

SKRIPSI

KARAKTERISTIK DAN PERILAKU PENCARIAN PELAYANAN KESEHATAN PASIEN KANKER SERVIKS DI RSUD DR. SOETOMO SURABAYA



**FERNINDA SAGITA RAMADANI
011211231015**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERISTAS AIRLANGGA
SURABAYA
2016**

SKRIPSI

KARAKTERISTIK DAN PERILAKU PENCARIAN PELAYANAN KESEHATAN PASIEN KANKER SERVIKS DI RSUD DR. SOETOMO SURABAYA

**Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kebidanan dalam
Program Studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran UNAIR**



**FERNINDA SAGITA RAMADANI
011211231015**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERISTAS AIRLANGGA
SURABAYA
2016**

SURAT PERNYATAAN

Saya berjanji bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan bahan-bahan yang dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi tersebut.

Samboga, 22 Juli 2016

Yang menandatangani,



Ferninda Sagita R.

011211231015

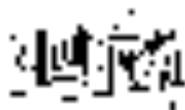
LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul:

**KARAKTERISTIK DAN PERILAKU PENCAHARAN PENCARIAN
KESEHATAN MASYARAKAT ZANDEB SERVICE
DI KOTA MALANG**

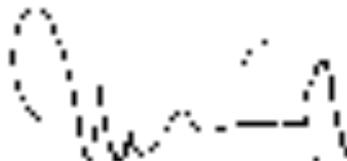
Ditulis dan dipaparkan oleh:
FERNINDA SAGITA

Pembimbing I



Dr. Hastuti Kusumadewi, S.Psi
NIP. 196311-02-1973021-1001

Pembimbing II



Dr. Irena Widiyanti, S.Psi, M.Psi
NIP. 19700614-02-1992021-1001

Mengesah,
Kantor Koordinator Wilayah Pendidikan Tinggi



Hazruni Widiyanti, Dr. S.Pd (P.2)
NIP. 19630807-1992021-1001

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji
Program Studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Pada tanggal :

Panitia penguji usulan penelitian :

Ketua : Dwi Purwanti, S.Kp., SST., M.Kes
NIP. 19670206 199003 2 003

Panitia penguji : 1. Dr. Budi Utomo, dr., M. Kes
NIP. 19650522 199702 1 001

2. Dr. Ernawati, dr., Sp. OG(K)
NIP. 19770716 200801 2 013

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi dengan judul :

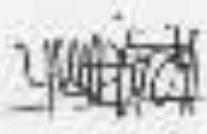
**KARAKTERISTIK DAN PERILAKU PENCARIAN PELAYANAN
KESEHATAN PASIEN KANKER SERVIKS
DI RUSTO DR. SOETOMO SURABAYA**

Telah disetujui untuk diproses
DANGGAL :

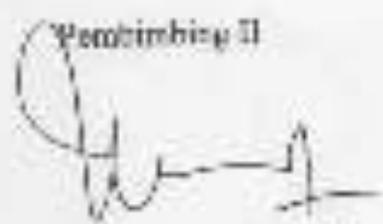
Ketua Penguji


Dra. Pratiwi, S.Kn., SST., M.Kes
NIP. 19670206 195003 2 003

Pembimbing I


Dr. Paul Utomo, dr., M.Kes
NIP. 19650522 199702 1 003

Pembimbing II


Dr. Erayani, dr., Sp.Ob.G
NIP. 19770716 200801 2 013

Mengesahkan,
Kordinator Program Studi Pendidikan Bidan




Bakriyanto Wicardi, dr., Sp.Ob.G
NIP. 19540930 198111 1 100

MOTTO

“Hidupilah hidup ini dengan menebar manfaat. Senyum, semangat, ceria!”

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kepada Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, yang selalu memberikan nikmat dan anugerah-Nya yang tidak terbatas sehingga skripsi yang berjudul “Karakteristik dan Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan Pasien Kanker Serviks di RSUD Dr. Soetomo Surabaya” dapat terselesaikan dengan baik. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana kebidanan (S.Keb) pada Program Studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Terimakasih kepada :

1. Prof. Dr. Soetoyo, dr., Sp.U selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S1 pendidikan bidan.
2. Baksono Winardi, dr., Sp.OG(K), selaku Koordinator Program Studi S1 Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada mahasiswa untuk menyelesaikan program pendidikan bidan ini.
3. Dr. Budi Utomo, dr., M.Kes selaku dosen pembimbing I yang dengan sangat sabar memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi untuk menyelesaikan skripsi ini.
4. Dr. Ernawati, dr., Sp.OG(K) selaku dosen pembimbing II yang memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi untuk menyelesaikan skripsi ini.
5. Dwi Purwanti, S.Kp., SST., M.Kes selaku ketua penguji skripsi yang telah memberikan banyak masukan dan arahan sehingga skripsi ini menjadi lebih baik.

6. Kepala POSA RSUD Dr. Soetomo dan para staf di ruangan serta koresponden yang telah membantu demi terlaksananya penelitian ini dengan baik dan lancar.
7. Para dosen/ pengajar serta staf sekretariat Progam Studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah banyak membantu dan membimbing.
8. Orang tua (Ayah Sakidi dan Ibu Sukatin), ketiga adikku (Erma, Abim, dan Keylila), Umi Dini, Pak Galuh, dan keluarga besar yang selalu memberikan dukungan moral maupun materiil untuk menyelesaikan skripsi ini.
9. Keluarga Mahasiswa Program Studi Pendidikan Bidan Reguler tahun 2012 dan Alih Jenis tahun 2014 yang telah membantu dan memberikan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini.
10. Mahasantri PTTQL Darul Qur'an UNAIR, Keluarga Kafilah MTQ UNAIR, Sahabat CMIW, Keluarga JEPO, dan KMNU FK UNAIR yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi atas kebaikan semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan, dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat meberikan manfaat bagi pembaca. Segala bentuk masukan baik kritik maupun saran sangat diharapkan.

Surabaya, 21 Juli 2016

Penulis

RINGKASAN

KARAKTERISTIK DAN PERILAKU PENCARIAN PELAYANAN KESEHATAN PASIEN KANKER SERVIKS DI RSUD DR. SOETOMO SURABAYA

Ferninda Sagita Ramadani, Budi Utomo, Ernawati

Pusdatin Kementerian Kesehatan RI (2015) menyatakan bahwa kanker serviks menjadi jenis kanker dengan prevalensi tertinggi kedua di Indonesia. Provinsi Jawa Timur menjadi salah satu provinsi dengan jumlah penderita kanker serviks terbanyak. Salah satu upaya yang dapat dilakukan oleh pihak pelayanan kesehatan yaitu mengetahui dan memahami karakteristik pasien, karena secara tidak langsung dapat mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan. Masalah pada penelitian ini adalah masih terbatasnya jumlah penelitian atau referensi yang membahas tentang karakteristik dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan pasien kanker serviks tersebut. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi karakteristik dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Penelitian ini merupakan penelitian survei yang bersifat deskriptif dengan rancangan *cross sectional*. Pengambilan sampel menggunakan teknik *quota non probability sampling* yang dilakukan pada bulan Juni hingga Juli 2016 sejumlah 120 responden. Instrumen penelitian ini yaitu menggunakan kuisisioner dan lembar pengumpul data. Variabel penelitian ini terdiri dari karakteristik dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan. Karakteristik tersebut antara lain: umur, pendidikan terakhir, total pendapatan keluarga, tingkat faktor risiko dan stadium kanker. Variabel dari perilaku pencarian pelayanan kesehatan antara lain pemanfaatan pengobatan tradisional, *family support*, dan tingkat pengetahuan tentang kanker serviks. Variabel dari perilaku pencarian pelayanan kesehatan lainnya yaitu kontak pertama responden dengan pelayanan kesehatan berdasarkan gejala awal, tempat pelayanan kesehatan, rentang waktu antara keluhan dengan pengobatan, dan waktu tempuh dari responden ke tempat pelayanan kesehatan tersebut.

Hasil penelitian dari 120 responden menunjukkan bahwa 40% diantaranya berumur 50-59 tahun, 47,5% berpendidikan rendah, 90% mempunyai total pendapatan keluarga yang rendah, 94,17% berada pada stadium IIB-IIIIB, dan 60,83% memiliki risiko tinggi. Perilaku responden dalam upaya pencarian pelayanan kesehatan menunjukkan bahwa 40,8% memanfaatkan pengobatan tradisional/ alternatif disamping pengobatan medis, 60% mendapatkan dukungan yang tinggi dari keluarga, 60,83% memiliki tingkat pengetahuan yang baik tentang kanker serviks, 67,5% mengalami gejala awal berupa perdarahan yang tidak normal, 97,5% memeriksakan gejalanya pada penyedia layanan medis, 65% melakukan pengobatan <1 bulan setelah adanya keluhan, dan 41,7% memiliki waktu tempuh <15 menit ke tempat pengobatan.

Kesimpulan dari penelitian ini menyatakan bahwa karakteristik pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo adalah sebagian besar berumur 50-59 tahun dengan risiko tinggi terkena kanker serviks yaitu merokok dan menikah pada usia dini, serta hampir seluruh responden berada pada stadium IIb-IIIb. Pola perilaku pencarian pelayanan kesehatan menunjukkan bahwa sebagian besar melakukan pengobatan <1 bulan setelah keluhan, hampir seluruh pasien memeriksakan dirinya pertama kali pada penyedia layanan medis dan mempunyai dukungan keluarga yang tinggi.

ABSTRACT**CHARACTERISTICS AND HEALTH SEEKING BEHAVIOUR IN
CERVICAL CANCER PATIENTS IN GENERAL HOSPITAL DR.
SOETOMO SURABAYA****Ferninda S Ramadani, Budi Utomo, Ernawati**

Background: Cervical cancer reaches second women cancer prevalence in Indonesia. The amount of studies that concern in characteristic and health seeking behaviour in cervical cancer patients in General Hospital Dr. Soetomo Surabaya is very limited. The aim of this study is to explore the characteristic and health seeking behaviour in cervical cancer patients in General Hospital Dr. Soetomo.

Method: This is a descriptive study with cross sectional design that was conducted in Juny until July, 2016 and there were 120 respondents involved. The instument of this study was using questionnaire and gatherer data sheets. The inclusion criteria was the patients who's diagnosed before and supported by histopathology result.

Result: Characteristics of 120 respondents show that 40% respondents are 50-59 years old, 47,5% respondents have low education level, 90% respondents have low total family income, 94,17% respondents have cervical cancer stage beetween IIb and IIIb, 60,83% respondents has high risk factors. The health seeking behaviour show that 40,8% respondents use traditional or alternative therapy apart of medical treatment, 60% respondents have high family support, 60,83% respondents have good knowledge about cevical cancer, 67,5% respondents had abnormal vaginal discharge as their symptom, 97,5% respondents went to medical service to examine their symptoms, 65% respondents got the examination unless a month after got the symptoms, and 41,7% respondents has <15 minutes to reach the medical servicea.

Conclusions: Characteristics of this study show that partially respondents' ages are 50-59 years old with high risk factors and almost of them also in IIb-IIIb cervical cancer stadium. The health seeking behaviour show that most of respondents got the examination unless a month after got the symptoms, almost of them went to medical service to examine their symptoms, and most of the respondents have high family support when they get the cervical treatment.

Keyword : cervical cancer, characteristics, health seeking behaviour.

DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DALAM	i
HALAMAN PRASYARAT	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI	v
LEMBAR PENGESAHAN	vi
MOTTO.....	vii
UCAPAN TERIMA KASIH	viii
RINGKASAN	x
<i>ABSTRACT</i>	xii
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR SINGKATAN, ISTILAH, DAN ARTI LAMBANG	xx
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	
1.3.1 Tujuan umum	3
1.3.2 Tujuan khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	
1.4.1 Manfaat teoritis	5
1.4.2 Manfaat praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kanker Serviks	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Faktor risiko	9
2.1.4 Patofisiologi dan patogenesis	14
2.1.5 Manifestasi klinis	17
2.1.6 Diagnosis	18
2.1.7 Stadium pada kanker serviks	19
2.1.8 Histopatologi	20
2.1.9 Penatalaksanaan.....	21
2.1.10 Prognosis	26
2.2 Konsep Perilaku	26
2.2.1 Batasan perilaku dan ilmu dasar perilaku.....	26
2.2.2 Presepsi dan perilaku sakit	27
2.2.3 Elemen perilaku sakit	29
2.2.4 Respon terhadap sakit.....	30

2.2.5	Perilaku pencarian pengobatan.....	30
2.2.6	Model penggunaan pelayanan kesehatan	33
2.2.7	Penyelenggara pelayanan kesehatan	34
2.2.8	Pengobatan tradisional	35
2.2.9	Teori <i>precede-proceed</i>	35
2.2.10	Keterlambatan diagnosis kanker leher rahim.....	39

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN

3.1	Kerangka Konseptual	41
-----	---------------------------	----

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1	Jenis dan Rancangan Penelitian.....	43
4.2	Populasi dan Sampel	
4.2.1	Populasi.....	43
4.2.2	Sampel.....	43
4.2.3	Teknik pengambilan sampel.....	44
4.3	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	
4.3.1	Variabel penelitian.....	44
4.3.2	Definisi operasional.....	45
4.4	Instrumen Penelitian.....	48
4.5	Lokasi dan Waktu Meneliti	49
4.6	Prosedur Pengumpulan Data.....	49
4.7	Pengolahan dan Analisis Data.....	49
4.8	Kerangka Kerja	51
4.9	<i>Ethical Clearance</i>	52
4.9.1	<i>Information for consent</i>	52
4.9.2	<i>Informed consent</i>	52
4.9.3	Kerahasiaan (<i>confidentially</i>)	52
4.9.4	Tanpa nama (<i>anonymity</i>).....	52

BAB 5 HASIL DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1	Hasil Penelitian	
5.1.1	Gambaran umum lokasi penelitian.....	53
5.1.2	Karakteristik sampel penelitian	54
5.1.2.1	Umur responden.....	54
5.1.2.2	Pendidikan terakhir responden	54
5.1.2.3	Total penghasilan keluarga	55
5.1.2.4	Faktor risiko kanker serviks.....	55
5.1.2.5	Stadium kanker	58
5.1.3	Perilaku pencarian pelayanan kesehatan	58
5.1.3.1	Kontak pertama responden dengan pelayanan kesehatan.....	58
5.1.3.2	Pemanfaatan pengobatan tradisional	60
5.1.3.3	Dukungan keluarga terhadap pengobatan.....	60
5.1.3.4	Pengetahuan responden tentang kanker serviks	63
5.2	Analisis Hasil Penelitian	
5.2.1	Tabulasi tingkat fakto risiko	66

5.2.2 Tabulasi <i>family support</i>	67
5.2.3 Tabulasi tingkat pengetahuan tentang kanker serviks	67

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Karakteristik Responden Penelitian	
6.1.1 Umur.....	69
6.1.2 Tingkat pendidikan.....	70
6.1.3 Status ekonomi	71
6.1.4 Faktor risiko	72
6.1.4.1 Menikah pada usia dini.....	73
6.1.4.2 Kehamilan pada usia <17 tahun.....	73
6.1.4.3 Melahirkan pada usia dini.....	74
6.1.4.4 Jumlah paitas	74
6.1.4.5 Kebiasaan anggota keluarga yang merokok	75
6.1.4.6 <i>Vaginal douching</i>	76
6.1.4.7 Riwayat kanker keluarga	77
6.1.4.8 Pil kontrasepsi.....	78
6.1.5 Stadium kanker.....	78
6.2 Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan	
6.2.1 Kontak pertama responden dengan pelayanan kesehatan	80
6.2.1.1 Kontak pertama responden dengan pelayanan kesehatan berdasarkan gejala awal saat datang ke pelayanan kesehatan.....	80
6.2.1.2 Kontak pertama responden dengan pelayanan kesehatan berdasarkan tempat pelayanan kesehatan	81
6.2.1.3 Waktu tempuh dari rumah responden ke tempat pelayanan kesehatan yang menjadi kontak pertama pelayanan kesehatan.....	82
6.2.1.4 Kontak pertama responden dengan pelayanan kesehatan berdasarkan rentang waktu pengobatan	83
6.2.2 Pemanfaatan pengobatan tradisional atau alternatif.....	83
6.2.3 Dukungan keluarga	84
6.2.4 Tingkat pengetahuan	84

BAB 7 PENUTUP

7.1 Kesimpulan	86
7.2 Saran	86
7.2.1 Bagi masyarakat	86
7.2.2 Bagi SUD Dr. Soetomo	86
7.2.3 Bagi peneliti selanjutnya	87

DAFTAR PUSTAKA	88
-----------------------------	----

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skema zona transformasi	16
Gambar 2.2 Lokasi squamocolumnar junction (SCJ) dan zona transformasi.....	16
Gambar 2.3 Diagram alur tindak lanjut dan manajemen pasien menurut hasil	24
Gambar 2.4 Diagram alur penatalaksanaan hasil tes IVA	24
Gambar 2.5 Diagram alur penatalaksanaan hasil tes pap.....	25
Gambar 2.6 Diagram standar manajemen prakanker serviks.....	25
Gambar 2.7 Diagram prediksi hubungan perilaku kesehatan dengan kognisi.....	32
Gambar 2.8 Diagram matematis <i>precede</i> model.....	36
Gambar 4.1 Rancangan penelitian	44
Gambar 4.2 Kerangka kerja penelitian.....	51

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perjalanan kanker serviks.....	18
Tabel 2.2	Stadium kanker serviks secara klinik menurut FIGO	19
Tabel 2.3	Klasifikasi histopatologi serviks WHO 1975 & WHO 1994	20
Tabel 2.4	Terminologi yang digunakan untuk pelaporan sitologi & histopatologi	21
Tabel 2.5	Penatalaksanaan kanker serviks berdasarkan <i>evidence based</i>	23
Tabel 2.6	Tabel kombinasi alternatif antara penyakit dan sakit	28
Tabel 2.7	Faktor yang mempengaruhi perilaku dan pencarian pelayanan Kesehatan sesuai dengan beberapa kategori	31
Tabel 2.8	Rincian faktor penentu perilaku pencarian pelayanan kesehatan	31
Tabel 3.1	Kerangka konseptual penelitian karakteristik dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo Surabaya	42
Tabel 4.1	Definisi operasional variabel penelitian	45
Tabel 5.1	Distribusi responden berdasarkan umur	54
Tabel 5.2	Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir	54
Tabel 5.3	Distribusi responden berdasarkan total penghasilan keluarga	55
Tabel 5.4	Distribusi besar risiko berdasarkan pertanyaan tentang usia pertama kali menikah	55
Tabel 5.5	Distribusi besar risiko berdasarkan pertanyaan tentang umur responden saat hamil pertama kali	55
Tabel 5.6	Distribusi besar risiko berdasarkan pertanyaan tentang usia pertama kali melahirkan	56
Tabel 5.7	Distribusi besar risiko berdasarkan pertanyaan tentang jumlah paritas	56
Tabel 5.8	Distribusi besar risiko berdasarkan pertanyaan tentang kebiasaan merokok yang dilakukan anggota keluarga	56
Tabel 5.9	Distribusi besar risiko berdasarkan pertanyaan tentang kebiasaan responden untuk memakai pencuci vagina	57
Tabel 5.10	Distribusi besar risiko berdasarkan pertanyaan tentang riwayat penyakit keganasan (kanker) pada keluarga	57
Tabel 5.11	Distribusi besar risiko berdasarkan pertanyaan riwayat penggunaan pil kontrasepsi (<i>oral contraception</i>)	57
Tabel 5.12	Distribusi responden berdasarkan stadium kanker	58
Tabel 5.13	Distribusi kontak pertama responden dengan pelayanan kesehatan berdasarkan jenis gejala awal yang dirasakan sebelum datang ke pelayanan kesehatan	58
Tabel 5.14	Distribusi kontak pertama responden dengan pelayanan kesehatan berdasar tempat pelayanan kesehatan	59
Tabel 5.15	Distribusi kontak pertama responden dengan pelayanan kesehatan berdasar rentang waktu antar keluhan dengan pengobatan	59
Tabel 5.16	Distribusi waktu tempuh dari rumah responden ke tempat pelayanan kesehatan yang menjadi kontak pertama pelayanan kesehatan	60
Tabel 5.17	Distribusi perilaku pasien dalam tentang penggunaan pengobatan tradisional	60

Tabel 5.18	Distribusi <i>family support</i> berdasarkan pernyataan “Semua keperluan saya selama pengobatan, saya urus sendiri tanpa bantuan keluarga” .61	61
Tabel 5.19	Distribusi <i>family support</i> berdasarkan pernyataan “Sejak saya sakit, semua aktivitas mengurus rumah tetap saya lakukan sendiri tanpa bantuan anggota keluarga” 61	61
Tabel 5.20	Distribusi <i>family support</i> berdasarkan pernyataan “Pada saat saya kontrol atau pengobatan, ada keluarga yang mengantar” 61	61
Tabel 5.21	Distribusi <i>family support</i> berdasarkan pernyataan “Biaya transportasi dan keperluan saya selama pengobatan dibiayai oleh keluarga” 62	62
Tabel 5.22	Distribusi <i>family support</i> berdasarkan pernyataan “Pada saat saya mengeluh tentang penyakit yang saya derita, keluarga saya mau mendengarkan” 62	62
Tabel 5.23	Distribusi <i>family support</i> berdasarkan pernyataan “Pada saat saya curhat, keluarga saya mau menasehati dan memberikan masukan” .. 63	63
Tabel 5.24	Distribusi jawaban berdasarkan pernyataan “Sering berganti pasangan tidak menjadi salah satu faktor risiko terjadinya kanker serviks/ leher rahim” 63	63
Tabel 5.25	Distribusi jawaban berdasarkan pernyataan “Keputihan yang banyak dan berbau bukan merupakan salah satu gejala penyakit tersebut” ... 63	63
Tabel 5.26	Distribusi jawaban berdasarkan pernyataan “Kemoterapi dan terapi sinar bukan termasuk cara pengobatan penyakit tersebut” 64	64
Tabel 5.27	Distribusi jawaban berdasarkan pernyataan “Salah satu faktor risiko terkena penyakit tersebut dikarenakan pasien menikah dan/berhubungan seksual pada umur <20 tahun” 64	64
Tabel 5.28	Distribusi jawaban berdasarkan pernyataan yang menyatakan bahwa “Apabila diantara anggota keluarga ada yang sakit kanker serviks, kemungkinan anggota keluarga lainnya juga bisa terkena penyakit tersebut” 64	64
Tabel 5.29	Distribusi jawaban berdasarkan pernyataan “Hasil dari laboratorium PA (Patologi Anatomi) dapat digunakan untuk mengetahui stadium/tingkat keparahan penyakit tersebut” 65	65
Tabel 5.30	Distribusi jawaban berdasarkan pernyataan “Salah satu gejala penyakit tersebut adalah perdarahan setelah berhubungan” 65	65
Tabel 5.31	Distribusi jawaban berdasarkan pernyataan “ <i>PAP SMEAR</i> adalah salah satu cara paling mudah yang digunakan untuk mendeteksi dini penyakit tersebut” pada skala likert 65	65
Tabel 5.32	Distribusi responden berdasarkan faktor risiko..... 66	66
Tabel 5.33	Distribusi dukungan keluarga terhadap pengobatan pasien 67	67
Tabel 5.34	Distribusi tingkat pengetahuan responden tentang kanker serviks 67	67

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal kegiatan penelitian pada mahasiswa program studi pendidikan bidan	97
Lampiran 2 Surat izin penelitian	98
Lampiran 3 <i>Informed consent</i> dan lembar persetujuan menjadi responden	101
Lampiran 4 Kuisisioner penelitian.....	103
Lampiran 5 <i>Ethical Clearance</i>	107
Lampiran 6 Lembar pengumpul data	108
Lampiran 7 Uji validitas.....	120
Lampiran 8 Lembar konsultasi	123
Lampiran 9 Lembar BAP	125

DAFTAR SINGKATAN, ISTILAH, DAN ARTI LAMBANG

AC	: <i>Adenocarcinoma</i>
ACS	: <i>American Cancer Society</i>
AIDS	: <i>Acute Imuno Deficiency Syndrome</i>
Ca.	: <i>Cancer</i>
CEA	: <i>Carcino Embryonic Antigent</i>
CLS	: <i>Capillary-like Space Invasion</i>
CT	: <i>Computerized Tomography</i>
DNA	: <i>Deoxyribonucleid Acid</i>
FNA	: <i>Fine Needle Aspiration</i>
FIGO	: <i>Inrternasional Federation of Gynecology and Obstetrics</i>
G	: <i>Grade</i>
Gy	: <i>Gray (Satuan radiasi pada radioterapi)</i>
GLOBOCAN	: <i>Global Burden Cancer</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	: <i>Human Papilloma Virus</i>
IARC	: <i>International Agency for Research on Cancer</i>
ILV	: <i>Invasi Limfo Vaskular</i>
IVA	: <i>Inspeksi Visual Asam Asetat</i>
KB	: <i>Keluarga Berencana</i>
KGB	: <i>Kelenjar Getah Bening</i>
KPKN	: <i>Komite Penanggulangan Kanker Nasional</i>
LVSI	: <i>Lymph-Vascular Space Invasion</i>
MCK	: <i>Mandi Cuci Kakus</i>
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
NIS	: <i>Neoplasia Intraepitel Serviks</i>
OCs	: <i>Oral Contraceptions</i>
Pusdatin	: <i>Pusat Data dan Informasi</i>
<i>Precede</i>	: <i>Predisposing, Enabling, Reinforcing</i>
<i>Proceed</i>	: <i>Policy, Regulatory, Organizational Construct in Educational and Environmental Development</i>
POSA	: <i>Poli Onkologi Satu Atap</i>
RI	: <i>Republik Indonesia</i>
RR	: <i>Relative Risk</i>
RSUD	: <i>Rumah Sakit Umum Daerah</i>
SCC	: <i>Squamous Cell Carcinoma</i>
SCJ	: <i>Squamo Columnar Junction</i>
TNM	: <i>Tumor, Node dan Metastasis</i>
UK	: <i>United Kingdom</i>
VT	: <i>Vaginal Touch</i>
VILI	: <i>Visual Lugoliodin</i>
WHO	: <i>World Health Organisation</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker serviks adalah keganasan yang terjadi pada sel leher rahim (Depkes, 2009). Dalimartha dalam Utami (2013) menyatakan bahwa penyebab kanker serviks adalah adanya infeksi dari *Human Papiloma Virus* (HPV). Kanker serviks adalah jenis kanker kedua yang paling sering menyerang wanita setelah kanker payudara, perbandingannya mencapai 1: 67 wanita di seluruh dunia dan paling banyak ditemukan di negara berkembang. Hasil data GLOBOCAN (2012) menunjukkan bahwa pada tahun 2012 ada sekitar 528.000 kasus kanker serviks baru di dunia dan jumlah kematiannya mencapai 266.000 orang (GLOBOCAN, 2012).

