

PEMERIKSAAN PAYUDARA SENDIRI

BERBASIS *VISUAL TACTILE AUGMENTED LEARNING*
DENGAN PENDEKATAN *THEORY OF PLANNED*
BEHAVIOR BAGI WANITA USIA SUBUR

Penulis:

Romy Wahyuny
Ratna Wardani
Masdi Janiarli
Yuyun Bewelli Fahmi
Mutia Mutmainah

Editor:

Adyanata Lubis
Budi Yanto



PEMERIKSAAN PAYUDARA SENDIRI BERBASIS VISUAL TACTILE AUGMENTED LEARNING DENGAN PENDEKATAN THEORY OF PLANNED BEHAVIOR BAGI WANITA USIA SUBUR

Romy Wahyuni
Ratna Wardani
Masdi Janiarli
Yuyun Bewelli Fahmi
Mutia Mutmainah

Editor:
Adyanata Lubis
Budi Yanto



PT. Mustika Sri Rosadi

PEMERIKSAAN PAYUDARA SENDIRI BERBASIS VISUAL TACTILE AUGMENTED LEARNING DENGAN PENDEKATAN THEORY OF PLANNED BEHAVIOR BAGI WANITA USIA SUBUR

Penulis:

Romy Wahyuni
Dr. Ratna Wardani
Masdi Janiarli
Yuyun Bewelli Fahmi
Mutia Mutmainah

Editor:

Adyanata Lubis
Budi Yanto

Layout: Tim PT. Mustika Sri Rosadi

Desain Sampul: Tim PT. Mustika Sri Rosadi

ISBN: 978-634-7775-80-1 (PDF)

Cetakan Pertama: 24 September 2026

Hak Cipta 2026

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

Diterbitkan oleh **Penerbit Mustika Sri Rosadi**

Anggota IKAPI No. 544/JBA/2026

Alamat:

Citra Indah City, Bukit Heliconia, Kec. Jonggol, Kab. Bogor.

Email: mars.mustikasrirosadi@gmail.com

Website: mustikamars.com

KATA PENGANTAR

Kanker payudara telah lama menjadi momok kesehatan perempuan Indonesia. Angka-angkanya tidak berbohong: setiap tahun lebih dari 66 ribu perempuan Indonesia terdiagnosis kanker payudara dan lebih dari 22 ribu di antaranya meninggal dunia. Namun di balik angka itu tersimpan fakta yang memberi harapan—sebagian besar kematian tersebut sesungguhnya dapat dicegah apabila penyakit ditemukan pada stadium dini. Sayangnya, mayoritas perempuan kita baru datang berobat ketika penyakit telah lanjut, ketika pilihan pengobatan menyempit dan peluang kesembuhan menyusut.

Kesenjangan ini bukan semata persoalan medis; ia adalah persoalan perilaku dan pendidikan. Perempuan tidak datang terlambat karena tidak peduli, melainkan karena tidak tahu, tidak yakin mampu, takut, malu, dan tidak memiliki lingkungan yang mendukungnya. Menjawab persoalan tersebut membutuhkan lebih dari penyuluhan biasa. Dibutuhkan sebuah model edukasi yang memahami bagaimana perilaku manusia terbentuk dan bagaimana keterampilan sesungguhnya dipelajari.

Buku ini menghadirkan jawaban itu: Model Edukasi SADARI berbasis Visual-Tactile Augmented Learning dengan pendekatan Theory of Planned Behavior. Kekuatan buku ini terletak pada kelengkapannya—dari landasan kesehatan dan teori perilaku, sintaks dua belas fase pembelajaran, perangkat edukasi siap pakai, panduan implementasi lintas lingkungan, hingga instrumen evaluasi dan strategi

keberlanjutan. Semoga buku ini menjadi bekal bagi tenaga kesehatan, kader, akademisi, dan pengelola program untuk menjangkau lebih banyak perempuan Indonesia, sehingga tidak ada lagi perempuan yang datang terlambat ke fasilitas kesehatan.

Bogor, 24 September 2026
Penulis

PRAKATA PENULIS

Buku ini lahir dari pertanyaan sederhana yang menggelisahkan: mengapa edukasi SADARI yang telah puluhan tahun dilakukan belum juga mengubah perilaku perempuan Indonesia? Penelusuran terhadap pertanyaan itu membawa kami pada dua kesimpulan. Pertama, SADARI adalah keterampilan taktil yang tidak mungkin dikuasai hanya dengan mendengar ceramah—ia harus dilihat, diraba, dan dipraktikkan. Kedua, perilaku bulanan seumur hidup tidak lahir dari pengetahuan semata, melainkan dari sikap, dukungan sosial, keyakinan diri, niat, dan sistem keberlanjutan yang dirancang dengan sengaja.

Dari dua kesimpulan itulah model dalam buku ini dibangun. Visual–Tactile Augmented Learning menjawab bagaimana keterampilan diajarkan; Theory of Planned Behavior menjawab apa yang harus diubah agar perilaku terjadi dan bertahan. Keduanya kami rangkai menjadi sintaks dua belas fase yang utuh, dilengkapi seluruh perangkat yang diperlukan untuk menerapkannya di lapangan.

Buku ini disusun sebagai buku referensi sekaligus panduan implementasi. Bagian I dan II menyediakan landasan empiris dan teoretis bagi pembaca yang ingin memahami “mengapa”; Bagian III menyajikan model secara konseptual bagi pembaca yang ingin memahami “apa”; Bagian IV dan V serta lampiran menyediakan panduan teknis bagi pembaca yang ingin segera bertindak “bagaimana”. Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada seluruh pihak yang menjadi sumber inspirasi dan pembelajaran—para perempuan peserta

edukasi, kader kesehatan yang tak kenal lelah, serta para peneliti yang karyanya menjadi pijakan buku ini. Kritik dan saran untuk penyempurnaan edisi berikutnya kami terima dengan terbuka.

PETUNJUK PENGGUNAAN BUKU

Buku ini dapat dibaca secara berurutan maupun digunakan secara tematik sesuai kebutuhan pembaca.

Bagi tenaga kesehatan dan kader yang akan menyelenggarakan edukasi: mulailah dari Bab 3 (teknik SADARI), Bab 8 (sintaks model), Bab 10–11 (perencanaan dan pelaksanaan), lalu gunakan lampiran sebagai perangkat kerja harian.

Bagi pengelola program di fasilitas kesehatan dan organisasi: baca Bab 7 (konseptualisasi model), Bab 10 (perencanaan), Bab 12 (adaptasi lingkungan), dan Bab 15 (keberlanjutan dan replikasi).

Bagi mahasiswa, akademisi, dan peneliti: Bagian I dan II menyajikan telaah pustaka terstruktur; Bab 13–14 menyediakan kerangka evaluasi dan validasi; Daftar Pustaka menyediakan rujukan ilmiah untuk pendalaman.

Bagi pembaca umum dan wanita usia subur: Bab 1–3 adalah bacaan wajib untuk memahami kesehatan payudara dan cara melakukan SADARI dengan benar; kartu langkah dan kalender pengingat pada lampiran dapat langsung digunakan di rumah.

