

PERSEPSI WANITA BERISIKO KANKER PAYUDARA TENTANG PEMERIKSAAN PAYUDARA SENDIRI DI KOTA SEMARANG, JAWA TENGAH

PERCEPTION OF WOMEN WITH RISK OF BREAST CANCER ABOUT BREAST SELF-EXAMINATION AT SEMARANG CITY, CENTRAL JAVA

Ophi Indria Desanti¹, IM. Sunarsih², Supriyati³

¹ Bagian Ilmu Kesehatan, FK Universitas Islam Sultan Agung

² Indonesian Cancer Foundation, Branch Office, Province of Yogyakarta Special Territory

³ Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Breast cancer is the main cause of death due to cancer at Semarang City. Breast cancer can be detected through breast self-examination. Perceptions about benefit as well as perception about constraints of breast self-examination affect behavior of breast self-examination. This study is carried out to women with relatively high risk of having breast cancer.

Objective: The study aimed to identify perception of women with risk of breast cancer about breast self-examination and identify relationship between that perception and behavior of breast self-examination.

Methods: This was an analytical study with cross sectional design. Samples consisted of 384 women with risk of breast cancer at 10 villages of Semarang City taken with multistage random sampling method. Data were obtained through questionnaire of perception and behavior of breast self-examination of respondents that had got ethical clearance from Ethical Commission Council of Gadjah Mada University. Data analysis used chi-square and logistic regression.

Results: Only 52.3% of respondents had breast self-examination. As much as 25.2% had positive perception about the benefit of doing breast-self examination; and 70.1% had negative perception about constraints of breast self-examination. Variables of perception about benefit ($p=0.022$) and about constraints ($p=0.015$) had relationship with behavior of breast self-examination. The result of logistic regression test showed that variables that were significant were confounding variables, i.e. level of knowledge ($p=0.037$), education ($p=0.009$) and information about breast self-examination ($p=0.000$).

Conclusion: Variables related to behavior of breast self-examination were confounding variables, i.e. level of knowledge, education, and information about breast self-examination.

Keywords: breast cancer, perception, breast self-examination

PENDAHULUAN

Kanker payudara merupakan masalah kesehatan baik di negara maju maupun negara berkembang. Angka penderita kanker payudara di Indonesia menurut Departemen Kesehatan sebesar 876.665 orang.¹ Rata-rata penderita kanker payudara di Indonesia adalah 10 dari 100 ribu perempuan, menjadikan penyakit ini berada di urutan kedua setelah kanker mulut rahim.² Kanker payudara masih menjadi masalah besar di Indonesia, karena 68,6% wanita dengan kanker payudara berobat ke dokter pada stadium lanjut lokal (IIIA dan IIIB), sedangkan stadium dini (stadium I dan II) hanya 22,4%.³ Pada tahun 2005 di Kota Semarang, kasus kematian tertinggi akibat kanker adalah kematian akibat kanker payudara,⁴ di mana insidensi kanker payudara di Kota Semarang adalah tertinggi untuk seluruh kanker di Kota Semarang.⁵

Pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) dilakukan untuk menurunkan angka mortalitas kanker payudara dengan penemuan kanker payudara sedini mungkin dan pengobatan saat ukuran masih kecil sebelum kanker tersebut bermetastasis.⁶ Penemuan kanker payudara sedini mungkin yang didiagnosis dan diobati secara benar akan menambah harapan hidup penderita kanker payudara. Angka harapan hidup selama 10 tahun untuk penemuan kanker pada stadium I sebesar 70%-80%, stadium II 43%, stadium III kurang dari 11,2%, dan stadium IV 0%.⁷

Walaupun ada peningkatan kewaspadaan terhadap kanker payudara, hanya sebagian kecil saja yang melakukan SADARI secara teratur.⁸ Faktor yang mempengaruhi persepsi adalah keyakinan, kebudayaan, dan pengetahuan.⁹ Wanita yang ingin melakukan SADARI merasa bahwa menemukan

benjolan oleh diri sendiri menyebabkan kecemasan yang berlebihan, sehingga mereka memilih untuk tidak melakukan SADARI.¹⁰ Hambatan-hambatan dalam perilaku SADARI adalah rendahnya kewaspadaan wanita terhadap kanker payudara dan sedikitnya akses informasi yang mereka dapatkan.¹¹

Penelitian ini dilakukan terhadap wanita berisiko kanker payudara, karena insiden kanker payudara akan meningkat bila terdapat satu atau lebih faktor risiko. Faktor-faktor risiko tinggi munculnya penyakit ini antara lain wanita umur di atas 40 tahun yang tidak memiliki anak dan wanita yang mempunyai anak pertama di atas usia 35 tahun.¹ Kasus terbanyak kanker payudara di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM) Jakarta adalah pada kisaran umur 40 – 44 tahun dan persentase kejadian kanker payudara pada responden yang memiliki keluarga penderita kanker adalah sebesar 15,79%.¹² Persepsi yang muncul sangat beragam dan hal tersebut bisa menjadi sebab untuk tidak melakukan SADARI secara teratur. Hal ini menyebabkan penelitian mengenai persepsi dan perilaku SADARI pada wanita berisiko kanker payudara menjadi penting dan menjadi prioritas utama untuk diteliti lebih mendalam. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan persepsi wanita berisiko kanker payudara mengenai penyakit kanker payudara dan SADARI, mendeskripsikan perilaku SADARI wanita berisiko kanker payudara, serta mengetahui hubungan antara persepsi keuntungan dan persepsi hambatan untuk melakukan SADARI dengan perlakunya.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan rancangan penelitian potong lintang (*cross sectional*). Jumlah sampel minimal adalah $382 \text{ wanita} \pm 10\% = 410 \text{ wanita}$. Pemilihan daerah penelitian dilakukan secara *multistage random sampling*. Kecamatan yang terpilih yaitu: Tembalang, Semarang Barat, Gajahmungkur, dan Pedurungan. Unit *sampling* sekunder adalah 10 kelurahan dalam kecamatan-kecamatan tersebut, dan diambil 41 sampel dalam tiap kelurahan.

