

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Umum Kanker Payudara

2.1.1 Definisi dan Epidemiologi Kanker Payudara

Kanker merupakan penyakit tidak menular yang memiliki ciri-ciri klinis berupa benjolan yang makin membesar oleh karena pertumbuhan sel secara abnormal dan tidak terkendali yang dapat merusak jaringan sekitarnya dan menyebar ke tempat yang jauh dari asalnya (Arafah dan Notobroto, 2017). Berdasarkan definisi kanker di atas maka kanker payudara dapat didefinisikan sebagai keadaan sel penyusun jaringan payudara yang telah kehilangan kemampuan pengendalian dan mekanisme normalnya, sehingga terjadi proliferasi sel secara cepat dan tak terkendali (Sinaga & Ardayani, 2016). Pada INFODATIN (2016) mendefinisikan kanker payudara sebagai tumor ganas yang tersusun dari sel-sel payudara yang tumbuh dan berkembang secara tak terkendali sehingga dapat menyebar diantara jaringan atau organ di dekat payudara atau ke bagian organ lain.

Hingga saat ini kanker payudara masih menjadi jenis kanker paling sering terjadi pada wanita di negara berkembang dan menjadi penyebab kematian wanita ke-2 di Amerika Serikat (Avryna *et al.*, 2019). Data GLOBOCAN (2012) menunjukkan kanker payudara menjadi urutan kelima sebagai penyebab kematian akibat kanker secara keseluruhan (522.000 kematian) dan sementara itu menjadi penyebab kematian tersering pada populasi wanita di negara yang kurang berkembang (324.000 kematian). Pada data GLOBOCAN (2018) menunjukkan bahwa terdapat 2.088.849 kasus baru kanker payudara di dunia pada semua umur dan jenis kelamin dengan angka kematian sebesar 626.679 jiwa, sedangkan di Asia Tenggara tercatat 137.514 kasus kanker payudara dengan angka kematian sebesar 50.935 jiwa. Di Indonesia, kejadian kanker payudara mengalami peningkatan pada 2013 dengan prevalensi tertinggi adalah provinsi Jawa Tengah 11.511 dan Jawa Timur 9.688 (INFODATIN, 2016)

2.1.2 Stadium Kanker Payudara

Menurut Cancer Research UK (2017), pembagian stadium kanker payudara adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Stadium Kanker Payudara (Cancer Research UK, 2017)

No.	Stadium	Karakteristik
1.	Stadium I A	Tumor berukuran 2 cm atau lebih kecil dan belum menyebar ke luar payudara.
2.	Stadium I B	Tumor ditemukan di kelenjar getah bening dekat payudara. Ukuran tumor berkisar 2 cm atau lebih kecil, sehingga tumor masih belum tampak dari luar payudara
3.	Stadium II A	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tumor berukuran ≤ 2 cm. Tumor dapat ditemukan di dalam payudara dan pada 1-3 kelenjar getah bening di dekat ketiak atau di dekat tulang dada. 2. Tumor dapat berukuran lebih dari 2 cm namun tidak lebih dari 5 cm dan tidak ditemukan di dalam kelenjar getah bening.
3.	Stadium II B	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tumor berukuran lebih dari 2 cm tetapi tidak lebih dari 5 cm dan terdapat area kecil dari tumor yang berada di kelenjar getah bening. 2. Tumor berukuran lebih dari 2 cm tetapi tidak lebih dari 5 cm dan terdapat penyebaran pada 1-3 kelenjar getah bening di dekat ketiak atau kelenjar getah bening di dekat tulang dada. 3. Tumor berukuran lebih dari 5 cm namun tidak ditemukan penyebaran pada kelenjar getah bening.
3	Stadium IIIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tumor belum tampak di permukaan payudara dengan berbagai ukuran dan dapat ditemukan pada 4-9 kelenjar getah bening di bawah lengan atau di dekat tulang dada. 2. Tumor berukuran lebih dari 5 cm dan sebagian kecil sel kanker berada pada kelenjar getah bening. 3. Tumor berukuran lebih dari 5 cm dan telah menyebar pada 3 kelenjar getah bening di dekat ketiak atau pada kelenjar getah bening di dekat tulang dada.
	Stadium IIIB	Sel kanker mulai menyebar ke kulit payudara hingga ke dinding dada. Pada kondisi ini sel kanker merusak jaringan kulit hingga terjadi pembengkakan. Selain itu, sel kanker mulai menyebar hingga ke 9 kelenjar getah bening di ketiak atau kelenjar getah bening di dekat tulang dada .
	Stadium IIIC	Tumor dapat memiliki berbagai ukuran bahkan bisa jadi tidak ditemukan tumor, namun sel kanker di kulit payudara menyebabkan pembengkakan hingga terbentuk ulcer. Selain itu pada stadium ini kanker telah menyebar ke dinding dada
4.	Stadium IV	Pada stadium ini sel kanker telah mengalami metastase ke bagian tubuh lainnya di luar payudara seperti tulang, paru-paru, hati, otak, maupun pada kelenjar limfa pada batang leher

2.1.3 Faktor Resiko Kanker Payudara

1. Faktor Dermografi

a. Jenis Kelamin

Kanker payudara merupakan kanker yang sering terjadi pada wanita dan jarang terjadi pada pria. Jumlah kasus kanker payudara pada pria terhitung kurang dari 1% . Kasus kanker payudara pada pria biasanya dialami oleh pria berusia tua yang memiliki ketidakseimbangan hormon, sering terpapar sinar radiasi, atau memiliki riwayat keluarga yang mengalami kanker payudara sebelumnya (Momenimovahed dan Salehiniya, 2019).