Konvensi yang digunakan dalam buku ini: istilah asing dicetak miring pada kemunculan pertamanya; tabel diberi nomor mengikuti bab (misalnya Tabel 5.1 adalah tabel pertama pada Bab 5); gambar diberi nomor dengan cara yang sama; dan setiap bab ditutup dengan rangkuman untuk memudahkan pembaca meninjau kembali isi pokok.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
PRAKATA PENULIS	iv
PETUNJUK PENGGUNAAN BUKU	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
BAGIAN I LANDASAN KESEHATAN PAYUDARA DAN SADARI	1
BAB 1 KANKER PAYUDARA SEBAGAI MASALAH	
KESEHATAN PEREMPUAN - Romy Wahyuny	2
A. Kesehatan Reproduksi Perempuan	2
B. Pengertian Kanker Payudara	4
C. Epidemiologi Kanker Payudara	7
D. Faktor Risiko Kanker Payudara	10
E. Tanda Dan Gejala Kanker Payudara	12
F. Dampak Kanker Payudara Terhadap Perempuan Dan Keluarga	15
G. Pentingnya Deteksi Dini Kanker Payudara	16
H. Hambatan Deteksi Dini Pada Wanita Usia Subur	18
I. Peran Tenaga Kesehatan Dalam Promosi Deteksi Dini	19
J. Rangkuman	21
K. Ilustrasi Kasus Dan Refleksi	22
BAB 2 WANITA USIA SUBUR SEBAGAI SASARAN	
EDUKASI KESEHATAN - Romy Wahyuny	24
A. Pengertian Wanita Usia Subur	24

B. Karakteristik Wanita Usia Subur	25
C. Perubahan Biologis Dan Kesehatan Payudara...	26
D. Pengetahuan Dan Kesadaran Kesehatan Payudara	28
E. Persepsi Kerentanan Terhadap Kanker Payudara	29
F. Faktor Sosial, Budaya, Dan Psikologis	30
G. Dukungan Keluarga Dan Lingkungan Sosial	32
H. Literasi Kesehatan Pada Wanita Usia Subur	33
I. Kebutuhan Edukasi SADARI	34
J. Rangkuman	35
K. Ilustrasi Kasus Dan Refleksi	36

BAB 3 PEMERIKSAAN PAYUDARA SENDIRI - Romy

Wahyuny	38
A. Pengertian SADARI	38
B. Tujuan Dan Manfaat SADARI	39
C. Prinsip Pelaksanaan SADARI	40
D. Waktu Yang Tepat Untuk Melakukan SADARI	41
E. Persiapan Sebelum Melakukan SADARI	42
F. Tahapan Pelaksanaan SADARI	43
G. Pola Perabaan Payudara	48
H. Temuan Yang Perlu Diwaspadai	49
I. Tindakan Setelah Menemukan Kelainan	50
J. Kesalahan Yang Sering Terjadi Saat Melakukan SADARI	51
K. Mitos dan fakta tentang SADARI	53
L. Rangkuman	54
M. Ilustrasi Kasus Dan Refleksi	55

BAGIAN II LANDASAN TEORETIS MODEL

EDUKASI 58

BAB 4 EDUKASI KESEHATAN DAN PERUBAHAN

PERILAKU SADARI - Romy Wahyuni 59

- A. Konsep Edukasi Kesehatan 59
- B. Tujuan Edukasi Kesehatan 60
- C. Prinsip Pembelajaran Pada Orang Dewasa 61
- D. Domain Hasil Belajar Kesehatan 62
- E. Metode Edukasi SADARI 64
- F. Media Edukasi Kesehatan Payudara 65
- G. Keterbatasan Edukasi SADARI Konvensional 66
- H. Kebutuhan Model Edukasi Multimodal 67
- I. Edukasi Yang Sensitif Terhadap Aspek Psikologis
Dan Budaya 68
- J. Evaluasi Keberhasilan Edukasi SADARI 69
- K. Rangkuman 70
- L. Ilustrasi Kasus Dan Refleksi 70

BAB 5 THEORY OF PLANNED BEHAVIOR DALAM

PERILAKU SADARI - Ratna Wardani 73

- A. Sejarah Dan Perkembangan Theory Of Planned
Behavior 73
- B. Konsep Dasar Theory Of Planned Behavior 74
- C. Sikap Terhadap Perilaku SADARI 76
- D. Norma Subjektif Dalam Pelaksanaan SADARI... 78
- E. Persepsi Kontrol Perilaku 79
- F. Pembentukan Niat Melakukan SADARI 81
- G. Hubungan Niat Dengan Perilaku Aktual 81
- H. Faktor Kesenjangan Antara Niat Dan Perilaku ... 82

I. Penerapan TPB Dalam Promosi Kesehatan	
Perempuan	83
J. Kerangka TPB Untuk Keberlanjutan Praktik	
SADARI	84
K. Indikator Pengukuran Konstruk TPB	85
L. Rangkuman	86
M. Ilustrasi Kasus Dan Refleksi	87

BAB 6 VISUAL–TACTILE AUGMENTED LEARNING

DALAM EDUKASI KESEHATAN - Ratna

Wardani	89
A. Konsep pembelajaran multimodal	89
B. Pengertian Visual–Tactile Augmented Learning	90
F. Pembelajaran Berbasis Pengalaman	95
G. Peran Demonstrasi Dan Praktik Langsung	95
H. Media visual untuk edukasi SADARI	96
I. Media Taktil Untuk Edukasi SADARI	98
J. Keunggulan Dan Keterbatasan Pendekatan	
Visual–Taktil	100
K. Prinsip Keamanan, Kenyamanan, Dan Privasi	
Peserta	101
L. Rangkuman	102
M. Ilustrasi Kasus Dan Refleksi	102

BAGIAN III PENGEMBANGAN MODEL EDUKASI

SADARI

BAB 7 KONSEPTUALISASI MODEL EDUKASI

SADARI - Ratna Wardani	106
A. Latar Belakang Pengembangan Model	106
B. Permasalahan Yang Diselesaikan Oleh Model	107

C. Tujuan Pengembangan Model.....	107
D. Sasaran Dan Ruang Lingkup Penerapan.....	108
E. Asumsi Dasar Model.....	109
F. Prinsip Utama Model.....	110
G. Integrasi Visual–Tactile Augmented Learning Dan TPB.....	111
H. Input, Proses, Output, Outcome, Dan Dampak Model.....	112
I. Aktor Yang Terlibat Dalam Penerapan Model...	113
J. Sarana Dan Prasarana Pendukung.....	114
K. Lingkungan Penerapan Model.....	114
L. Rangkuman.....	115
M. Ilustrasi Kasus Dan Refleksi.....	115