Pusdatin Kementerian Kesehatan RI (2015) menyatakan bahwa jenis kanker pada wanita dengan prevalensi tertinggi kedua di Indonesia pada tahun 2013 adalah kanker serviks. Jumlah penderita kanker serviks terbanyak terdapat pada Provinsi Jawa Timur dan Jawa Tengah. Hasil survei yang dilakukan oleh Pusdatin menunjukkan bahwa dari tahun 2010-2013, jumlah kasus baru maupun jumlah kematian yang diakibatkan oleh kanker serviks terus meningkat.

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan angka kejadian kanker serviks yaitu dengan diadakannya program deteksi dini kanker serviks. Wahidin dalam Kemenkes (2015) menyatakan bahwa program deteksi dini kanker serviks yang dicanangkan pemerintah, sudah berjalan di 1.985

puskesmas di 304 kabupaten/ kota yang menyebar di 34 provinsi Indonesia sampai tahun 2014. Cakupan skrining yang telah dilakukan mencapai 904.099 orang (2,45%) (Buletin Jendela Data & Informasi Kesehatan, 2015).

Program deteksi dini kanker serviks dan promosi kesehatan yang telah dilaksanakan di berbagai wilayah di Indonesia belum dapat menurunkan angka kejadian kanker serviks dengan stadium lanjut. Hal ini seperti yang terjadi pada RSUD Dr. Soetomo yang menunjukkan bahwa 44,75% pasien kanker serviks berada pada stadium III (Kominfo RI, 2015).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soetomo adalah rumah sakit tipe A yang dimiliki oleh Pemerintah provinsi Jawa Timur. Rumah sakit yang menjadi rujukan terbesar di kawasan Indonesia Timur ini, dalam sehari rata-rata menangani pasien kanker serviks sebanyak 3-4 orang. Pada tahun 2014, jumlah pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo mencapai 842 orang. (Kominfo RI, 2015).

Karakteristik adalah suatu ciri khas tertentu pada seseorang. Karakteristik pasien yang termasuk dalam faktor predisposisi perilaku dapat mempengaruhi perilakunya dalam mencari pelayanan kesehatan. Karakteristik pasien seharusnya dapat dikenali lebih awal oleh tenaga kesehatan, karena secara tidak langsung juga dapat mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan. Karakteristik tersebut dapat berupa karakteristik demografi atau individu.

Beberapa hasil penelitian tentang karakteristik pasien kanker serviks menunjukkan bahwa rerata umur pasien serviks adalah 35-59 tahun, dengan status multipara, memiliki tingkat pendidikan dan penghasilan yang rendah

serta kebanyakan dari pasien datang pada keadaan stadium lanjut (IIB-IVB) (Suryapratama, 2012; Tindaon, 2014; Lasut *et al.*, 2015; Achmadi, 2011).

Faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang pada dasarnya ada tiga macam faktor, yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pemungkin (*enabling factor*), dan faktor penguat (*reinforcing factor*). Faktor predisposisi (*predisposing factor*) terdiri dari pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai- nilai, dan sebagainya.

Faktor pendukung (*enabling factor*) meliputi lingkungan fisik, sumber daya, dan tersedianya fasilitas dan sarana kesehatan. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) dapat berupa sikap dan perilaku petugas kesehatan maupun petugas lain, teman, tokoh, yang semuanya bisa menjadi kelompok referensi dari perilaku masyarakat (Notoatmodjo, 2014).

Jumlah penelitian atau referensi yang membahas tentang karakteristik dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan pasien kanker serviks masih sangat terbatas, terutama yang dilakukan di RSUD Soetomo. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi data yang dapat membantu tim pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan yang maksimal kepada pasien kanker serviks.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah karakteristik dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengeksplorasi tentang karakteristik dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

1.3.2 Tujuan khusus

- 1) Mengetahui karakteristik pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo, antara lain:
 1. Mengetahui rerata umur pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo
 2. Mengetahui tingkat pendidikan pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo
 3. Mengetahui status ekonomi pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo
 4. Mengetahui besar faktor risiko yang dimiliki oleh pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo, antara lain:
 - a. Umur pertama kali menikah
 - b. Umur saat pertama kali hamil
 - c. Umur saat pertama kali melahirkan
 - d. Jumlah paritas
 - e. Kebiasaan anggota keluarga yang merokok
 - f. *Vaginal douching*
 - g. Riwayat keganasan (kanker) pada keluarga
 - h. Riwayat penggunaan pil kontrasepsi (*oral contraception*)
 5. Mengetahui rerata stadium kanker serviks yang diderita oleh pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo
- 2) Mengetahui perilaku pencarian pelayanan kesehatan pada pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo, antara lain:

1. Mengetahui kontak pertama pasien dengan pelayanan kesehatan berdasarkan beberapa kategori, antara lain:
 - a. Gejala awal sebelum datang ke pelayanan kesehatan
 - b. Tempat pelayanan kesehatan
 - c. Rentang waktu antara keluhan dengan pengobatan
 - d. Waktu tempuh dari rumah responden ke tempat pelayanan kesehatan tersebut
2. Mengetahui perilaku pemanfaatan pengobatan tradisional atau alternatif pada pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo
3. Mengetahui dukungan keluarga terhadap upaya pencarian pelayanan kesehatan pada pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo
4. Mengetahui tingkat pengetahuan pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo terhadap penyakit yang dideritanya

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Memberikan sumbangan teoritik bagi ilmu kesehatan khususnya tentang karakteristik dan perilaku pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo.

1.4.2 Manfaat praktis

a) Manfaat bagi masyarakat

Dapat menjadi tambahan informasi dan wawasan sehingga masyarakat dapat melakukan deteksi dini kanker serviks.

b) Manfaat bagi institusi pendidikan

Menambah kepustakaan tentang karakteristik pasien kanker serviks,

perilaku pencarian pengobatan, dan penggunaan pelayanan kesehatan.

c) Manfaat bagi tenaga kesehatan

Menambah informasi tentang manajemen pasien dengan kanker serviks serta sebagai bahan evaluasi pelayanan kesehatan. Meningkatkan efektivitas dan efisiensi pada penanganan pasien kanker serviks, sehingga hasil dari *treatment* lebih baik. Memberikan motivasi pada tenaga kesehatan untuk mengoptimalkan pelaksanaan deteksi dini kanker serviks pada masyarakat luas.

d) Manfaat bagi mahasiswa

Menambah referensi tentang karakteristik dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan pada pasien kanker serviks.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kanker Serviks

Kanker serviks adalah jenis kanker kedua yang paling sering menyerang wanita setelah kanker payudara, perbandingannya mencapai 1:67 wanita di seluruh dunia dan paling banyak ditemukan di negara berkembang. Hasil data GLOBOCAN (2012) menunjukkan bahwa pada tahun 2012 ada sekitar 528.000 kasus kanker serviks baru di dunia. Jumlah kematian yang diakibatkan oleh kanker serviks ini pada tahun 2012 mencapai 266.000 orang dan sebagian besar adalah penduduk negara dengan ekonomi berkembang (GLOBOCAN, 2012).

Pusdatin Kementrian Kesehatan RI menyatakan bahwa jenis kanker dengan prevalensi tertinggi di Indonesia pada tahun 2013 adalah kanker serviks (0,8% dari keseluruhan jenis kanker) dan jumlah penderita terbanyaknya terdapat pada Provinsi Jawa Timur dan Jawa Tengah. Hasil survei yang dilakukan oleh Pusdatin menunjukkan bahwa dari tahun 2010- 2013 jumlah kasus baru maupun jumlah kematian yang diakibatkan oleh kanker serviks terus meningkat (Pusdatin Kemenkes RI, 2015).

2.1.1 Definisi

Kanker serviks adalah keganasan yang menyerang wanita dalam bidang obstetri dan ginekologi, lebih tepatnya terjadi di percabangan antara sel epitel kolumnar endoserviks dan sel epitel skuamosa ektoserviks atau pada zona perubahan metaplastik pada leher rahim. Zona perubahan metaplastik adalah daerah yang menghubungkan rahim (uterus) dengan vagina. Hampir 99% kanker

serviks disebabkan oleh infeksi virus HPV (*Human Papilloma Virus*) (Manuaba, 2008; Romauli, 2009; Mushonnifa, 2009).

Pada penderita kanker serviks terdapat sekelompok jaringan (95% dari kanker serviks adalah sel skuamosa) yang tumbuh secara terus-menerus yang tidak terbatas, tidak terkoordinasi dan tidak berguna bagi tubuh, sehingga jaringan disekitarnya tidak dapat berfungsi dengan baik. Rasjidi dalam Manalu (2011) menyatakan bahwa ketidaknormalan perkembangan pada skuamosa yang berasal dari lapisan epidermal serviks tersebut disebut dengan *displasia sel*. *Displasia* tersebut akan menunjukkan lesi lama yang disebut dengan *Cervical Intra Epithelial Neoplasia* (CIN) (Manalu, 2011; Sarwono, 2005).

2.1.2 Etiologi

Otto dalam Sari (2008), Bosch (2002), dan Sreedevi (2015) mengatakan bahwa *Human Papilloma Virus* (HPV) terutama tipe 16 dan 18 merupakan penyebab dari kanker serviks. Banyak penelitian yang membuktikan bahwa 2 jenis protein 1 gen (E6 dan E7) yang terdapat pada HPV dapat menghambat kerja protein pada manusia (Rb dan p53) yang berfungsi untuk mengatur pertumbuhan dan pembelahan sel secara normal. HPV menyebabkan epitel pada serviks berkembang dengan tidak terkendali. Diananda dalam Manalu (2011) menyatakan bahwa wanita dengan kadar HPV yang tinggi berisiko 30x lebih besar untuk terkena kanker serviks dibandingkan dengan wanita dengan HPV negatif. HPV diduga juga memegang peranan penting dalam kejadian mutasi gen. Asam nukleat virus DNA tersebut dapat bersatu ke dalam gen dan DNA sel orang tersebut.

American Cancer Society (ACS) mengatakan bahwa virus ini dapat menginfeksi sel permukaan kulit, alat genitalia, anus, mulut, dan tenggorokan,

tetapi HPV tidak dapat menginfeksi melalui darah dan organ dalam. Virus ini ditularkan dari satu orang ke yang lainnya melalui kontak kulit (*skin-to-skin*) dan juga melalui hubungan seksual (*transvaginal*, anal, dan atau oral).

2.1.3 Faktor risiko

Faktor risiko adalah segala sesuatu yang membuat seseorang untuk berpeluang untuk menderita suatu penyakit tertentu (*American Cancer Society*, 2014). Jong dalam Syatriani (2011), Chichareon *et al.*, (1998), dan Sreedevi (2015) mengatakan bahwa kejadian kanker serviks dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain faktor sosio demografi yang meliputi usia, status sosial ekonomi, usia pertama kali melakukan hubungan seks, pasangan seks yang berganti-ganti, paritas, perawatan daerah kewanitaan, merokok, riwayat penyakit yang pernah diderita, riwayat penyakit keluarga, penggunaan pembalut, penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka waktu lama lebih dari 5 tahun, asupan nutrisi, dan lain sebagainya.

Berikut penjelasan tentang beberapa faktor risiko terjadinya kanker serviks pada wanita:

1. Usia

Penelitian deskriptif analitik *cohort* retrospektif tentang karakteristik penderita kanker serviks 2006-2010 di RSUD Dr. Soetomo Surabaya menunjukkan bahwa kelompok umur terbanyak penderita kanker serviks yaitu pada umur 40- 49 (42,7%), 50- 59 tahun (34,1%), 30- 39 tahun (12,40%), umur >59 tahun (10,1%), dan 20- 29 tahun (0,70%).

Rentang usia insiden wanita dengan kanker serviks juga menunjukkan pada usia 55- 59 tahun (Sreedevi, 2015). Kesimpulan dari penelitian tersebut

menyatakan bahwa semakin muda umur penderita, maka *survival* nya semakin baik (Achmadi *et al.*, 2011).

2. Status ekonomi

Setyarini dan Melva dalam Syatriani (2011) mengungkapkan bahwa pendapatan yang rendah berkaitan dengan terjadinya gizi dan gaya hidup sehat yang buruk pada seseorang. Golongan dengan penghasilan yang rendah pada umumnya memiliki kuantitas dan kualitas makanan yang kurang, sehingga dapat menjadikan imunitas dalam tubuh menjadi rentan terpapar oleh penyakit. Kelompok dengan berpenghasilan rendah juga kurang dapat mengakses skrining pra kanker (*pap smear*). Penghasilan yang rendah juga dikaitkan dengan higiene, sanitasi, dan pemeliharaan kesehatan yang kurang.

3. Usia pertama kali berhubungan seks

Brunner dalam Syatriani (2011) mengatakan bahwa wanita yang menikah sebelum berusia 20 tahun berisiko terkena kanker serviks karena organ seksual belum siap untuk digunakan berhubungan seksual secara dini dan adanya perubahan hormon estrogen yang tinggi pada masa pubertas. Perubahan hormon yang tinggi mengakibatkan terjadinya metaplasia pada serviks. Serviks yang sedang mengalami metaplasia akan rentan terinfeksi virus HPV, sehingga semakin dini usia saat memulai hubungan seksual maka semakin cepat seseorang mendapatkan risiko terpapar virus HPV (Plummer, 2012; Louie *et al.*, 2009)

4. Multi partner seksual

Wanita yang sering berganti pasangan dalam berhubungan seksual akan meningkatkan risiko terkena kanker serviks. Hal ini berhubungan dengan ditularkannya Infeksi Menular Seksual (IMS) yang didapat dari pasangan seksual

yang banyak. Sedangkan IMS merupakan salah satu faktor risiko terjadinya kanker serviks pada wanita (Depkes, 2009). Hasil meta analisis Chang *et al.*, (2015) mengatakan resiko wanita akan beresiko tertularnya HPV dengan jumlah *multi partner sexual* sebanyak 4- 7 orang.

5. Paritas

Paritas yang tinggi adalah salah satu faktor risiko terjadinya kanker serviks, dikarenakan pada tiap proses melahirkan akan selalu terjadinya trauma pada serviks sehingga menyebabkan terjadinya perubahan sel abnormal dari epitel pada serviks yang prognosinya mengarah pada keganasan (Sukaca, 2009). Hasil dari penelitian *case control* yang dilakukan di RSUD AW. Sjahranie Samarinda Kalimantan Timur dari bulan Januari hingga Juni 2009, menunjukkan bahwa wanita yang mempunyai 5-12 anak mempunyai resiko 2,6 kali lebih tinggi daripada wanita yang mempunyai 0-4 anak (Paramita *et al.*, 2010)

6. Kebersihan genitalia

Rabe dan Pramulya dalam Syatriani (2011) mengatakan bahwa kebiasaan wanita yang sering mencuci vaginanya dengan antiseptik dapat menyebabkan iritasi pada serviks sehingga dapat merangsang terjadinya perubahan pada sel yang memicu menjadi kanker (Sukaca, 2009).

Wanita yang sering mencuci vagina dengan sabun yang kadar pH nya lebih dari 4 dan atau dengan menggunakan detergen, dapat meningkatkan risiko terkena kanker serviks. Purnomo mengatakan bahwa cairan pembersih dengan pH basa atau pH yang tidak sesuai dengan pH vagina, dapat membunuh kuman *Bacillus doederlain* di vagina yang berfungsi untuk menjaga pH vagina. Penelitian yang dilakukan oleh Islamiyah di RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tahun 2008

diperoleh hasil bahwa ada hubungan antara penggunaan sabun khusus vagina dengan kejadian kanker serviks (Syatriani, 2011).

7. Merokok

Rokok mengandung berbagai macam zat kimia yang bersifat karsinogenik sangat berbahaya pada tubuh. Substansi berbahaya tersebut akan masuk ke dalam tubuh melalui paru-paru dan akan diabsorpsi oleh darah dan mengalir ke seluruh tubuh. Salah satu zat yang terdapat pada tembakau pernah ditemukan pada mukus servik seorang wanita yang merokok secara aktif atau pun pasif. Substansi dari rokok tersebut yang merusak DNA dari sel serviks, yang merupakan awal dari berkembangnya kanker serviks. Merokok juga membuat sistem imun dalam tubuh menurun, sehingga tubuh rentan terpapar virus HPV (*American Cancer Society, 2014; Natphopsuk et al., 2012*).

8. Riwayat penyakit

a) AIDS/ Terpapar virus *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)

HIV dapat merusak sistem imun tubuh seseorang. Sistem imun sangatlah penting bagi tubuh untuk mengancurkan sel kanker dan menghambat penyebarannya dalam tubuh. Wanita dengan AIDS memiliki risiko yang lebih besar untuk terkena infeksi virus HPV. Fase pra-kanker serviks akan lebih cepat berkembang menjadi kanker serviks yang invasif pada wanita dengan AIDS (*American Cancer Society, 2014*).

b) Klamidiasis

Pasien yang pernah atau sedang terpapar bakteri *Chlamydia trachomatis* mempunyai risiko yang lebih besar untuk terkena infeksi HPV jika dibandingkan dengan wanita tidak dengan infeksi *Chlamydia*

trachomatis. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa hasil tes darah pasien kanker serviks menunjukkan pasien tersebut sebelumnya pernah terinfeksi bakteri *Chlamydia trachomatis*. Pasien yang terinfeksi bakteri klamidia sering tidak memiliki keluhan. Penyakit klamidiasis ini tidak menimbulkan gejala yang khas yang dapat diketahui tanpa melakukan *pelvic test* (American Cancer Society, 2014).

c) Infeksi menular seksual

Hansen dalam *Cancer Research UK* (2014) menyatakan bahwa risiko terkena kanker serviks dapat meningkat pada wanita dengan infeksi menular seksual. IMS dapat menyebabkan penderita menjadi kebal dari infeksi menular seksual lain selain HPV, sehingga terjadi kesulitan saat akan dilakukannya pengobatan pada infeksi HPV.

9. Riwayat penyakit keluarga

Husain dalam *Cancer Research UK* (2014) menyatakan bahwa risiko terkena keganasan sel skuamosa pada serviks 74-80% atau 2-3 kali lebih tinggi pada wanita yang memiliki ibu dan atau saudara kandung yang sedang menderita keganasan tersebut dibandingkan populasi pada umumnya. Risiko ini lebih mengarah pada kesamaan kondisi *host* yang berkaitan dengan kondisi imunitas dalam dirinya (American Cancer Society, 2014; Hemminki *et al.*, 1999).

10. Penggunaan kontrasepsi oral/ *Oral contraception* (OCs)

Penggunaan pil KB juga dapat meningkatkan risiko terjadinya kanker serviks pada wanita yang sudah terjangkit HPV sebelumnya. Pasien yang menggunakan kontrasepsi oral <5 tahun tidak mengalami peningkatan risiko kanker serviks. Peningkatan risiko kanker serviks terjadi sebesar dua kali lebih

besar pada pengguna kontrasepsi oral selama 5-9 tahun dan empat kali lebih besar jika dibandingkan dengan yang tidak pernah menggunakan kontrasepsi oral. Moreno menyimpulkan bahwa penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka waktu yang lama (*long-term using*) dapat menjadi kofaktor pada peningkatan risiko terjadinya kanker serviks pada wanita yang telah positif terinfeksi HPV DNA (Paramita *et al.*, 2010; Moreno, 2002).

11. Kehamilan aterm pada usia muda

Kehamilan aterm pada usia <17 tahun akan meningkatkan 2x lipat risiko terjadinya kanker serviks dibandingkan dengan wanita yang kehamilannya pada usia 25 tahun atau lebih (*International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer*, 2006)

Wanita yang tidak mempunyai faktor risiko di atas, kecil kemungkinannya terkena keganasan pada serviks. Faktor risiko yang dipaparkan di atas dapat menjadi pemicu terjadinya kanker serviks, namun banyak wanita yang juga memiliki risiko tersebut tidak terkena kanker servik. Seseorang yang berada dalam tahap pra kanker, tidak mungkin secara langsung dikatakan, bahwa salah satu faktor risiko tersebut adalah penyebabnya (*American Cancer Society*, 2014).

2.1.4 Patofisiologi dan patogenesis

International Agency for Research on Cancer (IARC) dan WHO dalam *An introduction to the anatomy of the uterine cervix* menyatakan bahwa, serviks adalah bagian terendah dari portio uterus berbentuk silinder yang panjangnya 3- 4 cm dengan diameter 2,5 cm yang tersusun dari jaringan ikat fibrosa. Serviks mempunyai ukuran yang bervariasi, karena dipengaruhi oleh usia, paritas, dan kadar hormonal, dua bagian serviks yaitu ektoserviks dan endoserviks.

