai langkah pencegahan terhadap kanker serviks (Rohmatin et al., 2022). Selain itu, distribusi stadium kanker serviks menunjukan variasi berdasarkan kelompok usia. Stadium IA paling banyak dijumpai pada perempuan berusia 30-39 tahun, stadium IB dan II lebih sering ditemukan pada kelompok usia 40-49 tahun,sedangkan stadium III dan IV lebih banyak terjadi pada perempuan berusia 60-69 tahun.

b. Ditribusi Menurut Tempat

Secara global, karsinoma serviks memiliki distribusi geografis dengan tingkat prevalensi tertinggi yang terkonsentrasi di kawasan Amerika Tengah dan Selatan, Afrika Timur, Pasifik Barat, serta Asia Selatan dan Tenggara (Ayu & Ismarwati, 2022). Kasus keganasan ini secara signifikan mendominasi di sejuta negara berkembang dalam lingkup Asia Tenggara dan Selatan, seperti Indonesia, India, Bangladesh, Thailand, Vietnam, dan Filipina. Di wilayah-wilayah tersebut, kanker serviks secara konsisten menempati urutan teratas sebagai salah satu *neoplasma* ganas yang paling dominan dijumpai.

Kesenjangan prevalensi kanker serviks sangat dipengaruhi oleh status ekonomi suatu wilayah. Pada negara-negara berkembang atau berpenghasilan rendah, beban penyakit ini tetap tinggi akibat minimnya jangkauan skrining berkala dan imunisasai HPV. Kondisi tersebut berbanding terbalik dengan dinamika di negara maju, di mana tren kejadian kanker serviks menunjukan penurunan bertahap selama 30 tahun terakhir sehingga dampak dari efektivitas program deteksi dini dan tata laksana medis yang responsif.

5. Tanda Dan Gejala Kanker Serviks

Tanda dan gejala yang dapat muncul pada kanker serviks meliputi pendarahan di luar periode menstruasi, pendarahan pascamenopause, serta keputihan berlebihan yang berlangsung terus menerus dan dapat bercampur darah. Selain itu, penderita dapat mengalami gangguan berkemih maupun buang air besar, nyeri pada daerah bawah perut yang dapat menjalar, penurunan nafsu makan disertai penurunan berat badan, serta nyeri pada tulang panggul dan tulang belakang. Dan pada beberapa kasus disertai munculnya pembengkakan.

6. Penyebab Kanker Serviks

Penyebab utama kanker serviks adalah infeksi *Human Papiloma Virus* (HPV) yang umumnya ditularkan melalui hubungan seks. Infeksi ini menimbulkan iritasi serta peradangan pada sel-sel serviks, yang kemudian memicu pertumbuhan jaringan abnormal. Perubahan tersebut menyebabkan sel serviks berkembang dengan ukuran, bentuk, dan karakteristik yang berbeda dari sel asalnya.

HPV dapat menginfeksi perempuan dari berbagai kelompok usia maupun latar belakang. Individu dengan sistem imun yang baik umumnya mampu mengatasi infeksi ini, tetapi kurangnya pengetahuan atau kelalaian dalam pencegahan dapat menyebabkan infeksi persisten yang kemudian berkembang menjadi kanker.

Selain infeksi HPV, terdapat pula sejumlah faktor resiko lain yang dapat menyebabkan kanker serviks menurut (Kemenkes, 2024b), diantaranya sebagai berikut:

a. Melakukan Hubungan Seksual Pada Usia Dini

Resiko perkembangan kanker serviks berbanding terbalik dengan usia awal penyingkapan hubungan seksual yang mana semakin muda usia seorang perempuan saat memulai aktivitas seksual (di bawah rentan 20 tahun), maka semakin tinggi tingkat kerentanannya. Hal ini dipengaruhi oleh karakteristik biologis jaringan leher rahim pada fase remaja di mana sel-sel belum matang sepenuhnya. Ketidakmatangan sel ini menjadikan epitel serviks sangat rentan terhadap efek iritatif zat kimia dalam sperma yang berpotensi memicu dysplasia (Khabibah et al., 2022).

b. Merokok

Menurut YKI (2025), merokok merupakan salah satu penyebab kanker yang sebenarnya dapat dicegah. Kebiasaan merokok terbukti meningkatkan resiko terjadinya kanker serviks karena kandungan bahan kimia yang berbahaya seperti benzene, arsenic, dan formaldehida, dimana sekitar 70% di antaranya bersifat karsinogenik. Zat-zat tersebut dapt memicu pertumban kanker serta merusak mekanisme pertahanan tubuh dalam menetralisasi racu. Kerusakan gen akibat paparan bahan kimia tersebut menyebabkan sel berkembang secara abnormal dan berpotensi membentuk tumor ganas.

c. Hubungan Seksual Dengan Banyak Partner

Perempuan yang memiliki riwayat berganti-ganti pasangan seksual atau memiliki pasangan dengan riwayat hubungan seksual multipartner memiliki resiko lebih tinggi tertular infeksi HPV. Penularan juga dapat terjadi secara tidak langsung ketika pria berhubungan seksual dengan lebih dari satu perempuan, sehingga berperan sebagai vector pembawa virus (*carrier*) dan kemudian

menularkannya kepada istrinya saat melakukan hubungan seksual (Khabibah et al., 2022).

d. Tidak Rajin Melakukan Pembersihan Organ Intim (*Personal Hygine*)

Kurangnya kebiasaan menjaga kebersihan organ intim, atau yang dikenal sebagai *Vaginal Toilet*, seperti jarang membasuh vagina setelah buang air kecil maupun buang air besar serta tidak mengeringkannya dengan baik dan benar, dapat meningkatkan kerentanan terhadap infeksi HPV. Personal hygine yang buruk dapat memicu pertumbuhan bakteri dan jamur pada area genetalia perempuan, sehingga menyebabkan infeksi. Infeksi tersebut dapat menimbulkan iritasi pada serviks dan menyebabkan keputihan berlangsung terus menerus, yang pada akhirnya meningkatkan resiko terjadinya kanker serviks.

e. Tidak Rutin Mengonsumsi Makanan Yang Sehat

Jarang mengonsumsi makanan sehat yang kaya akan vitamin seperti sayuran, buah-buahan, dan serealia dapat menurunkan stimulasi terhadap sistem kekebalan tubuh. Asupan nutrisi seperti berbagai jenis karoten, vitamin A, C, E, serta asam folat berperan dalam menurunkan resiko terjadinya kanker serviks. kurangnya konsumsi zat-zat gizi tersebut dapat meningkatkan kerentanan terhadap penyaqkit ini.