b. Usia

Setelah jenis kelamin, usia merupakan faktor resiko penting pada kanker payudara. Tingkat kejadian kanker payudara terus meningkat secara signifikan seiring bertambahnya usia (Momenimovahed dan Salehiniya, 2019). Wanita usia > 30 tahun beresiko lebih tinggi mengalami kanker payudara, dan resiko bertambah hingga usia 50 tahun dan setelah menopause . Hal ini disebabkan karena wanita usia tua lebih lama terpajan hormon estrogen dan progesteron (Yuliani, 2017) yang keduanya berfungsi dalam kontrol pertumbuhan dan perkembangan payudara (Di Sibio *et al.*, 2016)

c. Golongan Darah

Hasil studi menunjukkan Wanita yang memiliki golongan darah A dan rhesus positif memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalami kanker payudara daripada wanita yang memiliki golongan darah AB dan rhesus negatif yang memiliki resiko lebih rendah. Meskipun hasil studi tersebut telah dikonfirmasi oleh suatu penelitian pada tahun 2015, banyak peneliti yang tidak menemukan hubungan antara golongan darah dengan resiko kanker payudara, sehingga faktor resiko ini masih menjadi kontroversial (Momenimovahed dan Salehiniya, 2019).

2. Faktor Hormonal

a. Pil kontrasepsi

Penggunaan pil kontrasepsi dapat meningkatkan kejadian kanker payudara setelah penggunaan dihentikan selama 5-10 tahun (Momenimovahed dan Salehiniya, 2019).

b. *Postmenopausal Hormon Therapy*

Menggunakan terapi kombinasi hormon setelah menopause dapat meningkatkan resiko kanker payudara dan peningkatan risikonya akan terlihat minimal 2 tahun setelah penggunaan (*American Cancer Society*, 2017).

3. Faktor yang berhubungan dengan payudara

a. Menyusui

Menyusui merupakan *protective factor* dari kanker payudara. tingkat perlindungan semakin meningkat seiring dengan semakin lama waktu menyusui (Momenimovahed dan Salehiniya, 2019).

b. Tumor jinak payudara

Hubungan tumor jinak pada payudara dengan peningkatan risiko kanker payudara bergantung pada gambaran histopatologi dan riwayat keluarga yang memiliki kanker payudara (Momenimovahed dan Salehiniya, 2019).

4. Gaya hidup

a. Obesitas

Hubungan obesitas dengan kanker payudara disebabkan oleh karena semakin banyak jaringan lemak maka semakin banyak estrogen diproduksi. Selain itu juga berhubungan dengan kadar insulin, seseorang dengan obesitas cenderung memiliki kadar insulin yang tinggi yang dapat merangsang pertumbuhan sel kanker (Momenimovahed dan Salehiniya, 2019).

b. Konsumsi alkohol

Risiko kanker payudara meningkat pada seseorang yang gemar mengkonsumsi alkohol. Hal ini disebabkan oleh alkohol

yang bersifat karsinogenik (Momenimovahed dan Salehiniya, 2019).

c. Durasi tidur

Tidak ada hubungan antara lama durasi tidur dengan peningkatan faktor risiko kanker payudara (Momenimovahed dan Salehiniya, 2019).

d. Aktivitas fisik

Aktivitas fisik dapat mengurangi mortalitas dan morbiditas kanker payudara (Momenimovahed dan Salehiniya, 2019).

e. Merokok

Menjadi perokok aktif pasca menopause atau dalam kehamilan meningkatkan risiko kanker payudara. Pada perokok pasif pun juga dapat meningkatkan risiko kanker payudara (Momenimovahed dan Salehiniya, 2019).

f. Bekerja larut malam

Bekerja hingga larut malam berhubungan dengan peningkatan risiko kanker payudara. Hal ini terjadi karena terpapar cahaya buatan dapat mengurangi tingkat melatonin yang efeknya dapat meningkatkan kadar estrogen tubuh sehingga tubuh menjadi lebih rentan terhadap kanker payudara (Momenimovahed dan Salehiniya, 2019).

5. Faktor Keturunan

a. Faktor genetik

Sekitar 40% kasus kanker payudara terjadi secara turun-temurun. Penyebab tersering ialah mutasi gen BRCA1 dan BRCA 2 yang diwarisi secara autosomal dominan (Momenimovahed dan Salehiniya, 2019).

b. Riwayat keluarga dengan kanker payudara

Penting untuk diketahui 8 dari 10 wanita yang mengalami kanker payudara tidak memiliki riwayat keluarga dengan kanker payudara. Risiko dapat meningkat dua kali lipat pada wanita yang

memiliki kerabat tingkat pertama (ibu, saudara perempuan kandung, anak perempuan) dengan kanker payudara (ACS, 2017).

6. Faktor Reproduksi

a. Usia Menarche dan Menopause

Faktor resiko ini berhubungan dengan lama waktu pajanan estrogen dan progesteron endogen yang keduanya merupakan hormon yang dapat mempengaruhi kontrol perkembangan dan pertumbuhan payudara (Di Sibio *et al*, 2016). Menarche dini (< 12 tahun) dan menopause yang terlambat (> 55 tahun) (Kemenkes RI, 2017) dapat meningkatkan faktor resiko kanker payudara (Sun *et al.*, 2017). Hal ini disebabkan oleh karena semakin muda usia menarche dan semakin lama waktu menopause maka semakin panjang waktu untuk payudara mendapat pajanan oleh estrogen (Shoeb *et al.*, 2017).

b. Usia Kehamilan Aterm Pertama

Faktor resiko ini memiliki efek protektif terhadap kanker payudara yang bergantung pada usia saat kehamilan pertama (Momenimovahed dan Salehiniya, 2019). Perempuan dengan usia kehamilan aterm pertama > 35 tahun memiliki peningkatan faktor resiko terhadap kanker payudara. Semakin tua usia (>35 tahun) pada kehamilan aterm pertama maka efek protektif kanker payudara semakin menurun, begitupun sebaliknya semakin muda usia (< 35 tahun) maka efek protektifnya semakin meningkat (Meier-Abt *et al.*, 2015). Efek protektif pada kehamilan aterm pertama di usia muda (< 35 tahun) muncul tidak lepas dari peran struktur genetik pada sel penyusun payudara yang mengalami perubahan yang dapat menghambat sel payudara untuk bertransformasi menjadi bersifat karsinogenik (Yuliani, 2017).

c. Aborsi

Aborsi masih menjadi kekhawatiran oleh karena dianggap mengganggu siklus fisiologi hormonal saat kehamilan sehingga dapat meningkatkan risiko kanker payudara (ACS, 2017).