Ektoserviks adalah bagian yang dilapisi oleh epitel skuamosa (*squamous epithelium*) yang secara histologi terdiri dari: *superficial cell layer*, *intermediate cell layer*, *parabasal layer*, dan *basal cell layer*. Pada bagian ektoserviks, ukuran sel- sel dari bagian *basal* hingga *superficial layer* semakin membesar, tetapi ukuran intinya semakin kecil. Tingkat maturitas dari epitel skuamosa dipengaruhi oleh kadar estrogen, sehingga semakin tinggi kadar estrogen maka semakin matur/ matang sel epitel skuamosa tersebut. Kadar estrogen yang rendah dapat terjadi pada masa menopause. Kadar estrogen yang rendah dapat menyebabkan jaringan epitel tidak matur sehingga menjadi tipis dan atrofi, maka pada pemeriksaan visual, serviks tampak pucat dan cenderung mudah terluka.

Endoserviks ditandai dengan adanya lapisan epitel kolumnar (*columnar epithelium*) yang merupakan *single layer* dengan bentuk selnya memanjang secara vertikal. Ukuran dari endoserviks tersebut lebih pendek jika dibandingkan dengan ektoserviks. Warna endoservik terlihat lebih kemerahan daripada ektoserviks, dikarenakan endoserviks hanya terdiri dari satu *layer* saja sehingga vaskularisasinya terlihat jelas.

Pada pergantian fase pertumbuhan dan perkembangan wanita (masa anak-anak, prepubertas, pubertas, dewasa, premenopause, dan menopause), epitel kolumnar akan digantikan oleh epitel skuamosa yang berasal dari cadangan epitel kolumnar. Proses pergantian epitel kolumnar menjadi epitel skuamosa disebut metaplasia. Metaplasia terjadi akibat penurunan pH vagina yang rendah. Aktifitas metaplasia yang tinggi tersebut sering dijumpai pada masa pubertas. Akibat proses metaplasia ini maka secara morfogenetik terdapat 2 SCJ, yaitu SCJ asli dan SCJ baru yang menjadi tempat pertemuan antara epitel skuamosa baru dengan epitel

kolumnar.

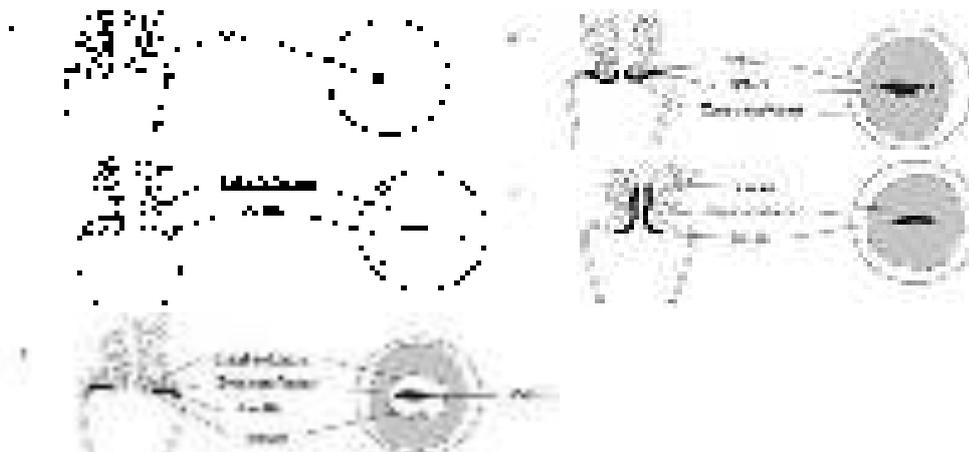
Daerah di kedua SCJ ini disebut daerah transformasi (*Transformation zone/ zona T*). *Squamocolumnar junction* (SCJ) merupakan daerah peralihan yang memisahkan antara *squamous* dan *columnar epithelium* yang letaknya berbeda-beda sesuai dengan fase wanita tersebut. Letak dari SCJ tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu: usia, status hormonal, trauma jalan lahir, kontrasepsi oral, dan kehamilan. Pada wanita muda SCJ berada di ostium uteri eksternum, sedangkan pada wanita berusia >35 tahun SCJ berada di dalam kanalis serviks. Kanker serviks biasa timbul di SCJ dan atau di zona T tersebut.



Gambar 2.1 Skema zona transformasi

Sumber : *An introduction to the anatomy of the uterine cervix. World Health Organization (WHO): International Agency for Research on Cancer (IARC) Group.*

Berikut gambaran peralihan letak SCJ dari tiap fase kehidupan wanita :



Gambar 2.2 Lokasi SCJ dan zona transformasi. (a) anak- anak; (b) pra pubertas; (c) wanita usia 30 -an; (d) *premenopause*; (e) *menopause*.

Lesi pra kanker adalah kondisi serviks yang berpotensi menjadi kanker. Pada kondisi ini sel- sel epitel pada serviks mengalami displasia (kelainan epitel). Displasia menunjukkan adanya gangguan maturasi epitel skuamosa yang secara sitologik dan histologik yang berbeda dengan epitel normal, tetapi displasia tidak memenuhi syarat untuk disebut sel karsinoma. Perbedaan derajat displasia didasarkan pada tebal epitel yang mengalami kelainan dan berat ringannya kelainan pada sel tersebut.

Karsinoma *in- situ* adalah gangguan maturasi epitel skuamosa yang menyerupai karsinoma invasif tetapi membran basalis masih utuh. *Neoplasia Intraepitel Serviks* (NIS) adalah istilah yang digunakan untuk mengklasifikasikan antara displasia dan karsinoma *in-situ*, antara lain: 1) NIS 1 (displasia ringan); 2) NIS 2 (displasia sedang); 3) NIS 3 (displasia berat); dan karsinoma *in- situ*. Semua tingkatan NIS tersebut berpotensi menjadi ganas (Andrijono, 2010). Wanita dengan displasia ringan belum tentu akan berkembang menjadi keganasan pada serviks, hal ini berhubungan dengan kekebalan wanita tersebut (Suhaemi, 2010).

2.1.5 Manifestasi klinis

Pasien dengan lesi pra kanker, 92% dari total pasien kanker serviks tidak merasakan gejala. Gejala akan dirasakan ketika lesi prakanker sudah menjadi kanker. Gejala tersebut antara lain: perdarahan abnormal (di luar siklus haid), perdarahan *post coitus* yang banyak, dan cairan yang keluar dari vagina. Pada kanker serviks lanjutan akan didapatkan gejala berupa keluarnya cairan yang berbau tidak sedap, *pelvic pain*, nyeri lumbosakral dan gluteus, gangguan berkemih, nyeri pada kandung kemih dan rektum. Keluhan akan sesuai dengan organ yang menjadi dampak metastase kanker, apabila sel kanker sudah

bermetastase pada tubuh penderita tersebut (KPKN, 2015).

Lesi pra kanker berwarna putih akan ditemukan setelah dioles dengan asam asetat. Pemeriksaan dalam (VT/ *vaginal touch*) akan memberi gambaran apakah keganasan sudah bermetastase ke forniks. Pemeriksaan per rektal bertujuan untuk mengetahui besarnya uterus, perluasan ke parametrium, dan rektum. Keganasan yang sudah meluas hingga ke luar panggul, akan mengakibatkan adanya gangguan sentral, pembesaran kelenjar getah bening (KGB), pembesaran hati, terdapat masa di dalam perut, pelvis, hidronefrosis, efusi pleura, dan atau tanda penyebaran ke tulang (KPKN, 2015).

Tabel 2.1 Perjalanan kanker serviks

Infeksi HPV	Displasia ringan	Displasia Berat	Kanker Serviks
Banyak terjadi pada usia reproduktif dan hanya sebagian kecil saja yang berkembang menjadi sel yang abnormal.	Perubahan sel abnormal (displasia) ini adalah tahapan sementara sebelum berkembang menjadi displasia berat.	Displasia berat lebih banyak ditemui pada banyak kasus jika dibandingkan dengan displasia ringan, karena pada tahapan ini dapat menjadi kanker serviks dalam rentang waktu 10- 15 tahun.	Kanker serviks yang invasif akan berkembang secara terus menerus dan banyak ditemui pada wanita dengan usia 50-an hingga 60-an tahun

Sumber: Rasjidi, 2009

2.1.6 Diagnosis

Diagnosis ditegakkan dari anamnesis dan hasil pemeriksaan klinik. Pemeriksaan klinik yang dapat dilakukan di pelayanan kesehatan primer meliputi pemeriksaan sitologi *pap test*, Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA), dan Inspeksi Visual Lugoliodin (VILI). Pemeriksaan klinik yang bisa dilakukan pada fasilitas kesehatan sekunder yaitu: kolposkopi, kuret endoserviks, sistoskopi, IVP, foto thoraks dan tulang. Biopsi dan histologik dilakukan apabila dicuragi adanya metastase sel kanker pada kandung kemih dan rektum, setelah itu dapat

dilakukannya konisasi dan amputasi serviks. Pemeriksaan lain yang dapat dilakukan menentukan untuk rencana pengobatan pada pasien, tetapi tidak dapat merubah stadium klinik seseorang yaitu CT scan, MRI, limfoangiografi, arteriografi, venografi, laparoscopi, *fine needle aspiration* (FNA). Pemeriksaan lain yang dapat dilakukan untuk rencana pengobatan namun bersifat opsional yaitu CT Scan, MRI, limfoangiografi, arteriografi, venografi, laparoscopi, *fine needle aspiration* (FNA) (KPKN, 2015).

2.1.7 Stadium pada kanker serviks

The International Federation of Gynecology and Obstetrics mengklasifikasikan stadium kanker serviks menjadi beberapa stadium.

Tabel 2.2 Stadium kanker serviks secara klinik menurut FIGO

Stadium FIGO	Kategori	TNM
	Tumor primer tidak bisa digambarkan	TX
	Tidak ada bukti adanya tumor primer	TO
0	Karsinoma in situ (<i>preinvasive carcinoma</i>)	Tis
I	Proses terbatas pada serviks walaupun ada perluasan ke korpus uteri	TI
IA	Karsinoma mikroinvasif	IIa
IA1	Kedalaman invasi stroma tidak lebih dari 3 mm dan perluasan horizontal tidak lebih dari 7 mm	IIa1
IA2	Kedalaman invasi stroma lebih dari 3 mm dan tidak lebih dari 5 mm dan perluasan horizontal 7 mm atau kurang	IIa2
IB	Secara klinis sudah diduga adanya tumor mikroskopik lebih dari IA2 atau T1a2	IIb
IB1	Secara klinis lesi berukuran 4 cm atau kurang pada dimensi terbesar	IIb1
IB2	Secara klinis lesi berukuran lebih dari 4 cm pada dimensi terbesar	IIb2
II	Tumor menyebar ke luar dari serviks, tetapi tidak sampai dinding panggul atau sepertiga bawah vagina	T2
IIA	Tanpa invasi parametrium	T2a
IIB	Dengan invasi parametrium	T2b
III	Tumor menyebar ke dinding panggul dan/ atau sepertiga bawah vagina yang menyebabkan hidronefrosis atau penurunan fungsi ginjal	T3
IIIA	Tumor menyebar sepertiga bawah vagina tetapi tidak sampai ke dinding panggul	T3a
IIIB	Tumor menyebar ke dinding panggul menyebabkan penurunan fungsi ginjal	T3b
IVA	Tumor menginvasi mukosa buli- buli atau rektum dan ke luar panggul	T4
IVB	Metastase jauh	M1

Sumber: Rasjidi, 2009

2.1.8 Histopatologi

Histopatologi kanker serviks terdiri atas berbagai jenis. Dua bentuk yang sering dijumpai adalah karsinoma sel skuamosa dan adenokarsinoma. Sekitar 85% merupakan karsinoma, serviks jenis skuamosa (epidermoid), 10% jenis adenokarsinoma, dan 5% nya adalah jenis adenoskuamosa, clear cell, small, *verucous*, dan lain- lain.

Tabel 2.3 Klasifikasi histopatologi kanker serviks WHO 1975 & WHO 1994 :

WHO 1975	WHO 1994
Karsinoma sel skuamosa	Karsinoma sel skuamosa
Dengan pertandukan	Dengan pertandukan
Tipe sel besar tanpa pertandukan	Tanpa pertandukan
Tipe sel kecil tanpa pertandukan	Tipe verukosa
	Tipe kondilomatosa
	Tipe kapiler
	Tipe limfoepitelioma
Adenokarsinoma	Adenokarsinoma
Tipe endoserviks	Tipe musinosa
Tipe endometrioid	Tipe mesonerfik
	Tipe <i>clear cell</i>
	Tipe serosa
	Tipe endometrioid
Karsinoadenoskuamosa (adenoepidermoi)	Karsinoadenoskuamosa
Karsinoma adenoid kistik	Karsinoma glassy cell
Adenokarsinoma mesonefroid	Karsinoma sel kecil
	Karsinoma adenoid basal
	Tumor karsinoid
	Karsinoma denoid kistik
Tumor mesenkhim	Tumor mesenkhim
Karsinoma tidak berdiferensiasi	Karsinoma tidak berdiferensiasi
Tumor metastasis	

Sumber: Rasjidi, 2009

Tipe histopatologi, antara lain: *Cervical intraepithelial neoplasia* (grade III), *squamous cell carcinoma in situ* (SCC), *squamous cell carcinoma* (*keratinizing, nonkeratinizing, verrucous*), *adenocarcinoma in situ*, *adenocarcinoma in situ, endocervical type*, *endometrioid adeno carcinoma*, *clear cell adenocarcinoma*, *adenosquamous carcinoma*, *adenoid cystic carcinoma*, *small cell carcinoma*, *undifferentiated carcinoma*.

Derajat/ *grade* (G) histopatologi sebagai berikut: Gx (derajat tidak dapat dinilai), G1 (*Well differentiated*), G2 (*Moderately differentiated*), dan G3 (*Poorly or undifferentiated*)

Tabel 2.4 Terminologi yang digunakan untuk pelaporan sitologi dan histologi

Klasifikasi sitologi (digunakan untuk skrinning)		Klasifikasi histologi (digunakan untuk diagnosis)	
PAP	Sistem Bethesda	CIN	Klasifikasi deskriptif WHO
Klas I	Normal	Normal	Normal
Klas II	ASC- US ASC-H	<i>Atypia</i>	<i>Atypia</i>
Klas III	LSIL	CIN I termasuk <i>flat condyloma</i>	Koilositosis
Klas III	HSIL	CIN 2	Displasia Moderat
Klas III	HSIL	CIN 3	Displasia Ganas
Klas IV	HSIL	CIN 3	Karsinoma Insitu
Klas V	Karsinoma Invasif	Karsinoma Invasif	Karsinoma Invasif

Sumber: *comprehensive cervical control*, WHO, 2006 dalam Rasjidi, 2009

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan kanker serviks pada dasarnya dipilih berdasarkan stadium penyakitnya. Lesi dengan displasia ringan sebagian besar lesi dapat sembuh dengan sendirinya atau mengalami regresi secara spontan. Pada displasia sedang dan berat dapat dilakukan beberapa alternatif pengobatan, antara lain sebagai berikut: (1) dibekukan/ krioterapi, (2) terapi eksisi: *Loop ElectroExcision Procedure (LEEP)*, (3) *Large Loop Excision of Transformation Zone (LEETZ)*, (4) biopsi kerucut/ konisasi, (5) Histerektomi (dapat dilakukan pada pasien NIS III dan tidak memerlukan fungsi fertilitas kembali) (emenkes, 2010)

Komite Penanggulangan Kanker Nasional juga menjelaskan secara rinci dalam bukunya bahwa persiapan pengobatan pada pasien kanker serviks yang perlu dilakukan yaitu pemeriksaan darah tepi lengkap, kimia darah, pembekuan darah (jika direncanakan untuk operasi). Pemeriksaan lainnya yaitu petanda tumor SCC (untuk skuamosa) atau CEA atau Ca-125 (untuk adenokarsinoma).

Pengobatan primer pada stadium IA1 yaitu histerektomi ekstrapasial atau konisasi kalau fertilitas diperlukan. Atas pilihan pasien, dapat pula dilakukan brakhiterapi. Pada stadium IA2 dan IB1 dapat dilakukan operasi dan radioterapi. Operasi dapat dilakukan jika tanpa kontraindikasi. Operasi tersebut terdiri dari :

(1) histerektomi radikal atau modifikasi (tipe 2) dan limfadenektomi pelvis, (2) histerektomi ekstrapasial dan limfadenektomi pelvis bila tidak ada invasi limfo-vaskular (ILV), (3) trakhektomi dengan limfadenektomi ekstra peritoneal atau limfadenektomi laparoskopis, kalau fertilitas masih diperlukan. Terapi adjuvan radioterapi eksterna dapat diberikan jika terdapat faktor resiko antara lain: diferensiasi buruk, merupakan *Ca. adeno skuamosa*, adeno karsinoma, adanya penyebaran KGB serta menembus kapsul dan invasilimfovaskular. Bila tepi sayatan tidak bebas tumor/ *close margin*, paska radiasi eksterna dilanjutkan dengan brakhiterapi ovoid 2x10 Gy (KPKN, 2015).

Stadium IA2, IB1, IB2, IIA tidak dapat dilakukan operasi, apabila tumor pada stadium > 4cm, Indeks obesitas >70%, umur >65 tahun, pasien menolak dilakukan operasi, dan adanya kontraindikasi anastesi. Pada stadium tersebut juga dapat diberikan radioterapi kuratif. Pada stadium IIB-IIIB dapat dilakukan kemoradiasi, dengan kemoradiasi eksternal 50 Gy+brakhiterapi 3x700cGy dan kemoterapi (cisplastin 40 mg/m² setiap minggu selama radiasi luar. Bila KGB iliaka komunis atau paraaorta (+) maka lapangan radiasi diperluas. Kemoterapi yang diberikan antara lain *cisplatinum*, *paclitaxel*, *doxetaxel*. Jika ulkus dalam, atau ada kontraindikasi anastesi, makabrakhiterapi diganti dengan radiasi eksterna 3D conformal RT atau radiasi eksterna *small* -20 Gy (KPKN, 2015).

Pada stadium IVA kemoradiasi dilakukan dengan cara memberi radiasi kuratif 4000 cGy. Bila respon positif maka lakukan radiasi eksterna dilanjutkan sampai 50 Gy ditambah BT 3x700 cGy, bila respon negatif maka berhentikan terapi radiasi tersebut. Ekstentasi dapat dipertimbangkan pada IVA bila tidak meluas sampai dinding panggul, terutama bila ada fistel rektovaginal atau veikovaginal. Pada stadium IVB maka lakukan radiasi paliatif. Terapi lokal dapat dilakukan dengan radiasi dengan tujuan untuk mengurangi simtom seperti nyeri karena metastasis tulang, pembesaran KGB para aorta dan supraklavikula, atau metastasis otak (KPKN, 2015).

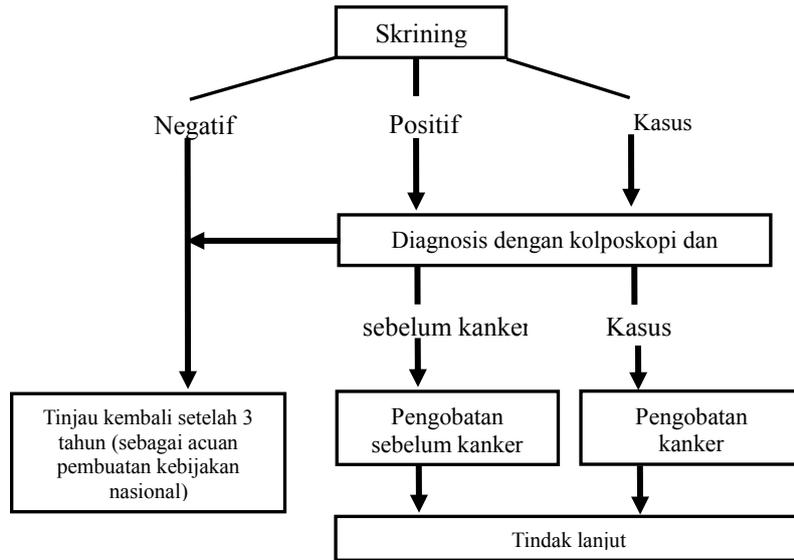
Tabel 2.5 Penatalaksanaan kanker serviks berdasarkan *evidence based*

	Stadium	Modalitas terapi	Level of evidence/ rekomendasi
IA1		Histerektomi (total atau vaginal)	III/ B
IA2	Bila fertilitas masih dibutuhkan	konisasi Histerektomi radikal termodifikasi (tipe II) + diseksi KGB	III/ B IIB/ B
	LVSI negatif	Histerektomi ekstra facial+diseksi KGB pelvis	IV/ C
	Bila fertilsasi masih dibutuhkan	1. Konisasi + ekstra peritoneal/ disekdi KGB pelvis per laparoskopi 2. Trakelektomi + ekstra peritoneal/ diseksi KGB pelvis per laparoskopi	IV/ C IV/ C
IB1, IIA	< 4 cm	1. Histerektomi radikal 2. Radioterapi	IB/ A
	Pasien muda untuk <i>ovarian preserved</i> Post operasi:	Histerektomi vaginal radikal + diseksi KGB per laparoskopi	III/ B
	1. Nodus positif, parametria positif atau tepi operasi yang positif 2. Massa yang besar, CLS (+) dan invasi 1/3 luas stroma serviks	<i>Adjuvan</i> paska bedah <i>Adjuvan whole, pelvic irradiation</i>	IB/ A IB/ A
IB2 - IIA	> 4cm	1.Primer kemoradiadi 2.Primer histerektomi radikal 3.Neoadjuvan kemoterapi diikuti radikal histerektomi dan diseksi KGB pelvis	IB/ A III/ B III/ B
	Keterlibatan CLS + invasi 1/3 luar stroma serviks	Primer histerektomi + adjuvan radiasi	IIIB
IIB, III, IVA		Eksternal radiasi + intracaviter brakiterapi + <i>concurent</i> kemoterapi (terapi primer)	IB/ A
IVA	Tidak metastase ke dinding perlviss, terutama jika terdapa fistula vesikovaginal atau rektovaginal	Eksternal pelvis	IV/ C

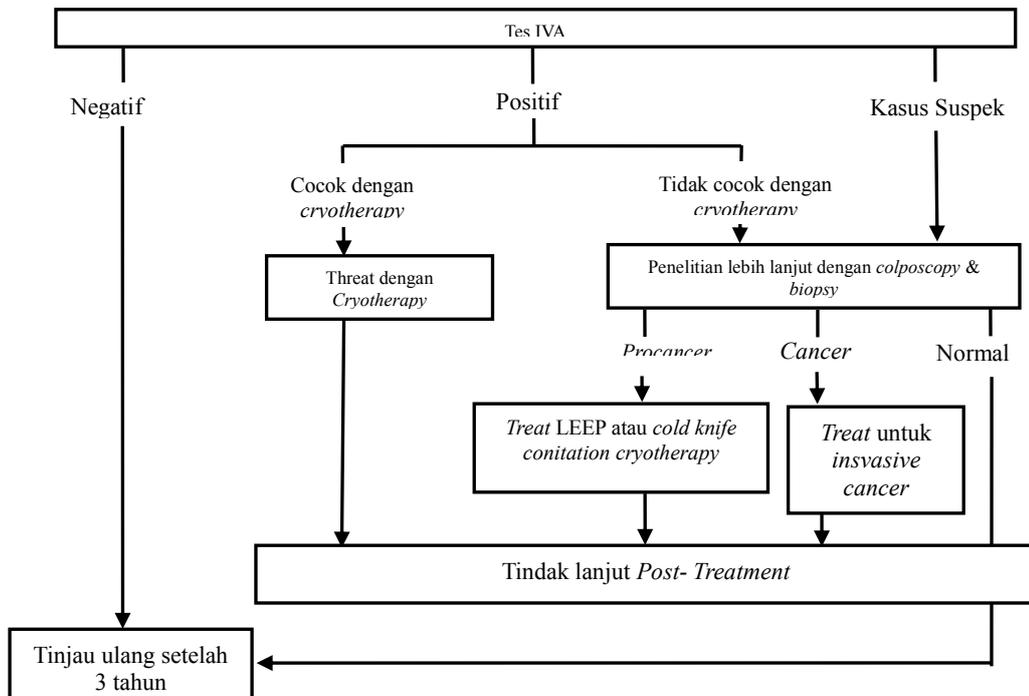
IVB atau rekuren	Rekuren lokal paska bedah	1. Radiasi 2. Kemoterapi konkuren 3. Eksentrasi pelvis	IV/ C III/ B
	Rekuren lokal paska bedah Metastase dan rekuren Metastase jauh	Eksentrasi pelvis Kemoterapi Radiasi paliatif	IV/ C III/ B IB/ A III/ B