7. Diagnosis dan Pencegahan Kanker Serviks

Kanker service paling sering ditemukan pada perempuan berusia 35-55 tahun (Setiyaningrum, 2018). Pemeriksaan fisik merupakan Langkah awal dalam menegakkan giagnosis kanker serviks, yang dilakukan dengan menilai adanya pembesaran atau benjolan pada area panggul serta perubahan pada serviks, rahim, dan vagina. gejala umum yang paling umum di jumpai meliputi keputihan berlebihan, pendarahan di luar waktu berhubungan seksual, serta rasa nyeri. Upaya pencegahan kanker serviks dapat dilakukan baik sebelum munculnya gejala maupun setelah timbul tanda dan gejalanya, antara lain sebagai berikut:

a. Melakukan Vaksin

Pencegahan karsinoma serviks berbasis infeksi HPV saat ini didukung oleh penggunaan vaksin *profilaksis* yang disetujui FDA. Tersedia dua jenis sediaan lisensi di pasaran, yakni vaksin *kuadrivalen* (*gardasil*) dengan cakupan proteksi terhadap empat strain HPV (tipe 6, 11, 16, dan 18), serta vaksin *bivalen* (*cervarix*) yang menargetkan dua tipe serotipe utama (HPV 16 dan 18). Menggunakan konfirmasi *Virus Like Particles* (VLP) yang meniru struktur selubung luar virus, kedua vaksin ini bekerja secara spesifik menstimulasi respon imun humoral (pembentukan antibodi) guna mencegah penularan HPV pada paparan berikutnya (Novalia, 2023).

b. Deteksi Dini

Skrining karsinoma serviks dapat diimplementasikan melalui beberapa modalitas deteksi dini, mencakup pemeriksaan DNA HPV, Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA), dan Pap Smear. Modalitas IVA tergolong sebagai opsi yang terjangkau secara finansial denngan tingkat sentivitas mencapai 96% (Nuryawati, 2020). Strategi preventif mencakup kombinasi pemberian vaksinasi HPV serta deteksi berkala guna mengidentifikasi lesi prakanker seca dini, sehingga intervensi medis dapat segera dilakukan (Ayu & Ismarwati, 2022). Landasan hukum terkait strategi pengendalian ini di Indonesia telah diatur secara formal melalui Peraturan Pemerintah Kesehatan Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2017 mengenai penanggulangan kanker payudara dan kanker leher rahim..

Upaya deteksi dini dapat dilakukan kapan saja selama perempuan masih berada dalam siklus menstruasi normal dan tidak sedang mengonsumsi obat-obatan tertentu. Berikut adalah beberapa macam deteksi dini kanker yang sering dijumpai dan dapat dilihat langsung dengan mata yaitu:

1) IVA Test

Pada pemeriksaan *Visual Dengan Asam Asetat* (IVA), leher rahim terlebih dahulu dibersihkan menggunkana asam

asetat, kemudian diamati untuk mendeteksi adanya kelainan, seperti perubahan warna jaringan dari merah muda menjadi putih.

Sebagai bentuk deteksi dini kanker serviks, metode IVA menawarkan pendekatan klinis yang praktis, ekonomis, dan efektif yang dapat diimplementasikan oleh tenaga kesehatan, termasuk bidan. Teknik ini bekerja dengan menilai perubahan pada porsio leher rahim secara langsung setelah diaplikasikan larutan asam asetat 3-5% untuk mengidentifikasi keberadaan jaringan abnormal. Keberhasilan metode ini dalam menemukan lesi prakanker secara presisi menjadi pilar utama dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat kanker serviks melalui penanganan sejak dini (Nathalia, 2020).

Mekanisme pemeriksaan IVA melibatkan perubahan pada epitel serviks setelah kontak dengan asam asetat.larutan asam asetat menyebabkan peningkatan osmolaritas cairan ekstraseluler, sehingga cairan intraseluler tertarik keluar dan mengakibatkan membrane sel kolaps serta jarak antar sel menjadi lebih rapat. Ketika permukaan epitel yang mengalami perubahan tersebut tersinari, cahaya tidak diteruskan ke stroma, tetapi dipantulkan kembali hingga menghasilkan tampilan berwarna putih (*acetowhite*) yang menandai adanya kelainan epitel atau dugaan dysplasia. Efek perubahan ini umumnya menghilang dalam waktu 50-60 detik hingga dapat diperoleh gambaran serviks normal (merah homogen) atau kelainan berupa bercak putih (Mouliza & Maulidanita, 2020).

Meskipun pemeriksaan IVA memiliki berbagai keunggulan, antara lain penggunaan alat yang sederhana, prosedur yang mudah dan praktis, serta kemampuan yang memberikan hasil secara langsung kepada Wanita Usia Subur (WUS), cakupan skrining IVA di Indonesia masih sangat rendah. Data nasional menunjukkan cakupan hanya sekitar

2,45%, jauh di bawah target 80% yang diperlukan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat kanker serviks (Nathalia, 2020). Selain itu, IVA dikenal memiliki sensitivitas tinggi, bahkan mencapai 96%, sehingga secara teknis merupakan pilihan skrining yang efektif (Nuryawati, 2020).

Rendahnya minat perempuan untuk menjalani skrining IVA disebabkan oleh berbagai faktor. Pengetahuan yang kurang memadai menjadi salah satu penyebab utama, dimana banyak ibu tidak aktif mencari mencari informasi mengenai IVA sehingga tidak memahami tujuan, manfaat, maupun proses pemeriksaannya. Kondisi tersebut membuat mereka enggan melakukan skrining (Nuryawati, 2020). Selain aspek pengetahuan, hambatan sosial budaya juga berperan signifikan. Beberapa masyarakat masih menganggap pemeriksaan organ reproduksi sebagai sesuatu yang tabu, sehingga perempuan merasa malu dan takut terhadap proses pemeriksaan maupun hasil yang mungkin diterima (Dewi et al., 2021).