Populasi penelitian ini adalah semua wanita di kota Semarang yang berisiko terhadap kanker

payudara. Sampel penelitian diambil berdasarkan kriteria inklusi: wanita yang bersedia untuk diteliti, berumur 20 sampai dengan 65 tahun, mempunyai satu atau lebih faktor risiko meliputi umur saat menstruasi pertama di bawah 10 tahun, menopause setelah umur 50 tahun, melahirkan anak pertama di atas umur 35 tahun, belum pernah melahirkan anak, belum pernah menyusui anak, pengguna kontrasepsi hormonal meliputi pil KB, suntik KB, dan susuk KB, pernah didiagnosis tumor jinak payudara oleh dokter, dan riwayat keluarga dengan kanker payudara. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah wanita yang sedang didiagnosis ada kelainan pada payudara.

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah persepsi wanita berisiko kanker payudara mengenai keuntungan untuk melakukan SADARI dan persepsi wanita berisiko kanker payudara mengenai hambatan untuk melakukan SADARI. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku SADARI. Untuk variabel persepsi keuntungan, dan hambatan SADARI digunakan kuesioner dengan skala Likert. Untuk menjaga kualitas data maka dilakukan kroscek dan ricek terhadap 5% dari besar sampel minimal yaitu sebanyak 21 wanita.

Sebelum digunakan untuk penelitian, dilakukan uji coba terlebih dahulu pada 30 responden di salah satu kelurahan yang tidak termasuk daerah pengambilan sampel. Untuk jenis pertanyaan yang tidak memenuhi kriteria validitas dan reliabilitas, maka jenis pertanyaan tersebut tidak digunakan.

Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan sebaran karakteristik yaitu: umur, status perkawinan, pengeluaran keluarga, pendidikan, pekerjaan, faktor risiko, akses media informasi, tingkat pengetahuan, persepsi tentang SADARI, dan perilaku SADARI. Analisis bivariat dilakukan dengan analisis *chi square* untuk melihat hubungan antara masing-masing variabel persepsi keuntungan dan variabel persepsi hambatan dengan variabel perilaku SADARI. Dikatakan hubungan bermakna, jika $p \text{ value} < 0,05$. Analisis multivariat dilakukan dengan analisis regresi logistik untuk mencari variabel yang paling berhubungan dengan perilaku SADARI.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik responden

Tabel 1. Distribusi karakteristik wanita dengan risiko kanker payudara di Kota Semarang dalam melakukan SADARI (n = 384)

Karakteristik	Pernah SADARI*		Tidak pernah SADARI**		Total
	n	%	n	%	
Umur					
20 – 29 tahun	68	51,9	63	48,1	131
30 – 39 tahun	81	63,8	46	36,2	127
40 – 49 tahun	33	47,1	37	52,9	70
50 – 59 tahun	17	34,7	32	65,3	49
60 – 65 tahun	2	28,6	5	71,4	7
Status perkawinan Anda :					
Belum menikah	24	49,0	25	51,0	49
Sudah / pernah menikah	177	53,0	157	47,0	334
Pengeluaran tiap bulan					
< dari Rp715.000,00	48	44,0	61	56,0	109
≥ Rp715.000,00	153	55,6	122	44,4	275
Pendidikan formal					
Tidak pernah sekolah	4	26,7	11	73,3	15
SD / sederajat	46	39,3	71	60,7	117
SMP / sederajat	44	53,0	39	47,0	83
SMA / sederajat	82	59,4	56	40,6	138
Diploma	9	81,8	2	18,2	11
Sarjana	16	84,2	3	15,8	19
Pekerjaan					
Petani	0	0	1	100	1
Buruh / Pembantu	11	44,0	14	56,0	25
Karyawan	28	58,3	20	41,7	48
PNS	3	50,0	3	50,0	6
Wiraswasta	23	44,2	29	55,8	52
Pelajar/mahasiswa	5	35,7	9	64,3	14
Tidak bekerja	131	55,0	107	45,0	238

* Total responden yang pernah SADARI adalah 201 wanita (52,3%)

** Total responden yang tidak pernah SADARI adalah 183 wanita (47,7%)

Tabel 1 menunjukkan bahwa wanita yang diteliti sebagian besar adalah pada rentang umur 20 – 29 tahun yaitu 131 wanita (34,1%) dengan status perkawinan sudah/pernah menikah. Keluarga termasuk golongan menengah ke atas dengan pengeluaran keluarga tiap bulan adalah lebih dari Rp715.000,00 (71,6%). Pendidikan formal kebanyakan responden adalah SMA/sederajat (35,9%) dengan sebagian besar (62%) tidak bekerja, yaitu sebagai ibu rumah tangga. Karakteristik ini terlihat karena lokasi penelitian ini adalah di daerah perkotaan. Dari gambaran karakteristik ini, maka hasil penelitian ini juga berlaku untuk wanita dengan gambaran karakteristik yang hampir sama, tetapi tidak dapat disamakan dengan daerah lain misalnya daerah dengan proporsi orangtua lebih banyak, golongan menengah ke bawah, atau pendidikan formal yang lebih rendah.

