

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Kanker Payudara dan Deteksi Dini

a. Pengertian Kanker Payudara

Kanker payudara merupakan pertumbuhan sel ganas pada jaringan payudara yang berasal terutama berasal saluran susu (*ductal carcinoma*) atau kelenjar *lobulus* (lobular carcinoma). Sel kanker dapat menembus jaringan sekitarnya, memasuki sistem limfatik, dan bermetastasis ke organ jauh seperti paru, tulang, dan hati. Menurut WHO (2023) kanker payudara termasuk jenis kanker paling umum pada Perempuan di seluruh dunia, dan menjadi salah satu penyebab utama kematian akibat kanker di negara berkembang.¹

Kanker payudara terjadi akibat perubahan genetik pada sel epitel kelenjar payudara yang disertai dengan pembuatan sel baru secara abnormal dan kematian sel secara tidak teratur. Proses mutasi ini terjadi karena faktor keturunan, paparan hormon, dan paparan lingkungan.¹ Mutasi gen BRCA 1 dan BRCA 2 adalah dua penyebab genetik yang paling sering ditemukan pada kanker payudara secara genetik. Sel yang bermutasi akan kehilangan kemampuan untuk mengatur siklus proliferasi, dan akan mengalami displasia, yang mengarah pada terjadinya tumor ganas yang dapat menginvasi jaringan di sekitarnya dan juga dapat bermetastasis ke organ lain melalui sistem

limfatik dan pembuluh darah.²⁰

Kanker payudara ke dalam beberapa kelompok berdasarkan status reseptor hormon estrogen (ER), dan progesteron (PR) serta ekspresi protein HER2/neu. Tipe luminal A dan luminal B menunjukkan respon yang lebih baik terhadap terapi hormonal. Sebaliknya tipe HER2-enriched dan *triple-negative* cenderung lebih agresif dan sering dijumpai pada usia lebih muda.²¹

b. Faktor Risiko Kanker Payudara

Kanker payudara merupakan penyakit multifaktorial, Dimana berbagai faktor risiko berkontribusi terhadap kemungkinan terjadinya keganasan. Adapun faktor-faktor risiko ini dibagi menjadi dua kelompok utama yaitu faktor yang tidak dapat diubah (non modifikabel) dan faktor yang dapat diubah (modifikabel/ gaya hidup/ lingkungan). Pemahaman terhadap faktor-faktor risiko ini penting dalam strategi promotif, preventif dan deteksi dini.²²

1) Faktor tidak dapat diubah Faktor (Non Modifikabel)

- a) Jenis kelamin dan usia, yaitu perempuan secara drastis lebih berisiko dibanding laki-laki dan risiko meningkat seiring bertambahnya usia.
- b) Riwayat keluarga dan mutasi genetik, terjadinya mutase gen seperti BRCA1 dan BRCA2, serta adanya keluarga tingkat 1 dengan kanker payudara, menaikkan risiko secara bermakna.

- c) Riwayat reproduksi, menarche dini, menopause terlambat, usia pertama kehamilan yang tinggi atau tidak pernah hamil, semuanya telah dikaitkan dengan risiko lebih tinggi.

2) Faktor yang dapat diubah (modifikabel/ gaya hidup/ lingkungan)²²

- a) Obesitas dan kelebihan berat badan, kadar lemak tubuh tinggi, terutama pada wanita pascamenopause, dikaitkan dengan peningkatan risiko kanker payudara.
- b) Kurangnya aktifitas fisik, gaya hidup sedenter (aktifitas fisik rendah) mempengaruhi risiko melalui mekanisme hormon dan metabolik.
- c) Konsumsi alkohol dan merokok, penggunaan alkohol dan perokok aktif maupun pasif telah terbukti meningkatkan risiko kanker payudara.
- d) Gaya hidup dan pola makan, pola makan rendah serat, tinggi lemak jenuh, dan asupan buah dan sayur rendah muncul sebagai faktor risiko tambahan dalam banyak populasi.
- e) Faktor lingkungan atau paparan sinar radiasi, paparan sebelumnya ke radiasi dada, misalnya terapi radioterapi atau faktor tertentu dapat meningkatkan risiko.

3) Konteks di Indonesia

Beberapa penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa gaya hidup seperti obesitas dan pola makan tidak sehat berperan penting dalam meningkatkan risiko kanker payudara pada Perempuan. Temuan ini menegaskan pentingnya intervensi kesehatan yang menargetkan perubahan gaya hidup di konteks lokal.²³

4) Implikasi untuk deteksi dini dan skrining

Memahami faktor risiko modifikabel dan non modifikabel, program kesehatan dapat menyasar kelompok berisiko tinggi melalui edukasi, perubahan gaya hidup, dan skrining yang lebih intensif. Hal ini sangat penting bagi wilayah pedesaan dimana akses layanan kesehatan dan literasi sering kali masih rendah.²⁴

c. Tanda dan Gejala Kanker Payudara

Kanker payudara merupakan hasil perubahan sel epitel kelenjar menjadi sel ganas yang mengalami proliferasi tidak terkendali. Gejala klinis muncul ketika massa tumor menekan, menembus, atau menginvasi jaringan sekitar. Deteksi dini melalui pengenalan gejala merupakan langkah kunci dalam menurunkan angka mortalitas,²⁰ adapun tanda dan gejala kanker payudara sebagai berikut:

1) Benjolan atau massa abnormal pada payudara

Benjolan keras dengan tepi tidak teratur merupakan

gejala paling sering ditemukan. Biasanya tidak menimbulkan nyeri dan dapat disertai pembesaran kelenjar getah bening di ketiak.¹⁰ Penelitian yang dilakukan di Politeknik Bedah Onkologi RSUP Sanglah, Bali, menemukan bahwa Sebagian besar pasien kanker payudara 85,94% datang dengan keluhan utama benjolan abnormal pada payudara.²⁵ Hasil tersebut menunjukkan bahwa benjolan merupakan tanda klinis yang paling sering dijumpai pada penderita kanker payudara, dan menegaskan bahwa pentingnya pemeriksaan payudara secara rutin untuk mendeteksi perubahan jaringan sejak dini.

2) Perubahan warna dan tekstur kulit payudara

Perubahan warna dan tekstur kulit payudara, seperti kemerahan, edema, dan tampilan kulit menyerupai kulit jeruk (peau d'orange), merupakan manifestasi klinis khas kanker payudara inflamatori. Kondisi ini disebabkan oleh adanya emboli sel tumor yang menyumbat saluran limfatik dermal, mengakibatkan obstruksi limfe dan perubahan struktur kulit payudara.²⁶

3) Ulserasi atau luka tidak sembuh di permukaan payudara

Ulserasi atau luka tidak sembuh pada permukaan kulit payudara merupakan salah satu tanda klinis lanjut pada kanker payudara invasif. Kondisi ini biasanya muncul akibat infiltrasi sel tumor ke jaringan kulit dan subkutan yang menyebabkan

destruksi jaringan, nekrosis, dan gangguan vaskularisasi. Luka bersifat kronis, sering berbau, disertai keluarnya cairan serosanguinous atau purulent, dan tidak menunjukkan tanda penyembuhan dalam waktu lama.²⁷

Penelitian yang dilakukan Budijitno *et al.*, *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention* menunjukkan bahwa pasien kanker payudara stadium lanjut di Indonesia kerap dating dengan luka ulseratif pada payudara yang sudah terinfeksi dan sulit disembuhkan, menggambarkan keterlambatan deteksi dini dan rendahnya partisipasi pemeriksaan payudara klinis (SADANIS) oleh tenaga medis. Penelitian juga mengamati efektivitas terapi topical antibiotic pada luka kanker untuk mengurangi bau dan eksudat, dengan hasil bahwa kombinasi metronidazole dan kuinolon topikal efektif memperbaiki kondisi lokal luka dan meningkatkan kenyamanan pasien.²⁷