BAB 8 STRUKTUR DAN SINTAKS MODEL EDUKASI

SADARI - Ratna Wardani.....	118
A. Nama Dan Identitas Model.....	118
B. Komponen Model Edukasi.....	118
C. Sistem Sosial Dalam Pembelajaran.....	119
D. Prinsip Reaksi Fasilitator.....	119
E. Sistem Pendukung Model.....	120
F. Dampak Instruksional.....	121
G. Dampak Pengiring.....	121
H. Sintaks Model Edukasi.....	122
I. Alokasi Waktu Setiap Fase.....	129
J. Peran fasilitator dan peserta.....	129
K. Hasil Yang Diharapkan Pada Setiap Fase.....	130
L. Rangkuman.....	131
M. Ilustrasi Kasus Dan Refleksi.....	131

BAB 9 PERANGKAT PENDUKUNG MODEL - Masdi

Janiarli	134
A. Pendahuluan	134
B. Buku Panduan Fasilitator	135
C. Buku Saku Peserta	136
D. Media Visual SADARI	137
E. Manekin Atau Model Payudara	137
F. Video Demonstrasi	138
G. Lembar Kerja Peserta	138
H. Kartu Mitos Dan Fakta	139
I. Kartu Komitmen SADARI	140
J. Kalender Atau Pengingat Bulanan	140
K. Aplikasi Atau Media Digital Pendukung	141
L. Instrumen Pengukuran Pengetahuan	142
M. Instrumen penilaian keterampilan	143
N. Instrumen Theory Of Planned Behavior	143
O. Lembar Monitoring Praktik SADARI	144
P. Rangkuman	144
Q. Ilustrasi Kasus Dan Refleksi	145

BAGIAN IV IMPLEMENTASI MODEL EDUKASI 147

BAB 10 PERENCANAAN PROGRAM EDUKASI

SADARI - Masdi Janiarli	148
A. Analisis Kebutuhan Sasaran	148
B. Pemetaan Karakteristik Peserta	148
C. Identifikasi Hambatan Sosial Dan Budaya	149
D. Penetapan Tujuan Pembelajaran	150
E. Penetapan Indikator Keberhasilan	150
F. Pemilihan Fasilitator	151

G. Pelatihan Fasilitator	151
H. Penyiapan Media Visual Dan Taktil	152
I. Penetapan Lokasi Dan Jadwal Kegiatan	153
J. Penyusunan Rencana Pelaksanaan Edukasi	154
K. Persetujuan Peserta, Privasi, Dan Kerahasiaan	154
L. Rencana Monitoring Dan Tindak Lanjut	155
M. Rangkuman	155
N. Ilustrasi Kasus Dan Refleksi	156

BAB 11 PELAKSANAAN SESI EDUKASI SADARI -

Masdi Janiarli	159
A. Pendahuluan	159
B. Persiapan Ruangan Dan Media	159
C. Pembukaan Dan Kontrak Pembelajaran	160
D. Pelaksanaan Pretest	160
E. Penyampaian Materi Kesehatan Payudara	161
F. Eksplorasi keyakinan peserta	161
G. Demonstrasi Visual SADARI	162
H. Demonstrasi Taktil Menggunakan Model Payudara	162
I. Praktik Terbimbing Peserta	163
J. Penilaian Keterampilan SADARI	163
K. Diskusi Hambatan Dan Solusi	164
L. Penyusunan Rencana Tindakan Pribadi	164
M. Pelaksanaan Posttest	165
N. Pemberian Pengingat Dan Tindak Lanjut	165
O. Dokumentasi Pelaksanaan Kegiatan	166
P. Rangkuman	167
Q. Ilustrasi Kasus Dan Refleksi	167

BAB 12 ADAPTASI MODEL PADA BERBAGAI

LINGKUNGAN - Yuyun Bewelli Fahmi 170

A. Pendahuluan	170
B. Implementasi Di Puskesmas	170
C. Implementasi Di Posyandu	171
D. Implementasi Di Klinik Dan Rumah Sakit	171
E. Implementasi Di Perguruan Tinggi	172
F. Implementasi Di Tempat Kerja	172
G. Implementasi Di Organisasi Perempuan	172
H. Implementasi Berbasis Komunitas	173
I. Implementasi Pada Wilayah Pedesaan	174
J. Implementasi Secara Digital Atau Hibrida	174
K. Adaptasi Bahasa Dan Budaya Lokal	175
L. Adaptasi Bagi Peserta Dengan Keterbatasan Tertentu	176
M. Rangkuman	177
N. Ilustrasi Kasus Dan Refleksi	177

BAGIAN V EVALUASI DAN KEBERLANJUTAN

MODEL 180

BAB 13 EVALUASI EFEKTIVITAS MODEL - Yuyun

Bewelli Fahmi 181

A. Tujuan Evaluasi	181
B. Evaluasi Proses	181
C. Evaluasi Hasil	182
D. Evaluasi Dampak	182
E. Indikator Keberhasilan Model	183
F. Desain Pengujian Efektivitas Model	184
G. Pengukuran Sebelum Dan Sesudah Intervensi	185

H. Evaluasi Jangka Pendek Dan Jangka Panjang .	186
I. Penggunaan Observasi Dan Kuesioner	186
J. Analisis Data Evaluasi	187
K. Interpretasi Hasil Evaluasi	188
L. Rangkuman	189
M. Ilustrasi Kasus Dan Refleksi	189

BAB 14 VALIDASI DAN PENGUJIAN MODEL - Yuyun

Bewelli Fahmi	192
A. Pendahuluan	192
B. Validasi Konseptual	192
C. Validasi Ahli Materi	193
D. Validasi Ahli Media	193
E. Validasi Ahli Promosi Kesehatan	194
F. Validasi Ahli Perilaku Kesehatan	194
G. Uji Keterbacaan	195
H. Uji Kepraktisan	195
I. Uji Kelayakan	196
J. Uji Efektivitas	196
K. Uji Penerimaan Pengguna	197
L. Revisi Dan Penyempurnaan Model	197
M. Dokumentasi Hasil Validasi	198
N. Rangkuman	198
O. Ilustrasi Kasus Dan Refleks	199

BAB 15 KEBERLANJUTAN DAN REPLIKASI

MODEL - Yuyun Bewelli Fahmi	201
A. Konsep Keberlanjutan Perilaku SADARI	201
B. Strategi Mempertahankan Praktik Bulanan	201
C. Sistem Peningkat Dan Pemantauan	202

D. Pendampingan Oleh Tenaga Kesehatan	203
E. Dukungan Keluarga Dan Kelompok Sebaya	204
F. Pembentukan Kader Edukasi SADARI	204
G. Integrasi Dalam Program Puskesmas	205
H. Integrasi Dengan Promosi Kesehatan Digital ..	205
I. Replikasi Pada Wilayah Lain	206
J. Faktor Pendukung Dan Penghambat Replikasi	206
K. Rencana Pengembangan Model Selanjutnya ..	207
L. Rangkuman	209
M. Ilustrasi Kasus dan Refleksi	209
BAB 16 PENUTUP -Mutia Mutmainah	212
A. Simpulan	212
B. Implikasi Bagi Wanita Usia Subur	213
C. Implikasi Bagi Tenaga Kesehatan	213
D. Implikasi Bagi Fasilitas Pelayanan Kesehatan ..	214
E. Implikasi Bagi Penelitian Dan Pengembangan Teknologi	214
F. Rekomendasi Implementasi Model	215
G. Ilustrasi Kasus Dan Refleksi	216
DAFTAR PUSTAKA	219
GLOSARIUM	233
DAFTAR SINGKATAN	238
LAMPIRAN	240
BIOGRAFI PENULIS	269
BIOGRAFI EDITOR	274
SINOPSIS	278