Umur responden yang paling banyak melakukan SADARI adalah responden pada kisaran umur 30 – 39 tahun, sementara yang paling tidak pernah melakukan SADARI adalah pada kisaran umur 60 – 65 tahun. Sementara dari status pernikahan maka dapat dilihat bahwa responden yang pernah melakukan SADARI adalah responden yang sudah/pernah menikah. Sebanyak 49,0% dari wanita yang belum menikah pernah melakukan SADARI dan sebanyak 52,8% wanita yang sudah/pernah menikah pernah melakukan SADARI. Penelitian yang meneliti wanita berumur 15 – 39 tahun menemukan bahwa 50% dari respondennya pernah melakukan SADARI.¹³ Hal ini bisa terjadi karena wanita pada usia tersebut mulai merasa adanya kewaspadaan terhadap diri mereka. Berbeda dengan kelompok usia 39 tahun ke atas di mana kelompok usia tersebut belum tumbuh kewaspadaan terhadap diri mereka sendiri.

Berdasarkan variabel pengeluaran keluarga, maka dapat dilihat bahwa responden yang paling sering mengatakan pernah melakukan SADARI adalah responden yang berpenghasilan tinggi yaitu sebanyak 153 responden, sementara responden yang berpenghasilan rendah hanya 48 responden yang pernah melakukan SADARI. Hal ini sesuai dengan penelitian lain yang menyebutkan bahwa hanya 50% wanita African-American dengan sosial-ekonomi rendah yang melakukan SADARI.¹⁴ Salah satu penyebab yang signifikan adalah kurangnya pengetahuan responden. Dari penelitian ini, dapat dijelaskan bahwa sumber informasi mereka mengenai kanker payudara adalah melalui media elektronik. Diseminasi melalui media elektronik hanya dapat menjangkau kelompok berpenghasilan tinggi, dan kurang berdampak pada kelompok berpenghasilan rendah. Walaupun begitu, diseminasi informasi tentang SADARI dari penelitian ini terutama adalah melalui puskesmas atau dokter. Menurut peneliti hal ini bisa terjadi karena responden yang memperoleh informasi tentang kanker payudara tersebut menanyakan kepada dokter mereka sehingga diseminasi tentang SADARI juga terjadi pada kelompok berpenghasilan tinggi.

Berdasarkan tingkat pendidikan responden, maka dapat dilihat bahwa proporsi terbesar responden yang pernah melakukan SADARI adalah responden yang berpendidikan sarjana, dimana tampak bahwa proporsi responden yang pernah melakukan SADARI makin tinggi seiring dengan makin tingginya pendidikan yang diperoleh

responden. Sementara dari pekerjaan responden maka dapat dilihat bahwa proporsi responden yang paling sering melakukan SADARI adalah responden yang bekerja sebagai karyawan yaitu sebanyak 58,3% dibandingkan dengan kelompok yang tidak bekerja yaitu sebanyak 55%. Asumsi tentang diseminasi informasi melalui media elektronik ini juga berpengaruh terhadap perilaku SADARI responden sesuai tingkat pendidikannya. Responden yang mayoritas pernah melakukan SADARI berturut-turut adalah kelompok dengan tingkat pendidikan diploma (81,8%) dan sarjana (80%). Walaupun begitu, hal ini bisa terjadi karena proporsi sampel dari penelitian ini dari kelompok diploma dan sarjana sangat sedikit (8,1%) dibandingkan dengan kelompok tingkat pendidikan lainnya.

Perilaku SADARI banyak dilakukan oleh responden yang bekerja sebagai karyawan swasta (58,3%), disusul oleh responden yang tidak bekerja (55%). Mayoritas responden adalah ibu rumah tangga yang dikelompokkan sebagai kelompok yang tidak bekerja, sehingga hasil penelitian ini mencerminkan keadaan populasi sebenarnya.

Perilaku merupakan hasil dari karakteristik individu dan lingkungannya.¹⁵ Bila kepercayaan dan keyakinannya terhadap suatu objek mendukung terciptanya suatu perilaku tertentu, maka terjadilah perilaku tersebut. Penelitian di Jerman mendapatkan

43,1% dari responden melakukan SADARI tiap bulan secara teratur oleh karena mereka merasakan manfaat untuk melakukan SADARI secara teratur.¹⁶ Perilaku akan terbentuk melalui suatu sikap yang positif terhadap perilaku tersebut.¹⁷ Hal ini dapat dimengerti, karena pengetahuan tentang SADARI menyebabkan sikap mereka terhadap SADARI dan kanker payudara berubah ke arah positif sehingga timbulah perilaku yang diharapkan yaitu keinginan melakukan SADARI teratur setiap bulan.