Sumber: Rasjidi, 2009

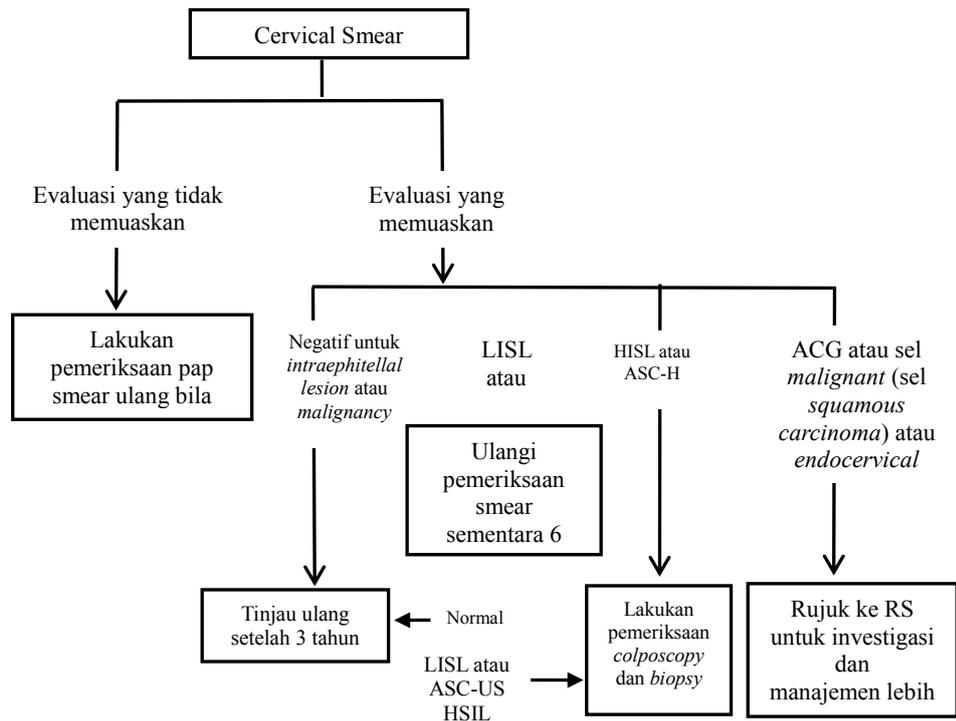
Berikut beberapa gambar diagram alur tindak lanjut dan manajemen hasil tes skrining :



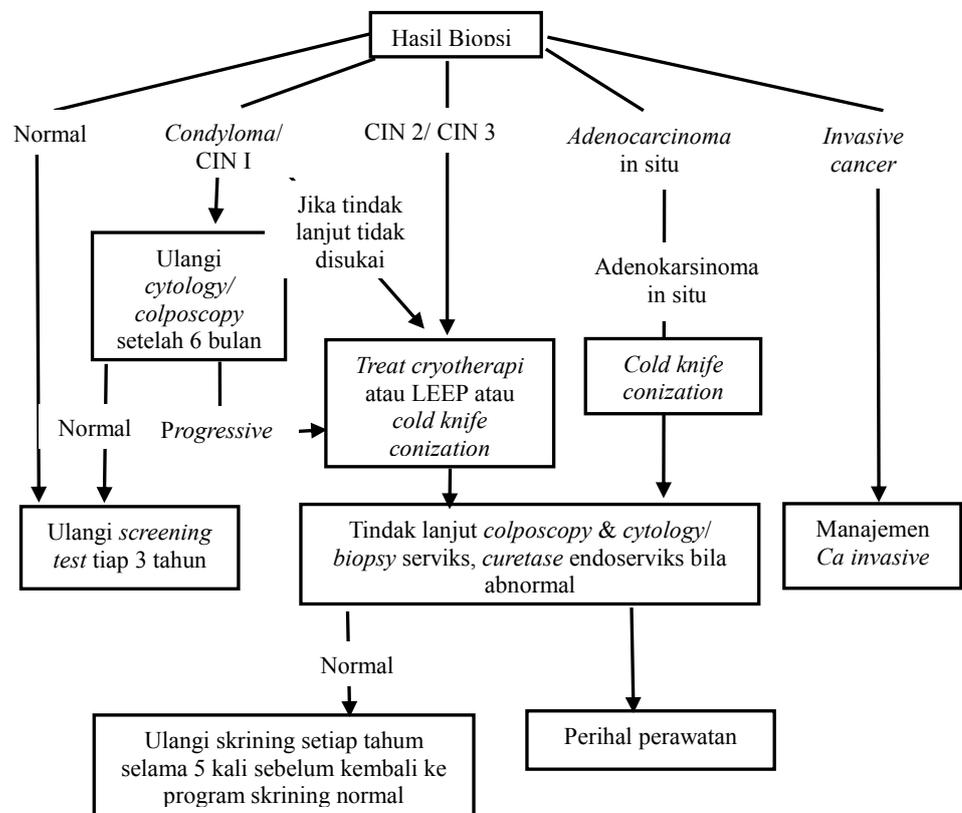
Gambar 2.3 Diagram alur tindak lanjut dan manajemen pasien menurut hasil



Gambar 2.4 Diagram alur penatalaksanaan hasil tes IVA



Gambar 2.5 Diagram alur penatalaksanaan hasil tes pap

Gambar 2.6 Diagram standar manajemen prakanker serviks
Sumber: Rasjidi, 2009

2.1.10 Prognosis

Prognosis pada pasien stadium awal setelah histerektomi radikal dan limfadenektomi pelvis tergantung pada beberapa faktor berikut, antara lain: status KGB (Kelenjar Getah Bening), ukuran tumor, invasi ke jaringan parametrium, kedalaman invasi, dan sebagainya (Rasjidi, 2009).

2.2 Konsep Perilaku

2.2.1 Batasan perilaku dan ilmu dasar perilaku

Perilaku adalah sesuatu yang kompleks. Secara biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas makhluk hidup, baik yang dapat diamati langsung atau tidak. Perilaku individu dipengaruhi oleh adanya pengetahuan dan sikap yang memiliki acuan pada sistem nilai dan norma yang dianutnya. Skinner (1938) merumuskan dalam teori S-O-R (Stimulus- Organisme- Respon) bahwa perilaku individu pada dasarnya terbentuk karena 2 faktor utama yaitu stimulus dan respon. Stimulus adalah faktor eksternal, sedangkan respon adalah faktor dari dalam diri seseorang (Notoatmodjo, 2014).

Respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat sakit, penyakit, dan faktor yang mempengaruhinya seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati atau tidak, yang berkaitan dengan upaya pencegahan, perlindungan diri dari masalah kesehatan lain, upaya untuk meningkatkan kesehatan, dan mencari penyembuhan apabila sakit atau memiliki masalah kesehatan. Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan atau kesehatannya meningkat disebut dengan perilaku sehat (*healthy*

behaviour). Perilaku sakit adalah perilaku mencari penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatan (*health seeking behaviour*). Tempat pencarian kesembuhan ini adalah tempat atau fasilitas kesehatan, baik fasilitas kesehatan atau pelayanan kesehatan tradisional (Notoatmodjo, 2014).

2.2.2 Presepsi dan perilaku sakit

Presepsi adalah memberikan makna kepada stimulus, hal ini berbeda dengan sensasi. Sensasi adalah pengalaman yang segera yang tidak memerlukan penguraian verbal, simbolis, atau konseptual, dan berhubungan sekali dengan alat indra. Sebagai contoh, di suatu desa dibangun puskesmas. Puskesmas pada semua orang terjadi proses sensasi, bahwa bangunan itu adalah puskesmas, dan masing-masing orang mempunyai presepsi yang berbeda. Setiap orang juga mempunyai presepsi yang berbeda tentang penyakit, walaupun jenis penyakit tersebut sama.

Presepsi penyakit dan sakit di masyarakat sangat beragam, sehingga konsep sehat-sakit antara penyedia layanan kesehatan dan masyarakat sering tidak sejalan. Perbedaan konsep sehat-sakit disebabkan adanya presepsi sakit yang tidak sama antara masyarakat dan penyedia layanan kesehatan. Perbedaan tersebut terletak pada penyakit (*disease*) dan rasa sakit (*illness*). Penyakit (*disease*) didefinisikan sebagai suatu bentuk reaksi biologis terhadap sesuatu benda asing yang masuk ke dalam tubuh. Rasa sakit (*illness*) didefinisikan sebagai suatu penilaian seseorang terhadap penyakit. Pengertian rasa sakit (*illness*) bisa disebut dengan presepsi seseorang terhadap penyakitnya. Penjelasan tentang konsep sehat sakit tersebut bisa diringkas dalam bentuk tabel kombinasi alternatif antara penyakit dan sakit.

Tabel 2.6 Tabel kombinasi alternatif antara penyakit dan sakit

Penyakit (<i>disease</i>)	Tak hadir (<i>not present</i>)	Hadir/ ada (<i>present</i>)
Sakit (<i>illness</i>)		
Tak dirasakan (<i>not preceived</i>)	Area 1	Area 2
Dirasakan (<i>preceived</i>)	Area 3	Area 4

Sumber : Notoatmodjo, 2014

Area 1 : Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak sedang menderita penyakit dan tidak merasa sakit, sehingga konsep sehat sakit antara *provider* dan pasien sama. Area 2 : Pasien terkena suatu penyakit secara biologis, namun pasien tersebut tidak merasa sedang sakit dan tetap menjalankan kegiatannya sehari-hari seperti orang sehat lainnya. Konsep sehat-sakit masyarakat pada area ini dapat disimpulkan bahwa orang yang tidak dapat melakukan kegiatan keseharian itulah yang disebut dengan sakit, sedangkan orang yang sebenarnya sedang sakit secara biologis namun orang tersebut masih dapat melakukan kegiatan keseharian, masih disebut dengan sehat. Masyarakat baru mencari pengobatan setelah yakin tidak dapat berbuat apapun, sehingga tidak sedikit masyarakat yang terlambat untuk melakukan pengobatan terhadap penyakitnya dikarenakan merasa dirinya tidak merasakan sakit (*illness*).

Area 3: Seseorang pada area ini secara biologis tidak sedang terserang penyakit, tetapi orang tersebut merasakan sakit. Dugaan penyebab dari hal tersebut lebih mengarah pada kondisi psikis seseorang. Area 4: Seseorang pada area ini sedang menderita penyakit dan juga merasakan sakit, sehingga orang yang berada ada area ini adalah yang benar-benar disebut sakit sehingga antara *provider* pelayanan kesehatan dan pasien akan lebih mudah bertemu.

2.2.3 Elemen perilaku sakit

Mechanics dalam Notoatmodjo (2014) mengatakan bahwa faktor persepsi individu terhadap suatu situasi dan kemampuan individu dalam perihal melawan sakit berat digunakan untuk menjelaskan mengapa seseorang dengan kondisi sakit berat tersebut dapat mengatasinya, tetapi orang lain dengan kondisi yang lebih ringan mengalami kesulitan sosial dan psikologis terhadap penyakitnya (Notoatmodjo, 2014).

Suchman dan Mechanics menyatakan ada elemen yang menjadi komponen pokok dalam perilaku sakit, antara lain: (1) *content* (isi) yang menjelaskan tentang tindakan apa saja yang dilakukan orang sakit itu, (2) *sequence* (tahapan) yang ditempuh di saat sakit, (3) *spacing* (jarak) menjelaskan tentang rentang waktu antar tindakan atau upaya penyembuhan, (4) *variability* (variabilitas) adalah jenis tindakan yang dilakukan dalam upaya penyembuhan (Notoatmodjo, 2014).

Empat komponen pokok tersebut selanjutnya dikembangkan kembali menjadi lima, yang digunakan untuk analisis perilaku, antara lain: (1) *shopping* yang merupakan proses dalam mencari beberapa sumber yang berbeda dari pelayanan kesehatan (termasuk yang tradisional) yang dapat mendiagnosis dan mengobati sesuai dengan harapan, (2) *Fragmentation* adalah Proses pengobatan oleh beberapa petugas kesehatan (termasuk tradisional). (3) *Procastination* adalah suatu proses menunda untuk mencari pengobatan. (4) *Self medication* adalah usaha seseorang untuk mengobati diri sendiri. (5) *Discontinuity* adalah proses seseorang berhenti untuk melakukan pengobatan (Notoatmodjo, 2014).

2.2.4 Respon terhadap sakit

Beberapa respon seseorang jika sedang sakit, yaitu: (1) tidak bertindak terhadap penyakitnya. Hal ini dikarenakan sakit yang diderita tidak mengganggu aktivitasnya. Alasan lainnya yaitu dikarenakan jarak tempat pelayanan kesehatan yang tidak terjangkau, petugas yang kurang ramah, tidak mempunyai biaya berobat, dan sebagainya. (2) mengobati sendiri. Perilaku ini didasarkan pada pengalaman masyarakat yang lalu yang mampu menyembuhkan diri sendiri tanpa memerlukan pengobatan dari luar. (3) pencarian pengobatan tradisional. Perilaku ini banyak ditemukan pada masyarakat desa daripada perkotaan. Pencarian pengobatan ini lebih berorientasi pada sosial dan budaya masyarakat. (4) pencarian pengobatan ke fasilitas pengobatan modern/ medis yang telah disediakan oleh pemerintah atau swasta (Notoatmodjo, 2014).

2.2.5 Perilaku pencarian pengobatan (*Health seeking behavior*)

Tipping dan Segall dalam Kian (2003) mengatakan bahwa keputusan seseorang untuk melakukan pengobatan dipengaruhi oleh berbagai variabel, antara lain: sosio ekonomi, jenis kelamin, umur, status sosial, jenis penyakit, akses ke pelayanan kesehatan, dan persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan tersebut. Beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku untuk melakukan pengobatan tersebut dapat dikategorikan menjadi dua jenis. Jenis pertama yaitu faktor penghambat atau penentu antara lain faktor geografi, sosio ekonomi, budaya, dan faktor suatu sistem atau faktor organisasional.

Tabel 2.7 Faktor yang mempengaruhi perilaku pencarian pelayanan kesehatan sesuai dengan beberapa kategori.

Author	Geografis	Sosial	Ekonomi	Budaya	Organisasi
Kloss (1990)	Geografis	Sosial	Ekonomi	Budaya	
Yesudium (1988)		Demografi	Ekonomi	Budaya	Organisasi
Leslie (1989)			Faktor individu		Faktor pelayanan
Anderson (1995)	Lingkungan	<i>Predisposing and enabling factors</i>			Sistem kesehatan

Tabel 2.8 Rincian faktor penentu perilaku pencarian pelayanan kesehatan.

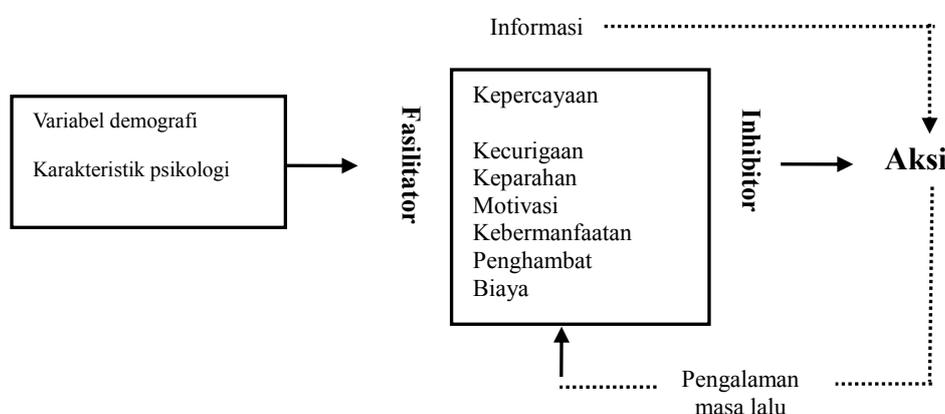
Kategori	Penentu	Rincian	Lingkungan
Budaya	Status wanita	Patriarki	Budaya kesopanan
Sosio-ekonomi	Umur dan jenis kelamin	Tingkat pendidikan	
		Pekerjaan ibu	
		Status pernikahan	
		Status ekonomi	Informal
Ekonomi	Sumber penghasilan	Terapi/ pengobatan	Fisik
		Perjalanan	
		Waktu	
	Tipe dan tingkat keparahan dari penyakit		
Geografi	Jarak dan akses ke pelayanan		infrastruktur
Organisasi	Presepsi terhadap kualitas pelayanan	Standar obat	Teknis
		Standar alat	<i>Staffing</i>
		kompetensi dari staf	Hubungan
		Perilaku dari staf	Interpersonal
		Cara komunikasi	formal

Sumber: Notoatmodjo (2014)

Jenis kedua yaitu penelitian yang mengkategorikan faktor dari perilaku pencarian pelayanan kesehatan dari proses dan alurnya. Bedri (2001) dalam penelitiannya, mengembangkan sebuah alur pengobatan pada pasien dengan *vaginal discharge* di daerah Sudan. Bedri mengatakan bahwa disaat pasien melakukan pengobatan di pengobatan modern atau pelayanan medis, di dalamnya juga muncul adanya keterlambatan pengobatan dan adanya sikap menolak dari penyakitnya.

Ahmad (2001) mengatakan bahwa beberapa pasien dengan beberapa penyakit tertentu akan lebih memilih pengobatan tradisional. Ada beberapa bukti

lain yang menyatakan bahwa alasan pasien dalam memilih pengobatan tidak tergantung pada tipe penyakitnya, namun lebih kepada faktor gender, sebagai contoh yaitu wanita di Nepal lebih cenderung mencari pengobatan tradisional saat pertama kali merasakan sakit jika dibandingkan dengan pria. Hal serupa juga terjadi pada hasil penelitian Rahman (2000) yang menemukan bahwa 80% wanita di Bangladesh menerima pelayanan kesehatan dari penyedia layanan kesehatan yang kualitasnya kurang. Kesimpulannya, wanita lebih terlambat untuk mendapat diagnosis penyakitnya jika dibandingkan dengan pria (Kian, 2003).



Gambar 2.7 Prediksi hubungan antara perilaku kesehatan dengan kognisi
Sumber: Kian, 2003

Seseorang yang dengan spontan melakukan suatu perilaku kesehatan pada dasarnya tidak mengetahui bahwa di dalam proses pengambilan keputusan untuk melakukan perilaku kesehatan tersebut, ia telah melewati proses berfikir, bereaksi terhadap informasi, serta dipengaruhi oleh adanya lingkungan sosial. Dalam pencarian pelayanan kesehatan, masyarakat dapat memilih berbagai sistem pelayanan kesehatan yang dapat membantunya sembuh dari penyakitnya. Anderson dan Foster dalam bukunya Antropologi kesehatan, membedakan sistem medis menjadi dua kelompok, yaitu sistem medis non barat dan sistem medis barat.

Sistem medis non barat merupakan hasil dari perkembangan budaya pribumi pada suatu masyarakat. Sistem medis ini sering disebut dengan pengobatan rakyat. Konsep munculnya penyakit pada masyarakat tradisional terbagi menjadi dua kategori umum, yaitu personalistik dan naturalistik. Personalistik adalah penyebab munculnya penyakit yang dipercayai berasal dari makhluk supranatural (hantu, roh leluhur, dan roh jahat). Naturalistik adalah suatu penyakit yang muncul dari tidak seimbangnya cairan dalam tubuh. Paradigma masyarakat menyatakan bahwa penyakit disebabkan karena adanya hukuman dari perbuatan yang melanggar aturan alam. Sakit dan penyakit memegang peran penting dalam hal kontrol sosial dari suatu sistem nilai budaya yang diyakininya kepada masyarakat penganutnya.

Sistem medis non barat mempunyai kelebihan dan kekurangan. Kelebihannya yaitu, banyaknya sumbangan racikan obat yang berasal dari ramuan tumbuhan dari masyarakat tradisional. Pengobat tradisional dari beberapa negara di dunia tidak hanya dapat menyembuhkan penyakit secara medis, namun selalu memiliki kelebihan lain yang sangat bermanfaat bagi masyarakat di sekitarnya, seperti seorang penyembuh juga merupakan ahli pemecah masalah sosial yang timbul di masyarakat. Kekurangan sistem medis non barat ini yaitu kurang adanya alasan yang logis atau rasional yang dapat menjelaskan bagaimana suatu penyakit dapat disembuhkan. Beberapa orang yang sangat percaya dan yakin akan tetap melakukan pengobatan dengan model ini (Foster, 1986).

2.2.6 Model penggunaan pelayanan kesehatan: model sistem kesehatan

Anderson (1974) mengategorikan 3 hal utama yang ada dalam pelayanan kesehatan, antara lain: (1) karakteristik predisposisi (*predisposing characteristics*)

yang menggambarkan bahwa setiap orang mempunyai kecenderungan yang berbeda dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Karakteristik tersebut yaitu terkait dengan ciri- ciri demografi (jenis kelamin dan umur), struktur sosial (tingkat pendidikan, pekerjaan, suku), dan manfaat kesehatan (kepercayaan individu terhadap penggunaan pelayanan kesehatan). (2) karakteristik pendukung (*enabling characteristics*) mencerminkan kemampuan individu untuk menggunakan pelayanan kesehatan, misalnya: biaya pengobatan, kendaraan untuk mencapai fasilitas kesehatan. (3) karakteristik kebutuhan (*need characteristics*) adalah dasar atau stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

2.2.7 Penyelenggara pelayanan kesehatan

Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan Tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Peraturan Menteri Kesehatan (2013) menjabarkan bahwa fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud dapat berupa puskesmas, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama atau yang setara, dan Rumah Sakit Kelas D pratama atau yang setara. Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan yaitu klinik utama atau yang setara, Rumah Sakit Umum, dan Rumah Sakit Khusus. Komite Nasional Penanggulangan Kanker (2015) mengklasifikasikan fasilitas pelayanan kesehatan berdasar tingkat pelayanan, yaitu fasilitas kesehatan tingkat primer, sekunder, dan tersier. Tingkat primer yaitu dokter praktek mandiri, klinik pratama (dokter umum), dan puskesmas. Tingkat pelayanan kesehatan sekunder yaitu klinik utama (spesialistik) RS tipe B, C, dan D, sedangkan tingkatan tersier yaitu Rumah Sakit tipe A.

2.2.8 Pengobatan tradisional

Pengobatan tradisional mempunyai sejarah yang panjang. Pengobatan tradisional merupakan gabungan dari pengetahuan, keterampilan, dan praktik yang berdasarkan teori, kepercayaan dan pengalaman yang berbeda pada tiap budaya baik yang dijelaskan atau tidak. Pengobatan tradisional tersebut dimanfaatkan untuk memelihara kesehatan, meliputi: pencegahan, diagnosis, perbaikan dan perawatan penyakit yang menyerang fisik dan mental. Istilah obat tradisional di beberapa negara berbeda, misalnya obat pelengkap, obat alternatif, *non-conventional medicine*.