DAFTAR TABEL

Tabel	Judul
Tabel 1.1	Potret epidemiologi kanker payudara (GLOBOCAN 2022)
Tabel 1.2	Faktor risiko kanker payudara
Tabel 1.3	Tanda yang perlu diwaspadai pada payudara
Tabel 3.1	Ringkasan kendali mutu pelaksanaan SADARI
Tabel 4.1	Perbandingan edukasi konvensional dan Model VTAL–TPB
Tabel 5.1	Konstruk TPB dan contoh indikator pengukurannya untuk perilaku SADARI
Tabel 6.1	Pemilihan media berdasarkan tujuan pembelajaran
Tabel 8.1	Alokasi waktu sintaks model
Tabel 8.2	Peran fasilitator dan peserta pada setiap fase
Tabel 9.1	Matriks perangkat, fase penggunaan, dan fungsi
Tabel 10.1	Daftar pemeriksaan kesiapan program edukasi
Tabel 11.1	Standar minimum dokumentasi pelaksanaan
Tabel 12.1	Matriks adaptasi model pada berbagai lingkungan
Tabel 13.1	Jadwal pengukuran evaluasi model
Tabel 14.1	Matriks fokus validasi ahli
Tabel 15.1	Roadmap keberlanjutan dan replikasi 12 bulan

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Judul
Gambar 1.1	Struktur payudara (skematik, potongan sagital)
Gambar 3.1	Enam langkah inti SADARI untuk kartu langkah peserta.
Gambar 3.2	Tiga pola perabaan SADARI: (a) pola vertikal, (b) pola melingkar, (c) pola radial
Gambar 5.1	Kerangka Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991)
Gambar 6.1	Spektrum media visual–taktil
Gambar 6.2	Integrasi Visual–Tactile Augmented Learning dan penguatan konstruk TPB
Gambar 7.1	Alur komponen model: input, proses, output, outcome, dan dampak
Gambar 8.1	Sintaks 12 fase Model Edukasi SADARI VTAL–TPB
Gambar 9.1	Kit edukasi SADARI VTAL–TPB
Gambar 9.2	Buku saku peserta
Gambar 9.3	Kartu edukasi dan komitmen
Gambar 9.4	Kalender pengingat
Gambar 9.5	Aplikasi pendukung
Gambar 10.1	Tata letak ruang edukasi
Gambar 11.1	Visual 12 fase pelaksanaan
Gambar 12.1	Implementasi hibrida
Gambar 13.1	Alur desain pengujian efektivitas model
Gambar 13.2	Dashboard evaluasi program
Gambar 15.1	Sistem keberlanjutan praktik SADARI
Gambar 15.2	Siklus keberlanjutan praktik SADARI
Gambar L17.1	Panduan visual penggunaan model payudara
Gambar L20.1	Dokumentasi pelaksanaan

BAGIAN I

LANDASAN KESEHATAN PAYUDARA DAN SADARI

Bagian pertama buku ini membangun pemahaman mendasar mengenai kesehatan payudara sebagai bagian tak terpisahkan dari kesehatan perempuan. Pembahasan diawali dengan gambaran kanker payudara sebagai masalah kesehatan perempuan yang paling dominan di dunia dan di Indonesia, dilanjutkan dengan karakteristik wanita usia subur sebagai sasaran strategis edukasi kesehatan, serta diakhiri dengan uraian komprehensif mengenai pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) sebagai metode deteksi dini yang sederhana, murah, dan dapat dilakukan secara mandiri. Pemahaman yang utuh terhadap ketiga bab dalam bagian ini merupakan prasyarat untuk memahami landasan teoretis dan pengembangan model edukasi yang dibahas pada bagian-bagian selanjutnya.

BAB 1

KANKER PAYUDARA SEBAGAI MASALAH KESEHATAN PEREMPUAN

A. Kesehatan Reproduksi Perempuan

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera secara fisik, mental, dan sosial yang utuh, bukan semata-mata terbebas dari penyakit atau kecacatan, dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi beserta fungsi dan prosesnya. Definisi yang diadopsi dari Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (International Conference on Population and Development/ICPD) di Kairo tahun 1994 ini menegaskan bahwa kesehatan reproduksi mencakup hak setiap orang untuk memperoleh kehidupan reproduksi yang aman, memuaskan, dan bertanggung jawab, serta kebebasan untuk menentukan kapan dan seberapa sering melakukan reproduksi.

Bagi perempuan, kesehatan reproduksi menempati posisi sentral dalam siklus kehidupan. Sejak masa remaja, perempuan mengalami serangkaian perubahan biologis yang khas: menarche, siklus menstruasi yang berulang, kehamilan, persalinan, masa nifas, menyusui, hingga akhirnya menopause. Setiap fase tersebut membawa konsekuensi kesehatan tersendiri dan menuntut perhatian yang berkesinambungan. Kesehatan payudara merupakan salah satu dimensi penting dalam spektrum kesehatan reproduksi

perempuan, mengingat payudara adalah organ yang perkembangan, fungsi, dan risiko penyakitnya sangat dipengaruhi oleh hormon reproduksi, terutama estrogen dan progesteron.

Payudara bukan sekadar organ pelengkap. Secara biologis, payudara berfungsi menghasilkan air susu ibu (ASI) yang menjadi nutrisi terbaik bagi bayi. Secara hormonal, jaringan payudara merespons fluktuasi estrogen dan progesteron setiap siklus menstruasi, sehingga perubahan pada payudara sering kali menjadi cermin kondisi hormonal perempuan. Secara psikososial, payudara juga berkaitan dengan citra tubuh, identitas kewanitaan, dan kepercayaan diri. Ketiga dimensi inilah yang membuat gangguan pada payudara—khususnya kanker payudara—berdampak jauh melampaui aspek medis semata.

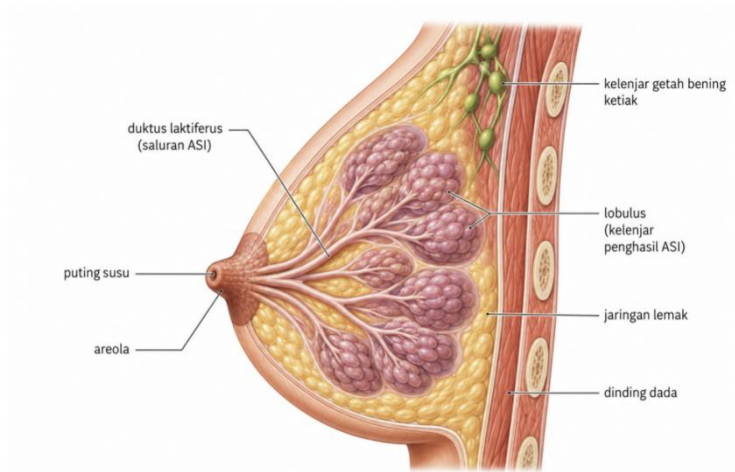
Dalam praktik kesehatan masyarakat di Indonesia, kesehatan reproduksi perempuan telah lama menjadi salah satu prioritas pembangunan kesehatan. Program-program seperti kesehatan ibu dan anak (KIA), keluarga berencana (KB), serta penanggulangan kanker pada perempuan (kanker payudara dan kanker leher rahim) merupakan wujud komitmen negara dalam melindungi kesehatan reproduksi perempuan. Namun demikian, fokus program selama ini cenderung terkonsentrasi pada kesehatan ibu dalam konteks kehamilan dan persalinan, sementara aspek kesehatan payudara belum memperoleh perhatian yang sepadan, khususnya pada kelompok wanita usia subur yang

sering dianggap “belum berisiko” terkena kanker payudara.