Ketika responden ditanyakan tentang alasan tidak melakukan SADARI terutama adalah karena mereka tidak mengerti gunanya (51,9%). Sebagai alasan kedua yang dikemukakan responden adalah bahwa mereka tidak pernah diajarkan cara melakukan SADARI (25,1%). Diseminasi informasi ini juga berpengaruh pada kompetensi wanita untuk melakukan prosedur SADARI secara benar. Kompetensi yang tidak diasah untuk melakukan SADARI secara benar menjadi faktor utama yang menghambat wanita untuk melakukan SADARI.¹⁸ Hasil penelitian pada imigran wanita Islam di Amerika Serikat juga menyebutkan bahwa 74% belum pernah melakukan SADARI oleh karena banyak dari wanita tersebut yang belum pernah diajarkan melakukan SADARI oleh pelayanan kesehatan di sekitar tempat mereka.¹⁹

Tabel 2. Distribusi informasi tentang kanker payudara dan SADARI pada wanita dengan risiko kanker payudara di Kota Semarang (n = 384)

Karakteristik	Jumlah		Total	
	n	%	n	%
Informasi tentang kanker payudara				
Pernah			203	53,1
Informasi dari koran / majalah	75	20,2		
Informasi dari seminar / diskusi ilmiah	21	5,7		
Informasi dari puskesmas / Dokter	39	10,5		
Informasi dari PKK	45	12,1		
Informasi dari televisi/Radio	133	34,8		
Informasi dari pengajian	4	0,2		
Informasi dari lainnya	54	14,5		
Tidak pernah			181	46,9
	Total		384	100
Informasi tentang SADARI				
Pernah			119	31
Informasi dari koran/majalah	30	16,9		
Informasi dari seminar/diskusi ilmiah	31	17,4		
Informasi dari puskesmas/Dokter	59	33,1		
Informasi dari PKK	3	0,2		
Informasi dari televisi / Radio	26	14,6		
Informasi dari pengajian	3	0,3		
Informasi dari lainnya	26	14,6		
Tidak pernah			265	69
	Total		384	100

2. Distribusi informasi yang diterima responden

Berdasarkan Tabel 2 terlihat bahwa hanya 53,1% yang pernah mendapatkan informasi tentang kanker payudara. Informasi tersebut berturut-turut diperoleh dari televisi/radio (34,8%), dari koran atau majalah (20,2%), dari lainnya (14,5%), dari PKK (12,1%), dari puskesmas atau dokter (10,5%), dari seminar dan diskusi ilmiah (5,7%), dan terakhir dari pengajian (0,3%). Untuk informasi lain, diperoleh data bahwa beberapa responden mendapatkan informasi dari tetangga, keluarga, maupun brosur yang diterima dari rumah sakit. Informasi utama diperoleh responden dari media massa yaitu televisi/radio dan koran/majalah. Hal ini cukup menggembirakan, karena segmen pasar untuk media massa cukup luas, sehingga dapat disimpulkan bahwa banyak wanita lain yang juga memperoleh akses informasi mengenai kanker payudara. Untuk informasi yang diperoleh dari puskesmas dan dokter cukup rendah (10,5%). Hal ini harus menjadi perhatian karena seharusnya fokus utama kegiatan pencegahan kanker payudara stadium lanjut adalah melalui instansi pelayanan kesehatan seperti puskesmas, dokter, maupun rumah sakit.

Untuk informasi tentang SADARI, ternyata angkanya lebih kecil yaitu sebanyak 31% yang pernah mendengar tentang SADARI. Informasi tersebut mereka peroleh berturut-turut dari puskesmas/dokter (33,1%), dari seminar dan diskusi ilmiah (17,4%), dari koran atau majalah (16,9%), dari televisi dan radio (14,6%), dari sumber informasi lain (14,6), dari pengajian (0,3%), dan dari PKK (0,3%). Bila informasi tentang kanker payudara sedikit diperoleh dari puskesmas atau dokter, ternyata untuk informasi mengenai SADARI terutama diperoleh

responden dari puskesmas atau dokter. Hal ini mungkin terjadi karena tidak adanya sinkronisasi antara penyuluhan mengenai kanker payudara dan SADARI, sehingga proses penyuluhan tidak berjalan sinergis antara penyuluhan tentang kanker payudara dan penyuluhan tentang SADARI. Penelitian lain mendapatkan bahwa 84% responden sudah mengenal SADARI, dimana informasi tersebut kebanyakan berasal dari dokter spesialis kandungan dan kebidanan.¹⁶ Sedangkan penelitian di Vietnam menunjukkan bahwa 13% dari mereka belum pernah mendengar tentang SADARI.²⁰

3. Tingkat pengetahuan responden

Berdasarkan Tabel 3 diperoleh hasil bahwa ternyata banyak responden yang telah mengetahui bahwa kanker payudara adalah jenis kanker yang paling banyak menyerang wanita. Menurut Profil Kesehatan Kota Semarang tahun 2005 kanker payudara memang menduduki peringkat pertama sebagai penyebab kematian akibat kanker⁴ dan insidensi kanker payudara di Kota Semarang berada pada urutan pertama dengan angka 10,25 per 100.000 penduduk.⁵

Untuk jenis pertanyaan bahwa kanker payudara banyak terjadi di usia tua, maka proporsi responden yang menjawab benar dan salah hampir tidak berbeda. Hal ini bisa terjadi karena terjadi pergeseran prevalensi kanker payudara di usia lebih muda, dimana penelitian tahun 2002 menunjukkan bahwa insidensi kasus kanker payudara yang paling tinggi terjadi menjelang umur *menopause*²¹, sementara penelitian tahun 2005 di Rumah Sakit Ciptomangunkusumo Jakarta menemukan bahwa kasus terbanyak berada pada kisaran umur 40 – 44 tahun.¹²

Tabel 3. Distribusi jawaban wanita dengan risiko kanker payudara di Kota Semarang