2.2.9 Teori *precede-proceed*

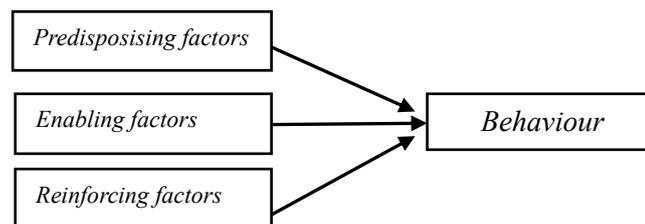
Green (1980) menyatakan bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua hal pokok yaitu faktor perilaku dan di luar perilaku. Perilaku tersebut dipengaruhi oleh tiga faktor utama yang sering disebut dengan akronim *Precede*, yaitu: faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pemungkin (*enabling factor*), dan faktor penguat (*reinforcing factor*). *Precede* merupakan fase diagnosis masalah dan termasuk arahan dalam menganalisis atau diagnosis dan evaluasi perilaku untuk intervensi pendidikan (promosi) kesehatan (Notoatmodjo, 2014).

Proceed merupakan akronim dari: *Policy, Regulatory, Organizational Construct in Educational and Environmental Development*. *Proceed* adalah arahan dalam perencanaan, implementasi, dan evaluasi promosi kesehatan. *Precede* diuraikan menjadi 3 bentuk faktor, yaitu: faktor predisposisi (*predisposing factor*) terdiri dari pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya. Faktor pendukung (*enabling factor*) meliputi

lingkungan fisik, sumber daya, dan tersedianya fasilitas dan sarana kesehatan. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) dapat berupa sikap dan perilaku petugas kesehatan maupun petugas lain, teman, tokoh, yang semuanya bisa menjadi kelompok referensi dari perilaku masyarakat (Notoatmodjo, 2014).

Secara matematis *precede* model dapat digambarkan dalam bentuk berikut:

***Precede* model (Green, 1990)**



Gambar 2.8 Diagram matematis *precede* model

$$B = f(Pf, Ef, Rf)$$

Keterangan:

B = *Behaviour*

Ef = *Enabling factors*

Rf = *Reinforcing factors*

f = fungsi

Pf = *Predisposing factors*

Kesimpulan yang dapat diambil dari *Precede* model ini yaitu perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dari masyarakat yang bersangkutan. Ketersediaan fasilitas, sarana, dan prasarana, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya suatu perilaku seseorang.

Contoh dari *precede* model ini yaitu, ketika seseorang ibu yang tidak mau mengimunitasikan anaknya di posyandu dapat disebabkan karena ibu tersebut tidak atau belum mengetahui manfaat imunisasi bagi anaknya (tidak ada faktor predisposisi). Ibu tersebut mungkin tidak dapat mengimunitasikan anaknya

dikarenakan jarak rumah dengan posyandu atau puskesmas tidak dapat terjangkau atau jauh (tidak ada faktor pemungkin). Alasan lain yang mungkin menyebabkan ibu tersebut tidak mengimunitasikan anaknya yaitu tidak ada petugas kesehatan atau tokoh masyarakat lain disekitarnya yang mengimunitasikan anaknya (tidak ada faktor penguat atau pendukung) (Notoatmodjo, 2014).

Contoh lain yaitu seorang bapak sebagai kepala keluarga akan membangun sumur, WC, dan kamar mandi di rumahnya, sebelumnya keluarga tersebut melakukan MCK (Mandi Cuci Kakus) di sungai dekat rumahnya, faktor yang mempengaruhi yaitu: (1) pengetahuan dan sikap bapak terhadap perilaku keluarga tersebut yang tidak sehat, yaitu MCK di sungai (*predisposing factors*), (2) bapak tersebut mempunyai uang untuk membeli bahan untuk membuat kamar mandi dan WC (*enabling factors*), dan (3) ada surat dari kepala camat setempat yang mengharuskan warganya untuk mempunyai WC. Semua tokoh masyarakat juga sudah mempunyai sumur, kamar mandi, dan WC (*reinforcing factors*) (Notoatmodjo, 2014).

Faktor yang mempengaruhi perilaku akan dijelaskan lebih lanjut, sebagai berikut:

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui indra yang dimilikinya yang dipengaruhi oleh intensitas dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang, sebagian besar diperoleh melalui indra pendengaran dan penglihatan (Notoatmodjo, 2014). Perilaku yang didasari dengan pengetahuan akan lebih langgeng jika dibandingkan dengan yang tidak

didasarkan dengan pengetahuan. Ada enam tingkatan pada pengetahuan dalam domain kognitif, yaitu: tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintetis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*) (Notoatmodjo, 2005).

Arikunto (2006) mengatakan bahwa angka hasil perhitungan atau pengukuran tingkat pengetahuan dapat ditentukan dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$P = Q / R \times 100\%$$

Keterangan :

P = Skor (persentase)

Q = Skor yang diperoleh

R = Skor maksimal

Kriteria dalam pengukuran tingkat pengetahuan sebagai berikut : baik (jika skor pengetahuan mencapai 76 – 100%), cukup (jika skor pengetahuan mencapai 56 – 75 %), kurang (jika skor pengetahuan mencapai 0 – 55 %).

2. Kepercayaan/ Keyakinan

Kepercayaan adalah komponen kognitif seseorang yang termasuk dalam faktor sosio- psikologi. Kepercayaan merupakan keyakinan akan sesuatu itu benar atau salah dan bisa bersifat rasional dan irasional. Kepercayaan dibentuk oleh pengetahuan, kebutuhan, dan kepentingan. Kepercayaan yang tidak didasari oleh pengetahuan akan menyebabkan kesalahan dalam bertindak (Notoatmodjo, 2014).

3. Ketercapaian sarana kesehatan

Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa pemanfaatan pelayanan

kesehatan sering disebabkan oleh faktor jarak tempat pelayanan kesehatan yang terlalu jauh dengan masyarakat (jarak fisik maupun sosial), tarif tinggi, pelayanan yang tidak memuaskan, dan sebagainya. Muzaham (1995) menyatakan bahwa lamanya waktu yang digunakan untuk mencapai fasilitas pelayanan akan mempengaruhi individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan (Mukharomah, 2015).

4. Dukungan dari orang lain/ *social support*

Friedman (2010) dalam menyebutkan bahwa dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang sedang mengalami sakit. House dan Kahn (1985) dalam Friedman (2010), membagi jenis dukungan keluarga tersebut menjadi empat tipe, yaitu: dukungan emosional, dukungan penilaian/ penghargaan, dukungan instrumental/ fasilitas, dukungan informasional/ pengetahuan.

2.2.10 Keterlambatan diagnosis kanker leher rahim

Berraho dalam (Mukharomah, 2015) menyatakan ada tiga indikator keterlambatan, yaitu:

1. Masa keterlambatan pasien, yaitu interval antara waktu munculnya gejala pertama kali dengan konsultasi pertama kali
2. Masa keterlambatan medis, merupakan interval antara waktu konsultasi pertama kali dengan tanggal diagnosis pertama kali
3. Masa keterlambatan total, merupakan interval antara tanggal dengan gejala pertama kali dengan tanggal diagnosis pertama kali

Gyenwali (2013) menyatakan bahwa stadium I-IIA termasuk ke dalam diagnosis awal dan stadium \geq IIB termasuk dalam diagnosis terlambat.

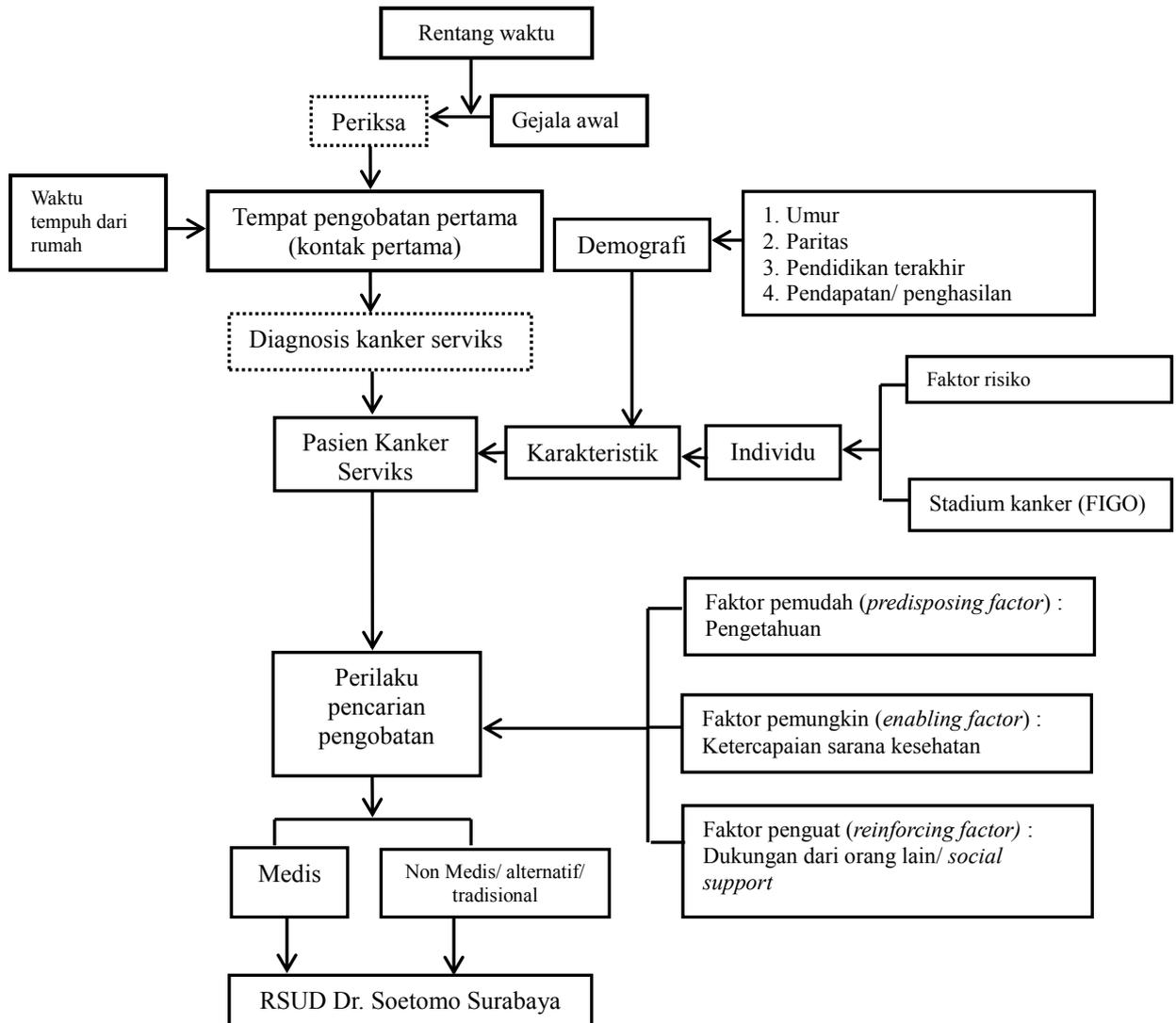
Tiolena dalam Mukharomah (2015) menjelaskan bahwa keterlambatan dalam pengelolaan kanker dapat digolongkan dalam 3 jenis, yaitu:

1. Penyebab keterlambatan penderita dalam memeriksakan diri, antara lain:
 - a. Penderita pada stadium dini pada umumnya merasa tidak sakit karena aktivitas kesehariannya tidak terganggu. Penyakit yang tidak dirasakan oleh ibu akan dibiarkan beberapa lama, bulanan, bahkan tahunan, hingga ibu merasa tidak tahan dengan gejala penyakitnya.
 - b. Penderita kurang memperhatikan diri sendiri.
 - c. Tidak mengerti atau kurang menyadari bahaya kanker.
 - d. Adanya rasa takut jika diketahui penyakitnya adalah kanker menyebabkan ibu enggan untuk memeriksakan diri ke dokter, selain itu juga takut jika terapi yang diberikan berupa tindakan operatif.
2. Keterlambatan yang disebabkan oleh dokter, antara lain
 - a. Tidak memikirkan keluhan penderita mungkin disebabkan oleh suatu kanker. Keluhan penderita dianggap disebabkan oleh penyakit non kanker dan diobati beberapa lama sampai gejala adanya kanker semakin jelas.
 - b. Enggan mengadakan konsultasi atau merujuk penderita
3. Keterlambatan rumah sakit yang dikarenakan kurang adanya sarana dan prasarana dan sumber daya manusia yang memahami masalah onkologi.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN

1.1 Kerangka Konseptual



: diteliti
 : tidak diteliti

Tabel 3.1 Kerangka konseptual penelitian karakteristik dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Perilaku pasien yang terdiagnosis kanker serviks dalam mencari pengobatan untuk menyembuhkan penyakitnya disebut dengan *health seeking behaviour*. Faktor yang mempengaruhi seseorang untuk melakukan *health seeking behaviour* yaitu faktor pemudah, faktor pemungkin, dan faktor penguat. Faktor pemudah terdiri dari pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya. Faktor pemungkin meliputi lingkungan fisik, sumber daya, dan tersedianya fasilitas dan sarana kesehatan. Faktor penguat dapat berupa sikap dan perilaku petugas kesehatan maupun petugas lain, teman, tokoh, yang semuanya bisa menjadi kelompok referensi dari perilaku masyarakat (Notoatmodjo, 2014).

Perilaku pencarian pelayanan kesehatan yang diteliti pada penelitian ini yaitu perilaku pasien kanker serviks terhadap pemanfaatan pengobatan tradisional (non medis) terhadap kanker serviks dan dukungan keluarga terhadap upaya pencarian pelayanan kesehatan pada pasien kanker serviks. Penelitian ini juga meneliti tentang kontak pertama pasien dengan pelayanan kesehatan berdasarkan gejala awal sebelum datang ke pelayanan kesehatan, tempat pelayanan kesehatan, rentang waktu antara keluhan dengan pengobatan, dan waktu tempuh dari rumah responden ke tempat pelayanan kesehatan tersebut.

Faktor lain yang juga diteliti yaitu tingkat pengetahuan pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo tentang penyakitnya. Karakteristik pasien juga secara tidak langsung mempengaruhi perilaku pencarian pelayanan kesehatan. Karakteristik pasien yang diteliti yaitu rerata umur pasien, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, besarnya faktor risiko, dan stadium kanker yang diderita oleh pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini termasuk penelitian survei yang bersifat deskriptif dengan rancangan cross sectional yang bertujuan untuk mengetahui karakteristik dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien kanker serviks yang melakukan pengobatan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada bulan Juni-Juli 2016.

4.2.2 Sampel

Kriteria inklusi sampel pada penelitian ini yaitu pasien melakukan pengobatan di POSA RSUD Dr. Soetomo, pasien telah didiagnosa kanker serviks dan dibuktikan dengan hasil histopatologi, pasien mempunyai rekam medik, dan bersedia menjadi responden penelitian ini. Kriteria eksklusi pada sampel penelitian ini yaitu pasien memiliki penyakit keganasan lain selain kanker serviks. Rumus besar sampel yang digunakan dalam penelitian deskriptif yaitu:

$$n = \frac{(Z\alpha)^2 pQ}{d^2}$$

Keterangan : $Z\alpha$ = derivat baku alpha
 p = proporsi kategori
 Q = 1 - P
 d = presisi

Pada penelitian ini ditetapkan kepercayaan yang dikehendaki sebesar 95% sehingga nilai $\alpha = 5\%$ dan $Z_{\alpha} = 1,96$ dengan kesalahan prediksi yang masih diterima (presisi, d) sebesar 10% (Dahlan, 2006). Besar sampel yang dibutuhkan adalah:

$$n = \frac{(Z_{\alpha})^2 pQ}{d^2} = \frac{(1,96)^2 0,5 \cdot 0,5}{0,1^2} = 96$$

Salah satu syarat besar sampel dalam penelitian deskriptif kategorik adalah $p \times n > 5$. Prediksi benar maka prevalensi yang akan diperoleh yaitu sebesar $50\% \pm 10\%$, sehingga prevalensi minimal didapat 40% maksimal 60%. Nilai $p \times n$ minimal yang didapat yaitu $40\% \times 96 = 38$ (lebih besar dari 5). Besar sampel sebanyak 96 boleh digunakan karena memenuhi syarat penelitian deskriptif kategorik yaitu $p \times n > 5$ (Dahlan, 2006).

4.2.3 Teknik pengambilan sampel

Teknik *quota non probability sampling* adalah teknik yang digunakan dengan menentukan sampel dari populasi yang mempunyai ciri tertentu sampai jumlah (kuota) yang diinginkan.

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel penelitian

Variabel yang diteliti yaitu karakteristik dan perilaku pasien kanker serviks dalam usaha mencari pelayanan kesehatan. Karakteristik yang diteliti didapatkan dari karakteristik demografi dan individu. Karakteristik demografi mencakup umur, paritas, pendidikan, jumlah pendapatan, dan karakteristik dari penyakit. Karakteristik penyakit pasien yaitu dapat dilihat dari stadium kankernya.

Perilaku pasien kanker serviks dalam mencari pelayanan kesehatan yang didapat dari *presdisposing factor*, *enabling factor*, dan *reinforcing factor*, apabila diuraikan akan menjadi beberapa poin, yaitu:

4.3.2 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi operasional variabel penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Instrumen pengukuran	Hasil Ukur	Skala Data
1. Karakteristik				
- Umur pasien	Lama pasien hidup yang dihitung dari lahir hingga penelitian dilakukan	Kusioner	<20 tahun 20- 29 tahun 30- 39 tahun 40- 49 tahun 50- 59 tahun >60 tahun (Achmad <i>et al.</i> , 2011)	Interval
- Pendidikan terakhir	Tingkatan pendidikan formal terakhir yang ditempuh oleh pasien	Kusioner	Rendah = Tidak sekolah, SD & SMP Sedang = SMA Tinggi = PT (UU No. 20 tahun 2003)	Ordinal
- Status ekonomi	Menunjukkan status ekonomi keluarga pasien yang didasarkan jumlah pendapatan tiap bulan dibandingkan dengan UMR (Upah Minimum Regional)	Kusioner	Rendah= < 3 juta Tinggi = ≥3 juta (Pergub Jatim No. 68 tahun 2015)	Ordinal
- Tingkat faktor risiko	Sesuatu yang membuat seseorang untuk berpeluang untuk menderita suatu penyakit tertentu	Kuisisioner	Faktor risiko tinggi jika skor ≥2 Faktor risiko rendah jika <2 (skor 2 adalah median data)	Ordinal
- Umur pertama kali menikah	Umur pasien saat pertama kali menikah yang diasumsikan dapat mewakili umur pertama kali melakukan hubungan seksual	Kuisisioner	Skor 1 = umur <20 tahun Skor 0 = umur ≥20 tahun (Syatriani, 2011)	Ordinal

- Umur saat pertama kali hamil	Umur pasien saat pertama kali hamil aterm	Kuisisioner	Skor 1 = umur \leq 16 tahun Skor 0 = $>$ 16 tahun (<i>International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, 2006</i>)	Ordinal
- Umur saat pertama kali melahirkan	umur responden saat melahirkan bayi bayi aterm untuk pertama kalinya	Kuisisioner	Skor 1 = umur \leq 16 tahun Skor 0 = umur $>$ 16 tahun (<i>Louie et al., 2009</i>)	Ordinal
- Jumlah paritas	Jumlah anak yang dilahirkan secara <i>pervaginam</i> oleh responden	Kuisisioner	Skor 1 = \geq 5 anak Skor 0 = $<$ 5 anak (<i>Paramita et al., 2010</i>)	Ordinal
- Kebiasaan anggota keluarga yang merokok	Keberadaan anggota keluarga yang mempunyai kebiasaan merokok dalam satu rumah yang membuat responden terpapar asap rokok	Kuisisioner	Skor 1 = ada Skor 0 = tidak (<i>Slattery et al., 1989</i>)	Ordinal
- <i>Vaginal douching</i>	Kebiasaan responden untuk memakai sabun pencuci vagina sebelum terdiagnosis kanker serviks	Kuisisioner	Skor 1 = ya Skor 0 = tidak (<i>Zhang et al., 1997</i>)	Ordinal
- Riwayat kanker pada keluarga	Adanya anggota keluarga yang memiliki penyakit kanker/ keganasan baik masih hidup atau sudah mati	Kuisisioner	Skor 1 = ada Skor 0 = tidak (<i>ACS, 2014; Hemminki et al., 1999</i>)	Ordinal
- Riwayat penggunaan pil kontrasepsi	Responden menggunakan kontrasepsi jenis pil dalam jangka waktu yang lama	Kuisisioner	Skor 1 = \geq 5 tahun Skor 0 = $<$ 5 tahun (<i>Moreno, 2002</i>)	Ordinal
- Stadium kanker	Standar yang menunjukkan tingkat keparahan kanker yang diderita	Lembar pengumpul data	I- IIA IIB- IIIB $>$ IV (<i>Rasjidi, 2009</i>)	Nominal

Perilaku

- Kontak pertama pasien dengan pelayanan kesehatan, berdasarkan : a. Gejala awal	Sesuatu gejala yang	Kuisisioner	- Tidak ada gejala	Nominal
---	---------------------	-------------	--------------------	---------

	sebelum datang ke pelayanan kesehatan	menjadi alasan datangnya pasien ke tempat pelayanan untuk melakukan pemeriksaan pertama kali		- Perdarahan abnormal - Keputihan berlebih dan berbau - Lain-lain (gatal, nyeri, dll) (Utami, 2013)	
	b. Tempat pelayanan kesehatan	Tempat pelayanan kesehatan yang menjadi kontak pertama responden memeriksakan gejala yang dirasakannya	Kuisisioner	- Medis (Bidan, puskesmas, praktik dokter umum dan spesialis, rumah sakit) - Non medis (alternatif/tradisional) (KPKN, 2015)	Nominal
	c. Rentang waktu antara keluhan dengan pengobatan	Rentang waktu yang dibutuhkan pasien untuk melakukan pengobatan setelah merasakan gejala awal	Kuisisioner	<1 bulan 1-3 bulan 4-12 bulan (Lim <i>et al.</i> , 2013)	Nominal
	d. Waktu tempuh	Waktu yang dibutuhkan responden untuk ke tempat pelayanan kesehatan yang menjadi kontak pertama pasien	Kuisisioner	<15 menit 15- 30 menit 30 menit- 1 jam >1 jam (Risksedas, 2010)	Nominal
-	Pemanfaatan pengobatan tradisional	Kebiasaan untuk menggunakan pengobatan alternatif atau tradisional yang dilakukan oleh responden disamping pengobatan secara medis	Kuisisioner	Iya Tidak	Nominal
-	Dukungan keluarga	Dukungan yang diperoleh responden dari keluarganya (suami, anak, dan atau orang tua) terhadap upaya pencarian pengobatan/pelayanan kesehatan	Skala likert	Tinggi = skor ≥ 21 Rendah = skor < 21 (skor 21 adalah median data)	Ordinal
-	Tingkat pengetahuan	Tingkat pemahaman pasien tentang penyakitnya	Kuisisioner	Tinggi = skor ≥ 6 Rendah = skor < 6 (skor 6 adalah median data yang diperoleh)	Nominal

4.4 Instrumen Penelitian

Arikunto dalam Arynta (2015) menyatakan bahwa instrumen penelitian digunakan untuk mempermudah dalam proses pengumpulan data, sehingga hasilnya akan sistematis dan mudah untuk diolah. Penelitian ini menggunakan instrumen berupa kuisisioner, lembar pengumpul data, dan skala likert.