Padahal, kesehatan payudara adalah investasi jangka panjang. Perilaku deteksi dini yang dibangun sejak usia muda akan menjadi kebiasaan protektif sepanjang hayat. Memahami kesehatan payudara sebagai bagian integral dari kesehatan reproduksi akan mengubah cara pandang perempuan terhadap tubuhnya sendiri: dari pasif menjadi aktif, dari menunggu gejala menjadi peduli dan waspada, serta dari bergantung pada pemeriksaan oleh orang lain menjadi berdaya melakukan pemeriksaan secara mandiri. Inilah titik berangkat dari keseluruhan pembahasan dalam buku ini.

B. Pengertian Kanker Payudara

Kanker payudara adalah keganasan yang berasal dari jaringan payudara, paling sering dari sel-sel yang melapisi saluran air susu (duktus laktiferus) atau dari kelenjar penghasil air susu (lobulus). Seperti kanker pada umumnya, kanker payudara terjadi ketika sel-sel normal mengalami perubahan genetik yang menyebabkan pertumbuhan tidak terkendali, kehilangan kemampuan untuk mati secara terprogram (apoptosis), serta berpotensi menyerang jaringan sekitar (invasi) dan menyebar ke organ lain melalui pembuluh darah atau pembuluh limfe (metastasis).



Gambar 1.1 Struktur payudara (skematik): lobulus penghasil ASI, duktus laktiferus, jaringan lemak, puting, areola, dan kelenjar getah bening ketiak

Keterangan: Ilustrasi memperlihatkan komponen utama jaringan payudara dan jalur menuju kelenjar getah bening ketiak. Pemahaman struktur ini membantu peserta menghubungkan area yang diamati dan diraba saat melakukan SADARI.

Secara histopatologis, kanker payudara dapat dibedakan menjadi dua kelompok besar. Kelompok pertama adalah karsinoma in situ, yaitu kanker yang masih terbatas pada saluran atau lobulus tempat asalnya tanpa menembus membran basal jaringan. Duktal carcinoma in situ (DCIS) merupakan bentuk yang paling umum dan memiliki prognosis sangat baik apabila ditangani secara adekuat. Kelompok kedua adalah karsinoma invasif, yaitu kanker yang telah menembus membran basal dan menyerang jaringan payudara di sekitarnya. Karsinoma duktal invasif (invasive ductal carcinoma) menyumbang sekitar 70–80 persen seluruh kasus kanker payudara, disusul karsinoma lobular invasif. Terdapat pula subtype khusus seperti kanker payudara inflamasi (inflammatory breast cancer) dan penyakit Paget

pada puting susu yang masing-masing memiliki gambaran klinis khas.

Perkembangan biologi molekuler telah memperkaya pemahaman terhadap kanker payudara. Berdasarkan ekspresi reseptor hormon (reseptor estrogen dan progesteron) serta reseptor pertumbuhan epidermal manusia tipe 2 (HER2), kanker payudara kini diklasifikasikan ke dalam sub tipe molekuler: luminal A, luminal B, HER2-positif, dan triple-negative (basal-like). Klasifikasi ini bukan sekadar label laboratorium, melainkan menentukan pilihan terapi dan prognosis. Kanker payudara triple-negative, misalnya, dikenal lebih agresif dan tidak merespons terapi hormonal maupun terapi target HER2.

Penting untuk digarisbawahi bahwa tidak semua benjolan di payudara adalah kanker. Mayoritas benjolan payudara—terutama pada perempuan usia muda—bersifat jinak, seperti fibroadenoma, kista, fibrokistik, atau mastitis. Data klinis menunjukkan bahwa sebagian besar keluhan benjolan payudara pada wanita usia subur ternyata merupakan kelainan jinak. Meskipun demikian, setiap benjolan baru tetap harus diperiksa ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk memastikan diagnosis, karena secara kasat mata maupun perabaan awal tidak selalu dapat dibedakan antara benjolan jinak dan ganas. Sikap yang benar adalah waspada tanpa panik: memeriksakan diri segera, bukan menunda karena takut.

Kanker payudara juga bukan penyakit yang muncul tiba-tiba. Proses perubahan sel normal

menjadi sel ganas melalui serangkaian tahap panjang yang dapat berlangsung bertahun-tahun. Rentang waktu inilah yang membuka peluang intervensi: semakin dini kelainan ditemukan, semakin besar peluang pengobatan berhasil, semakin sederhana pengobatan yang diperlukan, dan semakin baik kualitas hidup penderitanya. Konsep deteksi dini—termasuk pemeriksaan payudara sendiri—berpijak pada fakta biologis ini.

C. Epidemiologi Kanker Payudara

Kanker payudara merupakan kanker yang paling banyak didiagnosis pada perempuan di seluruh dunia. Data Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) tahun 2022 menunjukkan sekitar 2,3 juta kasus baru kanker payudara perempuan di dunia, menjadikannya penyebab kejadian kanker nomor dua secara keseluruhan setelah kanker paru dan penyebab kejadian kanker nomor satu pada perempuan. Pada tahun yang sama, kanker payudara menyebabkan sekitar 666.000 kematian di seluruh dunia, atau sekitar satu dari enam kematian akibat kanker pada perempuan. Kanker payudara merupakan kanker yang paling sering didiagnosis pada perempuan di 157 dari 185 negara, dan menjadi penyebab kematian akibat kanker tertinggi pada perempuan di 112 negara.

Yang perlu dicermati adalah pola ketimpangan global. Negara-negara dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) sangat tinggi memiliki angka kejadian yang lebih tinggi (sekitar 54,1 per 100.000 perempuan) dibandingkan negara ber-IPM

rendah dan sedang (sekitar 30,8 per 100.000), terutama terkait faktor risiko gaya hidup dan pola reproduksi. Namun, angka kematian justru lebih tinggi di negara berkembang (15,3 berbanding 11,3 per 100.000). Ketimpangan ini mencerminkan perbedaan akses terhadap deteksi dini dan pengobatan: di negara maju, kanker payudara lebih sering ditemukan pada stadium dini sehingga angka kesintasan tinggi; di negara berkembang, mayoritas kasus baru terdiagnosis pada stadium lanjut ketika peluang kesembuhan telah menurun drastis.