Pernyataan	Responden yang menjawab benar	
	n	%
Kanker payudara adalah kanker yang paling banyak menyerang wanita	358	93,2
Kanker payudara lebih sering terjadi pada wanita usia tua	212	55,2
Kanker payudara dapat diturunkan	139	36,2
Kanker payudara disebabkan oleh guna-guna	357	92,9
Benjolan kanker payudara biasanya tidak sakit	95	24,7
Kanker payudara stadium lanjut dapat dicegah	135	35,2
Deteksi dini dapat meningkatkan kesembuhan kanker payudara	337	87,8
Salah satu cara deteksi dini adalah dengan SADARI	328	85,4
Kanker payudara stadium dini dapat diobati	354	92,2
SADARI hanya bisa dilakukan oleh dokter	255	66,4
Memegang payudara tabu untuk dilakukan	295	76,9
Terkena kanker payudara merupakan takdir	154	40,1
Semakin kecil benjolan akan semakin mudah disembuhkan	348	90,6
Kanker payudara pasti harus dioperasi	115	29,9

Mitos-mitos yang terjadi di masyarakat yaitu meliputi pengetahuan mengenai kanker payudara disebabkan oleh guna-guna dan persepsi bahwa memegang payudara adalah tabu untuk dilakukan adalah merupakan jenis-jenis pertanyaan yang ditanyakan kepada responden. Ternyata penelitian ini mendapatkan hasil bahwa hanya 7,1% yang masih menjawab bahwa kanker payudara disebabkan oleh guna-guna, sementara 26,1% menganggap bahwa memegang payudara tabu untuk dilakukan. Hal ini dapat terjadi karena faktor keyakinan, kebudayaan, dan pengetahuan dapat mempengaruhi persepsi seseorang.⁹

Penelitian di Turki menemukan bahwa dari 76,6% wanita yang sudah pernah mendengar tentang kanker payudara, hanya 56,1% dari mereka mempunyai pengetahuan yang benar mengenai kanker payudara dan SADARI.²² Hal ini terjadi karena sedikitnya informasi-informasi yang disebarluaskan ke masyarakat mengenai kanker payudara. Hasil akhir penelitian tersebut menunjukkan bahwa satu-satunya faktor yang berpengaruh terhadap perilaku SADARI adalah tingkat pengetahuan mereka ($p = 0.011$).

Untuk persepsi bahwa kanker payudara merupakan takdir yang tidak dapat dicegah, hasil penelitian mendapatkan jawaban yang tidak jauh berbeda yaitu 58,9% menjawab bahwa terkena kanker payudara adalah merupakan takdir. Penelitian lain menyebutkan bahwa 5% dari respondennya mengatakan bahwa kanker payudara tidak dapat dicegah.²³ Hal ini menjelaskan bahwa persepsi tentang kanker payudara mempengaruhi persepsi tentang keuntungan melakukan SADARI.

Hasil dari penelitian ini adalah bahwa jenis pertanyaan mengenai pencegahan kanker payudara tidak dijawab dengan benar oleh sebagian responden. Masih terdapat persepsi yang salah bahwa kanker payudara stadium lanjut tidak dapat dicegah (64,8%). Hanya 29,9% responden yang menjawab dengan benar bahwa kanker payudara tidak harus dioperasi. Tetapi hal ini berbanding terbalik dengan item pertanyaan selanjutnya mengenai deteksi dini dapat meningkatkan kesembuhan kanker payudara, salah satu cara deteksi dini adalah dengan SADARI, dan kanker payudara stadium dini dapat diobati. Berturut-turut hasil yang diperoleh dari penelitian ini adalah 87,8%; 85,4%; dan 92,2%. Hal ini berarti responden

telah mengenal SADARI sebagai salah satu cara deteksi dini kanker payudara. Beberapa responden menjawab bahwa SADARI hanya bisa dilakukan oleh dokter (33,6%). Hal ini dapat dijelaskan dari penelitian sebelumnya yang mengatakan bahwa wanita yang ingin melakukan SADARI merasa bahwa menemukan benjolan oleh diri sendiri menyebabkan kecemasan yang berlebihan, sehingga mereka memilih untuk tidak melakukan SADARI oleh diri mereka sendiri.¹⁰

4. Persepsi responden tentang SADARI

Tabel 4 menunjukkan bahwa proporsi terbesar adalah proporsi persepsi negatif. Hal ini berarti 74,8% responden merasa perilaku SADARI tidak mempunyai keuntungan dan 70,1% responden merasakan hambatan untuk melakukan SADARI. Hasil perhitungan ini tentu bertolak belakang dengan kenyataan bahwa responden adalah wanita yang mempunyai faktor risiko kanker payudara. Seharusnya mereka yang mempunyai faktor risiko kanker payudara akan merasa rentan untuk terkena kanker payudara. Perbedaan ini bisa terjadi karena adanya proses kognitif dalam menafsirkan stimulus yang diterima masing-masing responden mengenai kanker payudara dan SADARI. Hal ini juga bisa terjadi oleh karena akses informasi serta tingkat pengetahuan responden yang rendah mengenai kanker payudara dan SADARI. Seluruh apa yang ada dalam individu, seperti pengalaman, perasaan, pemikiran, dan sebagainya, ikut mempengaruhi proses persepsi individu terhadap objek yang sama.²⁴ Oleh karena itu, responden yang mendapatkan stimulus yang sama tentang kanker payudara dan SADARI pasti akan mengolah stimulus tersebut sesuai dengan karakteristik individual responden, sehingga akan menghasilkan perilaku SADARI yang berbeda.