4) Nyeri atau rasa tidak nyaman pada payudara

Nyeri atau rasa tidak nyaman pada payudara merupakan gejala yang dapat dialami oleh Sebagian pasien kanker payudara, terutama pada kasus dengan pertumbuhan tumor yang cepat atau proses inflamasi di jaringan sekitarnya. Penelitian yang dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang menemukan bahwa sekitar 68,9 % pasien kanker payudara

melaporkan nyeri payudara, dan keluhan tersebut memiliki hubungan bermakna dengan peningkatan stadium klinis penyakit. Nyeri dapat timbul akibat peregangan jaringan, inflamasi lokal, atau invasi sel tumor ke saraf sensorik di area payudara.²⁸

Laporan dari *American Cancer Society* juga menegaskan bahwa Sebagian kecil kasus kanker payudara dapat menimbulkan nyeri payudara atau nyeri disekitar putting akibat infiltrasi jaringan lokal atau inflamasi di sekitar lesi.²⁹

5) Pembengkakan di area ketiak dan sekitar tulang selangka

Pembengkakan di area ketiak (aksila) atau sekitar tulang selangka (supra klavikula) dapat menjadi salah satu tanda penting adanya penyebaran kanker payudara. Hal ini terjadi karena kelenjar getah bening di daerah tersebut berperan sebagai jalur penyaringan cairan limfa dari jaringan payudara, sehingga sering menjadi lokasi pertama tempat sel kanker menyebar. Kelenjar getah bening di bawah lengan merupakan lokasi penyebaran yang paling sering terdeteksi pada tahap awal, meskipun dalam beberapa kasus pembesaran kelenjar belum dapat dirasakan secara langsung. Kondisi ini menunjukkan bahwa pembesaran kelenjar aksila dapat menjadi tanda awal penyebaran kanker payudara, sehingga penting untuk dikenali sejak dini sebagai bagian dari upaya deteksi dan

penanganan yang lebih cepat.¹

Penelitian di Indonesia dalam *Medical Journal of Indonesia* menunjukkan bahwa keterlibatan kelenjar getah bening aksila berkaitan erat dengan peningkatan stadium kanker payudara. Studi yang melibatkan pasien perempuan dengan kanker payudara di RS Dr. Cipto Mangunkusumo ini menemukan bahwa pasien pada stadium III memiliki risiko 3,49 lebih besar mengalami pembesaran kelenjar getah bening aksila dibandingkan pasien pada stadium I–II. Temuan ini menegaskan bahwa pembesaran kelenjar getah bening bukan sekedar tanda lokal, tetapi mencerminkan progresivitas penyakit dan sering kali berkaitan dengan keterlambatan deteksi dini.³⁰ Oleh karena itu, pembesaran kelenjar di area aksila maupun supra klavikula menjadi indikator klinis penting yang perlu diperhatikan dalam pemeriksaan fisik dan skrining SADANIS. Kewaspadaan tenaga kesehatan di layanan primer sangat diperlukan agar rujukan dapat dilakukan secara lebih cepat dan tepat, sehingga peluang penanganan dini menjadi lebih optimal.

- 6) Perubahan pada puting: keluar cairan, luka atau perubahan warna

Perubahan pada puting payudara, seperti keluarnya cairan, munculnya luka, atau perubahan warna kulit di sekitar

areola, perlu mendapat perhatian khusus karena dapat menjadi tanda awal adanya kelainan serius pada payudara. Keluhan ini sering berkaitan dengan keterlibatan saluran payudara dan pada beberapa kasus dapat mengarah pada *Paget's disease of the nipple*, yaitu salah satu bentuk kanker payudara yang jarang tetapi penting untuk dikenali sejak dini. Keluarnya cairan dari puting (nipple discharge), terutama bila bercampur darah, merupakan gejala yang tidak boleh diabaikan. Sekitar 7-15% Perempuan dengan keluhan cairan dari puting ternyata terdiagnosis kanker payudara, sehingga pemeriksaan lanjutan sangat diperlukan untuk memastikan penyebabnya.³¹ Cairan yang keluar dapat bersifat serius, berdarah, atau bernanah, bergantung pada lokasi dan jenis lesi yang mendasarinya. Selain keluarnya cairan, perubahan morfologi puting seperti ulserasi, pengelupasan, kerak, kemerahan, dan retraksi juga sering ditemukan pada *Paget's disease of the nipple*. Infeksi sel kanker ke epitel areola dan saluran duktus, yang menimbulkan reaksi inflamasi lokal serta destruksi jaringan.³² Kondisi ini dapat disertai dengan rasa gatal, terbakar atau nyeri disekitar puting. Secara klinis, tenaga kesehatan termasuk bidan di layanan primer, perlu mewaspadaai setiap perubahan pada puting, baik berupa keluarnya cairan, luka yang tidak sembuh, maupun perubahan warna sebagai indikasi kemungkinan

proses neoplastik.

2. Deteksi Dini dan Skrining Kanker Payudara

a. Pengertian SADANIS

Pemeriksaan Payudara Klinis (SADANIS) adalah pemeriksaan fisik payudara yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih melalui teknik inspeksi dan palpasi untuk mendeteksi dini kelainan seperti massa atau perubahan tekstur kulit sebelum muncul gejala klinis yang berat.⁸ Metode ini merupakan strategi skrining yang paling direkomendasikan untuk diterapkan ditingkat pelayanan kesehatan primer di negara berkembang karena efektifitasnya dalam mendeteksi kanker secara dini dengan biaya yang terjangkau.^{33, 34}

Penelitian oleh Solikhah menunjukkan bahwa tingkat pelaksanaan SADANIS di Indonesia masih tergolong rendah, dengan faktor-faktor penentu utama meliputi tingkat literasi kesehatan, pengetahuan tentang risiko kanker, serta dukungan tenaga kesehatan.¹⁵ Hasil ini menunjukkan perlunya peningkatan kapasitas bidan dalam melakukan pemeriksaan payudara klinis secara rutin dan memberikan konseling yang efektif kepada perempuan usia subur.

Rencana Aksi Nasional Penanggulangan Kanker 2024-2034, pemerintah menetapkan target peningkatan cakupan SADANIS melalui integrasi kegiatan promotif dan preventif di puskesmas, posyandu, dan kelompok masyarakat pedesaan. Bidan memiliki peran

sentral sesuai ujung tombak deteksi dini dan edukasi Masyarakat.¹⁰

b. Metode lain skrining kanker payudara

Skrining kanker payudara merupakan upaya untuk deteksi dini untuk menemukan kelainan atau tanda-tanda kanker sebelum menimbulkan gejala klinis. Tujuan skrining adalah menurunkan angka kematian melalui deteksi dini dan penanganan kanker pada stadium awal. Skrining kanker payudara dengan SADANIS mencakup pemeriksaan visual, palpasi oleh tenaga kesehatan, serta penggunaan teknologi pencitraan seperti mammografi dan ultrasonografi (USG) untuk mendeteksi perubahan patologis pada jaringan payudara.¹

Teori dasar skrining menyebutkan bahwa efektivitas program bergantung pada ketersediaan sumber daya, kompetensi tenaga Kesehatan, dan kesadaran masyarakat. Di negara berpendapatan rendah dan menengah, metode skrining sederhana seperti SADANIS direkomendasikan karena lebih terjangkau dan dapat dilakukan di tingkat layanan primer.³⁴ Adapun metode skrining kanker payudara yang lain berupa:

1) *Mammografi*

Mammografi merupakan pemeriksaan pencitraan payudara menggunakan sinar-X dosis rendah yang mampu mendeteksi massa atau mikrokalsifikasi sebelum dapat dirasakan secara klinis. Berdasarkan *Fletcher & Emore* dalam *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *mammografi* telah terbukti

menurunkan mortalitas akibat kanker payudara hingga 20-40% pada kelompok usia 50 sampai 69 tahun bila dilakukan secara rutin.³⁴

Mammografi di Indonesia masih terbatas pada rumah sakit rujukan karena faktor biaya dan ketersediaan alat, sehingga pelaksanaan skrining berbasis populasi belum optimal.³⁴ Oleh karena itu, *mammografi* lebih disarankan bagi kelompok risiko tinggi atau pasien dengan temuan abnormal dari pemeriksaan klinis.