2) Pap Smear

Sebagai upaya deteksi dini, pap smear memfasilitasi identifikasi perubahan sel abnormal pada serviks melalui analisis sitologi. Sample jaringan yang diambil dari leher rahim di uji dibawah mikroskop untuk mendeteksi keberadaan lesi prakanker serta tanda-tanda awal keganasan epitel serviks secara presisi (Rohmatin et al., 2022). Secara teknis, intervensi bersifat non-invasif dan relatif tidak menimbulkan nyeri, namun penerbitan hasilnya memerlukan jeda beberapa hari mengingat sampel wajib diproses secara laboratoris (Raidanti & Wijayanti, 2022).

Efektivitas Pap Smear telah terbukti secara signifikan dalam upaya pencegahan kanker serviks. skrining ini mampu menurunkan angka kejadian kanker serviks hingga 79% dan mengurangi angka kematian akibat penyakit tersebut hingga

70%, menjadikannya salah satu strategi deteksi dini yang paling berhasil (Raidanti, Dina; Wijayanti, 2022).

Penapisan kanker serviks secara berkala terbukti dapat menekan laju insiden kasus baru dan tingkat mortalitas tahunan akibat keganasan tersebut. Kendati demikian, pencapaian cakupan pemeriksaan yang optimal di berbagai negara masih terkendala oleh sejumlah determinan, seperti minimnya diseminasi informasi dari tenaga medis, rendahnya tingkat literasi serta kesadaran wanita usia subur (WUS) mengenai kanker servika, hingga kompleksitas hambatan oprasional dalam pelaksanaan skrining (Ayu & Ismarwati, 2022).

B. Wanita Usia Subur

Secara biologis, istilah wanita usia subur (WUS) merujuk pada perempuan berusia 15-49 tahun yang organ reproduksinya berfungsi aktif untuk pembuahan, tanpa membedakan status perkawinannya. Rentan usia ini ditandai oleh keberlanjutan proses fisiologis seperti menstruasi dan ovulasi. Meskipun mencakup rentan yang luas, kinerja sistem reproduksi diketahui berada pada tingkat puncak pada usia 20-45 tahun, di mana tingkat kesuburan tertinggi secara spesifik terkonsentrasi pada kelompok usia 20-29 tahun (Hartini et al., 2024).

1. Kriteria WUS

a. Usia bilogis reproduktif: umumnya 15-49 tahun.
b. Masih mengalami menstruasi: tanda organ reproduksi aktif.
c. Funsi reproduksi berjalan: termasuk ovulasi dan kemungkinan terjadinya kehamilan.
d. Status sosial: belum menikah, menikah, janda, semua ini termasuk WUS selama masih memiliki fungsi reproduksi.

2. Karateristik WUS

Karakteristik WUS biasanya mencerminkan kondisi fisiologis, demografis, dan sosial budaya, yang berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi.

a. Fisiologi
   1) Siklus menstruasi teratur: umumnya selama 28-30 hari, manjadi indikator kesuburan aktif.
   2) Ovulasi aktif: terjadi di tengah siklus menstruasi merupakan periode paling subur.
   3) Fungsi organ reproduksi: endometrium, ovarium, serviks, dan hormonal yang masih bekerja optimal.

b. Demografis/Sosial
   1) Usia puncak kesuburan: 20-29 tahun (85-95% peluang hamil secara fisiologis).
   2) Pengetahuan: tingkat pendidikan dan akses informasi berpengaruh pada perilaku kesehatan seksual dan reproduksi.
   3) Status pekerjaan: profesi atau pekerjaan sering dikaitkan dengan pemahaman kesehatan reproduksi.

3. Sifat Utama WUS

Dari berbagai kajian, WUS cenderung memiliki sigat atau ciri khas sebagai berikut:

a. Kemampuan reproduksi yang aktif.
b. Masih mengalami menstruasi dan ovulasi secara teratur.
c. Beresiko terhadap kesehatan reproduksi (misalnya kehamilan, kanker serviks, infeksi menular seksual).
d. Membutuhkan layanan kesehatan reproduksi yang tepat (kontrasepsi, skrining, edukasi).
e. Menargetkan upaya promosi kesehatan terutama KB dan deteksi dini penyakit reproduksi.

4. Perlunya Pemeliharaan Kesehatan

WUS memiliki kebutuhan kesehatan khusus seperti:

a. Pelayanan kontrasepsi KB.
b. Skrining reproduksi (seperti IVA test dan Pap smear).
c. Edukasi kesehatan seksual
d. Perawatan gizi dan nutrisi yang tepat.
e. Pencegahan infeksi menular seksual.

f. Pemantauan resiko kehamilan berbahaya (misalnya 4T: Terlalu Muda, Terlalu Sering, Terlalu Dekat Jaraknya, dan Terlalu Tua).

C. Promosi Kesehatan

Sebagai tahap fundamental dalam upaya preventif, promosi kesehatan bertujuan meningkatkan literasi masyarakat agar mampu mengelola kesehatan secara mandiri. Implementasi kegiatan ini diwujudkan melalui edukasi gizi, sosialisasi kesehatan seksual, dan optimalisasi sanitasi lingkungan (air bersih, limbah, serta higiene perorangan). Di samping itu, pendekatan ini turut mencakup intervensi psikososial dan pendampingan siklus hidup, seperti penyediaan fasilitas olaraga dan rekreasi, penyuluhan pranikah, hingga kesiapan menghadapi fase menopause.

1. Sasaran Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan mancangkup tiga kelompok sasaran:

a. Ssaran Primer: Individu seahat dan keluarga sebagai unit dasar masyarakat.
b. Sasaran Sekunder: Tokoh formal dan informal seperti pemuka adat, pemuka agama, petugas kesehatan, pejabat pemerintah, organisasi masyarakat, dan media massa.
c. Sasaran Tersier: Pembuat kebijakan public di sektor kesehatan maupun sektor lain yang terkait, serta pihak penyedia sumber daya (Maulana, 2009).