Hambatan-hambatan dalam perilaku SADARI antara lain adalah rendahnya kewaspadaan wanita terhadap kanker payudara dan sedikitnya akses informasi yang mereka dapatkan.¹¹ Dari penelitian lain dikatakan bahwa hambatan dalam melakukan SADARI adalah faktor kepercayaan diri untuk melakukan SADARI. Penelitian tersebut mengungkapkan bahwa hambatan diri harus diperluas dengan perasaan-perasaan percaya diri untuk melakukan SADARI.²⁵

5. Hubungan antara variabel penelitian dengan perilaku SADARI

Berdasarkan Tabel 4 variabel persepsi keuntungan tentang SADARI mempunyai *p value* 0,022 dengan OR 95% CI : 1,779 (1,109 – 2,854), sedangkan variabel persepsi hambatan mempunyai *p value* 0,015 dengan OR 95% CI : 2,144 (1,191 – 3,860). Oleh karena itu, diperoleh hasil bahwa ada hubungan yang bermakna secara signifikan antara persepsi keuntungan tentang SADARI dan persepsi hambatan untuk melakukan SADARI dengan perilaku SADARI. Diperoleh nilai OR 1,779 untuk variabel keuntungan yang berarti persepsi keuntungan yang positif mempunyai peluang 1,779 kali untuk menghasilkan perilaku SADARI yang positif dibandingkan dengan persepsi keuntungan yang negatif. Nilai OR 2,114 untuk variabel hambatan berarti persepsi hambatan yang positif mempunyai peluang 2,114 kali untuk menghasilkan perilaku SADARI yang positif dibandingkan dengan persepsi hambatan yang negatif.

Bila dibandingkan dengan teori *Health Belief Model* (HBM), maka hal tersebut bisa dijelaskan bahwa perilaku tindakan preventif seseorang memang dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain faktor keuntungan dan hambatan dalam melakukan SADARI. Bila variabel keuntungan melakukan SADARI lebih besar daripada hambatannya, maka wanita tersebut akan melakukan SADARI sebagai tindakan pencegahan kanker payudara stadium lanjut. Hal ini sesuai dengan penelitian pada wanita Korea-Amerika yang menemukan bahwa persepsi hambatan merupakan salah satu variabel yang berhubungan secara signifikan.²⁶

Hambatan-hambatan yang timbul dan berhubungan secara signifikan dengan perilaku SADARI disebabkan persepsi bahwa menemukan benjolan oleh diri sendiri menyebabkan kecemasan yang berlebihan, bahwa kanker payudara tidak dapat dicegah, dan rendahnya kewaspadaan wanita terhadap kanker payudara.^{10,23,11} Mitos tradisional yang mengatakan bahwa terkena kanker payudara merupakan penyakit kutukan atau penyakit guna-guna, ternyata diperoleh hasil bahwa 92,9% responden sudah mengetahui bahwa kanker payudara bukan penyakit guna-guna.

Untuk mengetahui apakah masing-masing variabel persepsi tentang kanker payudara dan SADARI serta faktor-faktor lainnya berhubungan dengan perilaku SADARI maka dilakukan analisis bivariat terlebih dahulu menggunakan analisis logistik regresi sederhana. Variabel yang terpilih adalah variabel yang mempunyai *p value* < 0,25 yang berarti terpilih sebagai kandidat untuk analisis logistik regresi ganda.

Dari perhitungan analisis logistik regresi sederhana maka dapat dilihat bahwa faktor yang dapat dianalisis lebih lanjut adalah variabel persepsi keuntungan, persepsi hambatan, pengeluaran, pendidikan, informasi tentang kanker payudara, informasi tentang SADARI, dan tingkat pengetahuan (Tabel 5). Variabel yang terpilih untuk analisis logistik regresi ganda disusun mengikuti suatu model tertentu, dimana variabel yang mempunyai *p value* paling besar dikeluarkan satu persatu sehingga diperoleh model yang sesuai dengan persamaan hubungan antara variabel-variabel penelitian dengan perilaku SADARI.

Tabel 4. Hasil analisis *chi square* antara masing-masing persepsi tentang kanker payudara dan SADARI dengan perilaku SADARI

Variabel	Perilaku SADARI				OR (95% CI)	<i>P value</i>
	Tidak pernah		Pernah			
	n	%	n	%		
Persepsi keuntungan						
Negatif	147	51,2	140	48,8	1,779 (1,109-2,854)	0,022*
Positif	36	37,1	61	62,9		
Persepsi hambatan						
Negatif	164	50,5	161	49,5	2,144 (1,191-3,860)	0,015*
Positif	19	32,2	40	67,8		

* bermakna secara signifikan (*p*< 0,05)

Tabel 5. Hasil perhitungan *p value* berbagai variabel penelitian pada wanita dengan risiko kanker payudara dalam melakukan SADARI

Variabel	Nilai <i>p value</i>
Persepsi keuntungan	0,016 *
Persepsi hambatan	0,010 *
Umur	0,059
Pekerjaan	0,274
Status perkawinan	0,719
Pengeluaran	0,040 *
Pendidikan	0,000 *
Informasi tentang kanker payudara	0,000 *
Informasi tentang SADARI	0,000 *
Tingkat pengetahuan	0,003 *

* terpilih untuk analisis multivariat selanjutnya

Tabel 6. Model hubungan antara masing-masing variabel dengan perilaku SADARI

Variabel	Nilai <i>p value</i>			
	Model I	Model II	Model III	Model IV
Pengeluaran	0,969			
Persepsi keuntungan	0,576	0,577		
Persepsi hambatan	0,259	0,081	0,095	
Informasi kanker payudara	0,068	0,068	0,072	0,039
Tingkat pengetahuan	0,041	0,040	0,045	0,037
Pendidikan	0,009	0,008	0,007	0,009
Informasi SADARI	0,000	0,000	0,000	0,000
<i>-2 Log likelihood</i>	453,344	457,345	457,657	460,506

Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan analisis regresi logistik, karena data dalam bentuk skala ordinal. Berdasarkan Tabel 6 diperoleh hasil bahwa variabel yang berhubungan secara signifikan dengan perilaku SADARI adalah variabel tingkat pengetahuan responden, pendidikan responden, dan informasi tentang SADARI, dimana variabel yang paling berhubungan dengan variabel perilaku SADARI adalah variabel informasi tentang SADARI (*p value* = 0,000). Tingkat pengetahuan seseorang dan paparan informasi sangat berhubungan secara erat. Dari hasil penelitian ini diperoleh bahwa hanya 31% responden yang mengatakan pernah mendapatkan informasi tentang SADARI berbanding dengan 47,7% responden yang pernah melakukan SADARI.