2) *Ultrasonography* (USG)

Pemeriksaan USG payudara merupakan metode pencitraan non invasif menggunakan gelombang suara berfrekuensi tinggi untuk menilai kelainan pada jaringan payudara. USG sering digunakan sebagai pemeriksaan pelengkap *mammografi*, terutama pada wanita dengan jaringan payudara padat, seperti yang umum dijumpai pada populasi Asia.³⁴

Kajian *Health Technology Assessment* (HTA) Indonesia 2024 merekomendasikan kombinasi SADANIS dan USG sebagai pendekatan yang paling sesuai di wilayah dengan keterbatasan sumber daya. Pemeriksaan ini dapat dilakukan di rumah sakit rujukan maupun puskesmas dengan tenaga terlatih. Bidan berperan untuk melakukan deteksi awal melalui

SADANIS dan merujuk ke fasilitas USG bila ditemukan massa mencurigakan.

Ketiga metode skrining, *mammografi*, USG, dan SADANIS memiliki peran saling melengkapi dalam mendeteksi dini kanker payudara. Di Indonesia SADANIS menjadi strategi utama yang paling bisa dilakukan, sementara *mammografi* dan USG digunakan sebagai pemeriksaan lanjutan. Peningkatan literasi kesehatan, pelatihan bidan, serta kebijakan nasional yang mendukung pelaksanaan skrining secara berjenjang menjadi kunci keberhasilan program deteksi dini kanker payudara.

c. Cakupan Usia Skrining Kanker Payudara

Penentuan usia sebagai sasaran skrining kanker payudara bergantung pada pendekatan kebijakan Kesehatan Masyarakat dan Tingkat risiko individu. Di Indonesia, SADANIS merupakan metode skrining utama di layanan primer, dengan sasaran usia yang disesuaikan dengan kebijakan nasional dan kapasitas layanan.

Secara kebijakan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2015 menetapkan perempuan usia 30–50 tahun sebagai sasaran utama program deteksi dini kanker payudara melalui SADANIS.³⁵ Rentang usia ini dipilih karena merupakan kelompok usia produktif yang masih aktif mengakses layanan kesehatan primer dan memungkinkan intervensi deteksi dini dilakukan secara luas.

Rencana Kanker Nasional juga menekankan deteksi dini

berbasis risiko pada perempuan usia di atas 50 tahun.¹⁰ Usia diatas 50 tahun, risiko kanker payudara cenderung meningkat, namun pendekatan skrining lebih bersifat individual dan berbasis risiko, serta sering melibatkan pemeriksaan lanjutan seperti mammografi dan USG di fasilitas rujukan. Oleh karena itu, pada Tingkat pelayanan primer, SADANIS difokuskan pada kelompok usia dewasa awal hingga pertengahan sebagai strategi skrining berbasis populasi.

3. Partisipasi Skrining Kanker Payudara

a. Pengertian Partisipasi Skrining SADANIS

Partisipasi skrining kanker payudara merupakan keikutsertaan perempuan dalam melakukan deteksi dini kanker payudara sesuai standar pelayanan kesehatan. Pemeriksaan payudara klinis oleh tenaga kesehatan atau dikenal sebagai SADANIS merupakan metode skrining yang direkomendasikan WHO, terutama di negara yang berpenghasilan rendah dan menengah karena murah, praktis, dan dapat dilakukan di fasilitas primer seperti puskesmas oleh bidan, dokter atau perawat terlatih.¹

Partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan merupakan keterlibatan individu secara sukarela dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan. Partisipasi ini tidak hanya terbatas pada kehadiran fisik dalam kegiatan pelayanan, tetapi mencakup keterlibatan aktif dalam proses pengambilan keputusan, pelaksanaan program, hingga

keberlanjutan perilaku kesehatan secara mandiri.³⁶ Dalam konteks deteksi dini, partisipasi mencerminkan adanya kesadaran dan kemauan individu untuk memanfaatkan layanan Kesehatan yang tersedia sebagai upaya pencegahan.

b. Bentuk Partisipasi dalam Skrining Kesehatan

Partisipasi dalam skrining kesehatan merupakan proses bertahap yang mencerminkan keterlibatan individu dalam upaya deteksi dini penyakit melalui pelayanan kesehatan formal. Bentuk partisipasi yang paling awal adalah kehadiran individu adalah kehadiran individu pada kegiatan skrining kesehatan yang diselenggarakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan, karena kehadiran menunjukkan akses awal dan penerimaan masyarakat terhadap program kesehatan yang ditawarkan.³⁷ Selanjutnya, partisipasi diwujudkan melalui kesediaan individu untuk mengikuti pemeriksaan skrining, yaitu menjalani prosedur pemeriksaan sesuai dengan standar dan rekomendasi tenaga kesehatan, yang mencerminkan kemauan dan komitmen individu terhadap upaya pencegahan penyakit.³⁷

Partisipasi dalam skrining kesehatan tidak berhenti pada pelaksanaan pemeriksaan, tetapi juga mencakup kepatuhan terhadap tindak lanjut hasil skrining, seperti mengambil hasil pemeriksaan, melakukan konsultasi lanjutan, serta menjalani rujukan atau pengobatan apabila ditemukan kelainan.³³

Keberhasilan program skrining kesehatan tidak hanya

ditentukan oleh jumlah individu yang mengikuti pemeriksaan, tetapi juga oleh tingkat kepatuhan peserta terhadap tindak lanjut hasil skrining yang direkomendasikan.³³

Sehingga partisipasi skrining kesehatan merupakan suatu rangkaian perilaku yang meliputi kehadiran, pelaksanaan pemeriksaan, serta keberlanjutan tindak lanjut, yang secara bersama-sama menentukan efektifitas program skrining dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit yang dapat dicegah melalui deteksi dini.³⁸

c. Tingkat Partisipasi Skrining Kesehatan

Partisipasi masyarakat merupakan konsep yang luas dan multidimensional, tetapi juga mencerminkan derajat keterlibatan warga dalam proses perencanaan, pengambilan keputusan, dan pelaksanaan program yang mempengaruhi kehidupan mereka. Salah satu kerangka teoritis yang banyak digunakan untuk memahami variasi tingkat keterlibatan tersebut adalah *Ladder of Citizen Participation* model ini menggambarkan partisipasi sebagai tangga yang terdiri dari delapan tingkat, mulai dari tingkat terendah hingga tertinggi berdasarkan derajat kekuatan dan kontrol masyarakat dalam proses partisipatif. Tingkat paling rendah terdapat *manipulation* dan *therapy* yang dikategorikan sebagai *non-participation*, dimana masyarakat hanya dijadikan objek dan keterlibatan yang terjadi bersifat simbolis tanpa kekuasaan nyata. Selanjutnya, tingkat *informing*, *consultation*, dan

placation termasuk dalam kategori *tokenism*, yaitu kondisi ketika masyarakat mulai diberikan informasi, dimintai pendapat, atau dilibatkan secara terbatas, namun belum memiliki pengaruh yang signifikan dalam pengambilan keputusan. Pada tingkat yang lebih tinggi terdapat *partnership*, *delegated power*, dan *citizen control*, yang mencerminkan keterlibatan aktif dan berimbang antara masyarakat dan penyelenggara program, dimana masyarakat memiliki kesempatan untuk bernegosiasi, mempengaruhi keputusan, bahkan mengendalikan proses dan hasil kebijakan secara langsung. Kerangka tangga partisipasi *Arnstein* ini memberikan pemahaman konseptual bahwa partisipasi tidak sekedar kehadiran, tetapi berkaitan dengan meningkatkan kekuatan dan control masyarakat dalam program kesehatan, sehingga partisipasi dalam skrining kesehatan dapat ditempatkan pada tingkat *informing* hingga *partnership* sesuai dengan konteks pemberdayaan individu dan komunitas.³⁹