2. Promosi Kesehatan Dalam Lima Tingkat Pencegahan

a. *Spesific Protection* (Perlindungan Khusus)

Sebagai bentuk pencegahan spesifik terhadap paparan penyakit tertentu, perlindungan khusus melibatkan tindakan terintegrasi seperti pemberian imunisasi, pemenuhan nutrisi khusus, perlindungan dari agen karsinogenik dan alergenik, serta pengendalian bahaya okupasional. Contoh aplikasi klinis dan komunitas dari tindakan ini meliputi pemberian imunisasi lanjutan seperti vaksin HPV, layanan konseling kesehatan, penggunaan fluorida untuk pencegahan karies gigi, hingga kebiasaan mencuci

tangan berbasis antiseptik demi memutuskan rantai transmisi infeksi.

b. *Early Diagnosis and Prompt Treatment* (diagnosis Dini dan Pengobatan Segera)

Sebagai bagian dari intervensi sekunder, diagnosis dini dan pengobatan segera berfokus pada penemuan kasus pada tahap awal guna menfasilitasi tata laksana medis yang cepat dan akurat. Menifestasikan klinis dari upaya ini meliputi pemberian suplemen zat besi pada kasus anemia kehamilan, penapisan tuberkulosis melalui pemeriksaan sputum dan radiologi, penelusuran kontak infeksi menular, serta pemeriksaan penapisan dini untuk keganasan.

c. *Disability Limitation* (Mengurangi Kecacatan)

Upaya mengurangi kecacatan dilakukan melalui penatalaksanaan optimal pada penyakit yang telah mencapai tahap lanjut, sehingga progresivitas penyakit ini dapat dicegah, peluang kesembuhan meningkat, dan resiko kecacatan dapat diminimalkan.

d. *Rehabilitation* (Rehabilitasi)

Rehabilitasi merupakan tahap akhir pencegahan yang bertujuan memaksimalkan pemulihan kesehatan individu agar dapat kembali berfungsi dalam masyarakat tanpa menjadi beban bagi orang lain. Rehabilitasi membantu pasien mencapai kondisi terbaik, baik pulih total, sembuh dengan kecacatan, maupun adaptasi terhadap kondisi menetap. Contohnya adalah penggunaan prosthesis pada penderita patah tulang atau rehabilitasi bagi mantan pengguna narkoba sebelum kembali ke lingkungan sosial.

3. Strategi Promosi Kesehatan

a. *Advocacy* (Advokasi)

Dalam disiplin promosi kesehatan, advokasi dimaknai sebagai tindakan strategi untuk memengaruhi dan menggalang komitmen penentu kebijakan di berbagai jenjang birokrasi. Tujuan utama dari proses ini adalah memperoleh legitimasi serta kepastian dukungan, baik dalam wujud pembentukan regulasi, penerbitan

keputusan politik, maupun penyediaan sarana penunjang program. Secara oprasional, strategi ini dieksekusi melalui intrumen formal (seperti pemaparan ilmiah dan simposium) maupun mekanisme informal melalui audiensi, dialog personal, serta kunjungan persuasif kepada figur-figur kunci.

b. *Social Support* (Dukungan Sosial)

Dukungan sosial (social support) didefinisikan sebagai pendekatan strategis yang mengintegrasikan peran figur publik, baik pemuka formal maupun informal, guna memfasilitasi interaksi antara instasi kesehatan dan masyarakat sasaran. Strategi ini ditunjukan untuk membangun iklim lingkungan yang proporsional sehingga mendorong penerimaan serta keterlibatan aktif publik terhadap intervensi kesehatan. Secara oprasional, dukungan ini diwujudkan melalui intervensi peningkatan kapasitas (seperti pelatihan tokoh lokal, simposium, lokakarya, dan pembinaan kader) dengan indikator keberhasilan utama berupa tingkat partisipasi masyarakat.

c. *Empowerment* (Pemberdayaan Masyarakat)

Pemberdayaan masyarakat berfokus pada peningkatan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan secara mandiri WHO (2008) menekankan bahwa pemberdayaan bertujuan meningkatkan control individu dan kelompok rentan terhadap keputusan yang memengaruhi kesehatan mereka melalui penguatan keterampilan dan kapasitas sosial-ekonomi. Menurut Departemen Kesehatan RI (2009), pemberdayaan kesehatan dilakukan secara terencana dan berkesinambungan untuk mencapai derajat kesehatan optimal. Pemberdayaan dapat diwujudkan melalui berbagai sektor, temasuk sektor ekonomi, misalnya koprasi dan pelatihan peningkatan pendapatan, yang berdampak pada kemampuan masyarakat dalam menjaga kesehatan, seperti melalui pengelolaan pos obat desa atau polindes.

D. Pengetahuan

Secara epistemologis, pengetahuan merepresentasikan kondisi kognitif ketika individu mampu memahami suatu entitas, yang pada hakikatnya menggadaikan hubungan timbal balik antara subjek pembelajaran dan objek yang dipelajari. Kontruksi pengetahuan ini berakar dari proses kesadaran kognitif dalam mengidentifikasi suatu fenomena, sehingga dapat disimpulkan sebagai iuran dari aktivitas pemahaman manusia. Secara mekanistis, pembentukan pengetahuan diinisiasi oleh stimulus sensorik, di mana individu melakukan presepsi dan pengindraan terhadap objek tertentu melalui pancaindra.

Dimensi kognitif memegang peranan krusial dalam mengarahkan pembentukan perilaku individu. Secara empiris, adopsi perilaku yang berlandaskan pada pemahaman mendasar memiliki tingkat berkelanjutan (sustainability) yang paling tinggi dibandingkan tindakan yang berorientasi instingtif atau tanpa dasar pemikiran. Pembentukan ranah kognitif ini dipengaruhi oleh faktor internal seperti daya ingat, transmisi kesaksian, prefensi minat, serta pemenuhan kebutuhan. Di samping itu, variabel eksternal dan sosiokultural (meliputi jenjang pendidikan, aksesibilitas informasi, latar belakang budaya, serta pengalaman hidup) turut berkontribusi secara signifikan dalam menstimulasi perkembangan pengetahuan seseorang Notoatmodjo (2002).