Hal ini sejalan dengan hasil dari analisis regresi logistik ganda yang menemukan bahwa variabel berikutnya yang bermakna secara signifikan terhadap perilaku SADARI adalah variabel tingkat pengetahuan responden (*p value* = 0,037), serta variabel pendidikan responden (*p value* = 0,009). Hal ini bisa dijelaskan bahwa ada hubungan yang kompleks antara seringnya ke dokter spesialis kandungan kebidanan sebagai salah satu faktor diseminasi informasi mengenai kanker payudara dan SADARI, dan tingkat pengetahuan mereka tentang SADARI dan kanker payudara.²⁷

Penelitian lain mengenai tingkat pengetahuan mengenai kanker payudara dan SADARI menemukan bahwa hanya 56,1% dari mereka mempunyai pengetahuan yang benar mengenai kanker payudara dan SADARI.²² Setengah dari wanita yang berpengetahuan kurang tersebut mendapatkan informasi hanya dari dokter mereka. Hasil akhir penelitian tersebut menunjukkan bahwa satu-satunya faktor yang berpengaruh terhadap perilaku SADARI adalah tingkat pengetahuan mereka.²² Minimnya informasi juga menyebabkan kebanyakan dari mereka tidak mengetahui kapan waktu yang tepat untuk memulai SADARI dan kapan waktu yang tepat untuk melakukan SADARI setiap bulan.¹¹ Akibatnya, perilaku SADARI yang diharapkan dilakukan tiap bulan secara teratur, tidak terlaksana dengan baik. Faktor hambatan yang tinggi juga dipengaruhi diseminasi pengetahuan yang tidak sempurna.¹⁴

Variabel persepsi tentang keuntungan SADARI serta variabel persepsi hambatan untuk melakukan SADARI yang sebelumnya berhubungan secara signifikan terhadap pembentukan perilaku SADARI, setelah dilakukan analisis multivariat ternyata variabel tersebut tidak berhubungan dengan perilaku SADARI. Hal ini menarik, karena ternyata variabel-variabel yang berhubungan dengan perilaku SADARI wanita berisiko kanker payudara adalah variabel-

variabel yang berhubungan dengan proses kognitif seseorang. Variabel-variable persepsi tentang kanker payudara maupun persepsi tentang SADARI tidak ada yang berhubungan bermakna dengan perilaku SADARI. Hal ini dapat dijelaskan bahwa proses kognitif adalah hal pertama yang harus diintervensi, sebelum timbul persepsi yang positif mengenai kanker payudara dan SADARI. Dari penelitian ini ditemukan bahwa faktor utama dari pembentukan persepsi, yaitu variabel informasi tentang SADARI, serta variabel tingkat pengetahuan seharusnya lebih ditingkatkan terlebih dahulu, sebelum membentuk persepsi seperti yang kita harapkan. Apabila variabel tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan, dan informasi tentang SADARI tidak diperhatikan dengan serius, maka kita tidak bisa berharap terbentuk persepsi yang positif terhadap kanker payudara dan SADARI.

KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa ada hubungan positif antara persepsi keuntungan untuk melakukan SADARI serta persepsi hambatan untuk melakukan SADARI pada wanita berisiko kanker payudara terhadap perilakunya dalam melakukan SADARI. Namun ketika dilakukan analisis lebih lanjut, ternyata variabel tersebut tidak berhubungan dengan perilaku SADARI, dimana variabel yang berhubungan adalah variabel tingkat pengetahuan responden, pendidikan responden, dan informasi tentang SADARI. Variabel yang paling berhubungan dengan variabel perilaku SADARI adalah variabel informasi tentang SADARI (p value = 0,000).

Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian lanjutan mengenai akses informasi apa sajakah yang telah diterima oleh wanita Kota Semarang mengenai kanker payudara dan SADARI, dan diidentifikasi mengenai hal-hal apa sajakah yang dapat mengerakkan wanita Kota Semarang untuk melakukan SADARI secara teratur. Hal yang tidak kalah pentingnya adalah upaya untuk mengajarkan wanita Kota Semarang mengenai prosedur SADARI secara benar, sehingga mereka kompeten dan mau melakukan SADARI setiap bulan secara teratur. Sebelum dilakukan intervensi lebih lanjut, perlu digali terlebih dahulu tingkat pengetahuan mereka, karena hasil intervensi akan berbeda pada masyarakat dengan tingkat pengetahuan yang tinggi atau rendah.