Meskipun angka kejadian aborsi yang tinggi berhubungan dengan peningkatan risiko pengembangan kanker payudara, namun terdapat 53 studi epidemiologi menunjukkan aborsi yang diinduksi maupun yang alami tidak meningkatkan risiko perkembangan kanker payudara. Perbedaan inilah yang membuat aborsi masih menjadi faktor risiko yang kontroversial (Momenimovahed & Salehiniya, 2019).

2.1.4 Etiologi dan Patogenesis

Etiologi kanker payudara hingga saat ini belum sepenuhnya dapat dijelaskan dan dimengerti, namun terdapat 3 hal yang penting dan berhubungan dengan patogenesis kanker payudara (Kumar *et al.*, 2015) yaitu :

1. Genetik

Sekitar 10% kanker payudara berhubungan dengan mutasi yang diwariskan (Kumar *et al.*, 2015). Terdapat 2 teori hipotesis yang menjelaskan inisiasi dan perkembangan kanker payudara dapat terjadi. Teori pertama adalah *the cancer stem cell theory*. Teori ini menjelaskan bahwa semua subtype kanker payudara berasal dari sel induk yang sama (*progenitor cell*). Teori kedua adalah *stochastic theory*. Teori ini menjelaskan bahwa subtype kanker payudara yang lain berasal dari 1 *stem cell* atau dari sel yang telah berdiferensiasi. Kedua teori di atas dapat terjadi secara acak yang jika terakumulasi akan menjadi kanker payudara (Sun *et al.*, 2017)

2. Pengaruh Hormon

Ketidakseimbangan hormon sangat berperan penting dalam progressivitas kanker payudara. Beberapa faktor risiko seperti usia subur yang lama, nuliparitas, dan usia lanjut saat memiliki anak pertama menunjukkan peningkatan pajanan ke kadar estrogen yang tinggi saat siklus menstruasi. Hormon estrogen memiliki peranan merangsang faktor pertumbuhan oleh sel epitel payudara normal dan oleh sel kanker. Hipotesis saat ini diduga reseptor estrogen dan progesteron yang secara normal terdapat di epitel payudara, mungkin berinteraksi dengan promotor pertumbuhan, seperti transforming growth factor α (berkaitan

dengan faktor pertumbuhan epitel), platelet-derived factor, dan faktor pertumbuhan fibroblas yang dikeluarkan oleh sel kanker payudara, untuk menciptakan suatu mekanisme autokrin perkembangan tumor (Nadeak, 2015).

3. Lingkungan

Pengaruh lingkungan terhadap insiden kanker payudara berbeda-beda setiap kelompok oleh karena secara genetis homogen dan perbedaan geografi dalam prevalensi. Faktor lingkungan yang cukup berperan penting adalah radiasi dan estrogen eksogen (Nadeak, 2015)

2.1.5 Manifestasi Klinis Kanker Payudara

Menurut Dewi dan Hendrati (2015) pasien biasanya sering datang dengan keluhan sebagai berikut:

- a. Terdapat benjolan pada payudara yang dapat diraba, semakin mengeras, tidak beraturan, dan terasa nyeri.
- b. Perubahan bentuk dan ukuran payudara, biasanya terjadi pembengkakan di salah satu payudara.
- c. Retraksi dan gatal pada puting susu.



Gambar 2.1 Retraksi puting susu pada kanker payudara (Inflammatory Breast Cancer Research Fondation, 2016)

- d. Terjadi pengerutan kulit payudara sehingga menyerupai kulit jeruk (peau d'orange)



Gambar 2.2 Gambaran peau d'orange pada kanker payudara (IBCRF, 2016)

- e. Payudara mengeluarkan cairan abnormal berupa nanah, darah, cairan encer atau air susu pada wanita yang tidak hamil maupun tidak menyusui.
- f. Pada stadium lanjut dapat dijumpai gejala seperti nyeri tulang, pembengkakan lengan, ulserasi kulit, dan penurunan berat badan.

2.1.6 Terapi Kanker Payudara

Penatalaksanaan kanker payudara terdiri dari pembedahan, radioterapi, kemoterapi, terapi hormon, terapi radiasi dan yang terbaru adalah terapi imunologi (antibodi) (Nounou *et al.*, 2015). Pengobatan ini bertujuan untuk menghasilkan kesembuhan (kuratif) serta menghilangkan kanker atau membatasi progressivitas penyakit serta menghilangkan gejala-gejalanya (paliatif) dengan harapan dapat meningkatkan angka harapan hidup pasien kanker payudara (Kemenkes RI, 2017)

2.1.7 Pencegahan Kanker Payudara

Promosi kesehatan dan deteksi dini merupakan pencegahan yang paling efektif terhadap kejadian penyakit tidak menular. Begitu pula pada kanker payudara, pencegahan yang dilakukan antara lain berupa:

- a. Pencegahan primer

Pencegahan primer merupakan usaha yang bertujuan agar seseorang tidak menderita kanker payudara. Pencegahan primer dapat dilakukan dengan cara mengurangi faktor-faktor resiko yang diduga sangat erat kaitannya dengan peningkatan insiden kanker payudara (Kemenkes RI, 2017). Salah satu pencegahan primer yang mudah

dilakukan ialah pemeriksaan payudara sendiri atau disebut SADARI. Pemeriksaan SADARI yang rutin dilakukan dapat memperkecil faktor resiko mengalami kanker payudara (Dhanabalan, 2013).

b. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder dapat dilakukan melalui skrining kanker payudara. Skrining kanker payudara merupakan pemeriksaan untuk menemukan abnormalitas yang mengarah pada kanker payudara pada seseorang atau kelompok orang yang tidak memiliki keluhan. Tujuan dari skrining adalah untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas kanker payudara (Kemenkes RI, 2017). Beberapa tindakan yang dapat digunakan untuk skrining antara lain pemeriksaan payudara sendiri (SADARI), pemeriksaan payudara klinis (SADANIS), mammografi, dan MRI (Sun *et al.*, 2017).

c. Pencegahan tertier

Pencegahan tertier umumnya diarahkan kepada individu yang telah positif menderita kanker payudara. Penanganan yang tepat pada penderita kanker payudara sesuai dengan stadiumnya akan dapat mengurangi kecacatan dan memperpanjang harapan hidup penderita. Pencegahan tertier ini sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup penderita serta mencegah komplikasi penyakit dan meneruskan pengobatan. Tindakan pengobatan saat ini yang dapat dilakukan berupa kemoterapi, imunoterapi (Sun *et al.*, 2017) dan operasi meskipun tidak berdampak banyak terhadap ketahanan hidup penderita (Dhanabalan, 2013).

2.1.8 Prognosis

Penelitian (Cao dan Lu, 2016) menunjukkan 80-90% penderita kanker payudara dapat bertahan hidup selama ≥ 5 tahun. Apabila ditinjau dari stadiumnya, pada stadium 1-3 (tanpa metastase jauh) dianggap masih bisa disembuhkan sedangkan pada stadium 4 (dengan metastase jauh) dianggap tidak bisa disembuhkan. Meskipun demikian mayoritas perbaikan dalam kelangsungan hidup penderita kanker payudara dapat ditingkatkan melalui peningkatan pengetahuan

yang lebih baik terhadap perkembangan penyakitnya, sehingga perawatan yang digunakan menjadi lebih efektif.

Tabel 2.2 Prognosis Kanker Payudara Stadium 5-year Relative Survival (Nadeak, 2015)

Stadium	5 year Relative Survival
0	100%
I	100%
II	93%
III	72%
IV	22%

2.2 Tinjauan Umum Perilaku SADARI

2.2.1 Definisi SADARI

SADARI atau dikenal sebagai pemeriksaan payudara sendiri merupakan salah satu cara deteksi dini kanker payudara yang murah dan mudah untuk dilakukan (Seftiani, 2012). Menurut Kemenkes RI (2017) mendefinisikan SADARI sebagai pemeriksaan payudara yang dilakukan oleh wanita itu sendiri untuk lebih mengenali dan menemukan kelainan pada payudaranya dalam upaya deteksi dini kanker payudara.

2.2.2 Tujuan SADARI

Tujuan dilakukannya SADARI antara lain :

- a. Sebagai deteksi dini kanker payudara, bukan untuk mencegah kanker payudara. Dengan adanya deteksi dini maka kanker payudara dapat terdeteksi lebih awal sehingga pengobatan dini akan memperpanjang harapan hidup penderita kanker payudara (Kemenkes RI, 2017)
- b. Menurunkan angka kematian penderita karena kanker payudara (Sari, 2017)

2.2.3 Waktu Melakukan SADARI

Pemeriksaan dilakukan setiap bulan pada hari ke 7-10 setelah hari pertama haid atau pada tanggal yang sama setiap bulan pada wanita yang telah menopause (Kemenkes RI, 2017). Hal ini dikarenakan pada hari ke 7-10 pada siklus menstruasi

terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron (Sherwood, 2014) sehingga densitas payudara menurun sehingga mudah untuk mendeteksi adanya benjolan pada payudara (Humaera dan Mustofa, 2017).

2.2.4 Sasaran

Berdasarkan Kemenkes RI (2017) menunjukkan bahwa sasaran yang dianjurkan untuk melakukan SADARI yaitu :

1. Semua wanita yang berusia di atas 15 tahun (terutama di atas usia 35 tahun)
2. Wanita yang memiliki riwayat keluarganya pernah atau sedang menderita kanker payudara atau kanker jenis lainnya

America Cancer Society dalam proyek skrining kanker payudara menganjurkan hal berikut ini pada wanita yang tidak dijumpai keluhan apapun.

1. Wanita > 20 tahun melakukan SADARI tiap bulan.
2. Wanita > 30 – 40 tahun melakukan mamografi
3. Wanita > 40 tahun melakukan cek up pada dokter ahli.
4. Wanita > 50 tahun cek up rutin / mamografi setiap tahun.
5. Wanita yang mempunyai faktor resiko tinggi (misalnya keluarga ada yang menderita kanker) melakukan pemeriksaan ke dokter lebih dan lebih sering (Sari, 2017).

2.2.5 Prosedur Pemeriksaan SADARI

Menurut Puspita (2016) prosedur pemeriksaan SADARI dapat dilakukan dengan 2 cara yaitu :

- a. Memeriksa di depan cermin
 1. Berdiri tegak dengan kedua tangan lurus ke bawah, kemudian amati apakah ada kelainan lekukan, kerutan dalam, atau pembengkakan pada kedua payudara atau puting.
 2. Kedua tangan diangkat ke atas kepala, kemudian amati payudara dari berbagai sudut.
 3. Tegangkan otot-otot bagian dada dengan meletakkan kedua tangan di pinggang, kemudian amati apakah kelainan pada kedua payudara atau puting.