Partisipasi perempuan dalam skrining kanker payudara dapat diwujudkan melalui berbagai bentuk pemeriksaan, antara lain pemeriksaan payudara sendiri (SADARI), pemeriksaan payudara klinis oleh tenaga kesehatan (SADANIS), dan mammografi.³⁵ Metode-metode tersebut merupakan bagian dari upaya deteksi dini kanker payudara yang dianjurkan oleh pemerintah melalui kebijakan penanggulangan kanker payudara dan kanker leher rahim. Tingkat partisipasi dalam skrining tidak hanya ditentukan oleh jenis metode

pemeriksaan yang digunakan, tetapi juga oleh derajat keterlibatan Perempuan dalam mengikuti, menjalani, dan menindak lanjuti pemeriksaan yang dianjurkan. Kebijakan pemerintah tentang deteksi dini penyakit tidak menulat menegaskan bahwa kegiatan skrining harus diikuti dengan pemeriksaan sesuai standar serta tindak lanjut hasil pemeriksaan apabila ditemukan kelainan.⁴⁰ Sehingga partisipasi tingkat rendah ditandai dengan kehadiran atau penerimaan informasi tanpa menjalani pemeriksaan skrining, partisipasi tingkat sedang ditunjukkan melalui kesediaan perempuan mengikuti pemeriksaan SADANIS atau mammografi sesuai anjuran tenaga kesehatan, sedangkan partisipasi tingkat tinggi tercermin dari keterlibatan berkelanjutan, kepatuhan terhadap tindak lanjut hasil skrining, serta peran aktif dalam mendorong skrining di lingkungan sekitarnya.

d. Faktor yang Mempengaruhi Partisipasi SADANIS

Partisipasi Masyarakat dalam skrining Kesehatan merupakan variabel perilaku yang dapat diukur melalui keterlibatan individu dalam mengikuti kegiatan kesehatan yang diselenggarakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam pendekatan penelitian kuantitatif, partisipasi dipandang sebagai variabel yang dapat dioperasionalkan ke dalam indikator-indikator terukur sesuai tujuan penelitian.⁴¹ Pada konteks kesehatan perempuan, partisipasi dalam skrining kanker payudara dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain karakteristik individu, dukungan sosial, kondisi ekonomi, serta akses terhadap

pelayanan kesehatan. Organisasi Kesehatan Dunia menegaskan bahwa perempuan, khususnya di wilayah pedesaan, menghadapi hambatan struktural dan sosial yang mempengaruhi partisipasi dalam program deteksi dini kanker payudara.¹

Skrining kanker payudara, memiliki faktor predidposisi mencakup pengetahuan dan sikap perempuan terhadap kanker payudara dan pemeriksaan SADANIS. Faktor pemungkin meliputi ketersediaan layanan SADANIS di fasilitas kesehatan, jarak tempuh, serta kemudahan prosedur pemeriksaan. Sementara itu, faktor penguat dapat berupa dukungan suami, keluarga, tenaga kesehatan, maupun kader kesehatan yang mendorong perempuan untuk mengikuti skrining secara rutin.⁴²

1) Faktor Individu

Faktor individu mencakup karakteristik demografis, kognitif, dan psikologis yang dimiliki seseorang:

a) Usia

Usia lebih tua sering dikaitkan dengan tingkat partisipasi skrining yang lebih tinggi karena meningkatnya persepsi risiko penyakit yang seiring bertambahnya usia. Studi multilevel menunjukkan bahwa usia merupakan determinan kuat dalam keterlibatan skrining kesehatan.⁴³

b) Jenis Kelamin

Jenis kelamin mempengaruhi partisipasi melalui

peran sosial dan tanggung jawab keluarga. Dalam studi kualitatif, ditemukan bahwa perempuan sering kali memiliki minat yang tinggi terhadap kesehatan, namun partisipasi mereka sering terhambat oleh peran domestik atau tanggung jawab mengurus anggota keluarga yang lain.⁴⁴ Disisi yang lain analisis di Korea menunjukkan adanya perbedaan signifikan dalam jenis skrining yang diikuti berdasarkan gender, yang dipengaruhi oleh kebijakan asuransi kesehatan nasional.⁴³

c) Pendidikan

Pendidikan berperan sebagai landasan literasi Kesehatan. Individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki kemampuan yang lebih baik dalam memproses informasi medis dan memahami konsekuensi dari penyakit yang tidak terdeteksi. Pendidikan tinggi secara signifikan meningkatkan peluang seseorang untuk mengikuti skrining karena mereka memiliki kontrol diri yang lebih besar terhadap keputusan kesehatan mereka.⁴³

d) Pengetahuan dan Sikap

Pengetahuan tidak hanya sebatas tahu adanya layanan, tetapi memahami prosedur dan memanfaatkan. Pengetahuan dan literasi kesehatan, menentukan kemampuan perempuan memahami risiko kanker dan

manfaat SADANIS.¹⁵ Temuan kualitatif menunjukkan bahwa sikap positif terhadap skrining sering kali terhambat oleh ketakutan akan hasil yang buruk atau tidaknyaman saat prosedur pemeriksaan.⁴⁴ Kesesuaian antara pengetahuan yang dimiliki dengan sikap proaktif sangat menentukan apakah seseorang akan benar-benar datang ke fasilitas kesehatan atau tidak.

e) Status Pekerjaan

Status pekerjaan mempengaruhi aksesibilitas waktu dan sumber daya finansial. Studi kualitatif di Tawan menyoroti bahwa individu yang bekerja di sektor informal atau memiliki jam kerja yang kaku seringkali menganggap skrining sebagai kegiatan yang menyita waktu produktif mereka.⁴³ Sementara itu, stabilitas ekonomi yang diperoleh dari status pekerjaan yang mapan terbukti menjadi faktor pendukung Tingkat rumah tangga yang memperkuat niat individu untuk berpartisipasi dalam layanan kesehatan rutin.⁴³

2) Faktor Sosial Budaya

a) Dukungan Keluarga dan Sosial

Dukungan keluarga berperan penting dalam memberikan isyarat untuk bertindak (cues to action). Hasil studi kualitatif menunjukkan bahwa pengalaman individu

dalam berpartisipasi pada program SADANIS dipengaruhi oleh dukungan emosional dari lingkungan sekitar yang mampu menurunkan rasa takut sebelum pemeriksaan.⁴⁵

b) Norma dan Budaya (Rasa Malu/ Sungkan)

Budaya lokal di Indonesia seringkali mengaitkan pemeriksaan area sensitif dengan rasa “sungkan” atau malu. Hal ini menjadi hambatan psikososial yang signifikan, Dimana partisipasi merasa tidak nyaman saat harus diperiksa secara klinis, meskipun mereka mengetahui manfaatnya secara medis.⁴⁶ Faktor budaya dan sosial, seperti tabu menyentuh area payudara oleh tenaga kesehatan tertentu.⁴⁷

c) Persepsi Masyarakat dan Efektivitas Informasi

Implementasi SADANIS di Indonesia masih menghadapi tantangan beberapa persepsi masyarakat yang menganggap pemeriksaan tidak diperlukan selama tidak ada keluhan fisik. Kerangnya sosialisasi yang menasar aspek budaya local menyebabkan program deteksi dini sering kali tidak berjalan maksimal secara nasional.⁴⁸