Pengukuran tingkat pengetahuan individu terbagi atas tingkatan baik, sedang/cukup, dan kurang berdasarkan persentase capaian jawaban. Sesuai dengan acuan klasifikasi Arikunto (2006), kriteria pengetahuan dinilai baik jika subjek mampu menguasai 75%-100% butir soal, kriteria cukup berada pada interval 56%-75%, serta kriteria kurang merujuk pada perolehan skor sebesar 40%-50%. Untuk mengungkap konstruk pengetahuan tersebut, Notoatmodjo (2012) menyatakan bahwa proses asesmen dapat diimplementasikan menggunakan teknik survei berbasis angket ataupun penggalian data kualitatif melalui wawancara terhadap para responden.

Menurut Notoatmodjo, ranah kognitif terdiri atas enam tingkat pengetahuan yaitu:

1. *Knowledge* (Tahu): Tingkat paling dasar, dimana individu hanya mampu mengingat atau menyebut kembali informasi yang telah dipelajari, misalnya menyebutkan tanda bahaya kehamilan.
2. *Comprehension* (Memahami): Pada tahap ini seorang sudah dapat menjelaskan, menafsirkan, atau menginterpretasikan informasi ke dalam bentuk yang lebih konkret.
3. *Application* (Aplikasi): Menunjukan kemampuan individu untuk menggunakan pengetahuan yang dimiliki dalam konteks kehidupan sehari-hari.
4. *Analysis* (Analisis): Individu mampu mengurai informasi menjadi beberapa bagian, membedakan, serta membandingkan berdasarkan pemahaman yang ada.
5. *Synthesis* (Sintesis): Pada tingkat ini seseorang dapat menggabungkan berbagai informasi sehingga menghasilkan konsep atau gagasan baru.
6. *Evaluation* (Evaluasi): Merupakan tingkatan tertinggi, dimana individu mampu menilai, memberikan pertimbangan, dan menentukan alternatif keputusan berdasarkan informasi yang tersedia.

Proses terbentuknya pengetahuan mencerminkan hasil pemahaman seseorang setelah melalui tahapan mencari informasi, bertanya, mempelajari, dan memperoleh pengalaman.

Menurut Irwan et al. (2022), terdapat sejumlah faktor yang memengaruhi tingkat pengetahuan seseorang, yaitu tingkat pendidikan, akses informasi, budaya, dan pengalaman. Pengetahuan juga dipahamisebagai kesadaran individu terhadap sesuatu yang diketahui, yang melibatkan dua unsur utama: subjek sebagai pihak yang mengetahui dan objek sebagai hal yang dipahami. Kedua unsur tersebut saling terkait karena pengetahuan muncul dari kesadaran subjek dalam memahami objek tertentu. Dengan demikian, pengetahuan dapat diartikan sebagai hasil proses manusia dalam mengenali dan memahami suatu objek

Pembentukan pengetahuan bersumber dari pengalaman perseptual individu ketika merespon stimulus eksternal lewat organ sensori. Dimensi kognitif ini menjadi elemen determinan dalam mengarahkan tindakan, mengingat perilaku yang diinternalisasi atas dasar pengetahuan memiliki tingkat berkelanjutan (sustainability) yang lebih tinggi dibanding tindakan yang bersifat instingtif. Secara praktis, asesmen terhadap tingkat pengetahuan subjek dilakukan melalui pengumpulan data berbasis kuesioner atau pedoman wawancara yang telah diselaraskan dengan fokus indikator penelitian.

Faktor lain yang turut berpengaruh terhadap pengetahuan meliputi:

1. Usia: Semakin bertambah usia, kemanapuan mental dan kematangan berpikir cenderung meningkat, meski pada usia lanjut kemampuan menerima dan mengingat informasi dapat menurun. Oleh karena itu, usia berkontribusi terhadap tingkat pengetahuan seseorang, termasuk dalam kesiapan menjalani kehamilan.
2. Pendidikan: Pendidikan merupakan proses pembelajaran untuk mengembangakan kemampuan individu. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin besar kapasitas seseorang dalam memahami dan menyerap informasi.
3. Graviditas: Graviditas menggambarkan jumlah kehamilan yang pernah dialami seorang ibu. Ibu primigravida biasanya memiliki rasa ingin tahu lebih tinggi dan lebih mudah mengalami stress karena menghadapi pengalaman baru, sehingga membutuhkan lebih banyak informasiterkait resiko kehamilan dibandingkan ibu multigravida.

Notoatmodjo (2012) menambahkan bahwa tingkat pengetahuan, khususnya pada ibu hamil, dapat dipengaruhi oleh usia, pengalaman, pendidikan, pekerjaan, media massa, budaya sosial, dan lingkungan sekitar. Tanda dan gejala bahaya kehamilan merupakan indikasi adanya kondisi yang berpotensi membahayakan ibu selama kehamilan. Ketidaktahuan atau keterlambatan dalam mengenali tanda bahaya dapat menyebabakan komplikasi serius bahkan kematian. Oleh karena itu, deteksi dini sangat penting untuk memungkinkan penanganan yang cepat dan tepat.

Pengetahuan yang kurang mengenai tanda bahaya kehamilan dapat membuat ibu hamil tidak mampu mengenali gejala yang muncul sehingga menghambat tindakan pencegahan atau penanganan dini.

E. Niat Berperilaku

Konstruk *Behavioral Intention* (niat berperilaku) menempati kedudukan sentral dalam menjustifikasi prefensi individu untuk merealisasikan tindakan atau mengesekusi keputusan spesifik. Penerapan konsep ini melintasi berbagai ranah keilmuan, termasuk manajemen pemasaran, studi pariwisata, hingga pedagogi. Berdasarkan formulasi *Theory of Planned Behavior* oleh Ajzen (1991), niat berperilaku berfungsi sebagai determinan utama mendasari manifestasi perilaku aktual. Konstruk ini direflesikan oleh determinasi tiga variabel kuisensial, yakni evaluasi afektif individu (*attitude*), tekanan sosial eksternal (*subjective norms*), serta tingkat keyakinan terhadap kendali diri (*perceived behavioral control*).