4. Pijat puting payudara dan tekan payudara untuk melihat apakah ada cairan atau darah yang keluar dari puting payudara. Lakukan hal di atas pada payudara kanan maupun kiri
- b. Memeriksa dengan cara berbaring
1. Letakkan bantal di bahu kanan dan letakkan tangan kanan di atas kepala. Gunakan tangan kiri untuk memeriksa payudara kanan, kemudian palpasi untuk mencari apakah ada penebalan maupun benjolan.
 2. Raba payudara dengan gerakan melingkar dari sisi luar payudara ke arah puting. Buat sekurang-kurangnya dua putaran kecil sampai ke puting payudara.
 3. Raba payudara dengan gerakan lurus dari sisi luar ke sisi dalam payudara. Gunakan jari telunjuk, tengah, dan jari manis untuk merasakan perubahan. Ulangi langkah 1, 2, dan 3 pada payudara kiri.

Menurut Kemenkes RI (2017) prosedur pemeriksaan SADARI secara sistematis juga dapat dilakukan seperti langkah di bawah ini :

- a. Melihat
1. Lakukan di depan cermin dengan posisi berdiri dan lepaskan pakaian atas.
 2. Lakukan dengan tangan lurus ke bawah dan di pinggang.
 3. Lihat kedua payudara, ketiak dan perhatikan keadaan kulit payudara.
- b. Meraba
1. Lakukan dengan posisi tetap berdiri didepan cermin, bergantian tangan kanan untuk memeriksa payudara kiri dan sebaliknya.
 2. Pada waktu meraba gunakan bagian dalam jari II sampai dengan IV.
 3. Lakukan secara teratur, payudara kiri diraba dengan tangan kanan dan sebaliknya, lakukan di seluruh bagian payudara.
 4. Selain melakukan perabaan pada payudara, lakukan perabaan pada bagian ketiak.

- c. Menilai Puting Susu
 1. Meraba puting susu dilakukan pada bagian akhir dari meraba payudara dengan cara memijat puting susu dan melihat apakah ada cairan yang keluar (*nipple discharge*).
 2. Lihat bagian dalam bra (cap-nya) apakah ada flek bekas keluar cairan dari puting susu.

Apabila ditemukan kelainan, dianjurkan untuk melakukan hal-hal sebagai berikut:

1. Jangan panik.
2. Berilah tanda atau mengingat tempat ditemukannya kelainan sebagai bahan evaluasi bulan berikutnya.
3. Apabila pada bulan berikutnya masih ditemukan kelainan di tempat yang sama maka segera periksakan diri ke dokter.

2.3 Tinjauan Umum Pendidikan dan Promosi Kesehatan Kesehatan

2.3.1 Sejarah Pendidikan dan Promosi Kesehatan

Bergesernya pendidikan kesehatan menjadi promosi kesehatan tidak terlepas dari sejarah praktik pendidikan kesehatan di dalam kesehatan masyarakat di Indonesia maupun secara global. Praktik pendidikan kesehatan pada masa lampau terlalu menekankan perubahan perilaku masyarakat, tetapi pada kenyataannya perubahan perilaku hidup sehat tersebut sangat lamban, sehingga dampaknya terhadap perbaikan kesehatan sangat kecil. Hal ini menimbulkan kesan yang negatif pada pendidikan kesehatan bahwa pendidikan kesehatan hanya mementingkan perubahan perilaku melalui informasi atau penyuluhan kesehatan tanpa memperhatikan fasilitas yang mendukung untuk berperilaku hidup sehat (Notoatmodjo, 2010)

Berdasarkan kronologi di atas, para ahli pendidikan kesehatan global yang dinaungi oleh WHO tahun 1984 merevitalisasi pendidikan kesehatan dengan istilah promosi kesehatan (*health promotion*). Lawrence Green (1984) mendefinisikan promosi kesehatan sebagai segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang mendukung dengan tujuan menciptakan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

2.3.2 Metode dan Teknik Promosi Kesehatan

Untuk mencapai suatu perubahan perilaku yang menjadi tujuan akhir pendidikan kesehatan membutuhkan beberapa cara salah satunya ialah proses belajar. Di dalam proses belajar terdapat dua elemen pokok yaitu pengajar (teacher) dan orang yang belajar (learner). Sebagai orang yang belajar, pelajaran yang disampaikan diusahakan dapat diterima seefektif dan seefisien mungkin. Sebagai seorang pengajar, harus berusaha agar dapat menyampaikan pelajaran dengan cara efektif, efisien, dan mudah dipahami. Untuk mencapai efektifitas dan efisiensi proses belajar dan mengajar, sangat diperlukan ketepatan dan kesesuaian dalam memilih serta menggunakan metode dan media pembelajaran (Maryam, 2015).

Metode dan teknik promosi kesehatan merupakan kombinasi metode dan media yang digunakan dalam setiap kegiatan promosi kesehatan (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan sasarannya metode dan teknik promosi kesehatan dibagi menjadi 3 yaitu :

a. Metode pendidikan individual

Metode ini digunakan apabila antara promotor kesehatan dengan sasaran dapat berkomunikasi langsung, bertatap muka, maupun melalui sarana komunikasi lainnya. Merupakan metode yang paling efektif, oleh karena antara petugas kesehatan dengan klien dapat saling berdialog, berdiskusi, dan saling merespon dalam waktu yang bersamaan. Salah satu contoh metode pendidikan individual yang terkenal ialah *Councelling* (Maryam, 2015)

b. Metode pendidikan kelompok

Metode ini dibagi menjadi 2 bagian yaitu:

1. Kelompok Besar

Disebut sebagai kelompok besar jika peserta berjumlah > 25 orang. Contoh metode pendidikan kelompok besar yaitu:

a. Ceramah

Tabel 2.3 Kelebihan dan kekurangan metode ceramah (Maryam, 2015)