3) Faktor Ekonomi

Faktor ekonomi berperan sebagai faktor pendukung atau penghambat dalam pemanfaatan layanan skrining kesehatan:

a) Pendapatan Rumah Tangga

Tingkat pendapatan merupakan determinan yang konsisten dalam menentukan partisipasi skrining. Individu dengan pendapatan rumah tangga yang lebih tinggi memiliki peluang lebih besar untuk melakukan skrining kesehatan rutin dibandingkan dengan kelompok pendapatan rendah.⁴³ Hal ini sejalan dengan teori bahwa status sosial ekonomi mempengaruhi kemauan individu untuk berpartisipasi dalam pencegahan penyakit.³⁶

b) Biaya Langsung dan Tidak Langsung

Meskipun layanan SADANIS di puskesmas seringkali tidak dipungut biaya (gratis), biaya tidak langsung tetap menjadi hambatan signifikan. Biaya transportasi menuju fasilitas kesehatan serta potensi kehilangan waktu kerja (opportunity cost) bagi pekerja sektor informal seringkali membuat masyarakat di wilayah rural menunda pemeriksaan.¹⁵ Hal ini sejalan dengan teori bahwa status sosial ekonomi mempengaruhi kemauan individu untuk berpartisipasi dalam pencegahan penyakit.³⁶

c) Kepemilikan Asuransi Kesehatan

Kepemilikan asuransi kesehatan seperti JKN/BPJS berfungsi sebagai faktor pemampu (enabling factor) yang krusial. Jaminan Kesehatan mengurangi beban finansial individu, sehingga berkorelasi positif dengan peningkatan

partisipasi skrining payudara di Indonesia.¹⁵ Integrasi layanan kesehatan primer melalui skema jaminan kesehatan nasional bertujuan untuk menghilangkan hambatan ekonomi dalam deteksi dini kanker.⁹

4) Faktor Akses Pelayanan Kesehatan

Akses pelayanan mencerminkan ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas serta sumber daya kesehatan yang tersedia bagi masyarakat:

a) Jarak ke Fasilitas Kesehatan (Akses Geografis)

Jarak antara tempat tinggal dan fasilitas kesehatan merupakan determinan penting dalam partisipasi skrining. Semakin jauh jarak yang harus ditempuh, semakin rendah kemungkinan individu untuk memanfaatkan layanan kesehatan preventif. Hambatan geografis ini sering kali menjadi alasan utama rendahnya cakupan skrining di wilayah rural atau pedesaan.^{15, 43}

b) Ketersediaan Tenaga Kesehatan

Ketersediaan tenaga kesehatan yang terlatih, khususnya bidan atau petugas yang memiliki kompetensi melakukan SADANIS di tingkat primer atau di puskesmas, sangat menentukan keberhasilan deteksi dini. Dukungan dan ajakan aktif dari tenaga kesehatan bertindak sebagai faktor penguat (reinforcing factor) yang meningkatkan

kepercayaan diri masyarakat untuk diperiksa.^{49,15}

c) Keterjangkauan Informasi

Akses terhadap informasi mengenai lokasi dan prosedur skrining juga menjadi bagian dari akses pelayanan. Kesadaran akan adanya layanan skrining di puskesmas setempat merupakan langkah awal yang krusial sebelum individu memutuskan untuk berpartisipasi.⁴⁹

4. Literasi Kesehatan

a. Pengertian

Literasi kesehatan (*health literacy*) adalah kemampuan individu untuk memperoleh, memahami, menilai dan menggunakan informasi kesehatan dalam membuat keputusan yang tepat untuk menjaga dan meningkatkan kesehatannya.¹¹

Literasi kesehatan tidak sekedar kemampuan membaca informasi medis, tetapi mencakup pemahaman kritis dan keterampilan sosial yang memungkinkan seseorang berpartisipasi aktif dalam promosi dan pencegahan penyakit.⁵⁰ Literasi kesehatan melibatkan kemampuan untuk memahami, konteks perawatan kesehatan, pencegahan penyakit, dan promosi kesehatan, secara menyeluruh, sehingga dapat mengambil keputusan yang informatif dan tepat.¹² Rendahnya partisipasi SADANIS di Indonesia sangat dipengaruhi literasi kesehatan dan keterlibatan aktif tenaga kesehatan.¹⁵

Pengukuran literasi kesehatan, *Health Literacy Survey Short-Form* (HLS-SF12) adalah instrumen yang dikembangkan di *European Literacy Survey* (HLS-EU-Q47) dan telah melalui proses validasi psikometrik yang memadai di beberapa negara Asia termasuk Indonesia. HLS-SF12 mempertahankan kerangka konseptual dari instrument lengkap dan menunjukkan reliabilitas yang baik serta kemampuan mengukur aspek literasi yang relevan dengan konteks kesehatan masyarakat di Indonesia dan negara lain.⁵¹

Di Indonesia studi adaptasi HLS-SF12 menunjukkan bahwa instrumen ini memiliki validitas isi yang baik (Aiken's V 0,75–0,917) dan reliabilitas internal tinggi (Cronbach's $\alpha = 0,899$) ketika digunakan untuk mengukur literasi kesehatan pada populasi dewasa. Hal ini menunjukkan bahwa HLS-SF12 layak digunakan untuk menilai kemampuan perempuan dalam memahami dan menggunakan informasi kesehatan, yang pada akhirnya berdampak pada partisipasi mereka dalam program deteksi dini seperti SADANIS.⁵²

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi Literasi Kesehatan

Literasi kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor individu maupun lingkungan. Berdasarkan penelitian *Determinants of Health Literacy in the General Population: Results of the Catalan Health Survey*, tingkat literasi kesehatan dipengaruhi oleh usia, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, pekerjaan, pendapatan, akses terhadap pelayanan kesehatan, serta pengalaman memperoleh informasi kesehatan. Individu dengan pendidikan yang lebih tinggi dan

akses informasi yang baik cenderung memiliki literasi kesehatan yang lebih tinggi dibandingkan kelompok dengan pendidikan rendah. Selain itu, kondisi kesehatan kronis serta frekuensi kontak dengan tenaga kesehatan juga berperan dalam meningkatkan kemampuan seseorang memahami dan menggunakan informasi kesehatan.⁵³

Dalam konteks penelitian ini, perempuan usia subur yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi, lebih sering memperoleh informasi kesehatan dari tenaga kesehatan maupun media, serta memiliki akses pelayanan kesehatan yang baik diperkirakan memiliki literasi kesehatan yang lebih baik sehingga lebih terdorong mengikuti pemeriksaan SADANIS.

c. Macam-macam Literasi Kesehatan dan Kaitannya dengan SADANIS

1) Literasi Kesehatan fungsional

Literasi Kesehatan fungsional merujuk pada kemampuan dasar individu dalam membaca, menulis, dan memahami informasi Kesehatan sederhana, seperti *leaflet*, poster, atau penyuluhan mengenai SADANIS. Pada tingkat ini, perempuan diharapkan mampu memahami pengertian SADANIS, tujuan pemeriksaan, serta lokasi dan waktu pelayanan skrining.