Dalam ranah pariwisata, *behavioral intention* umumnya dikaitakan dengan niat wisata untuk mengunjungi suatu destinasi, yang dipengarui oleh presepsi terhadap citra destinasi, pengalaman kunjungan sebelumnya, serta hambatan perjalanan. Berbagai penelitian juga menunjukan bahwa elemen seperti nilai yang dirasakan (*perceived value*), tingkat kepuasan , dan kepercayaan turut menentukan niat perilaku individu dalam beragam konteks. Oleh karena itu, mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi *behavioral intention* menjadi krusial agar para pemangku kepentingan dapat merumuskan strategi yang efektif untuk meningkatkan keputusan perilaku wisatawan, khususnya dalam pengembangan pariwisata ranah muslim.

F. Landasan Teori

1. *Health Belief Model* (HBM)

Sebagai salah satu model perilaku kesehatan, *Health Belief Model* (HBM) digagas oleh Rosenstok (1966) dan dikembangkan lebih lanjut oleh Becker et al. (1970-1980) untuk memprediksikan sejauh mana kognisi individu memandu pengambilan keputusan terkait

kesehatan. Menurut Janz dan Becker (1984), kerangka ini menguraikan pertimbangan mendasar yang mendorong seseorang menerima atau mengabaikan anjuran perilaku sehat. Hal ini diperkuat oleh pemikiran Hochbaum, yang menyatakan bahwa tindakan prefentif sangat dipengaruhi oleh tingkat kepercayaan individu terhadap ancaman penyakit dan efektivitas intervensi pencegahan yang ada. Sebagaimana diuraikan oleh Bulgar, White, dan Robinson (2009), HBM mengintegrasikan beberapa dimensi kuisensial yang meliputi:

a. *Perceived Susceptibility*

   Perceived Susceptibility (presepsi kerentanan) mendeskripsikan penilaian subjek individu mengenai derajat kerentanan dirinya terhadap potensi ancaman penyakit, yang berkorelasi langsung dengan intensi adopsi perilaku kesehatan yang adaptif. Secara proksimal, eskalasi tingkat resiko yang dipresepsikan akan memicu tingginya probabilitas seseorang dalam mengeksekusi tindakan preventif guna mengeliminasi atau memitigasi bahaya tersebut. Dalam artian lain, ketika individu mengidentifikasi dirinya berada pada zona resiko kesehatan, dorongan internal untuk mengimplementasikan upaya pencegahan akan meningkat. Sebaliknya, estimasi resiko yang rendah cenderung menurunkan kecenderungan individu untuk mengadopsi intervensi kesehatan maupun pola hidup sehat secara konsisten.

b. *Perceived Severity*

   Perceived Severity merupakan keyakinan individu mengenai tingkat keparahan suatu penyakit. Presepsi ini umumnya terbentuk berdasarkan informasi atau pengetahuan terkait pengobatan, serta dapat dipengaruhi oleh pengalaman atau keyakinan yang muncul dari kesulitan yang dialami seseorang akibat penyakit tersebut maupun dampaknya terhadap kehidupan sehari-hari menurut McCormick-Brown tahun 1999. Misalnya, sebagian besar masyarakat menganggap flu sebagai penyakit ringan yang dapat dipulihkan hanya dengan beristirahat beberapa hari di rumah.

Namun, bagi individu yang memiliki kondisi medis seperti asma, infeksi flu dapat dipersepsikan sebagai masalah kesehatan yang lebih serius karena berpotensi memperburuk kondisi yang sudah ada.

c. *Perceived Barriers*

Perceived Barriers adalah hambatan yang dirasakan individu dan dapat menghalangi seseorang untuk melakukan perilaku sehat, karena perubahan perilaku bukanlah hal yang mudah. Dalam Health Belief Model, komponen ini menjadi faktor yang paling berpengaruh dalam menentukan apakah seseorang akan mengubah. Individu perlu meyakinkan bahwa manfaat dari perilaku baru lebih besar dibandingkan mempertahankan perilaku lama. Oleh sebab itu, kemampuan mengatasi hambatan yang dirasakan menjadi kunci dalam keberhasilan perubahan perilaku.

d. *Perceived Benefits*

Perceived Benefits merujuk pada keyakinan individu mengenai manfaat yang akan diperoleh ketika melakukan perilaku hidup sehat menurut Janz & Becker tahun 1984. Konstruk ini menggambarkan penilaian seseorang terhadap efektivitas suatu perilaku baru dalam menurunkan resiko penyakit individu lebih cenderung menerapkan perilaku kesehatan apabila mereka meyakini bahwa tidakan tersebut dapat mengurangi kemungkinan terkena penyakit. Oleh karena itu, manfaat yang di persepsikan memegang peranan penting dalam mendorong perilaku pencegahan, khususnya dalam upaya pencegahan sekunder.

e. *Self-Efficacy*

Sel-Efficacy adalah keyakinan individu terhadap kemampuan dirinya untuk melakukan suatu tindakan. Pada dasarnya, seseorang tidak akan mencoba perilaku baru juka ia tidak merasa mampu melakukannya. Bahkan juka suatu perilaku dinilai bermanfaat, namun individu merasa tidak memiliki kemampuan untuk

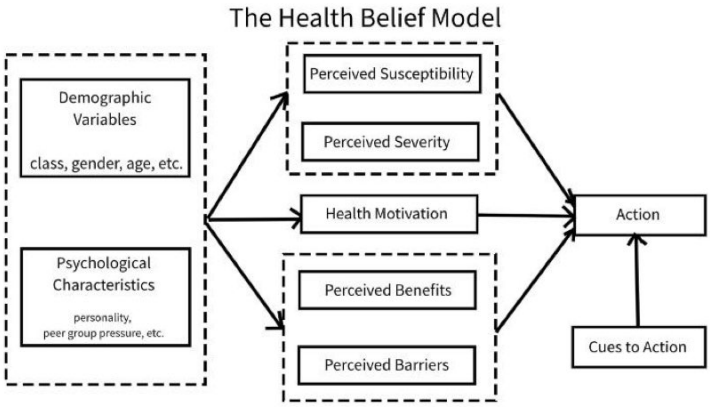
melaksanakannya, maka perilaku tersebut kemungkinan kecil akan dicoba.