Kelebihan	Kekurangan
1. Dapat digunakan pada orang dewasa	1. Menghalangi respon dari pendengar
2. Menghabiskan waktu dengan baik	2. Hanya sedikit pengajar yang dapat menjadi pembicara yang baik
3. Dapat digunakan di kelompok yang besar	3. Pembicara harus menguasai semua pokok pembicaraan
4. Tidak terlalu melibatkan alat bantu	4. Dapat menjadi kurang menarik
5. Dapat digunakan sebagai penambah bahan yang mudah dibaca	5. Pembicara kurang dapat memanfaatkan pendengar
6. Dapat digunakan untuk mengulang atau memberi pengantar pada pelajaran atau aktivitas	6. Sulit digunakan pada anak-anak
	7. Daya ingatnya terbatas
	8. Biasanya hanya satu indera yang dipakai
	9. Pembicara tidak selalu dapat menilai reaksi peserta

b. Seminar

Suatu presentasi dari satu atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan dianggap hangat oleh masyarakat. Seminar memerlukan kajian ilmu dari masing-masing peserta yang lebih luas. Dengan demikian, metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar yang berpendidikan tinggi (Maryam, 2015)

2. Kelompok Kecil

a. Diskusi Kelompok

Merupakan percakapan yang direncanakan atau dipersiapkan diantara tiga orang lebih tentang topik tertentu dan dipimpin oleh salah seorang dari peserta diskusi. Tujuan dari diskusi kelompok antara lain adalah individu dapat mengutarakan pikiran, dapat berbicara

masalah kelompoknya, dapat meminta pertolongan dan saran dari anggota yang lain, anggota kelompok dapat memberi dorongan dan dukungan bagi individu yang mencoba memecahkan masalah dan mengubah perilakunya. Dalam pelaksanaannya terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu membina hubungan, mendorong yang lain, memulai diskusi dengan pengetahuan umum, mengajukan pertanyaan untuk mendorong sambung rasa, mendorong peran serta, waktu, dan mengevaluasi kepuasan anggota (Maryam, 2015).

Tabel 2.4 Kelebihan dan kekurangan diskusi kelompok (Maryam, 2015)

Kelebihan	Kekurangan
1. Memungkinkan saling mengemukakan pendapat	1. Tidak dapat digunakan dalam kelompok besar
2. Merupakan pendekatan yang demokratis	2. Peserta memperoleh informasi yang terbatas
3. Mendorong rasa kesatuan	3. Diskusi mudah berlarut-larut
4. Memperluas pandangan	4. Membutuhkan pemimpin yang terampil
5. Menghayati kepemimpinan bersama	5. Mungkin didominasi orang-orang yang suka belajar
6. Membantu mengembangkan kepemimpinan	6. Biasanya individu menghendaki pendekatan yang lebih formal
7. Memperoleh pandangan dari orang yang tidak suka bicara	

b. Curah Pendapat (*Brain Storming*)

Merupakan metode modifikasi dari diskusi kelompok. Metode ini cocok untuk membangkitkan pikiran kreatif, merangsang partisipasi, mencari kemungkinan pemecahan masalah, mendahului metode lainnya, mencari pendapat baru, dan menciptakan suasana yang menyenangkan dalam kelompok (Maryam, 2015)

Tabel 2.5 Kelebihan dan kekurangan curah pendapat (Maryam, 2015)

Kelebihan	Kekurangan
1. Membangkitkan pendapat baru	1. Tidak dapat digunakan dalam kelompok besar
2. Merangsang semua anggota untuk ambil bagian	2. Peserta memperoleh informasi yang terbatas
3. Menghasilkan reaksi rantai dalam pendapat	3. Diskusi mudah berlarut-larut
4. Tidak menyita banyak waktu	4. Membutuhkan pemimpin yang terampil
5. Dapat dipakai dalam kelompok besar maupun kecil	5. Mungkin didominasi orang-orang yang suka belajar
6. Tidak memerlukan pemimpin yang terlalu hebat	6. Biasanya individu menghendaki pendekatan yang lebih formal
7. Hanya sedikit peralatan yang diperlukan	

c. Bola Salju (*Snow Ball*)

Metode ini dilakukan dengan membagi secara berpasangan. Setelah pasangan terbentuk, dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit setiap 2 pasang bergabung menjadi satu dengan tetap mendiskusikan masalah yang sama dan mencari kesimpulannya. Selanjutnya, setiap dua pasangan yang sudah beranggotakan empat orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya, begitu seterusnya hingga akhirnya terjadi diskusi seluruh diskusi (Maryam, 2015).

d. Kelompok-kelompok kecil (*Buzz group*)

Merupakan metode yang dilakukan dengan cara membagi kelompok langsung menjadi kelompok kecil yang kemudian diberikan suatu permasalahan yang sama atau tidak sama dengan kelompok lain dan hasil setiap kelompok didiskusikan kembali kembali untuk dicari kesimpulannya (Maryam, 2015).

Tabel 2.6 Kelebihan dan kerugian *Buzz Group* (Maryam, 2015)

Kelebihan	Kekurangan
1. Mendorong peserta yang malu-malu	1. Mungkin terbentuk kelompok yang terdiri dari

<ol style="list-style-type: none"> 2. Menciptakan suasana yang menyenangkan 3. Memungkinkan pembagian tugas kepemimpinan 4. Menghemat waktu 5. Memupuk kepemimpinan 6. Memungkinkan pengumpulan pendapat dari peserta sebanyak mungkin 7. Dapat digunakan bersama metode lain 8. Memberi variasi dalam proses belajar 	<p>orang-orang kurang mengerti</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mungkin terdapat pemimpin yang lemah 3. Laporan mungkin tidak tersusun dengan baik 4. Perlu belajar sebelumnya jika ingin mencapai hasil yang baik 5. Mungkin terjadi <i>clique</i> (kelompok dominan dan non dominan) untuk sementara 6. Biasanya banyak memakan waktu untuk persiapan
--	---

e. **Bermain Peran (*Role Play*)**

Merupakan metode yang dilakukan dengan memainkan suatu kasus tertentu dengan atau tanpa latihan sebelumnya.