Literasi fungsional berperan sebagai prasyarat awal partisipasi dalam skrining SADANIS. Perempuan dengan literasi fungsional rendah cenderung tidak memahami informasi dasar tentang kanker payudara dan skrining, sehingga tidak

merasa perlu untuk mengikuti pemeriksaan meskipun layanan tersedia. Perempuan dengan tingkat pengetahuan rendah memiliki kemungkinan yang lebih kecil untuk mengikuti pemeriksaan SADANIS.¹⁵

2) Literasi Kesehatan Interaktif

Literasi kesehatan interaktif adalah kemampuan individu untuk berkomunikasi secara aktif dengan tenaga kesehatan, mengajukan pertanyaan, serta terlibat dalam proses pengambilan keputusan terkait kesehatannya.¹² Pada tingkat ini, perempuan tidak hanya menerima informasi secara pasif tetapi mampu berdiskusi dengan bidan atau tenaga kesehatan mengenai prosedur SADANIS, hasil pemeriksaan, serta tindak lanjut yang diperlukan.

Literasi interaktif mempengaruhi keberanian perempuan untuk bertanya, mengatasi rasa malu, dan mengikuti anjuran pemeriksaan klinis. Studi di Indonesia menunjukkan bahwa dukungan dan komunikasi efektif dari tenaga kesehatan berperan penting dalam meningkatkan partisipasi skrining.^{15, 34}

3) Literasi Kesehatan Kritis

Literasi kesehatan kritis merupakan kemampuan individu untuk menilai informasi kesehatan secara reflektif dan menggunakan informasi tersebut dalam mengontrol faktor sosial, budaya, dan lingkungan yang mempengaruhi kesehatan.¹²

Pada tingkat ini, perempuan mampu menilai mitos seputar kanker payudara, memahami manfaat deteksi dini, serta mengambil keputusan kesehatan secara mandiri meskipun terdapat hambatan sosial atau budaya.

Literasi kritis berhubungan dengan partisipasi skrining yang berkelanjutan, termasuk kepatuhan terhadap tindak lanjut hasil SADANIS dan kesediaan untuk melakukan pemeriksaan ulang secara berkala. Penelitian menunjukkan bahwa perempuan dengan literasi kesehatan yang lebih tinggi cenderung memiliki perilaku deteksi dini yang lebih baik dan konsisten.^{15,12}

Secara konseptual, literasi kesehatan ini dapat dibagi menjadi tiga tingkat: literasi fungsional (kemampuan dasar memahami informasi), literasi interaktif (kemampuan berkomunikasi aktif dengan tenaga kesehatan), dan literasi kritis (kemampuan menilai informasi secara reflektif). Masing-masing tingkat literasi ini berkontribusi terhadap kesiapan dan perilaku perempuan dalam memanfaatkan layanan skrining. Oleh karena itu, peningkatan literasi kesehatan melalui edukasi yang tepat menjadi salah satu strategi utama untuk mendorong partisipasi SADANIS pada perempuan di wilayah kerja Puskesmas Samigaluh II, terutama mengingat keterbatasan akses dan tantangan literasi di wilayah pedesaan.

5. Dukungan Bidan

Rendahnya partisipasi perempuan dalam skrining klinis kanker

payudara melalui metode SADANIS tidak hanya dipengaruhi oleh faktor individu, tetapi juga sangat ditentukan oleh dukungan tenaga kesehatan, khususnya bidan. Sebagai tenaga kesehatan lini terdepan di pelayanan primer dan komunitas, bidan memiliki peran strategis dalam memberikan edukasi, motivasi, serta memfasilitasi akses perempuan terhadap layanan deteksi dini kanker payudara.

a. Pengertian

Dukungan bidan adalah seluruh bentuk bantuan profesional yang diberikan bidan kepada perempuan dalam upaya menjaga dan meningkatkan kesehatan, baik secara fisik, psikologis, maupun sosial, yang bertujuan mendorong perilaku kesehatan positif, termasuk partisipasi dalam melakukan skrining kanker payudara.^{34, 40}

b. Bentuk-bentuk Dukungan Bidan

Bentuk dukungan bidan dalam konteks deteksi dini kanker payudara melalui SADANIS dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa bentuk berikut:

1) Dukungan informasional

Dukungan informasional mencakup pemberian edukasi mengenai kanker payudara, faktor risiko, tanda dan gejala, manfaat SADANIS, serta prosedur pemeriksaan dan tindak lanjut. Informasi yang jelas dan mudah dipahami berperan penting dalam meningkatkan pengetahuan dan kesadaran perempuan terhadap pentingnya deteksi dini.^{15, 50, 54}

2) Dukungan emosional

Dukungan emosional diberikan melalui sikap empati, penerimaan, dan pemberian rasa aman kepada perempuan sebelum dan selama pemeriksaan. Dukungan ini penting untuk mengurangi rasa takut, malu, dan kecemasan yang sering menjadi hambatan perempuan dalam mengikuti skrining SADANIS.^{34, 55}

3) Dukungan instrumental

Dukungan instrumental berupa tindakan nyata bidan, seperti menyediakan layanan SADANIS yang memadai di fasilitas kesehatan, membantu proses rujukan ke fasilitas lanjutan, serta memfasilitasi administrasi pemeriksaan. Ketersediaan layanan yang mudah diakses terbukti meningkatkan partisipasi skrining.^{11, 55}

4) Dukungan motivasional atau penguat

Dukungan motivasional atau penguat meliputi peran bidan dalam mengajak, mengingatkan, dan memotivasi perempuan untuk melakukan SADANIS, baik melalui kegiatan penyuluhan, pendampingan, maupun kunjungan masyarakat. Peran bidan sebagai motivator terbukti berpengaruh signifikan terhadap kepatuhan skrining kanker payudara.⁵⁶

a) Peran Bidan pada Deteksi Dini SADANIS Kanker Payudara

Bidan merupakan tenaga kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat, terutama di wilayah pedesaan, sehingga memiliki peran strategis dalam program deteksi dini kanker payudara. Peran tersebut meliputi:

- 1) Memberikan edukasi kesehatan terkait SADANIS,
- 2) Melakukan pemeriksaan SADANIS sesuai kewenangan,
- 3) Melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan apabila ditemukan kelainan,
- 4) Memobilisasi dan menggerakkan perempuan untuk berpartisipasi dalam skrining.

Bidan memiliki peran krusial sebagai motivator dalam menggerakkan masyarakat untuk melakukan deteksi dini. Peran bidan sebagai motivator melalui kegiatan pendampingan, pemberian dorongan, dan penyadaran terbukti meningkatkan peluang kepatuhan perempuan dalam melakukan skrining kanker payudara hingga 1,95 kali lebih besar.⁵⁶

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Bidan

Efektifitas dukungan yang diberikan oleh bidan dalam pelayanan skrining kesehatan tidak berdiri sendiri, melainkan dipengaruhi oleh berbagai faktor determinan. Secara garis besar, faktor-faktor tersebut dapat di klasifikasikan sebagai berikut:

1) Pengetahuan dan kompetensi bidan

Bidan dengan pengetahuan yang baik tentang kanker payudara dan SADANIS lebih aktif dalam memberikan edukasi dan motivasi kepada masyarakat.¹⁵

2) Beban kerja dan ketersediaan waktu

Tingginya beban kerja di puskesmas dapat membatasi waktu bidan untuk melakukan edukasi dan skrining secara optimal.¹¹

3) Dukungan kebijakan dan fasilitas layanan

Ketersediaan alat, ruangan pemeriksaan, serta dukungan program, dari pemerintah mempengaruhi konsistensi pelaksanaan SADANIS oleh bidan.

4) Hubungan bidan dengan masyarakat

Kedekatan sosial dan kepercayaan masyarakat terhadap bidan berperan penting dalam keberhasilan mobilisasi perempuan untuk melakukan skrining.⁴⁹

6. Hubungan Literasi Kesehatan dengan Partisipasi Skrining Kanker Payudara

Literasi kesehatan berperan dalam menentukan kemampuan Perempuan untuk memahami informasi kesehatan, menilai risiko penyakit, serta mengambil Keputusan yang tepat terkait pemanfaatan layanan kesehatan. Dalam konteks skrining kanker payudara, Tingkat literasi

kesehatan mempengaruhi pemahaman Perempuan mengenai tujuan, manfaat, dan prosedur pemeriksaan SADANIS, yang pada akhirnya berdampak pada kesediaan untuk berpartisipasi.