Eksistensi *cues to action* direpresentasikan sebagai salah satu dari dua komponen tambahan dalam perluasan *Health Belief Model* oleh Janz dan Becker (1984). Variabel ini menggambarkan instrumen atau kriteria pendorong yang menstimulasi eksekusi perilaku hidup sehat. Mekanisme pemicu ini terbagi atas domain internal dan eksternal, yang diekspresikan oleh korelasi atribut demografi, variabel psikososial, presepsi personal, penetrasi media massa, serta intervensi edukasi melalui promosi kesehatan.

f. Cues to Action

Sebagai variabel pendorong, *Cues to Action* mengacu pada katalisator yang menstimulasi adopsi perilaku sehat pada diri seseorang (Becker et al., 1977, dalam Conner &Norman, 2003). Ranah pemicu ini bersumber dari domain internal maupun eksternal, yang mencakup penyampaian pesan melalui media, dukungan dari lingkungan sosial terdekat, karakteristik sosiodemografis (seperti latar belakang pendidikan, ekonomi, serta kultur sosial), dan keyakinan atas kemampuan diri (*self-efficacy*). Sejalan dengan hal tersebut, Janz dan Becker (1984) menegaskan bahwa manifestasi *cues to action* memiliki keterkaitan erat dengan aspek-aspek demografi, kondisi psikososial, kognisi individu, penetrasi media, hingga pelaksanaan program promosi kesehatan.

Menurut Boskey (2019), HBM digunakan memprediksi respon perilaku kesehatan, sementara *Rural Health Information Hub* (2019) menjelaskan bahwa HBM dapat menjadi panduan dalam promosi kesehatan dan program pencegahan penyakit. Galnz dan Kolega (2002) menambahkan bahwa HBM merupakan model kognitif yang dipengaruhi oleh informasi lingkungan. Secara keseluruhan, HBM membantu menjelaskan faktor-faktor yang memengaruhi perilaku sehat dan dapat digunakan sebagai dasar dalam perancangan intervensi kesehatan yang efektif.

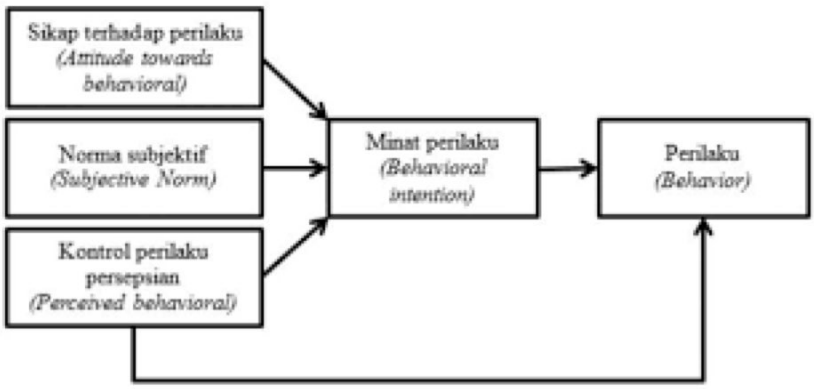


Gambar 2.1 ***Health Belief Model Component and linkages***

2. *Theory of Planned Behavior* (TPB)

Sebagai bentuk penyempurnaan dari *Theoryof Reasoned Action* (TRA), Icek Ajzen merumuskan *Theory of Planned Behavior Control* (presepsi kontrol perilaku). Konstruk ini merepresentasikan penilaian subjektif individu terkait tingkat kemudahan atau kemampuan dalam mengeksekusi suatu tindakan. Kehadiran elemen ini sangat krusial untuk menganalisis tindakan yang dipengaruhi oleh keterbatasan sumber daya serta pelbagai hambatan yang berada di luar kendali otonom individu.

Baik TRA maupun TPB menyatakan bahwa predictor utama perilaku adalah intensi, yang dibentuk oleh sikap terhadap perilaku dan norma jubjektif. TPB kemudian menambahkan control perilaku yang dirasakan sebagai faktor ketiga yang memengaruhi niat dan pelaksanaan perilaku.



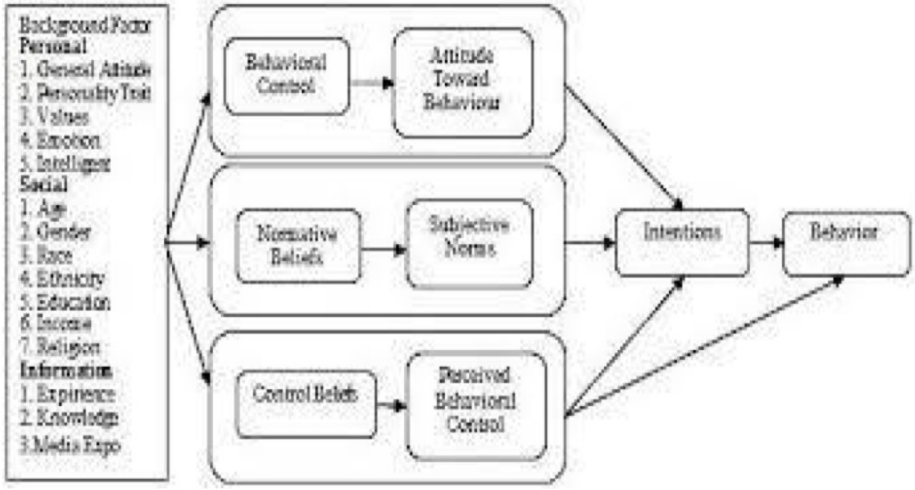
Gambar 2.2 Kerangka hubungan langsung dan tidak langsung ***Perceived of Behavioral Contro*****l terhadap Behavior (perilaku) (Ajzen, 1991**

Intensi akan berlanjut menjadi perilaku nyata apabila perilaku tersebut berada dalam kendali individu. Pelaksanaan perilaku tidak hanya ditentukan oleh motivasi, tetapi juga oleh faktor non-motivasional seperti ketersediaan waktu, biaya, bantuan orang lain, serta sumber daya lainnya. Jika individu memiliki intensi kuat dan dukungan sumber daya, maka kemungkinan perilaku tersebut muncul menjadi lebih besar.