KEPUSTAKAAN

1. Kusminarto. Deteksi Sangat Dini Kanker Payudara, Jawaban untuk Menghindar. Departemen Kesehatan. 2006. [internet]. Available from: <<http://www.litbang.depkes.go.id/aktual/kliping/payudara190906.htm>> Diakses pada 16 September 2006.
2. Anon. (2005) Kanker Payudara Stadium Dini dapat Diobati.2005. [internet], Tersedia dalam: <<http://situs.kesrepro.info/aging/agu/2005/ag01.htm>> Diakses pada 6 Oktober 2006
3. Azamris. Analisis Faktor Risiko Pada Pasien Kanker Payudara di RS M. Djamil Padang. Cermin Dunia Kedokteran. 2006;152:53-6.
4. Anon. Profil Kesehatan Kota Semarang. Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2005: 38.
5. Soetiarto F, Registrasi Kanker Populasi di Kodya Ujung Pandang, Yogyakarta dan Semarang Tahun 1996. Center for Research and Development of Disease Control, NIH RD, 2002. [internet] Available from: <<http://digilib.itb.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=jkpkbppkgdl-res-1996-farida-598-cancer>>
6. Blamey RW, Wilson ARM, Patnick J. ABC of breast diseases: Screening for breast cancer. British Medical Journal. 2000;16(321) September:689-93.
7. Soetjipto Deteksi Dini dan Pengobatan Kanker Payudara. Makalah disampaikan dalam ceramah sehari di RS Kanker Dharmais, Jakarta, 6 Maret 2001.2001.
8. Austoker J. Breast Self Examination: Does Not Prevent Deaths Due to Breast Cancer, but Breast Awareness is Still Important. British Medical Journal. 2003;04(326) January:1-2.
9. Mitchell JM, Mathews HF, Mayne L. Differences in Breast Self-Examination Techniques between Caucasian and African American Elderly Women. Journal of Women's Health. 2005;14(6):476-84.
10. Harris R, Kinsinger L. Routinely Teaching Breast Self-Examination is Dead. What Does This Mean? Journal of the National Cancer Institute, 2002;94(19) October 2:1420-21.
11. Chee HL, Rashidah S, Shamsuddin K, Intan O. Factors Related to the Practice of Breast Self Examination (BSE) and Pap Smear Screening among Malaysian Women Workers in Selected Electronics Factories. BMC Womens Health.

- 2003;28(3)May. doi: 10.1186/1472-6874-3-3. Diakses pada 28 Mei 2003.
12. Harianto, Mutiara R, Surachmat H. Risiko Penggunaan Pil Kontrasepsi Kombinasi Terhadap Kejadian Kanker Payudara pada Reseptor KB di Perjan RS. Dr. Cipto Mangunkusumo. Majalah Ilmu Kefarmasian, 2005;II(1)April:84-99.
13. Gili AF, Poonja Z, Kalra BB. Breast Cancer Screening For Women Younger Than 40. *Can Fam Physician*, 1993;39January:65-72.
14. Garza MA, Luan J, Blinka M, Farabee-Lewis RI, Neuhaus CE, Zabora JR, Ford JG. A Culturally Targeted Intervention to Promote Breast Cancer Screening Among Low-Income Women in East Baltimore, Maryland. *Journal Of The Moffitt Cancer Center*, 2005;12(Suppl 2) Nov:34-41.
15. Azwar, S. Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya. Pustaka Pelajar: Jakarta. 2003.
16. Klug SJ, Hetzer M, Bleettner M. Screening for Breast and Cervical Cancer in a Large German City: Participation, Motivation and Knowledge of Risk Factors. *Eur J Public Health*, 2005;15(1)Feb:70-7
17. Ogletree RJ, Hammig B, Drolet JC, Birch DA. Knowledge and Intentions of Ninth-Grade Girls after a Breast Self-Examination Program. *Journal of School Health*. 2004;74(9) November:365-9.
18. Lu ZJ. Variables Associated With Breast Self Examination among Chinese Women. *Cancer Nurs*. 1995;18(1) February:29-34.
19. Rashidi A, Rajaram SS, Middle Eastern Asian Islamic Women and Breast Self-Examination. Needs Assessment. *Cancer Nurs*. 2000;23(1) February:64-70.
20. Pham CT, McPhee SJ. Knowledge, Attitudes, and Practices of Breast and Cervical Cancer Screening among Vietnamese Women. *J Cancer Educ*, Winter. 1992;7(4):305-10.
21. Humphrey LL, Helfand M, Chan BKS, Woolf SH. Breast Cancer Screening: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 2002;03(137) September:347-60.
22. Dundar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, Çakyroğlu G. The Knowledge and Attitudes of Breast Self Examination and Mammography in a Group of Women in a Rural Area in Western Turkey. *BMC Cancer* 2006;24(6)February:43.
23. Choudhry UK, Srivastava R, Fitch MI. Breast Cancer Detection Practices of South Asian Women: Knowledge, Attitudes, and Beliefs. *Oncol Nurs Forum*. 1998;25(10)Nov-Dec:1693-701.
24. Walgito B. Psikologi Sosial (Suatu Pengantar). Edisi IV. Penerbit Andi. Yogyakarta. 2003.
25. Norman P, Brain K. An Application of an Extended Health Belief Model to the Prediction of Breast Self Examination among Women with a Family History of Breast Cancer. *British Journal of Health Psychology*, 2005;10:1-16.
26. Lee YW, Lee EH, Shin KB, Song MS. A Comparative Study of Korean and Korean-American Women in Their Health Beliefs Related to Breast Cancer and The Performance of Breast Self-Examination. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 2004;34(2)Apr:307-14.
27. Nahcivan NO, Secginli S. Health Beliefs Related to Breast Self-Examination in a Sample of Turkish Women. *Oncol Nurs Forum*, 2007;34(2) Mar: 425-32.