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa literasi kesehatan yang rendah berkaitan dengan meningkatnya hambatan dalam skrining, seperti keterbatasan informasi, persepsi risiko yang tidak akurat, serta keraguan dalam mengakses layanan kesehatan.¹³ Kondisi tersebut berkontribusi pada rendahnya partisipasi skrining kanker payudara, terutama pada kelompok Perempuan dengan akses informasi terbatas.

Tantangan literasi kesehatan pada wilayah pedesaan, cenderung lebih menonjol akibat keterbatasan sumber informasi dan edukasi kesehatan yang berkelanjutan. Oleh karena itu, literasi kesehatan dipandang sebagai faktor penting yang berhubungan dengan partisipasi perempuan dalam pemeriksaan SADANIS di wilayah kerja Puskesmas Samigaluh II

7. Hubungan Dukungan Bidan dengan Partisipasi Skrining Kanker Payudara

Dukungan bidan sebagai tenaga kesehatan di Tingkat layanan primer memiliki peran penting dalam mendorong partisipasi perempuan dalam skrining kanker payudara. Dukungan tersebut mencakup pemberian informasi yang jelas, motivasi, serta pendampingan yang dapat meningkatkan kesiapan dan kepercayaan perempuan untuk mengikuti pemeriksaan SADANIS.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa peran tenaga kesehatan, khususnya bidan, berhubungan signifikan dengan kepatuhan dan partisipasi skrining kanker payudara. Dukungan yang diberikan secara aktif dapat memperkuat sikap positif dan mengurangi hambatan psikologis yang sering dialami perempuan dalam mengikuti skrining.^{56,18}

Di wilayah pedesaan, bidan sering menjadi sumber informasi kesehatan utama yang mudah diakses dan dipercaya oleh masyarakat. Oleh karena itu, dukungan bidan dipandang sebagai faktor yang berkontribusi terhadap partisipasi SADANIS pada perempuan di wilayah kerja Puskesmas Samigaluh II.

Hubungan antara literasi kesehatan dan dukungan bidan dengan partisipasi skrining kanker payudara menunjukkan bahwa perilaku pemeriksaan SADANIS dipengaruhi oleh faktor individu maupun faktor lingkungan pelayanan kesehatan. Untuk mengkaji hubungan tersebut secara lebih terstruktur, diperlukan suatu kerangka teori yang mampu menjelaskan peran masing-masing faktor dalam pembentukan perilaku kesehatan.

Oleh karena itu, penelitian ini menggunakan model PRECEDE–PROCEED sebagai kerangka konseptual untuk mengintegrasikan literasi kesehatan sebagai faktor predisposisi, dukungan bidan sebagai faktor penguat, serta partisipasi SADANIS sebagai perilaku kesehatan yang menjadi fokus penelitian.

8. *PRECEDE-PROCEED*

Model *PRECEDE-PROCEED* merupakan kerangka teoritis komprehensif yang digunakan untuk merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi program promosi kesehatan yang berfokus pada perubahan perilaku, lingkungan dan kebijakan. Model ini menekankan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor, sehingga intervensi efektif harus mempertimbangkan faktor predisposisi (seperti pengetahuan dan sikap), faktor pemungkin (seperti akses dan ketersediaan layanan) dan faktor penguat (seperti dukungan sosial). Model ini telah digunakan secara luas dalam berbagai bidang kesehatan untuk merancang strategi yang lebih terintegrasi dan partisipatif dalam meningkatkan pengetahuan serta perilaku positif masyarakat.⁵⁷

a. Pengertian

Model *PRECEDE-PROCEED* dikembangkan oleh Green & Kreuter (2022) sebagai kerangka komprehensif untuk perencanaan dan evaluasi program promosi kesehatan.⁵⁸

- 1) *PRECEDE* (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation) fokus pada diagnosis sosial, epidemiologis, dan perilaku.
- 2) *PROCEED* (Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development) berfokus pada implementasi dan evaluasi intervensi.

b. Komponen *PRECEDE*

1) Faktor Predisposisi (Predisposing Factors)

Faktor predisposisi merupakan faktor yang mempengaruhi motivasi individu untuk melakukan suatu perilaku kesehatan. Faktor ini berkaitan dengan karakteristik internal individu seperti pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai, dan persepsi terhadap suatu masalah kesehatan.

Literasi kesehatan dalam penelitian ini termasuk dalam faktor predisposisi karena mencerminkan kemampuan individu dalam memperoleh, memahami, menilai, serta menggunakan informasi kesehatan yang baik memungkinkan perempuan memahami pentingnya pemeriksaan SADANIS sebagai upaya deteksi dini kanker payudara sehingga mempengaruhi pengambilan keputusan untuk berpartisipasi.

2) Faktor Pendukung (Enabling Factors)

Faktor pendukung merupakan faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi terjadinya perilaku kesehatan melalui ketersediaan sumber daya dan pelayanan kesehatan. Faktor pendukung dalam skrining SADANIS meliputi akses pelayanan kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan, fasilitas pemeriksaan, dan jadwal pelayanan. Peran bidan sebagai penyedia layanan kesehatan menjadi bagian dari faktor pendukung karena bidan berperan dalam memfasilitasi dan memberikan pelayanan

SADANIS.

3) Faktor Penguat (Reinforcing Factors)

Faktor penguat merupakan faktor yang memberikan umpan baik atau penguatan setelah individu melakukan suatu perilaku kesehatan. Dukungan bidan, dalam penelitian ini berupa informasi, motivasi, dorongan, dan apresiasi menjadi faktor penguat penting. Dukungan keluarga dan tenaga Kesehatan lainnya juga dapat memperkuat perilaku SADANIS sehingga individu terdorong untuk melakukan pemeriksaan secara berkelanjutan.

c. Komponen *PROCEED*

Komponen *PROCEED* berfokus pada implementasi program kesehatan, kebijakan dan organisasi, serta evaluasi proses, dampak, dan hasil program kesehatan. *PRECEED* dalam penelitian ini, digunakan sebagai landasan konseptual, namun fokus penelitian lebih pada tahap *PRECEDE* karena menilai faktor yang mempengaruhi SADANIS.

d. Hubungan Model *PRECEDE-PROCEED* dengan Penelitian

Berdasarkan model *PRECEDE-PROCEED*, literasi kesehatan merupakan faktor predisposisi, dukungan bidan sebagai faktor pendukung dan penguat, serta partisipasi SADANIS sebagai perilaku kesehatan. Model ini menjelaskan bahwa peningkatan literasi kesehatan dan dukungan bidan akan meningkatkan partisipasi

SADANIS.