Di kawasan Asia Tenggara, kanker payudara adalah kanker yang paling umum pada perempuan di seluruh negara anggota ASEAN. Untuk Indonesia, data GLOBOCAN 2022 mencatat 66.271 kasus baru kanker payudara dengan angka kejadian terstandar usia sebesar 41,8 per 100.000 perempuan, menjadikan Indonesia negara dengan jumlah kasus kanker payudara terbanyak kedelapan di dunia. Dari sisi kematian, Indonesia mencatat 22.598 kematian akibat kanker payudara pada tahun 2022—angka kematian terbanyak keempat di dunia—dengan laju kematian terstandar 14,4 per 100.000. Angka ini berarti setiap hari sekitar 64 perempuan Indonesia meninggal karena kanker payudara.

Kanker payudara juga menempati posisi pertama sebagai penyebab kejadian maupun kematian akibat kanker pada perempuan Indonesia, melampaui kanker leher rahim dan kanker ovarium. Data Kementerian Kesehatan menunjukkan kanker secara keseluruhan merupakan penyebab kematian

ketiga di Indonesia, dengan 408.661 kasus baru kanker dan 242.099 kematian pada tahun 2022; kanker payudara adalah jenis kanker terbanyak pada perempuan.

Persoalan yang paling memprihatinkan di Indonesia adalah distribusi stadium saat diagnosis. Berbagai laporan menunjukkan lebih dari 50 persen—bahkan sebagian data menyebut sekitar 70 persen—kasus kanker payudara di Indonesia baru terdiagnosis pada stadium lanjut (stadium III dan IV). Padahal, korelasi antara stadium dan kesintasan sangat kuat: kanker payudara yang ditemukan pada stadium dini memiliki angka kesintasan lima tahun di atas 90 persen, sedangkan pada stadium lanjut angka tersebut anjlok menjadi di bawah 20–30 persen. Data BPJS Kesehatan menunjukkan kesintasan lima tahun kanker payudara di Indonesia secara keseluruhan hanya sekitar 56,8 persen—jauh di bawah negara-negara maju yang telah melampaui 85–90 persen. Cakupan skrining yang rendah memperberat situasi: diperkirakan kurang dari 30 persen perempuan Indonesia menjalani pemeriksaan payudara secara rutin.

Tabel 1.1 Potret epidemiologi kanker payudara (GLOBOCAN 2022)

Indikator	Dunia	Indonesia
Kasus baru per tahun	± 2,30 juta	66.271
Kematian per tahun	± 666 ribu	22.598
Angka kejadian terstandar (per 100.000 perempuan)	46,8	41,8
Angka kematian terstandar (per 100.000 perempuan)	12,7	14,4
Peringkat jumlah kasus dunia	—	8
Peringkat jumlah kematian dunia	—	4

Keterangan: Data memperlihatkan besarnya beban kanker payudara di dunia dan Indonesia. Perbedaan angka kejadian dan kematian menegaskan pentingnya memperkuat deteksi dini serta akses tindak lanjut yang cepat.

Dari sudut pandang usia, risiko kanker payudara meningkat seiring bertambahnya usia, dengan puncak kejadian umumnya pada dekade kelima dan keenam kehidupan. Meskipun demikian, kanker payudara pada perempuan muda bukanlah hal langka; sebagian kasus di Indonesia ditemukan pada perempuan usia subur, bahkan di bawah 40 tahun. Kanker payudara pada usia muda cenderung memiliki karakteristik biologis yang lebih agresif. Fakta ini menegaskan bahwa edukasi deteksi dini tidak boleh menunggu perempuan memasuki usia skrining mamografi (umumnya 40 tahun ke atas), melainkan harus dimulai sejak masa usia subur melalui metode yang sesuai, yaitu SADARI dan pemeriksaan payudara klinis (SADANIS).

D. Faktor Risiko Kanker Payudara

Faktor risiko adalah kondisi, karakteristik, atau paparan yang meningkatkan peluang seseorang terkena suatu penyakit. Memahami faktor risiko kanker payudara penting karena dua alasan. Pertama, sebagian faktor risiko dapat diubah melalui perubahan gaya hidup. Kedua, pengetahuan tentang faktor risiko membantu perempuan menilai kerentanan dirinya secara lebih realistis—sebuah komponen penting dalam pembentukan perilaku pencegahan. Perlu ditegaskan bahwa memiliki satu atau beberapa faktor risiko tidak berarti seseorang pasti terkena kanker payudara; sebaliknya,

mayoritas perempuan yang terdiagnosis kanker payudara tidak memiliki faktor risiko yang jelas. Oleh karena itu, kewaspadaan tetap diperlukan pada semua perempuan.

Faktor risiko kanker payudara secara umum dibagi menjadi dua kelompok besar: faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah. Faktor yang tidak dapat diubah meliputi jenis kelamin perempuan, penambahan usia, riwayat keluarga kanker payudara (terutama ibu, saudara, atau anak perempuan), mutasi genetik bawaan seperti BRCA1 dan BRCA2, riwayat pribadi kanker payudara atau kelainan payudara tertentu (hiperplasia atipik, karsinoma in situ), menarche pada usia dini (sebelum 12 tahun), menopause pada usia lanjut (setelah 55 tahun), serta kepadatan jaringan payudara yang tinggi. Perempuan dengan riwayat keluarga tingkat pertama yang menderita kanker payudara memiliki risiko sekitar dua kali lipat dibandingkan perempuan tanpa riwayat keluarga, sedangkan pembawa mutasi BRCA1/BRCA2 dapat memiliki risiko seumur hidup hingga 45–70 persen.

Faktor risiko yang dapat diubah berkaitan erat dengan pola reproduksi dan gaya hidup. Dari sisi reproduksi: tidak pernah melahirkan (nullipara), melahirkan anak pertama pada usia di atas 30 tahun, tidak menyusui, serta penggunaan kontrasepsi hormonal jangka panjang dan terapi sulih hormon pascamenopause. Dari sisi gaya hidup: kegemukan dan obesitas (khususnya setelah menopause), kurangnya aktivitas fisik, konsumsi minuman beralkohol, serta paparan radiasi pengion pada

daerah dada di usia muda. Aktivitas fisik teratur, mempertahankan berat badan ideal, menyusui, dan menghindari alkohol merupakan langkah protektif yang telah terbukti menurunkan risiko.

Tabel 1.2 Faktor risiko kanker payudara

Faktor yang tidak dapat diubah	Faktor yang dapat diubah
Jenis kelamin perempuan	Nullipara / melahirkan pertama > 30 tahun
Pertambahan usia	Tidak menyusui
Riwayat keluarga kanker payudara	Kontrasepsi hormonal jangka panjang
Mutasi BRCA1/BRCA2	Terapi sulih hormon pascamenopause
Riwayat pribadi kanker/kelainan payudara	Obesitas, terutama pascamenopause
Menarche dini (< 12 tahun)	Kurang aktivitas fisik
Menopause lambat (> 55 tahun)	Konsumsi alkohol
Kepadatan payudara tinggi	Paparan radiasi pengion pada dada

Keterangan: Pengelompokan faktor risiko membantu peserta membedakan kondisi yang tidak dapat diubah dari perilaku yang masih dapat dikelola. Edukasi perlu menekankan pengendalian faktor yang dapat dimodifikasi tanpa menimbulkan rasa bersalah.