Tabel 2.7 Kelebihan dan Kekurangan *Role Play* (Maryam, 2015)

Kelebihan	Kekurangan
<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera mendapat perhatian 2. Dapat digunakan dalam kelompok besar maupun kecil 3. Membantu rasa percaya diri peserta 4. Membantu anggota memperoleh pengalaman yang dialami oleh orang lain 5. Membangkitkan semangat untuk pemecahan masalah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpotensi memunculkan masalah asosialisasi dengan pemerannya 2. Banyak yang tidak senang memainkan suatu peran 3. Membutuhkan pemimpin yang terlatih 4. Terbatas pada beberapa situasi saja 5. Kesulitan melakukan suatu peran

f. **Permainan simulasi (*Simulation Game*)**

Merupakan suatu cara peniruan karakter dari dunia riil sehingga para peserta latihan dapat bereaksi seperti pada keadaan sebenarnya. Metode ini merupakan

gabungan dari *role play* dan diskusi kelompok (Maryam, 2015)

c. Metode pendidikan massa

Metode ini cocok untuk menyampaikan pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Oleh karena itu, sasaran pendidikan ini bersifat umum, tidak menggolongkan usia, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan dll. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk membangkitkan kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi *awareness*, dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku (Maryam, 2015)

2.3.3 Media Promosi Kesehatan

Media merupakan alat bantu dalam menyampaikan atau memperagakan bahan pendidikan, yang bertujuan untuk memudahkan pemahaman seseorang terhadap segala informasi yang disampaikan. Prinsip pembuatannya adalah bahwa setiap ilmu atau informasi yang akan dijadikan sebagai bahan pendidikan dapat diterima atau ditangkap melalui panca indra. Semakin banyak panca indra yang digunakan, maka semakin banyak dan jelas pengetahuan yang didapatkan. Penelitian para ahli menunjukkan, panca indra yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke otak adalah mata (75-87%), sedangkan 13-25% disalurkan oleh indra lainnya (Maryam, 2015)

Teori Elgar Dale menunjukkan bahwa media memiliki tingkatan keefektifan dalam menyalurkan pengetahuan kepada seseorang yang dijelaskan dalam gambar di bawah ini :



Gambar 2.3 Kerucut Elgar Dale (Maryam, 2015)

Gambar 2.3 menjelaskan media yang memiliki tingkat keefektifan paling tinggi adalah benda asli dan tingkat keefektifan yang paling rendah adalah kata-kata. Hal ini berarti bahwa penyampaian bahan pendidikan kurang efektif jika hanya dengan menggunakan kata-kata.

Meskipun masing-masing media memiliki tingkat keefektifan yang berbeda-beda, namun secara umum suatu media memiliki beberapa manfaat berikut ini:

1. Meningkatkan minat sasaran
2. Mencapai sasaran yang lebih banyak
3. Membantu mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman
4. Merangsang sasaran untuk meneruskan pesan kepada orang lain
5. Memudahkan penyampaian informasi
6. Memudahkan penerimaan informasi kepada sasaran
7. Mendorong keinginan untuk mengetahui, mendalami, dan mendapat pemahaman yang lebih baik
8. Memperpanjang memori terhadap pengetahuan yang telah diterima (Maryam, 2015)

Secara umum, alat bantu pendidikan dibagi menjadi 3 yaitu :

1. Alat bantu lihat (*visual aids*) yang berguna dalam membantu menstimulasi indra mata pada waktu terjadinya proses pendidikan. Terdapat dua bentuk yaitu yang dapat diproyeksikan seperti *slide*, film, film strip dan yang tidak dapat diproyeksikan seperti, gambar peta, bola dunia, bagan, boneka.
2. Alat bantu dengar (*audio aids*), yaitu alat yang dapat membantu untuk menstimulasikan indra pendengar pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan.
3. Alat bantu lihat-dengar (*audio visual aids*), seperti televisi dan video *cassette* (Maryam, 2015)

Pengetahuan tentang sasaran pendidikan merupakan hal yang perlu diperhatikan dalam memilih dan menggunakan alat bantu pendidikan. Hal ini berarti penggunaan alat bantu harus berdasarkan pengetahuan tentang sasaran yang ingin dicapai. Hal yang perlu diperhatikan antara lain:

1. Pengetahuan tentang sasaran yang meliputi :
 - a. Individu atau kelompok
 - b. Kategori sasaran (misal kelompok umur, pendidikan, pekerjaan)
 - c. Bahasa yang digunakan
 - d. Adat istiadat dan kebiasaan
 - e. Minat dan perhatian
 - f. Pengetahuan dan pengalaman sasaran terkait pesan yang akan disampaikan (Maryam, 2015)
2. Pengetahuan tentang tempat dan waktu memasang atau menggunakan alat bantu yang meliputi :
 - a. Keluarga (misal di dalam kesempatan kunjungan rumah, waktu menolong persalinan, dan merawat bayi, atau menolong orang sakit)
 - b. Masyarakat (misal waktu perayaan hari besar, arisan, pengajian, serta dipasang ditempat umum yang strategis)
 - c. Instansi (misal puskesmas, rumah sakit, kantor, sekolah) (Maryam, 2015)

Selain sasaran, hal penting yang perlu diperhatikan adalah tujuan yang hendak dicapai antara lain:

1. Tujuan pendidikan :
 - a. Menanamkan pengetahuan, pendapat, dan konsep.
 - b. Mengubah sikap dan persepsi
 - c. Menanamkan tingkah laku atau kebiasaan yang baru
2. Tujuan penggunaan alat peraga :
 - a. Sebagai alat bantu dalam latihan
 - b. Untuk menimbulkan perhatian terhadap suatu masalah
 - c. Untuk mengingatkan suatu pesan atau informasi
 - d. Untuk memperjelas fakta, prosedur, dan tindakan (Maryam, 2015)

2.4 Tinjauan Umum Perilaku Kesehatan

2.4.1 Definisi

Perilaku kesehatan (*health behaviour*) adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor

yang mempengaruhi kesehatan. Perilaku kesehatan dapat didefinisikan pula sebagai semua aktivitas yang dapat diamati maupun tidak yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup pencegahan penyakit, perlindungan penyakit, dan penyembuhan penyakit (Notoatmodjo, 2010).