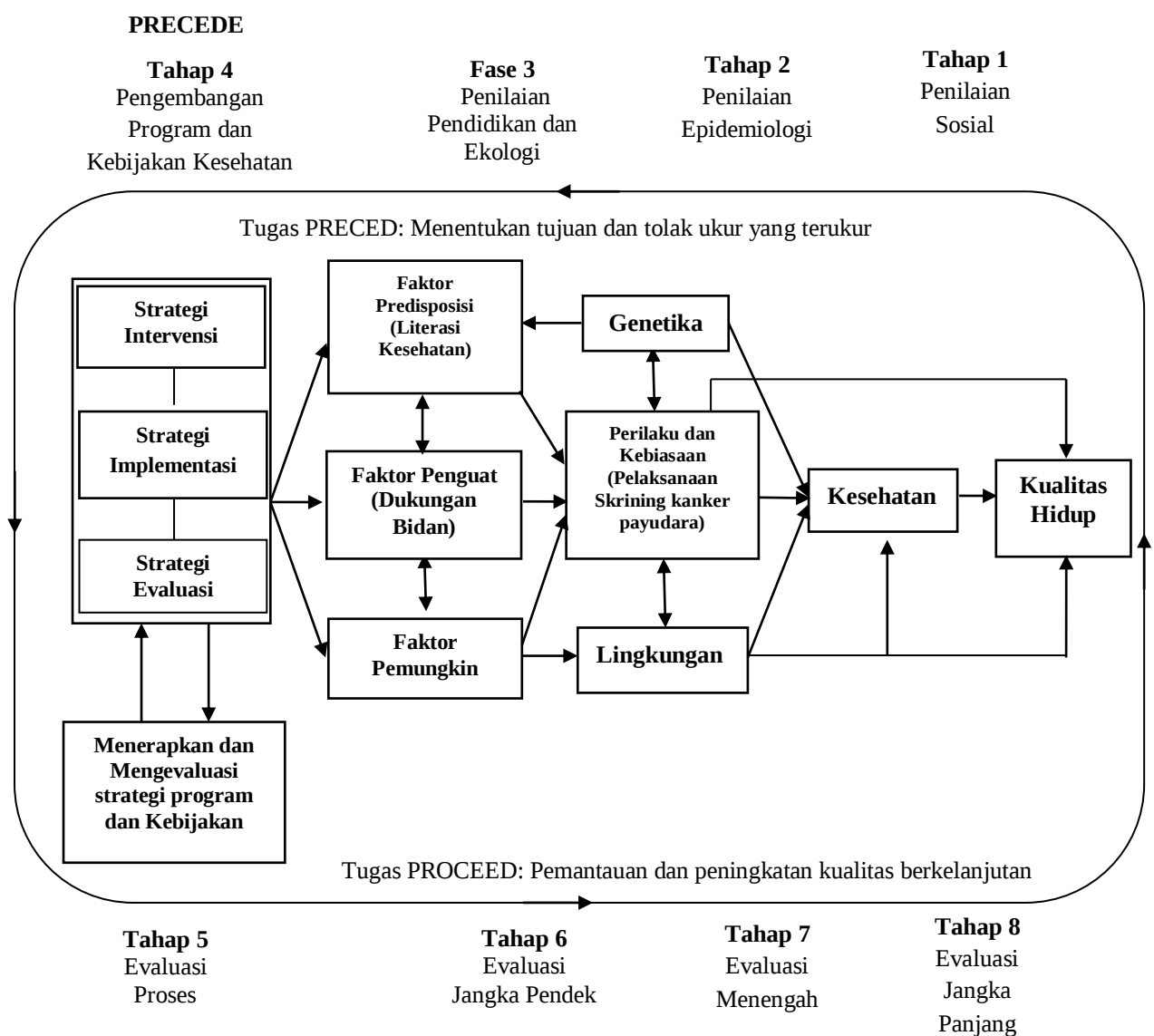
e. Kerangka Konsep Penelitian

Model *PRECEDE-PROCEED* digunakan untuk menjelaskan bahwa perilaku partisipasi SADANIS dipengaruhi oleh faktor predisposisi berupa literasi kesehatan dan faktor penguat berupa dukungan bidan. Interaksi kedua faktor tersebut diharapkan dapat meningkatkan partisipasi wanita usia subur dalam pemeriksaan SADANIS.

Model *PRECEDE-PROCEED* membantu mengidentifikasi faktor predisposisi (literasi kesehatan), faktor pemungkin (akses dan dukungan tenaga kesehatan), dan faktor penguat (dukungan sosial) yang memengaruhi partisipasi perempuan pedesaan dalam skrining SADANIS.

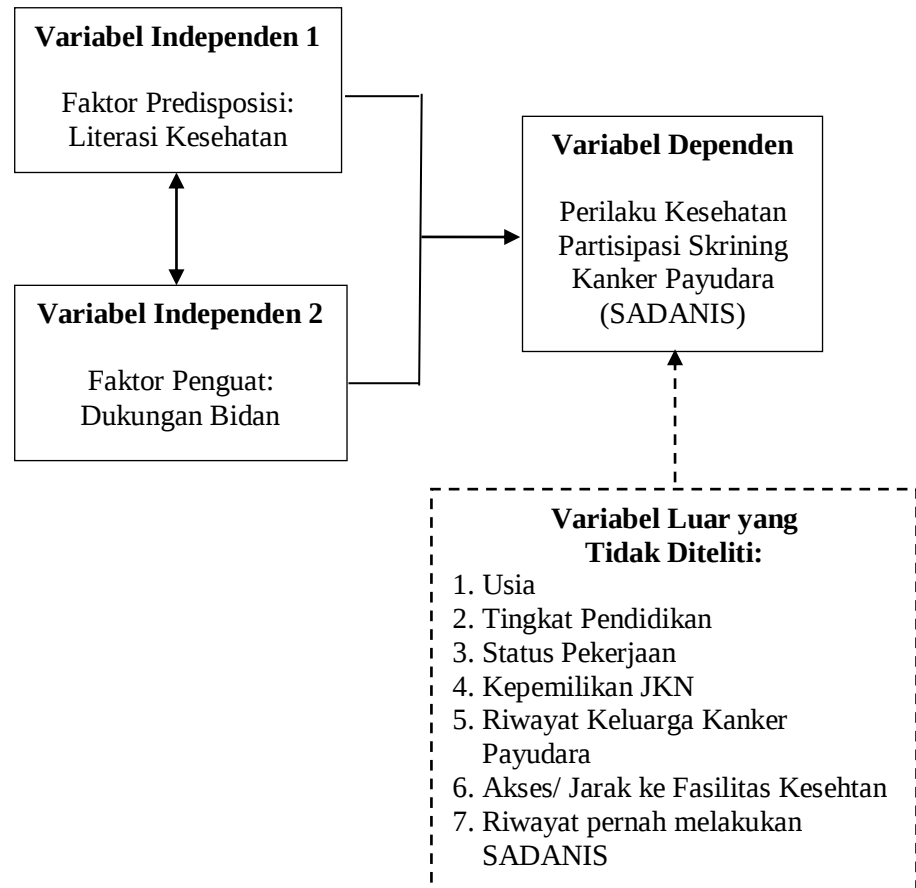
B. Kerangka Teori

Model *PRECEDE-PROCEED* diperkenalkan oleh Lawrence W. Green pada tahun 1980 dan terus berkembang hingga edisi terbaru 2022, yang menekankan panduan lebih rinci pada tahap implementasi dan evaluasi program, sehingga tetap relevan sebagai kerangka perencanaan dan evaluasi program kesehatan berbasis bukti, termasuk skrining SADANIS.⁵⁸



Gambar 1. Skema Teori *PRECEDE-PROCEED* (Green and Kreuter, 2022)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini mengacu pada teori *PRECEDE-PROCEED* dari Green dan Kreuter, yang menempatkan literasi kesehatan sebagai faktor predisposisi dan dukungan bidan sebagai faktor penguat. Kedua faktor tersebut digambarkan saling berinteraksi secara konseptual dan secara bersama-sama berhubungan dengan partisipasi perempuan dalam skrining kanker payudara melalui SADANIS.

D. Hipotesis

Hipotesis penelitian berdasarkan kerangka teori dan kerangka konsep penelitian, partisipasi perempuan dalam pemeriksaan SADANIS dipengaruhi oleh kemampuan memahami informasi kesehatan serta dukungan bidan sebagai tenaga kesehatan primer. Oleh karena itu, hipotesis penelitian ini adalah terdapat hubungan antara literasi kesehatan dan dukungan bidan dengan partisipasi SADANIS pada Perempuan di wilayah kerja Puskesmas Samigaluh II.