Bagi wanita usia subur, daftar faktor risiko ini memiliki makna praktis. Keputusan reproduksi seperti menyusui bayi secara eksklusif bukan hanya baik bagi bayi, tetapi juga menurunkan risiko kanker payudara sang ibu. Gaya hidup aktif dan pola makan sehat yang dibangun pada masa usia subur adalah investasi proteksi jangka panjang. Edukasi kesehatan payudara yang baik tidak cukup hanya mengajarkan cara memeriksa payudara, tetapi juga menanamkan kesadaran untuk mengelola faktor risiko yang dapat dikendalikan.

E. Tanda Dan Gejala Kanker Payudara

Kanker payudara pada stadium dini sering kali tidak bergejala. Inilah alasan mengapa deteksi dini secara berkala menjadi sangat penting:

menunggu gejala muncul berarti memberi kesempatan penyakit berkembang tanpa disadari. Meskipun demikian, terdapat sejumlah tanda dan gejala yang patut diwaspadai dan harus mendorong perempuan untuk segera memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Tanda yang paling umum adalah benjolan di payudara atau di ketiak. Benjolan kanker payudara pada umumnya bersifat keras, tidak nyeri, berbatas tidak tegas, dan tidak mudah digerakkan dari jaringan di sekitarnya—meskipun gambaran ini tidak mutlak. Selain benjolan, tanda-tanda lain meliputi: perubahan ukuran atau bentuk payudara; perubahan pada kulit payudara seperti berlesung pipit (*dimpling*), penebalan, kemerahan, atau kulit tampak seperti kulit jeruk (*peau d'orange*); perubahan pada puting susu seperti puting tertarik ke dalam (*retraksi*) yang baru terjadi, luka atau koreng pada puting yang tidak kunjung sembuh; keluarnya cairan dari puting secara spontan—terutama bila berdarah atau hanya dari satu payudara; rasa nyeri pada payudara yang menetap dan tidak berkaitan dengan siklus menstruasi; serta pembengkakan kelenjar getah bening di ketiak atau di atas tulang selangka.

Tabel 1.3 Tanda yang perlu diwaspadai pada payudara

Kelompok tanda	Manifestasi
Benjolan	Benjolan baru di payudara atau ketiak, umumnya keras, tidak nyeri, tidak mudah digerakkan
Perubahan kulit	Lesung pipit, penebalan, kemerahan, gambaran kulit jeruk, luka tak sembuh
Perubahan puting	Puting tertarik ke dalam, koreng/luka pada puting, cairan spontan terutama berdarah
Perubahan bentuk	Perubahan ukuran/bentuk payudara,

Kelompok tanda	Manifestasi
	asimetri baru, pembengkakan sebagian/seluruh payudara
Nyeri	Nyeri menetap yang tidak terkait siklus menstruasi
Kelenjar	Benjolan kelenjar getah bening di ketiak atau sekitar tulang selangka

Keterangan: Tanda bahaya dikelompokkan agar peserta lebih mudah mengamati perubahan bentuk, kulit, puting, nyeri, dan kelenjar. Setiap temuan baru atau menetap memerlukan pemeriksaan tenaga kesehatan dan tidak boleh didiagnosis sendiri.

Sebaliknya, beberapa keluhan payudara lebih sering berkaitan dengan kondisi jinak. Nyeri payudara yang bersifat siklik—memburuk menjelang menstruasi dan mereda setelahnya—umumnya merupakan mastalgia siklik yang berkaitan dengan fluktuasi hormonal. Benjolan yang licin, kenyal, mudah digerakkan, dan terasa nyeri pada perempuan muda lebih sering merupakan fibroadenoma. Benjolan yang hilang-timbul mengikuti siklus menstruasi sering kali merupakan kista. Payudara yang bengkak, merah, panas, dan nyeri pada ibu menyusui umumnya adalah mastitis. Meskipun demikian, perbedaan definitif antara kondisi jinak dan ganas hanya dapat dilakukan melalui pemeriksaan oleh tenaga kesehatan, didukung pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi (USG), mamografi, dan bila perlu biopsi. Karena itu, prinsip yang harus dipegang setiap perempuan sederhana: setiap temuan baru yang mencurigakan harus diperiksa, tanpa menunda dan tanpa mendiagnosis sendiri.

F. Dampak Kanker Payudara Terhadap Perempuan Dan Keluarga

Kanker payudara bukan sekadar penyakit organ; ia menyentuh seluruh dimensi kehidupan perempuan. Dari sisi fisik, penyakit dan pengobatannya—pembedahan, kemoterapi, radioterapi, terapi hormonal—membawa deretan efek samping: nyeri, kelelahan, mual, kerontokan rambut, penurunan berat badan, menopause dini, hingga limfedema lengan pascaoperasi. Perubahan bentuk tubuh akibat mastektomi menambah beban fisik sekaligus psikologis.

Dari sisi psikologis, diagnosis kanker payudara kerap memicu syok, ketakutan akan kematian, kecemasan, depresi, dan gangguan citra tubuh. Payudara berkaitan erat dengan identitas kewanitaan, sehingga kehilangan atau perubahan bentuk payudara dapat mengguncang harga diri dan rasa percaya diri perempuan. Sebagian perempuan mengalami perasaan bersalah atau menyalahkan diri sendiri; sebagian lain menarik diri dari pergaulan. Dampak psikologis ini tidak berhenti pada pasien—pasangan, anak, dan anggota keluarga lain ikut mengalami kecemasan dan tekanan emosional.

Dari sisi sosial dan ekonomi, bebannya tidak kalah berat. Biaya pengobatan kanker yang tinggi dan berkepanjangan dapat menguras tabungan keluarga. Studi di rumah sakit rujukan nasional menunjukkan mayoritas pasien kanker mengalami financial toxicity—kesulitan memenuhi kebutuhan rumah tangga akibat biaya penyakit—meskipun

telah memiliki jaminan kesehatan nasional, karena tidak semua komponen diagnosis dan terapi ditanggung penuh. Perempuan yang menjadi tulang punggung ekonomi keluarga atau pengasuh utama anak harus meninggalkan perannya selama pengobatan, sehingga fungsi keluarga terganggu. Anak-anak dapat kehilangan perhatian pengasuhan, pasangan menanggung beban ganda, dan dalam banyak kasus keluarga menghadapi dilema antara melanjutkan pengobatan atau memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.

Potret dampak berlapis inilah yang membuat kanker payudara disebut sebagai masalah kesehatan perempuan dan sekaligus masalah keluarga. Implikasinya jelas: investasi pada pencegahan dan deteksi dini—yang biayanya jauh lebih kecil—merupakan strategi paling rasional, baik dari sudut pandang individu, keluarga, maupun sistem kesehatan. Edukasi SADARI adalah salah satu bentuk investasi tersebut.