Presepsi kontrol perilaku (*perceived behavioral control*) dibentuk oleh kombinasi pengalaman masa lalu serta penilaian subjektif mengenai seberapa rumit suatu tindakan untuk direalisasikan. Dalam perspektif *Theory of Planned Behavioral* (TPB), determinan perilaku tidak terbatas dalam dimensi internal semata, melainkan juga mencakup dinamika peluang dan kendala eksternal. Oleh karena itu, niat seseorang dalam bertindak diintegrasikan oleh tiga variabel utama, yakni sikap, norma subjektif, dan presepsi kontrol perilaku. Adapun presepsi kontrol ini ditopang oleh dua dimensi fundamental:

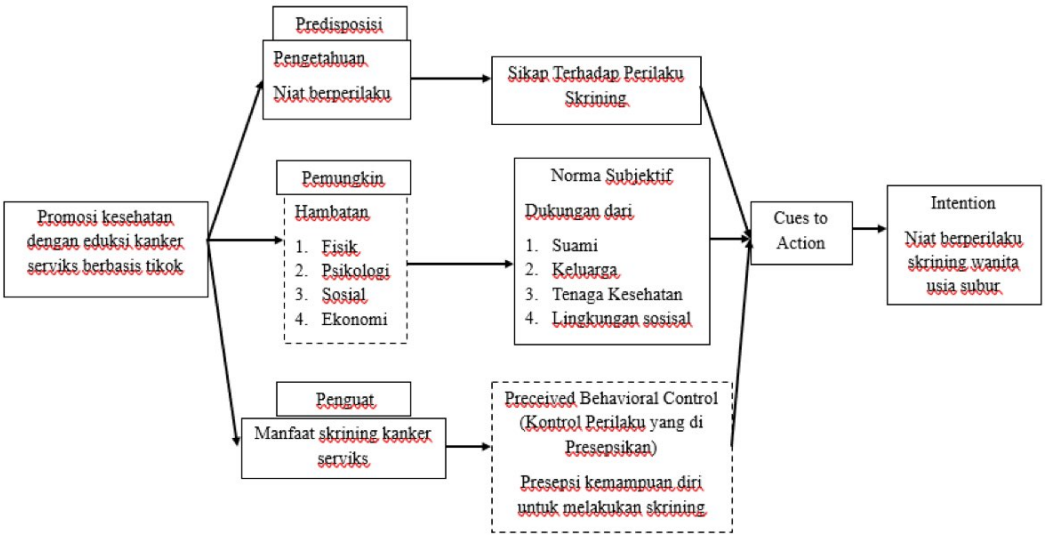
a. *Control Belief*, yaitu keyakinan individu terhadap keberadaan faktor-faktor penunjang maupun penghambat tindakan.
b. *Perceived Power*, yaitu evaluasi individu mengenai sejauh mana daya dorong atau hambatan dari faktor-faktor tersebut berpengaruh terhadap pelaksanaan perilaku.

Secara keseluruhan, *perceived behavioral control* menggambarkan sejauh mana individu merasa mampu mengendalikan tindakan yang ingin dilakukan.



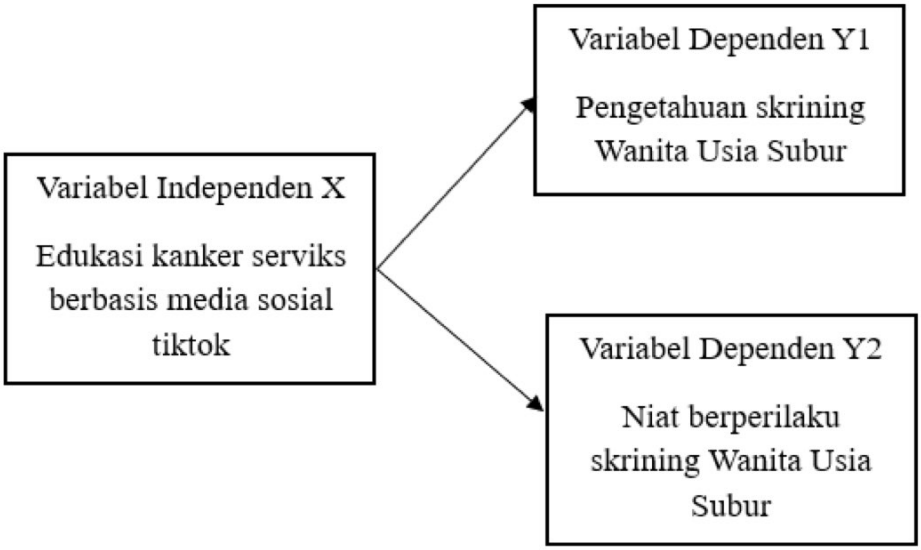
Gambar 2.3 Kerangka *Theory of Planned Behavior* atau Perilaku Terencana (Glanz, 2008)

G. Kerangka Teori



Gambar 2.4 Kerangka Teori di adaptasi dan modifikasi dari *Theory of Planned Behavior atau Perilaku Terencana* (Glanz, 2008) dan Teori *Health Belief Model* tentang Perubahan Perilaku

H. Kerangka Konsep



Gambar 2.5 Kerangka Konsep

I. Hipotesis

H_1 (Hipotesis Kerja): Adanya pengaruh eduksi menggunakan media sosial tiktok pada peningkatan pengetahuan dan niat berperilaku skrining kanker serviks pada wanita usia subur di Puskesmas Sei Semayang.