Kuisisioner dan lembar pengumpul data digunakan untuk memperoleh informasi dari responden tentang informasi umum dari responden, informasi tentang karakteristik pasien kanker serviks dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan. Kuisisioner penelitian ini berbentuk *checklist* yang dapat memudahkan responden untuk mengisinya. Karakteristik responden yang diteliti antara lain umur, pendidikan terakhir, status ekonomi, tingkat faktor risiko dan stadium kanker serviks. Perilaku pencarian pelayanan kesehatan pada responden juga diketahui melalui *checklist*, variabelnya antara lain: kontak pertama responden dengan pelayanan kesehatan yang berdasarkan gejala awal pasien, tempat pelayanan kesehatan yang dituju, rentang waktu antara keluhan dengan pengobatan, dan waktu tempuh dari rumah ke tempat pelayanan kesehatan yang dituju pasien pertama kali. Variabel perilaku pencarian pelayanan kesehatan yang lain yaitu tentang pemanfaatan pengobatan tradisional atau alternatif, dukungan keluarga terhadap pengobatan responden, dan tingkat pengetahuan responden tentang kanker serviks.

Skala likert juga digunakan pada penelitian ini. Skala likert adalah skala pengukuran yang digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi

seseorang atau sekelompok orang tentang kejadian atau gejala sosial. Skala likert pada penelitian ini berbentuk *checklist yang* bertujuan untuk memudahkan responden dalam menjawab pernyataan yang ada didalamnya, sehingga besar kecilnya dukungan keluarga terhadap pengobatan yang sedang responden jalani dapat diketahui (Riduwan, 2010).

4.5 Lokasi dan Waktu Meneliti

Penelitian ini dilaksanakan di POSA RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada bulan Juni sampai dengan Juli 2016.

4.6 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara melakukan kunjungan ke POSA (Poli Onkologi Satu Atap) RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Responden dijelaskan tentang persetujuan untuk menjadi responden. Pengambilan data dilakukan dengan pengisian kuisioner.

4.7 Pengolahan dan Analisis Data

4.7.1 Pengolahan data dilakukan dengan komputerisasi

1) *Editing* (pengeditan data)

Editing merupakan langkah untuk meneliti kelengkapan pengisian, kesalahan, konsistensi, dan relevansi dari setiap jawaban yang diberikan oleh responden dalam kuisioner. *Editing* dilakukan pada setiap daftar pertanyaan yang sudah diisi. Peneliti mengumpulkan dan memeriksa kembali kelengkapan jawaban dari kuisioner yang diberikan.

Hasil *editing* didapatkan semua data terisi lengkap dan benar, tetapi apabila tidak memungkinkan, maka pertanyaan yang jawabannya tidak lengkap tersebut tidak diolah atau dimasukkan dalam pengolahan “data *missing*” (Notoadmodjo, 2012). Pengolahan data penelitian ini memerlukan *editing* dan salah satunya yaitu dengan mengeluarkan dua responden dengan kode p44 dan p109.

Responden dengan kode p44 merupakan responden yang belum memiliki gambaran hasil histopatologi yang menjadi kriteria inklusi pada penelitian ini. Responden dengan kode 109 merupakan responden yang sama dengan yang sebelumnya, sehingga terdapat *double* responden.

2) *Coding*

Setelah semua kuesioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan pengkodean atau “*coding*”, yakni mengubah data dalam bentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan (Notoadmodjo, 2012). Penelitian ini menggunakan *coding* pada kuesioner tentang faktor risiko, *family support* (dukungan keluarga), dan tingkat pengetahuan responden.

3) Memasukkan data (*Data Entry*) atau *Processing*

Kegiatan *entering* yaitu memasukkan data hasil penelitian ke dalam tabel distribusi frekuensi (Notoadmodjo, 2012). *Cleaning data* (pembersihan data). Pada tahap ini data yang ada ditandai dan diperiksa kembali untuk mengoreksi kemungkinan suatu kesalahan yang ada.

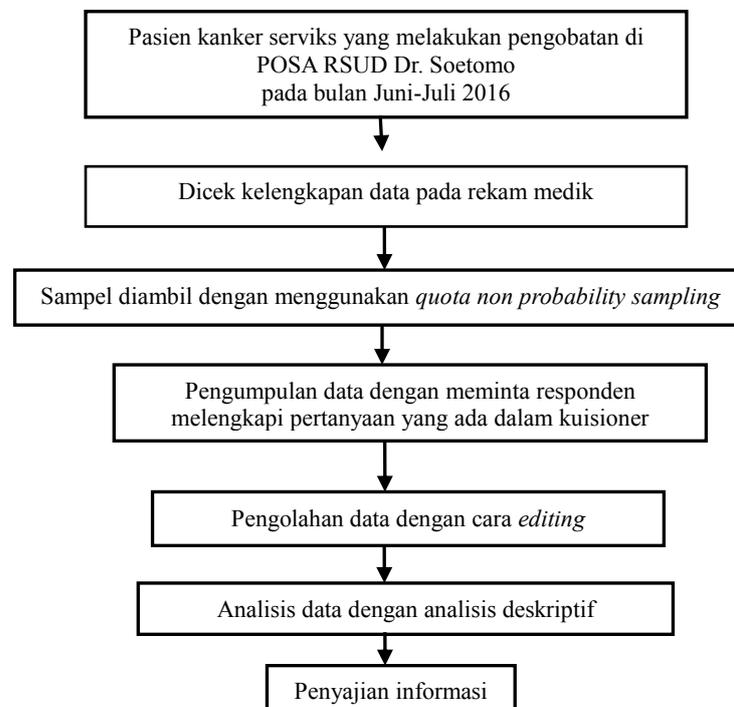
4.7.2 Analisis data

Analisis data yang digunakan yaitu menggunakan analisis *univariat*. Penelitian analisis univariat adalah analisis yang dilakukan menganalisis tiap variabel dari hasil penelitian. Analisis ini berfungsi untuk meringkas kumpulan data hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna. Peringkasan tersebut dapat berupa ukuran statistik, tabel, grafik. (Notoadmodjo, 2005).

Arikunto (2006) mengklasifikasikan persentase dan mengintepresentasikannya sebagai berikut:

0%= tak seorang pun	40-59%= sebagian	100%= seluruh
1-19%= sangat sedikit	60-79%= sebagian besar	
20-39%= sebagian kecil	80-99%= hampir seluruhnya	

4.8 Kerangka Kerja



Gambar 4.2 Kerangka kerja penelitian

4.9 Ethical Clearance

4.9.1 Information for consent

/Lembar ini berupa lembar permohonan menjadi responden yang menjelaskan mengenai judul penelitian, manfaat penelitian, permohonan menjadi responden, bentuk partisipasi dalam penelitian, dan jaminan kerahasiaan akan jawaban responden. Pada lembar ini diberi kolom untuk tanda tangan responden (Hidayat, 2009).

4.9.2 Informed consent

Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan diteliti dan memenuhi kriteria inklusi dan disertai judul penelitian dan manfaat penelitian, bila responden menolak maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden (Hidayat, 2009).

4.9.3 Kerahasiaan (*confidentially*)

Kerahasiaan informasi yang telah terkumpul dari subjek dijamin oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang disajikan pada hasil penelitian (Hidayat, 2009).

4.9.4 Tanpa nama (*anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner tetapi lembar tetap diberi kode (Hidayat, 2009).

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang bertujuan untuk mengeksplorasi karakteristik dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan pada pasien kanker serviks di Poli Onkologi Satu Atap RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni hingga Juli 2016.

Data yang diperoleh meliputi gambaran umum lokasi penelitian dan data umum responden. Data umum yang diperoleh merujuk pada karakteristik responden. karakteristik tersebut meliputi: umur, tingkat faktor risiko, pendidikan terakhir, total pendapatan keluarga, dan stadium kanker yang diderita responden.

Data khusus pada penelitian ini menggambarkan perilaku pencarian pelayanan kesehatan pasien kanker serviks yang menjadi responden. Semua data dari hasil penelitian inidisajikan dalam bentuk tabel *univariate* (Notoatmodjo, 2012).

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di POSA (Poli Onkologi Satu Atap) RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang merupakan rumah sakit tipe A di wilayah Indonesia Timur. POSA memiliki satu gedung dengan dua lantai dan terdiri dari beberapa bagian, antara lain: kandungan, bedah, medik, hematologi, paru, THT, mata, paliatif, dan pengobatan tradisional.

5.1.2 Karakteristik sampel penelitian

5.1.2.1 Umur responden

Tabel 5.1
Distribusi Umur Responden
di RSUD Dr. Soetomo,
Surabaya, Juni-Juli 2016

Umur	Frekuensi	Persentase (%)
20-29 tahun	4	3,30
30-39 tahun	14	11,7
40-49 tahun	34	28,7
50-59 tahun	48	40,0
≥60 tahun	20	16,7
Total	120	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian responden berada pada usia lanjut yaitu 50-59 tahun. Umur termuda responden yaitu 24 tahun, sedangkan umur tertua responden yaitu 72 tahun.

5.1.2.2 Pendidikan terakhir responden

Tabel 5.2
Distribusi Pendidikan Terakhir Responden
di RSUD Dr. Soetomo,
Surabaya, Juni-Juli 2016

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak sekolah	22	18,3
Tamat SD	57	47,5
Tamat SMP	20	16,7
Tamat SMA	15	12,5
Tamat perguruan tinggi	6	5,00
Total	120	100

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebagian responden memiliki tingkat pendidikan yang rendah.

5.1.2.3 Total penghasilan keluarga

Tabel 5.3
Distribusi Total Penghasilan Keluarga Responden
di RSUD Dr. Soetomo,
Surabaya, Juni-Juli 2016

Penghasilan	Frekuensi	Persentase (%)
<1 juta	66	55,0
1-3 juta	43	35,8
>3 juta	11	9,20
TOTAL	120	100

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian dari responden mempunyai total penghasilan keluarga sebanyak <1 juta perbulansehingga hampir seluruh responden mempunyai tingkat ekonomi yang rendah.

5.1.2.4 Faktor risiko kanker serviks

Tabel distribusi dari delapan pertanyaan tentang risiko kanker serviks:

Tabel 5.4
Distribusi Besar Risiko Responden Berdasarkan Pertanyaan
Tentang Umur Pertama Kali Menikah
di RSUD Dr. Soetomo,
Surabaya, Juni-Juli 2016

Umur menikah	Frekuensi	Persentase (%)
20-30 tahun	44	36,7
<20 tahun	76	63,3
Total	120	100

Sebagian besar responden memiliki faktor risiko dikarenakan menikah pada usia muda. Usia paling muda saat menikah pada pasien yaitu pada umur 12 tahun.

Tabel 5.5
Distribusi Besar Risiko Responden Berdasarkan Pertanyaan
Tentang Umur Responden Saat Pertama Kali Hamil
di RSUD Dr. Soetomo,
Surabaya, Juni-Juli 2016

Usia kandungan	Frekuensi	Persentase (%)
<16 tahun	25	20,8
≥16 tahun	95	79,2
Total	120	100

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa sebagian kecil dari total keseluruhan responden memiliki faktor risiko dikarenakan hamil pertama kali pada usia muda.

Tabel 5.6
Distribusi Besar Risiko Responden Berdasarkan Pertanyaan
Tentang Usia Pertama Kali Melahirkan
di RSUD Dr. Soetomo,
Surabaya, Juni-Juli 2016

Umur melahirkan	Frekuensi	Persentase (%)
>16 tahun	95	79,2
≤16 tahun	25	20,8
Total	120	100

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa sebanyak 20,8% (sebagian kecil) responden memiliki faktor risiko dikarenakan melahirkan pada usia muda. Usia paling muda saat melahirkan yaitu 15 tahun.

Tabel 5.7
Distribusi Besar Risiko Responden Berdasarkan Pertanyaan
tentang Jumlah Paritas
di RSUD Dr. Soetomo,
Surabaya, Juni-Juli 2016

Jumlah paritas	Frekuensi	Persentase (%)
<5x	106	88,3
≥5x	14	11,7
Total	120	100

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa hanya sedikit responden memiliki faktor risiko untuk terkena kanker serviks dikarenakan jumlah paritas yang tinggi. Jumlah paritas tertinggi yaitu sembilan kali melahirkan.

Tabel 5.8
Distribusi Besar Risiko Responden Berdasarkan Pertanyaan
tentang Kebiasaan Merokok Yang Dilakukan Anggota Keluarga
di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Juni-Juli 2016

Kebiasaan merokok	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak ada	39	32,5
Ada	81	67,5
Total	120	100

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki faktor risiko dikarenakan adanya kebiasaan merokok pada keluarga.

Tabel 5.9
Distribusi Besar Risiko Responden Berdasarkan Pertanyaan tentang Kebiasaan Responden untuk Memakai Pencuci Vagina di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Juni-Juli 2016

Kebiasaan memakai pencuci vagina	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak	84	70
Iya	36	30
Total	120	100

Tabel 5.9 menyatakan bahwa sebagian besar responden tidak memiliki faktor risiko yang terjadi dikarenakan *vaginal douching*.

Tabel 5.10
Distribusi Besar Risiko Responden Berdasarkan Pertanyaan tentang Riwayat Penyakit Keganasan (Kanker) pada Keluarga di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Juni-Juli 2016

Riwayat keganasan pada keluarga	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak	103	85,8
Iya	17	14,2
Total	120	100

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa hampir dari keseluruhan jumlah responden tidak memiliki riwayat penyakit keganasan pada keluarganya. Riwayat keganasan yang dimiliki oleh 17 responden yaitu, kanker serviks, kanker kelenjar, dan kanker payudara.

Tabel 5.11
Distribusi Besar Risiko Responden Berdasarkan Pertanyaan tentang Riwayat Penggunaan Pil Kontrasepsi (*Oral Contraception*) di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Juni-Juli 2016

Riwayat penggunaan pil kontraepsi	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak pernah; <5 tahun	76	63,3
≥5 tahun	44	36,7
Total	120	100

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak memiliki faktor risiko dikarenakan penggunaan pil kontrasepsi. Penggunaan OCs paling lama yaitu 20 tahun.

5.1.2.5 Stadium kanker

Tabel 5.12
Distribusi Responden Berdasarkan Stadium Kanker
di RSUD Dr. Soetomo,
Surabaya, Juni-Juli 2016

Stadium	Frekuensi	Persentase (%)
I- IIA	6	5,00
IIB- IIIB	113	94,17
≥IVA	1	0,83
Total	120	

Tabel di atas menunjukkan bahwa hampir seluruh responden menderita kanker serviks pada rentang stadium IIB – IIIB.

5.1.3 Perilaku pencarian pelayanan kesehatan

5.1.3.1 Kontak pertama responden dengan pelayanan kesehatan

Tabel 5.13
Distribusi Kontak Pertama Responden dengan Pelayanan Kesehatan
Berdasarkan Jenis Gejala Awal Sebelum Datang ke Pelayanan Kesehatan
di RSUD Dr. Soetomo,
Surabaya, Juni-Juli 2016

Gejala awal	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak ada gejala	2	1,70
Perdarahan tidak normal	81	67,5
Keputihan	28	23,3
Lainnya	9	7,50
Total	120	100

Tabel 5.13 menunjukkan bahwa sebagian besar responden melakukan pemeriksaan atau pengobatan pertama kali dengan gejala perdarahan tidak normal. Gejala awal yang menunjukkan bahwa responden tidak memiliki gejala awal dikarenakan pasien melakukan papsmear secara rutin, sehingga

saat dilakukan pemeriksaan dan hasilnya menunjukkan terdapat ketidakomalan, pasien tidak sedang memiliki gejala.

Tabel 5.14
Distribusi Kontak Pertama Responden dengan Pelayanan Kesehatan
Berdasarkan Tempat Pelayanan Kesehatan
di RSUD Dr. Soetomo,
Surabaya, Juni-Juli 2016

Pelayanan kesehatan	Frekuensi	Persentase (%)
Bidan	20	16,7
Puskesmas/ klinik	33	27,5
Praktik dokter umum	14	11,7
Praktik dokter spesialis	19	15,8
Rumah sakit	31	25,8
Alternatif	1	0,80
Lain- lain	2	1,7
Total	120	100

Tabel di 5.14 menunjukkan bahwa hampir seluruh responden melakukan pemeriksaan atau pengobatan pertama kali di tenaga medis atau penyedia layanan kesehatan dan hanya satu responden yang memeriksakan dirinya pertama kali di pengobatan alternatif.

Tabel 5.15
Distribusi Kontak Pertama Responden dengan Pelayanan Kesehatan
Berdasarkan Rentang Waktu antara Keluhan dengan Pengobatan
di RSUD Dr. Soetomo,
Surabaya, Juni-Juli 2016

Rentang waktu keluhan-pengobatan	Frekuensi	Persentase (%)
<1 bulan	78	65,0
1-3 bulan	22	18,3
4-12 bulan	20	16,7
Total	120	100

Tabel 5.15 menunjukkan bahwa sebagian besar responden melakukan pemeriksaan atau pengobatan dalam rentang waktu <1 bulan setelah keluhan.

Tabel 5.16
Distribusi Waktu Tempuh dari Rumah Responden ke Tempat Pelayanan Kesehatan yang Menjadi Kontak Pertama Pelayanan Kesehatan di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Juni-Juli 2016

Waktu tempuh	Frekuensi	Persentase (%)
<15 menit	50	41,70
15-30 menit	42	35,00
30 menit – 1 jam	17	14,20
>1 jam	11	9,20
Total	120	100

Tabel 5.16 menunjukkan bahwa tempat tinggal responden terjangkau dengan tempat pelayanan kesehatan.

5.1.3.2 Pemanfaatan pengobatan tradisional

Tabel 5.17
Distribusi Perilaku Responden tentang Penggunaan Pengobatan Tradisional di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Juni-Juli 2016

Penggunaan pengobatan tradisional	Frekuensi	Persentase (%)
Iya	43	35,8
Tidak	77	64,2
Total	120	100

Tabel distribusi di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden memanfaatkan pengobatan tradisional yaitu meminum ramuan atau jamu baik yang diracik sendiri atau yang didapatkan dari tempat pengobatan alternatif. Sebagian besar memanfaatkan air rebusan daun sirsak untuk menjadi obat alternatif kanker serviks selain obat yang didapat dari pelayanan kesehatan.

5.1.3.3 Dukungan keluarga responden terhadap pengobatannya

Instrumen yang digunakan pada pengukuran dukungan keluarga responden terhadap pengobatannya adalah skala likert. Dua macam skala likert yang digunakan, yaitu skala likert yang bernilai positif dan bernilai negatif. Skala likert yang bernilai positif menunjukkan bahwa skor 4 sampai dengan 1 dimulai dari “selalu” hingga “tidak pernah”. Skala likert yang bernilai negatif

menunjukkan bahwa skor 1 sampai dengan 4 dimulai dari “tidak pernah” hingga “selalu”.

Tabel 5.18
Distribusi *Family Support* (Dukungan Keluarga) Responden Berdasarkan Pernyataan “Semua Keperluan Saya Selama Pengobatan, Saya Urus Sendiri Tanpa Bantuan Keluarga” di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Juni-Juli 2016

Pilihan Jawaban	Skor	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak pernah	4	71	20,0
Kadang	3	15	8,30
Sering	2	10	12,5
Selalu	1	24	59,2
Total		120	100

Tabel 5.18 menunjukkan bahwa sebagian besar responden merasa jika keluarga mereka membantu mengurus semua keperluan mereka selama mereka melakukan pengobatan.

Tabel 5.19
Distribusi *Family Support* (Dukungan Keluarga) Responden Berdasarkan Pernyataan “Sejak Saya Sakit, Semua Aktivitas Mengurus Rumah Tetap Saya Lakukan Sendiri Tanpa Bantuan Anggota Keluarga” di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Juni-Juli 2016

Pilihan Jawaban	Skor	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak pernah	4	48	40,0
Kadang	3	27	22,5
Sering	2	18	15,0
Selalu	1	27	22,5
Total		120	100

Tabel 5.19 menunjukkan bahwa sebagian responden tidak pernah mengerjakan pekerjaan rumah sendiri sejak mereka sakit.

Tabel 5.20
Distribusi *Family Support* (Dukungan Keluarga) Responden Berdasarkan Pernyataan “Pada saat Saya Kontrol atau Pengobatan, Ada Keluarga yang Mengantar” di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Juni-Juli 2016

Pilihan Jawaban	Skor	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak pernah	1	4	3,30
Kadang	2	7	5,80
Sering	3	13	10,8
Selalu	4	96	80,0
Total		120	100

Tabel 5.20 menunjukkan bahwa hampir keseluruhan responden selalu diantar anggota keluarga (suami/ anak/ ayah/ ibu) saat melakukan kontrol atau pengobatan.

Tabel 5.21

Distribusi *Family Support* (Dukungan Keluarga) Responden Berdasarkan Pernyataan “Biaya Transportasi dan Keperluan Saya Selama Pengobatan Dibiayai oleh Keluarga” di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Juni-Juli 2016

Pilihan Jawaban	Skor	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak pernah	1	11	9,10
Kadang	2	8	6,70
Sering	3	14	11,7
Selalu	4	87	72,5
Total		120	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa hampir keseluruhan responden menyatakan bahwa biaya transportasi dan keperluan di saat pengobatan dibiayai oleh keluarga.

Tabel 5.22

Distribusi *Family Support* (Dukungan Keluarga) Responden Berdasarkan Pernyataan “Pada saat Saya Mengeluh Tentang Penyakit Yang Saya Derita, Keluarga Saya Mau Mendengarkan” di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Juni-Juli 2016

Pilihan Jawaban	Skor	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak pernah	1	9	7,50
Kadang	2	4	3,30
Sering	3	8	6,70
Selalu	4	99	82,5
Total		120	100

Tabel 5.22 menunjukkan bahwa hampir dari keseluruhan responden menyatakan bahwa keluarga mereka bersedia mendengarkan keluhan tentang penyakit yang sedang mereka derita.

Tabel 5.23
Distribusi *Family Support* (Dukungan Keluarga) Responden Berdasarkan Pernyataan “Pada saat Saya Curhat, Keluarga Saya Mau Menasehati dan Memberikan Masukan” di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Juni-Juli 2016

Pilihan Jawaban	Skor	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak pernah	1	11	9,10
Kadang	2	6	5,00
Sering	3	11	9,20
Selalu	4	92	76,7
Total		120	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besa responden memiliki keluarga yang mau menasehati dan memberikan masukan pada saat responden melakukan pengobatan kanker serviks.

5.1.3.4 Pengetahuan responden tentang kanker serviks

Tabel 5.24
Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pernyataan “Sering Berganti Pasangan Tidak Menjadi Salah Satu Faktor Risiko Terjadinya Kanker Serviks/ Leher rahim” di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Juni-Juli 2016

Pilihan Jawaban	Skor	Frekuensi	Persentase (%)
Benar	0	30	25
Salah	1	90	75
Total		120	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengetahuibahwa sering berganti pasangan dapat berisiko terkena kanker serviks.

Tabel 5.25
Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pernyataan “Keputihan yang Banyak dan Berbau Bukan Merupakan Salah Satu Gejala Penyakit Tersebut” di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Juni-Juli 2016

Pilihan Jawaban	Skor	Frekuensi	Persentase (%)
Benar	0	25	20,83
Salah	1	95	79,17
Total		120	100

Tabel 5.25 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengetahui jikalau keputihan yang banyak dan berbau merupakan salah satu gejala kanker serviks.