G. Pentingnya Deteksi Dini Kanker Payudara

Deteksi dini adalah upaya menemukan kanker pada tahap sebelum menimbulkan gejala atau pada stadium seawal mungkin. Rasionalitas deteksi dini bertumpu pada tiga premis. Pertama, kanker payudara berkembang melalui tahapan yang memakan waktu bertahun-tahun, sehingga tersedia jendela kesempatan untuk menemukannya lebih awal. Kedua, keberhasilan pengobatan sangat ditentukan oleh stadium saat diagnosis: stadium I–II memiliki angka kesintasan lima tahun di atas 90

persen dengan pengobatan yang lebih sederhana, sedangkan stadium IV bersifat paliatif dengan kesintasan lima tahun yang rendah. Ketiga, deteksi dini menurunkan biaya pengobatan, memperkecil kecacatan, dan mempertahankan kualitas hidup.

Terdapat tiga pilar deteksi dini kanker payudara yang saling melengkapi. Pilar pertama adalah SADARI (pemeriksaan payudara sendiri), yaitu pemeriksaan yang dilakukan perempuan terhadap payudaranya sendiri secara rutin setiap bulan. Pilar kedua adalah SADANIS (pemeriksaan payudara klinis), yaitu pemeriksaan payudara oleh tenaga kesehatan terlatih. Pilar ketiga adalah pemeriksaan penunjang, terutama mamografi untuk perempuan di atas 40 tahun dan USG payudara untuk perempuan muda dengan jaringan payudara padat. Pemerintah Indonesia sejak tahun 2023 mengembangkan model skrining SADANIS yang dikombinasikan dengan USG payudara di layanan primer, yang diperkenalkan secara bertahap dan ditargetkan diterapkan secara nasional, terintegrasi dengan program Cek Kesehatan Gratis.

Dalam konteks Indonesia—dengan keterbatasan ketersediaan mamografi dan pemerataan fasilitas kesehatan—SADARI memegang peran strategis sebagai lini pertama kewaspadaan. SADARI tidak memerlukan biaya, tidak memerlukan alat, dapat dilakukan di rumah, dan membangun keakraban perempuan dengan kondisi normal payudaranya sehingga setiap perubahan dapat dikenali lebih cepat. Berbagai studi menunjukkan bahwa sebagian besar benjolan

kanker payudara pertama kali ditemukan oleh perempuan itu sendiri, bukan oleh dokter. Kesadaran untuk mengenali perubahan dan segera mencari pertolongan (breast awareness) adalah kompetensi kunci yang dapat menurunkan stadium saat diagnosis—strategi yang dalam literatur internasional dikenal sebagai downstaging.

H. Hambatan Deteksi Dini Pada Wanita Usia Subur

Meskipun manfaatnya jelas, praktik deteksi dini—khususnya SADARI—pada wanita usia subur di Indonesia masih rendah. Berbagai penelitian dalam negeri melaporkan mayoritas wanita usia subur belum pernah melakukan SADARI atau tidak melakukannya secara rutin. Hambatan tersebut dapat dikelompokkan ke dalam lima kategori.

Pertama, hambatan pengetahuan. Banyak perempuan belum mengetahui apa itu SADARI, kapan waktu yang tepat melakukannya, bagaimana teknik yang benar, dan tanda apa yang harus diwaspadai. Rendahnya pengetahuan menyebabkan SADARI tidak pernah masuk dalam agenda perawatan diri. Kedua, hambatan psikologis. Rasa takut menemukan benjolan, kecemasan berlebihan terhadap kanker, dan sikap fatalistis (“kalau memang takdir, pasti kena juga”) membuat sebagian perempuan menghindari pemeriksaan. Menariknya, rasa takut justru sering berujung pada keterlambatan diagnosis—konsekuensi yang paling ditakutkan. Ketiga, hambatan keterampilan dan keyakinan diri. Perempuan yang pernah mendengar SADARI sekalipun kerap ragu apakah cara yang

dilakukannya sudah benar; keraguan ini menurunkan efikasi diri dan akhirnya menghentikan praktik. Keempat, hambatan sosial budaya. Anggapan bahwa payudara adalah wilayah tabu untuk disentuh dan dibicarakan, rasa malu, serta minimnya pembicaraan tentang kesehatan payudara dalam keluarga dan komunitas menciptakan lingkungan yang tidak mendukung. Kelima, hambatan sistem dan akses, seperti keterbatasan waktu, jauhnya fasilitas kesehatan, ketiadaan pengingat, dan belum rutinnya tenaga kesehatan mengedukasi SADARI dalam setiap kontak pelayanan.

Kelima kategori hambatan tersebut tidak berdiri sendiri, melainkan saling memperkuat. Oleh karena itu, intervensi yang hanya menysasar satu sisi—misalnya ceramah pengetahuan semata—tidak akan memadai. Inilah salah satu argumen utama mengapa dibutuhkan model edukasi yang mengintegrasikan pembentukan sikap, aktivasi dukungan sosial, pelatihan keterampilan langsung, dan penguatan keyakinan diri secara bersamaan, sebagaimana dikembangkan dalam buku ini.

I. Peran Tenaga Kesehatan Dalam Promosi Deteksi Dini

Tenaga kesehatan—dokter, perawat, bidan, dan petugas promosi kesehatan di puskesmas—memegang peran kunci dalam menggerakkan perilaku deteksi dini masyarakat. Peran tersebut setidaknya mencakup lima hal. Pertama, sebagai edukator: memberikan informasi yang benar,

meluruskan mitos, dan mengajarkan keterampilan SADARI melalui demonstrasi dan bimbingan praktik. Penelitian di Indonesia menunjukkan dukungan tenaga kesehatan berhubungan signifikan dengan perilaku SADARI pada wanita pasangan usia subur. Kedua, sebagai fasilitator: menyelenggarakan kegiatan edukasi kelompok di puskesmas, posyandu, dan komunitas, serta menciptakan suasana belajar yang aman dan tidak menghakimi. Ketiga, sebagai motivator: memberikan penguatan, menumbuhkan keyakinan diri peserta, dan membantu perempuan menyusun rencana tindakan pribadi. Keempat, sebagai penghubung rujukan: memastikan perempuan yang menemukan kelainan mendapatkan pemeriksaan lanjutan yang cepat dan tepat. Kelima, sebagai pembina kader: melatih dan mendampingi kader kesehatan agar edukasi SADARI dapat menjangkau masyarakat secara berkelanjutan.

Agar peran tersebut berjalan efektif, tenaga kesehatan membutuhkan model edukasi yang terstruktur, praktis, dan teruji. Model edukasi SADARI berbasis Visual-Tactile Augmented Learning dengan pendekatan Theory of Planned Behavior yang dibahas dalam buku ini dirancang justru untuk memenuhi kebutuhan tersebut: menyediakan sintaks kegiatan, perangkat pendukung, instrumen evaluasi, dan strategi keberlanjutan yang siap diterapkan oleh tenaga kesehatan di berbagai lingkungan pelayanan.