2.4.2 Domain, Pengukuran, dan Indikator Perilaku

Domain perilaku dibagi menjadi 3 antara lain :

1. Pengetahuan

Pengetahuan didefinisikan sebagai informasi terhadap suatu objek tertentu yang didapatkan melalui saluran panca indra (Notoatmodjo, 2010). Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Maryam, 2015).

Cara mengukur pengetahuan dapat dilakukan dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung (wawancara) atau tertulis (kuisisioner). Indikatornya adalah tingginya pengetahuan responden tentang variabel-variabel kesehatan (Notoatmodjo, 2010)

2. Sikap

Sikap merupakan respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan. Sikap merupakan kecenderungan yang berasal dari diri individu untuk berperilaku dengan pola-pola tertentu akibat pendirian dan perasaan terhadap suatu objek (Maryam, 2015)

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung. Pengukuran secara langsung dapat dilakukan dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan tentang objek yang ditentukan. Sebagai contoh adalah pertanyaan terkait pendapat terhadap sesuatu hal atau dapat dilakukan dengan cara memberikan pendapat dengan menggunakan kata “setuju” atau “tidak setuju” (menggunakan skala Lickert) (Notoatmodjo, 2010)

3. Tindakan

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang

diketahui, proses selanjutnya diharapkan seseorang akan melaksanakan suatu tindakan apa yang telah diketahui dan diyakini (Maryam, 2015). Tindakan kesehatan adalah semua kegiatan atau aktivitas seseorang dalam rangka memelihara kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Pengukuran tindakan dapat dilakukan dengan dua cara yaitu secara langsung dan tidak langsung. Pengukuran tindakan yang paling baik adalah secara langsung, yaitu dengan observasi tindakan subjek yang bersangkutan. Sedangkan cara tidak langsung yaitu dengan menggunakan metode mengingat kembali (*recall*). Metode ini dilakukan melalui-melalui pertanyaan terhadap subjek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

2.5 Hubungan Promosi Kesehatan dan Perilaku

Dalam mempengaruhi perilaku kesehatan masyarakat, suatu promosi kesehatan harus memiliki intervensi dalam membentuk perilaku hidup sehat. Menurut Notoatmodjo (2010), intervensi dapat dilakukan melalui 2 pendekatan :

1. Pendidikan

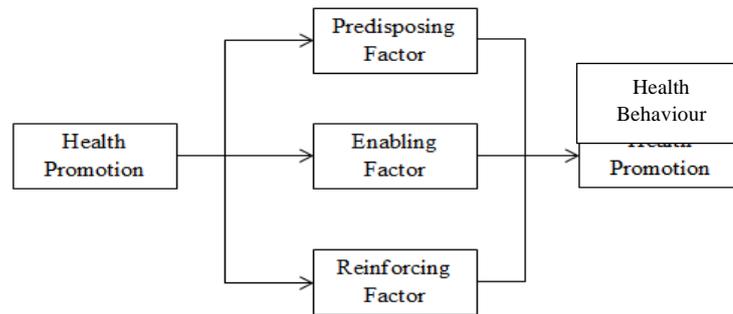
Merupakan upaya persuasi pembelajaran kepada masyarakat agar mau melakukan perubahan serta peningkatan tindakan dalam memelihara kesehatan berbasis kesadaran, sehingga perilaku yang terbentuk dapat berlangsung lama dan menetap. Kelemahan dari pendekatan ini adalah diperlukan waktu yang cukup lama.

2. Paksaan atau Tekanan

Prinsip pendekatan model ini sama halnya seperti pada model pendidikan, hanya saja disertai dengan tekanan dalam melakukan tindakan pemeliharaan kesehatan. Hasil dari pendekatan ini memang cepat, tetapi tidak berlangsung lama oleh karena tidak didasari oleh kesadaran masyarakat itu sendiri.

Berdasarkan uraian keuntungan serta kelemahan dari masing-masing teknik pendekatan di atas, maka pendekatan pendidikanlah yang paling cocok dijadikan suatu intervensi terhadap perilaku kesehatan.

Hubungan antara promosi kesehatan dan perilaku dijelaskan dalam skema di bawah ini :



Gambar 2.4 Hubungan promosi kesehatan dengan determinan perilaku (Notoatmodjo, 2010)

Gambar 2.4 menjelaskan promosi kesehatan melalui pendekatan pendidikan dapat membentuk suatu perilaku kesehatan apabila pendidikan tersebut diarahkan sesuai dengan sasaran faktor-faktor perilaku. Faktor-faktor perilaku dibagi menjadi 3 yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin (enabling), dan faktor penguat (reinforcing). Faktor predisposisi meliputi pengetahuan dan sikap, faktor pemungkin meliputi fasilitas sarana dan prasarana, dan faktor penguat terdiri adat dan budaya yang diyakini oleh suatu lingkungan masyarakat. Jadi promosi kesehatan dapat membentuk perilaku seseorang apabila dapat meningkatkan keyakinan, pengetahuan, sikap serta dapat memberikan sarana dan prasana yang memadai. (Notoatmodjo, 2010).