Tabel 5.26
Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pernyataan
“Kemoterapi dan Terapi Sinar Bukan Termasuk Cara Pengobatan Penyakit
Tersebut” di RSUD Dr. Soetomo,
Surabaya, Juni-Juli 2016

Pilihan Jawaban	Skor	Frekuensi	Persentase (%)
Benar	0	14	11,67
Salah	1	106	88,33
Total		120	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa hampir keseluruhan responden mengetahui bahwa kemoterapi dan terapi sinar merupakan terapi kanker serviks.

Tabel 5.27
Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pernyataan “Salah Satu Faktor
Risiko Terkena Penyakit Tersebut Dikarenakan Pasien Menikah dan/
Berhubungan Seksual Pada Umur <20 Tahun” di RSUD Dr. Soetomo,
Surabaya, Juni-Juli 2016

Pilihan Jawaban	Skor	Frekuensi	Persentase (%)
Benar	1	92	76,67
Salah	0	28	23,33
Total		120	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengetahui jika menikah <20 tahun dapat menjadi fakto risiko terkena kanker serviks.

Tabel 5.28
Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pernyataan
“Apabila Diantara Anggota Keluarga Ada yang Sakit Kanker Serviks,
Kemungkinan Anggota Keluarga Lainnya Juga Bisa Terkena Penyakit
Tersebut” di RSUD Dr. Soetomo,
Surabaya, Juni-Juli 2016

Pilihan Jawaban	Skor	Frekuensi	Persentase (%)
Benar	1	71	59,17
Salah	0	49	40,83
Total		120	100

Tabel 5.28 menunjukkan bahwa sebagian besar responden meenytakan bahwa adanya pengaruh riwayat kanker pada keluarga sebagai risiko terjadinya kanker serviks.

Tabel 5.29
Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pernyataan
“Hasil Dari Laboratorium Pa (Patologi Anatomi) Dapat Digunakan Untuk
Mengetahui Stadium/ Tingkat Keparahan Penyakit Tersebut”
di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Juni-Juli 2016

Pilihan Jawaban	Skor	Frekuensi	Persentase (%)
Benar	1	105	87,5
Salah	0	15	12,5
Total		120	100

Tabel 5.29 menunjukkan bahwa hampir keseluruhan responden mengetahui jika hasil laboratorium patologi anatomi dapat digunakan untuk mengetahui stadium kanker serviks.

Tabel 5.30
Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pernyataan
“Salah Satu Gejala Penyakit Tersebut adalah Perdarahan Setelah
Berhubungan” di RSUD Dr. Soetomo,
Surabaya, Juni-Juli 2016

Pilihan Jawaban	Skor	Frekuensi	Persentase (%)
Benar	1	98	81,67
Salah	0	22	18,33
Total		120	100

Tabel 5.30 menunjukkan bahwa hampir keseluruhan responden mengetahui jika salah satu gejala kanke serviks adalah perdarahan setelah berhubungan (*post coital bleeding*)

Tabel 5.31
Distribusi Jawaban Berdasarkan Pernyataan “*Pap Smear* adalah Salah Satu
Cara Paling Mudah yang Digunakan untuk Mendeteksi Dini Penyakit
Tersebut” di RSUD Dr. Soetomo,
Surabaya, Juni-Juli 2016

Pilihan Jawaban	Skor	Frekuensi	Persentase (%)
Benar	1	107	89,17
Salah	0	13	10,83
Total		120	100

Tabel 5.31 menunjukkan bahwa hampir dari keseluruhan responden mengetahui jika salah satu cara paling mudah yang digunakan untuk mendeteksi kanker serviks adalah *pap smear*.

5.2 Analisis Hasil Penelitian

5.2.1 Tabulasi tingkat faktor risiko

Tabel 5.32
Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Risiko
di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Juni-Juli 2016

Tingkat risiko	Frekuensi	Persentase (%)
Risiko tinggi	78	65
Risiko rendah	42	35
Total	120	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki risiko yang tinggi untuk menderita kanker serviks. Faktor risiko paling banyak yang dimiliki responden yaitu adanya anggota keluarga serumah yang merokok (67,5%). Risiko paling rendah ditunjukkan dari riwayat kanker yang dimiliki oleh keluarga pasien yaitu sebesar 14,2%.

Tingkat faktor risiko didapatkan dari skor total dari 8 pertanyaan tentang faktor risiko kanker serviks. Skor maksimal pada seorang responden yaitu 8 dan skor minimalnya adalah 0. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa skor maksimal yang didapatkan yaitu 6 dan skor minimalnya yaitu 0. Data tersebut berdistribusi tidak normal maka digunakan median untuk menjadi acuan.

Responden dikatakan berisiko tinggi jika skornya ≥ 2 dan responden dinyatakan berisiko rendah jika skornya < 2 . Didapatkan hasil bahwa terdapat 78 responden berisiko tinggi dan 42 responden berisiko rendah.

5.2.2 Tabulasi *family support*

Tabel 5.33
Distribusi Dukungan Keluarga Terhadap Pengobatan Pasien
di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Juni-Juli 2016

Dukungan keluarga	Frekuensi	Persentase (%)
Tinggi	72	60
Rendah	48	39
Total	120	100

Kuisisioner tentang dukungan keluarga terdiri dari enam pertanyaan. Kriteria responden dengan dukungan keluarga yang tinggi jika skor pada hasil kuisisioner responden tersebut lebih besar atau sama dengan nilai median keseluruhan total yaitu 21. Penggunaan median sebagai acuan dikarenakan distribusi data yang tidak normal. Skor terendah dan tertinggi pada data yaitu 11 dan 24.

Tabel 5.33 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mendapatkan dukungan yang tinggi dari keluarganya dan sebagian kecil responden yang mendapatkan dukungan yang rendah dari keluarga.

5.2.3 Tabulasi tingkat pengetahuan responden tentang kanker serviks

Tabel 5.34
Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden tentang Kanker Serviks
di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Juni-Juli 2016

Tingkat pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
Tinggi	73	60,83
Rendah	47	39,17
Total	120	100

Kuisisioner tentang pengetahuan pasien terdiri dari delapan pertanyaan. Kriteria pengetahuan dibagi menjadi dua yaitu tinggi dan rendah. Responden dinyatakan memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi jika nilai dari kuisisioner lebih besar atau sama dengan dari median data.

Median dari data tersebut yaitu 6. Skor tertinggi dan terendah yang diperoleh responden yaitu 7 dan 0. Tabel 5.34 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang kanker serviks dan sebagian kecil responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang rendah tentang kanker serviks.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Karakteristik Responden Penelitian

6.1.1 Umur

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa sebagian responden yang berjumlah 120 pasien kanker serviks di POSA RSUD Dr. Soetomo berumur 50-59 tahun (40%), 40-49 tahun (28,7%), dan hanya sebagian sedikit pasien yang berumur 20-29 tahun (3,3%). Umur termuda responden pada penelitian ini yaitu 24 tahun, sedangkan umur tertuanya yaitu 72 tahun. Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian sebelumnya tentang analisis *survival non parametik* pada 746 pasien kanker serviks di POSA RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tahun 2015, bahwa rerata umur pasien yaitu sekitar 50 tahun dengan umur temudanya yaitu 27 tahun (Inayati, 2015).

Hasil penelitian lain tentang karakteristik penderita kanker serviks 2006-2010 di RSUD Dr. Soetomo juga tidak jauh berbeda. Kelompok umur terbanyak dari penelitian tersebut yaitu pada rentang umur 40-49 tahun sebanyak 625 responden (42,7%), sedangkan rentang umur 50-59 tahun sebanyak 498 responden (34,1%) (Achmad *et al.*, 2011). *Merck Manual of Medical Information* dalam Yolanda (2013) juga menyatakan bahwa kanker serviks biasa terjadi pada wanita yang berumur 30-55 tahun.

Banyaknya pasien kanker serviks pada rerata umur tersebut sesuai dengan pernyataan dari Rasjidi (2009) bahwa risiko terjadinya kanker serviks akan meningkat selaras dengan bertambahnya umur wanita tersebut. Penambahan

umur ini dikaitkan bertambah lamanya waktu pemaparan pasien terhadap zat karsinogenik dalam tubuh dan disertai dengan semakin lemahnya sistem kekebalan tubuh. WHO (2016) dan Burd dalam Kaarthigeyan (2012) menyebutkan bahwa rentang waktu mulai dari terjadinya infeksi *oncogenic* HPV hingga terjadinya *invasive cervical cancer* yaitu 15-20 tahun. Wanita yang mulai aktif melakukan hubungan seksual dan terinfeksi HPV pada usia sekitar 20 tahun-an serta tidak melakukan skrining dini kanker serviks akan memungkinkan wanita tersebut terkena kanker serviks pada rerata umur seperti pada hasil penelitian ini yaitu 50-59 tahun (Burd, 2003).

Responden yang sudah terkena kanker serviks pada usia muda (20-29 tahun) diduga dikarenakan memiliki faktor risiko sebelumnya dan memiliki aktivitas seksual yang tinggi. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa serviks yang sedang mengalami metaplasia akan rentan terinfeksi virus HPV, sehingga semakin dini usia saat memulai hubungan seksual maka semakin cepat seseorang mendapatkan risiko terpapar virus HPV (Plummer, 2012; Louie *et al.*, 2009)

6.1.2 Tingkat pendidikan

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden 65,8% berpendidikan rendah, 29,2% berpendidikan sedang, dan 5% berpendidikan tinggi. Penelitian Yolanda (2013) juga menunjukkan hasil yang sama bahwa sebagian besar pendidikan responden penelitiannya tentang kanker serviks adalah tidak sekolah, tidak tamat SD, dan lulus SD (70%) (Yolanda, 2013). Penelitian yang dilakukan Tanturovski *et al.*, (2013) di Macedonia

menyatakan bahwa pasien yang terdiagnosis kanker serviks pada stadium lanjut mempunyai tingkat pendidikan yang rendah.

Parikh dalam Franceschi (2009) menyatakan adanya hubungan antara pendidikan yang rendah dengan terjadinya kanker serviks. Tingkat pendidikan yang rendah berhubungan dengan tingkat pemahaman seseorang dalam penerimaan informasi (Kuthi, 2015).

6.1.3 Status ekonomi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir seluruh responden (90% dari 120 responden) mempunyai tingkat sosial-ekonomi yang rendah. Rerata total penghasilan keluarga di bawah tiga juta rupiah atau di bawah nilai UMR (Upah Minimum Regional) Jawa Timur 2016 (Pergub No. 68, 2015). Sangat sedikit responden yang total penghasilan keluarganya lebih dari tiga juta perbulan (9,2%). Hal ini juga ditunjukkan oleh hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Moewardi (Surakarta) dan RS Cipto Mangunkusumo (Jakarta) bahwa rerata pasien kanker serviks yang berobat pada kedua rumah sakit tersebut berasal dari status sosial-ekonomi yang rendah (Yolanda, 2013).

Parikh (2003) dalam penelitian meta-analisisnya menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara keadaan sosial ekonomi seseorang dengan faktor risiko terjadinya kanker serviks. Khan dalam Franceschi (2009) dan Car dalam Maseko (2015) menyatakan bahwa alasan dibalik adanya hubungan antara tingkat sosial ekonomi yang rendah dengan tingginya prevalensi terjadinya kanker serviks belum dapat dijelaskan sepenuhnya. Kurang adekuatnya kemampuan untuk mengakses skrining pra kanker serviks (*pap smear*), vaksin, serta pengobatan diasumsikan sebagai salah satu penyebab tingginya kejadian kanker serviks.

Melva dalam Syatriani (2011) mengungkapkan bahwa pendapatan yang rendah juga berkaitan dengan terjadinya gizi dan gaya hidup sehat yang buruk pada seseorang. Golongan masyarakat dengan penghasilan yang rendah pada umumnya memiliki kuantitas dan kualitas makanan yang kurang, sehingga dapat menjadikan imunitas dalam tubuh menjadi rentan terpapar oleh penyakit.

6.1.4 Faktor risiko

Hasil dari penelitian ini menyatakan bahwa sebagian besar dari responden memiliki risiko tinggi untuk menderita kanker serviks (60,83%). Pernyataan tersebut berdasarkan dari jawaban dari delapan pertanyaan di dalam kuisisioner penelitian tentang besar risiko responden untuk menderita kanker serviks. Delapan pertanyaan itu antara lain: (1) umur pertama kali menikah, (2) umur pertama kali melahirkan, (3) usia kehamilan pertama kali, (4) jumlah paritas, (5) kebiasaan merokok pada suami/ anggota keluarga/ lingkungan kerja, (6) kebiasaan memakai pencuci vagina (*vaginal douching*), (7) riwayat keganasan/ kanker pada keluarga, (8) pemakaian OCs (*oral contraceptions*).

Kriteria tingkat faktor risiko pasien didapatkan dari nilai total tiap kuisisioner milik responden yang dibandingkan dengan median data. Median data digunakan sebagai acuan dikarenakan distribusi data yang tidak normal. Skor responden yang lebih tinggi besar dari median akan dikategorikan sebagai responden dengan faktor risiko yang tinggi, begitu pula sebaliknya.

Hasil dari penelitian tentang besarnya faktor risiko disajikan dalam bentuk tabel, yaitu:

6.1.4.1 Menikah pada usia dini

Sebagian besar responden mempunyai faktor risiko untuk menderita kanker serviks, salah satunya yaitu menikah pada usia <20 tahun (63,3%). Hasil penelitian ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Brunner dalam Syatriani (2011) yang menyatakan bahwa wanita yang menikah sebelum berusia 20 tahun akan berisiko terkena kanker serviks. Hal ini dikarenakan organ reproduksinya belum siap untuk digunakan berhubungan seksual secara dini.

Perubahan hormon yang tinggi pada masa pubertas mengakibatkan terjadinya metaplasia pada serviks. Serviks yang sedang mengalami metaplasia akan rentan terinfeksi virus HPV, sehingga semakin dini usia saat memulai hubungan seksual maka semakin cepat seseorang untuk terpapar virus HPV. Penurunan prevalensi terjadinya kanker serviks akan terjadi setelah umur 30 tahun (Plummer, 2012; Louie *et al.*, 2009; Burd, 2003).

Hasil penelitian yang dilakukan secara *consecutive sampling* di Ruang Rajawali Lantai 4 RSUP Dr. Kariadi Semarang tentang hubungan antara kejadian kanker serviks dengan faktor risiko menikah di usia muda juga menunjukkan derajat kemaknaan $p < 0,001$ yang berarti adanya hubungan yang signifikan di antara keduanya (Sadewa, 2014).

6.1.4.2 Kehamilan pada usia <17 tahun

Jumlah sel skuamosa metaplastik pada zona transformasi akan bertambah saat kehamilan. Pada saat inilah wanita tersebut memiliki risiko terbesar untuk terinfeksi HPV (Hwang, 2012; Hinkula, 2004). Kehamilan aterm pada usia <17 tahun akan meningkatkan risiko terjadinya kanker serviks 2x lipat lebih besar jika

dibandingkan dengan wanita yang kehamilannya pada usia 25 tahun atau lebih (*International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer*, 2006).

Hasil yang ditunjukkan tabel 6.2 yaitu 96% dari 25 responden yang menikah pada umur ≤ 16 tahun memiliki faktor risiko yang lebih tinggi untuk menderita kanker serviks. Persentase jika dibandingkan dengan jumlah total responden keseluruhan yaitu sebesar 20%.

6.1.4.3 Melahirkan pada usia dini

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa hanya sebagian kecil responden yang memiliki faktor risiko terkena kanker serviks dikarenakan pernah melahirkan di usia < 16 tahun (20,8%). Louie *et al.*, (2009) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa wanita yang melahirkan pertama kali pada usia ≤ 16 tahun mempunyai faktor risiko 2,4 kali lebih besar untuk terkena kanker serviks jika dibandingkan dengan wanita yang melahirkan pada usia lebih dari 21 tahun.

Persalinan secara *vaginal* atau normal menjadi alasan terjadinya peningkatan risiko terjadinya kanker serviks. Hal ini dikarenakan dimungkinkan terjadinya laserasi saat persalinan yang menjadi salah satu cara HPV untuk menginfeksi wanita tersebut. Ibrahim (2011) dalam penelitiannya menunjukkan hasil bahwa adanya hubungan yang signifikan antara risiko terjadinya kanker serviks dengan persalinan normal (OR 13.2; 95% CI 2.95-54.9).

6.1.4.4 Jumlah paritas

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sangat sedikit responden yang memiliki risiko terkena kanker serviks dikarenakan jumlah paritas $\geq 5x$ (11,7%). Hasil dari penelitian *case control* yang dilakukan di RSUD AW. Sjahranie (Samarinda, Kalimantan Timur) dari bulan Januari hingga Juli 2009,

menunjukkan bahwa wanita yang mempunyai 5-12 anak mempunyai risiko 2,6 kali lebih tinggi daripada wanita yang mempunyai 0-4 anak (Paramita *et al.*, 2010)

Bezabih *et al.*, (2015) juga menyatakan bahwa wanita yang mempunyai empat anak di dalam penelitiannya memiliki *Odd Ratio* 10,3 (CI=3,6-29,0) yang berarti secara signifikan mempunyai hubungan dengan kejadian kanker serviks. Diananda dalam Mayrita (2014) menyatakan bahwa wanita dengan jumlah paritas >3 kali memiliki risiko 5,5 kali lebih besar untuk menderita kanker serviks.

Hal ini selaras dengan teori yang dinyatakan oleh Munoz dalam Hinkula (2004) bahwa paritas yang tinggi dapat meningkatkan risiko wanita mengalami kanker serviks karena zona transformasi terpapar ke eksoserviks pada waktu yang lebih lama, sehingga meningkatkan kecenderungan terpapar HPV.

6.1.4.5 Kebiasaan anggota keluarga yang merokok

Hasil dari penelitian pendahuluan menunjukkan gambaran bahwa tidak ada responden yang menjadi perokok aktif. Sebagian besar responden menjadi perokok pasif dikarenakan kebiasaan merokok yang dilakukan suami dan atau anggota keluarga lainnya.

Penelitian meta-analisis yang dilakukan pada 3.230 kasus dan 2.982 kontrol menunjukkan hasil bahwa wanita yang tidak pernah merokok namun terpapar asap rokok memiliki risiko terkena kanker serviks 73% lebih tinggi jika dibandingkan dengan wanita yang tidak terpapar dengan asap rokok (OR= 1.73, 95% CI=1.35-2.21, $p < 0.001$) (Zeng *et al.*, 2012).

Hal ini dapat dibuktikan dengan ditemukannya satu zat yang terdapat pada tembakau di dalam mukus serviks seorang wanita yang sering terpapar asap rokok. Zat nikotin di dalam apusan lendir serviks wanita perokok pasif

menunjukkan peningkatan jika dibandingkan dengan wanita perokok aktif (Ward, 2012). Hasil penelitian Slattery *et al.*, (1989) mendukung pernyataan di atas, bahwa faktor risiko perokok pasif akan lebih besar dibandingkan wanita perokok aktif.

Substansi dari rokok tersebut yang akan merusak DNA dari sel serviks, dan menjadi awal dari berkembangnya keganasan pada serviks serta dapat melemahkan sistem imun dalam tubuh sehingga rentan terpapar HPV (*American Cancer Society*, 2014; Natphopsuk *et al.*, 2012; Amar, 2012). Wanita perokok pasif wanita tidak bisa menjadi faktor risiko tunggal yang dapat menyebabkan kanker serviks.

6.1.4.6 *Vaginal douching*

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa hanya ada 36 responden dari 120 responden yang mempunyai kebiasaan mencuci vagina dengan sabun. Penelitian meta-analisis yang dilakukan oleh Zhang *et al.*, (1997) menyatakan bahwa *vaginal douching* dapat meningkatkan semua *inflammatory disease* (73%) yang erat hubungannya dengan kanker serviks. Hasil penelitiannya mengindikasikan bahwa wanita yang sering melakukan *vaginal douching* akan memiliki 86% risiko yang lebih tinggi untuk menderita kanker serviks dibandingkan dengan yang tidak mempunyai kebiasaan tersebut.

Hasil penelitian Zhang selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Islamiyah di RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tahun 2008 yang menunjukkan adanya hubungan antara penggunaan sabun khusus vagina dengan kejadian kanker serviks (Syatriani, 2011). Penelitian *population based case control* yang dilakukan oleh Gardner *et al.*, (1991) menunjukkan kesimpulan yang sebaliknya,

bahwa tidak ada hubungan antara kejadian kanker serviks dengan *vaginal douching*. *Review* secara lengkap dilakukan Martino (2008) yang membahas tentang pro dan kontra *vaginal douching* akan memberikan gambaran lebih jelas tentang manfaat dan risiko penggunaan *vaginal douching*.

6.1.4.7 Riwayat kanker pada keluarga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sangat sedikit responden yang memiliki riwayat keganasan pada keluarganya (14,2%). Hasil dari penelitian ini tidak sesuai dengan yang penelitian yang dilakukan Husain dalam *Cancer Research UK* (2014) yang menunjukkan hasil bahwa risiko terjadinya keganasan sel skuamosa pada serviks yaitu 74-80% atau 2-3 kali lebih tinggi pada wanita yang memiliki ibu dan atau saudara kandung yang sedang menderita keganasan tersebut dibandingkan populasi pada umumnya. Risiko ini lebih mengarah pada kesamaan kondisi *host* yang berkaitan dengan kondisi imunitas dalam dirinya (*American Cancer Society*, 2014; Hemminki *et al.*, 1999).

Hasil penelitian lain dengan sudut pandang yang berbeda disitasi Ristarolas dalam Kuthi (2015) menunjukkan bahwa wanita dengan riwayat keluarga tanpa kanker serviks akan berisiko 14,28 kali lebih besar untuk terlambat melakukan pemeriksaan/pengobatan, karena belum adanya pengalaman dan pengetahuan tentang kanker serviks yang menjadi *role mode* wanita tersebut untuk melakukan tindakan yang sama. Mohammed dalam Kunthi (2015) menyatakan bahwa wanita dengan riwayat kanker serviks pada keluarganya akan memiliki motivasi dan kesadaran yang lebih untuk melakukan konsultasi awal, sehingga dapat terdiagnosis pada stadium yang lebih awal.

6.1.4.8 Pil kontrasepsi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian responden memiliki riwayat menggunakan pil kontrasepsi (36,7%). Penggunaan pil KB dapat meningkatkan risiko terjadinya kanker serviks pada wanita yang sudah terjangkit HPV sebelumnya (Paramita *et al.*, 2010). Burd (2003) menyatakan bahwa ada bagian dari HPV memiliki *glucocorticoid responsive elements* yang dipengaruhi oleh hormon steroid seperti progesterone (komponen aktif OCs) dan *dexamethasone*.

Penggunaan OCs selama 5 tahun atau lebih terbukti meningkatkan risiko berkembangnya sel kanker serviks. Lama pemakaian OCs juga linear dengan peningkatan risiko berkembangnya sel kanker pada serviks, sehingga semakin lama menggunakannya, maka semakin besar risikonya. Peningkatan risiko kanker serviks terjadi sebesar dua kali lebih besar pada pengguna kontrasepsi oral selama 5-9 tahun dan empat kali lebih besar jika dibandingkan dengan yang tidak pernah menggunakan kontrasepsi oral (Moreno, 2002).

6.1.5 Stadium kanker

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir seluruhnya responden menderita kanker serviks pada rentang stadium IIB – IIIB (94,17%). Penelitian yang serupa juga menunjukkan bahwa stadium IIB adalah stadium yang paling banyak diderita oleh pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo, yaitu sebanyak 692 pasien (47,3%) (Achmadi *et al.*, 2011).

Hasil penelitian yang dilakukan di RS Dr. Moewardi, Surakarta dan RS. Dr. Kariadi, Semarang juga menunjukkan bahwa rerata stadium yang diderita respondennya yaitu stadium IIB-IIIB. (Yolanda, 2013; Suryapratama, 2012). Hasil

penelitian ini hampir sama dengan yang dilakukan oleh Mishra *et al.* (2011) tentang gambaran pencegahan dan deteksi dini kanker serviks di India, yaitu ada 70% pasien kanker serviks di India yang berada pada stadium III dan IV.

Stadium IIB ditandai dengan sudah menyebarnya sel kanker ke daerah serviks dan uterus, namun penyebarannya belum sampai ke dinding pelvis. Penyebaran ini dapat dilihat secara kasat mata, jika dibandingkan dengan stadium di bawah IIB. Pada stadium IIB menunjukkan bahwa tumor sudah menjadi besar dan seringkali menutupi ureter, sehingga pasien seringkali mengalami kesulitan untuk miksi (PDQ, 2016)

Sherris (2001) menyatakan bahwa banyaknya pasien yang datang ke rumah sakit dengan stadium lanjut di atas IIB di Negara berkembang dikarenakan kurang efektifnya program skrining yang bertujuan untuk mendeteksi dan mengobati lesi prakanker. Robbles dalam Sherris (2001) menambahkan bahwa layanan deteksi dini kanker serviks di Negara berkembang sudah tersedia, namun masih belum sepenuhnya terjangkau oleh wanita yang berada di pedesaan.

Program skrining tersebut lebih mudah untuk diakses oleh wanita yang berada pada klinik kesehatan yang berada pada populasi dengan risiko rendah untuk terkena kanker serviks. Adanya keterbatasan pengetahuan terhadap gejala awal kanker serviks pada sebagian besar wanita juga menjadi salah satu penyebab banyaknya pasien yang melakukan pengobatan kanker serviks pertama kali pada stadium yang sudah lanjut (Chadza, 2012; Gyenwali, 2014). Perasaan takut dan cemas saat terdiagnosis kanker serviks, perasaan tidak nyaman saat diperiksa, serta tidak mengetahui manfaat skrining, merupakan tiga alasan teratas yang membuat wanita menolak untuk melakukan skrining (Jia, 2013).

6.2 Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan

6.2.1 Kontak pertama responden dengan pelayanan kesehatan

6.2.1.1 Kontak pertama responden dengan pelayanan kesehatan berdasarkan gejala awal saat datang ke pelayanan kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden melakukan pemeriksaan atau pengobatan pertama kali dengan gejala perdarahan yang tidak normal (67,5%). Perdarahan yang tidak normal yang dimaksud oleh responden tersebut antara lain adanya perdarahan atau *spotting* dalam masa menopause, perdarahan sesaat setelah melakukan hubungan seksual, perdarahan diantara dua periode menstruasi, keluarnya darah menstruasi yang banyak, masa menstruasi yang lebih lama dari biasanya, dan perdarahan setelah pemeriksaan *pelvic*.

Schalkwyk (2008) dalam penelitian kualitatifnya juga menunjukkan bahwa sebagian besar gejala yang dikeluhkan oleh pasien kanker serviks yaitu adanya *vaginal discharge* yang tidak normal. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa gejala umum yang dialami pasien kanker serviks yaitu adanya perdarahan yang tidak normal melalui vagina (PDQ, 2016; Lim, 2014). Perdarahan dapat terjadi karena sel kanker telah menyebar ke dalam jaringan pada serviks dan membuat pembuluh darah yang baru. Pembuluh darah atipik tersebut mudah sekali pecah sehingga menyebabkan perdarahan. Bentuk dari pembuluh darah pun akan semakin tidak beraturan seiring dengan bertambahnya stadium kanker (IARC).

6.2.1.2 Kontak pertama responden dengan pelayanan kesehatan berdasarkan tempat pelayanan kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir keseluruhan responden melakukan pemeriksaan atau pengobatan pertama kali di tenaga medis atau penyedia layanan kesehatan (97,5%). Persentase penyedia layanan kesehatan yang menjadi kontak pertama pasien tersebut, yaitu: puskesmas (27,5%), rumah sakit (25,8%), bidan (16,7%), praktik dokter spesialis (15,8%), dan praktik dokter umum (11,7%).

Wahidin (2015) menyatakan bahwa program deteksi dini kanker serviks merupakan program yang dicanangkan pemerintah dan sudah berjalan di 1.985 puskesmas di 304 kabupaten/kota yang menyebar di 34 provinsi Indonesia sampai tahun 2014. Cakupan skrining yang telah dilakukan yaitu 904.099 orang (2,45%), hasil IVA positif yaitu 44.654 orang (4,94%), dan suspek kanker serviks sebanyak 1.056 orang (Buletin Jendela Data & Informasi Kesehatan, 2015), sehingga wajar jika puskesmas menjadi kontak pertama pelayanan kesehatan primer yang paling banyak digunakan oleh responden.

Faktor yang dapat mempengaruhi pemilihan pelayanan kesehatan dapat berasal dari penyedia layanan kesehatan dan atau individu pasien. Faktor yang berasal dari penyedia layanan kesehatan yaitu kualitas pelayanan dan cakupan wilayah pelayanan. Faktor yang berasal dari individu pasien yaitu umur, tingkat pendidikan, jenis kelamin, dan status ekonomi.

Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa 90% responden memiliki penghasilan kurang dari tuga juta rupiah. Hal ini mengindikasikan bahwa status ekonomi responden tergolong rendah. Thuan (2008) menyatakan bahwa status ekonomi menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi pemilihan layanan kesehatan. Pasien dengan keluarga yang berpenghasilan rendah cenderung memilih penyedia layanan kesehatan umum (publik atau dari pemerintah) (Musoke, 2014).

6.2.1.3 Waktu tempuh dari rumah responden ke tempat pelayanan kesehatan yang menjadi kontak pertama pelayanan kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian responden mempunyai tempat tinggal yang berjarak kurang dari 15 menit ke tempat pelayanan kesehatan (41,7%). Sangat sedikit responden yang jarak rumahnya >1 jam dari penyedia layanan kesehatan (9,2%). Hasil penelitian ini juga selaras dengan penelitian kualitatif yang dilakukan dengan Schalwyk *et al.*, (2008) bahwa sebagian besar jarak dari rumah pasien kanker serviks ke tempat pelayanan kesehatan atau klinik kesehatan yaitu 0-5 km. Fatmi dan Kiguli dalam Musoke (2014) menyatakan bahwa jarak penyedia layanan kesehatan mempengaruhi perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pasien.

Chadza *et al.*, (2012) menyebutkan bahwa jarak tempat tinggal dari fasilitas kesehatan merupakan faktor yang dapat menyebabkan wanita yang merasakan gejala kanker serviks, akan terbatas untuk mendapatkan pemeriksaan dini kanker serviks. Wanita yang jarak tempat tinggalnya >100 km dari pusat diagnosis memiliki risiko 4,5 kali lebih besar untuk

mengalami keterlambatan diagnosis jika dibandingkan dengan yang tinggal dalam radius <100 km dari pusat diagnosis (Kunthi, 2015).

6.2.1.4 Kontak pertama responden dengan pelayanan kesehatan berdasarkan dengan rentang waktu keluhan dengan pengobatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden melakukan pemeriksaan atau pengobatan dalam rentang waktu <1 bulan setelah gejala atau keluhan (65%) dan sangat sedikit responden yang melakukan pemeriksaan atau pengobatan dalam rentang waktu 4-12 bulan (16,7%).

Hal yang hampir sama ditunjukkan oleh hasil dari penelitian yang dilakukan Lim *et al.*,(2013) bahwa waktu median yang dibutuhkan dari gejala yang dirasakan hingga pemeriksaan pertama adalah satu bulan. Sedangkan rerata waktu yang dibutuhkan diantara waktu pemeriksaan pertama hingga penegakan diagnosis yaitu tiga bulan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Schalkwyk (2008) menunjukkan bahwa rerata jumlah bulan dari kontak pertama dengan perawatan kesehatan profesional sampai diagnosis adalah 17,3 dan tiga sampai tujuh bulan dari diagnosis untuk rujukan untuk perawatan.

6.2.2 Pemanfaatan pengobatan tradisional atau alternatif

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian menggunakan pengobatan tradisional atau alternatif dalam upaya pengobatan kanker serviks (40,8%). Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa kepercayaan dalam melakukan pengobatan tradisional dapat diperoleh dari keluarga. Kepercayaan tersebut lebih cenderung berdasarkan keyakinan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu

(Kunthi, 2015). Perilaku pasien yang juga menggunakan pengobatan tradisional (*traditional remedy*) merupakan salah satu bentuk perilaku pencarian pengobatan (Notoatmodjo, 2010).

6.2.3 Dukungan keluarga

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden mendapatkan dukungan yang tinggi dari keluarganya (60%) dan sebagian kecil responden yang mendapatkan dukungan yang rendah dari keluarga (39%). Penelitian analitik yang dilakukan oleh Kunthi (2015) menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga (suami) dengan keterlambatan diagnosis kanker serviks ($p= 0,01$; $OR= 4,592$). Ibfelt *et al.*, dalam Kunthi (2015) menyebutkan bahwa suami mempengaruhi perilaku pengobatan pasien kanker serviks. Salah satu peran suami dalam pengobatan kanker serviks yaitu sebagai tempat untuk berdiskusi seputar kanker serviks.

6.2.4 Tingkat pengetahuan

Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk perilaku kesehatan seseorang. Tingkat pengetahuan responden pada penelitian ini diukur dengan kuisioner yang berisi 8 pertanyaan tentang kanker serviks. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi atau baik tentang kanker serviks (60,83%) dan hanya sebagian kecil responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang rendah tentang kanker serviks (39,17%). Pelaksanaan KIE (Konsultasi, Informasi, dan Edukasi) dan penyuluhan yang dilakukan dengan baik di POSA RSUD Soetomo memungkinkan pasien dan keluarga untuk memiliki pengetahuan yang baik tentang kanker serviks.

Car dalam Maseko (2015) menyatakan bahwa hampir keseluruhan dari hambatan yang dihadapi oleh para wanita pada negara dengan pendapatan yang rendah yaitu kurangnya pengetahuan tentang gejalakanker serviks, kurangnya pemahaman terhadap konsep layanan kesehatan preventif (skrining), dan tentunya tidak adanya biaya untuk mengakses pelayanan kesehatan. Hambatan tersebut dapat memungkinkan terjadinya penundaan dalam perilaku pencarian pelayanan kesehatan dan atau pengobatan kanker serviks (Lim *et al.*, 2014).

BAB 7

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Kesimpulan dari penelitian ini menyatakan bahwa karakteristik pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo adalah sebagian besar berumur 50-59 tahun dengan risiko tinggi terkena kanker serviks yaitu merokok dan menikah pada usia dini, serta hampir seluruh responden berada pada stadium IIb-IIIb. Pola perilaku pencarian pelayanan kesehatan menunjukkan bahwa sebagian besar melakukan pengobatan <1 bulan setelah keluhan, hampir seluruh pasien memeriksakan dirinya pertama kali pada penyedia layanan medis dan mempunyai dukungan keluarga yang tinggi.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi masyarakat

Masyarakat harus lebih waspada dan paham tentang gejala kanker serviks. Masyarakat seharusnya secara dini melakukan skrining (*pap smear* dan IVA) sebagai upaya pencegahan terjadinya kanker serviks.

7.2.2 Bagi RSUD Dr. Soetomo

Perlu dipertahankan kinerja pelayanan yang sudah baik, misalnya pemberian KIE dan penyuluhan, karena pemberian pemahaman dan dukungan yang baik akan memberikan dampak yang baik terhadap proses pengobatan pasien.

Pihak rumah sakit juga perlu meningkatkan dan mengoptimalkan pelaksanaan deteksi dini kanker serviks secara, sehingga dapat menurunkan angka pasien yang terdiagnosis pertama kali pada stadium yang sudah lanjut.

7.2.3 Bagi peneliti selanjutnya

Melakukan penelitian lebih lanjut tentang karakteristik dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan pada pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo dengan metode yang sama ataupun berbeda. Hal ini untuk evaluasi hasil pemberian pelayanan kesehatan dan mengetahui perkembangan situasi pasien kanker serviks.

DAFTAR PUSTAKA

- “An introduction to the anatomy of the uterine cervix”, *International agency for research on cancer (IARC) group*. Diunduh dari <http://screening.iarc.fr/colpochap.php?chap=1>, tanggal 18 Februari 2016.
- Achmadi, BAS., dan Suhatno, 2011, “Karakteristik penderita kanker serviks 2006- 2010 di RSUD Dr. Soetomo”, *Majalah obstetri & ginekologi vol. 19 no. 3 September- Desember 2011*: 128- 133. Diunduh dari <http://journal.unair.ac.id/>, tanggal 27 Ferbruari 2016.
- ACS, 2011, *Global cancer facts and figure 2nd edition*, American Cancer Society, Inc, Atlanta
- American Cancer Society*. 2014, *Cervical cancer*. Diunduh dari <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/detailedguide/cervical-cancer-risk-factors>, tanggal 27 Februari 2016.
- Andrijono, 2010, *Cegah dan deteksi kanker serviks*, PT.Elex Media Komputindo, Jakarta.
- Arikunto dan Suharsimi, 2006, *Prosedur penelitian, suatu pendekatan praktik edisi revisi IV*, PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Arynta EV., 2015, “Gambaran karakteristik dan perilaku kesehatan pasangan infertil di klinik Graha Amerta RSUD Dr. Soetomo Surabaya”, *Skripsi 2015*, Program Studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran UNAIR, Surabaya.
- Bezabih M., Fasil T., Hailemariam S., and Amare D., 2015, "Risk factors associated with invasive cervical carcinoma among women attending Jimma University Spezialized Hospital, Southwest Ethiopia: A case Control Study", *Ethiopia Journal Health Science, Vol. 25, No. 4, pp: 345-352*. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4762973/>, tanggal 20 Juni 2016.
- Bosch FX., 2002, “Male sexual behavior and human papillomavirus DNA: key risk factors for cervical cancer in Spain”, *JournalClinicalPathology. Vol. 55(4): 244–265*. Diunduh dari www.ncbi.nlm.nih.gov/, tanggal 27 Februari 2016.
- Burd EM, 2003, Human papillomavirus and cervical cancer, *Clinical Microbiology Reviews Vol. 16, No. 1, pp: 1-17*. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC145302/>, 14 Juli 2016

- Cancer Research UK, 2014, *Cervical cancer statistics*. Diunduh dari <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/cervical-cancer>, tanggal 28 Februari 2016.
- Carroll K., and David K., 1994, *Nutrition and disease update: cancer*, AOCS, UK.
- Chadza E., Ellen C., Alfred M., Address M., Abigail K., and Angela C., 2012, "Factors that contribute to delay in seeking cervical cancer diagnosis and treatment among women in Malawi", *Health Vol. 4, No. 11*. Diunduh dari <http://dx.doi.org/10.4236/health.2012.411155>, tanggal 21 Juni 2016.
- Chang Liu Z., Wei DL., Yan HL., Xiao HY., Si DC., "Multiple sexual partners as a potential independent risk factor for cervical cancer: a meta analysis of epidemiological studies", *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention Vol. 13, Issue number 11, 5489- 5495*. Diunduh dari http://www.apocpcontrol.org/page/apjcp_issues, tanggal 17 April 2016.
- Chichareon S., Ronaldo H., Nubia M., Bosch FX., Marcel VJ., Judith D., Mercedes S., Virasakdi C., Chris JLMM., JAn MMW., 1998, "Risk factor for cervical cancer in Thailand: a case control study", *Journal of the National Cancer Institute, Vol. 90, no. 1*. Diunduh dari <http://jnci.oxfordjournals.org/content/90/1/50>, tanggal 17 April 2016.
- Chusairi A., 2003, *Health seeking behavior para pasien poli perawatan paliatif: studi eksploratif terhadap lima pasien poli perawatan paliatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya*, Fakultas Psikologi Universitas Airlangga, Surabaya
- "Colposcopic diagnosis of preclinical invasive carcinoma of the cervix and glandular neoplasia", *International agency for research on cancer (IARC) group*. Diunduh dari <http://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=1&chap=8>, tanggal 14 Juli 2016.
- Crosbie EJ., Mark HE., Silvia F., Henry CK., 2013, "Human papillomavirus and cervical cancer", *The Lancet Seminars Vol. 382, no. 9895, p 889-899*. Diunduh dari [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60022-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60022-7), tanggal 17 April 2016.
- Davis JL., 2003, "Obesity raises cervical cancer risk: risk doubles for women who are overweight", *WebMD, Inc*. Diunduh dari <http://www.webmd.com/cancer/cervical-cancer/news/20030714/obesity-raises-cervical-cancer-risk>, tanggal 28 Februari 2016.
- Depkes, 2009, *Buku saku pencegahan kanker leher rahim dan kanker*

payudara, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.

Dewi RS., 2008, *Faktor yang mempengaruhi keterlambatan klien kanker serviks memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan*, FKM UNAIR dan Poltekkes Kemenkes, Surabaya.

Foster MG., Anderson GB., 1986, *Antropogi kesehatan*, Penerbit Universitas Indonesia, Jakarta.

Franceschi S., Plummer M., Clifford G., Sanjose de S., Bosch X., Herrero R., Munoz N., and Vaccarella S., 2009, "Differences in the risk of cervical cancer and human papillomavirus infection by education level", *British Journal of Cancer Vol. 101, No. 5, pp: 865-870*. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736843/>, tanggal 14 Juli 2016.

Gardner JW., Schuman KL., Slattery ML., Sanborn JS., and Abbott TM, 1991, "Is vaginal douching related to cervical carcinoma?", *American Journal Epidemiology, Vol.133, No.4, pp:368-375*. Diunduh melalui <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1994700/>, tanggal 21 Juni 2016.

GLOBOCAN, 2012, *Cervical cancer: estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012*, International Agency for Research on Cancer WHO. Diunduh dari <http://globocan.iarc.fr/>, tanggal 12 Februari 2016.

Gyenwali D., Gita K., Rajan P., Archana A., Jitendra P., and Sharad RO., 2014, "Estimates of delays in diagnosis of cervical cancer in Nepal", *BioMed Central Women's Health, Vol. 14, No. 29*. Diunduh melalui <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/14/29>, tanggal 21 Juni 2014.

Hemminki K., Chuanhui D., and Pauli V., 1999, "Familial risk in cervical cancer: is there a heredity component?", *International Journal of Cancer Vol. 82, p. 775-781*. Diunduh dari <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/>, tanggal 18 April 2016.

Hidayat, 2009, *Ilmu perilaku manusia pengantar psikologi untuk tenaga kesehatan*, Trans Info Media, Jakarta.

Hoque ME., Ghuman S., Coopoomay R., and Van HG., 2014, "Cervical cancer screening among univerity student theory based study", *A Peer Reviewed, Open Access Journal One, Vol. 9, No. 11, e111557*. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25387105/>, tanggal 14 Juli 2014.

Hwang LY., Ma Y., Shiboski SC., Farhat S., Jonet J., and Moscicki AB, 2012, "Active squamous metaplasia of the cervical epithelium is associated with subbsequent acquisiton of human papillomavirus 16 infection

among healthy young women”, *Journal Infection Disease, Vol. 206, No. 4, pp: 504-511.* Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3491738/>, tanggal 14 Juli 2016.

Ibrahim A., Rasch V., Pukkala E., dan Aro AR., 2011, “Cervical cancer risk factors and feasibility of visual inspection with acetic acid screening in Sudan”, *International Journal Womens Health Vol. 3, pp:117-122.* Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3089429/>, tanggal 15 Juli 2016.

Inayati KD., dan Santi WP., 2015, “Analisis survival non parametrik pada pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo Surabaya menggunakan metode *Kaplan Meier* dan uji *Log Rank*”, *Jurnal Sains dan Seni ITS Vol. 4, No. 2, pp: D199-D204.* Diunduh dari http://ejurnal.its.ac.id/index.php/sains_seni/article/download/14698/2575, tanggal 16 Juni 2016.

International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, 2006, “Cervical carcinoma and reproductive factors: Collaborative reanalysis of individual data on 16,563 women with cervical carcinoma and 33,542 women without cervical carcinoma from 25 epidemiological studies”, *International Journal Cancer* 119, No. 5, pp: 1108-1124. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16570271>, tanggal 20 Juli 2016

Jia Yao, Li Shuang, Yang Ru, Zhou Hang, Xiang Qunying, Hu Ting, Zhang Qinhua, Chen Zhilan, Ma Ding, and Feng Ling, 2013, “Knowledge about cervical cancer and barriers of screening program among women in Wufeng Country, a high- incidence region of cervical cancer in China, *A Peer-Reviewed, Open Access Journal, Vol. 8, No.7, pp: e67005.* Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3699583/>, tanggal 18 Juli 2016.

Karthigeyan, 2012, “Cervical cancer in India and HPV vaccination”, *Indian Journal Medical Paediatric Oncology Vol. 33, No. 1, pp: 7–12.* Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3385284/>, tanggal 13 Juli 2016 WHO, 2016, *Human papillomavirus and cervical cancer*, Media Centre: Fact Sheet. Diakses melalui <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/>, tanggal 13 Juli 2016

Kemenkes RI, 2010, *Keputusan Menteri Kesehatan RI: pedoman teknis pengendalian kanker payudara dan kanker leher rahim*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

- Kemendes RI, 2015, *Buletin jendela data dan informasi kesehatan: situasi kanker serviks*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Kian M., 2003, *A review of health seeking behaviour: problem and prsopect*, Health Systems Development Program, Universe of Manchester, UK.
- KOMINFO JATIM, 2015, *Perhari RSUD Dr. Soetomo layani 3- 4 pasien kanker serviks*. Diunduh dari <http://kominfo.jatimprov.go.id/read/umum/45574>, tanggal 26 Februari 2016.
- Komite Penanggulangan Kanker Nasional (KPKN), 2015, *Panduan pelayanan kankers serviks*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Lasut E., Max R., dan Erna S., 2015, "Karakteristik penderita kanker serviks di BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou", *Jurnal e- clinic (eCl) Vol. 3, No. 1*. Diunduh dari <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/eclinic/article/view/6519>, tanggal 4 Agustus 2016.
- Lim AW., Amanda R., Peter S., Julietta P., and Lindsay JLF., 2014, "Delays in diagnosis of young female with symptomatic cervical cancer in England: an interview- based study", *The British Journal of General Practice Vol. 64, No. 627, pp*" e602-e610. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4173722/>, tanggal 28 Juni 2016.
- Lim AW., Lindsay JLF., Adam NR., Kantipati SR., and Amanda JR., 2013, "Measuring the nature and duration of symptoms of cervical cancer in young women", *BMC Women's Health Vol. 2013, No. 45*. Diunduh dari <http://www.medscape.com/viewarticle/820244>, tanggal 28 Juni 2016.
- Louie KS., Sanjose, M. Dias, X. Castellsague, R. Herrero, C.J Meijer, K. Shah, S. Franceschi, N. Munoz, and FX. Bosch, 2009, "Early age at first sexual intercourse and early pregnancy are risk factors for cervical cancer in developing countries", *British Journal of Cancer Vol 100(0), pp: 1191-1197*. Diunduh dari, tanggal 17 April 2016.
- M., Hinkula, Pukkal E., Kyyronen P., Laukkanen P., Koskela P., Paavonen J., Lehtinen M. Kauppila A., 2004, "A population based study on the risk of cervical cancer and cervical intraepithelial neoplasia among grand multiparous women in Finland", *British Journal of Cancer Vol. No. 5, pp:1025-1029*. Diunduh melalui <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2410219/>, tanggal 21 Juni 2016.
- Manalu, RSB., 2011, *Faktor yang berhubungan dengan keterlambatan diagnosis pada penderita kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo Surabaya*, FKM Universitas Airlangga, Surabaya.

- Manuaba IBG., 2008, *Ilmu kebidanan, penyakit kandungan & keluarga berencana untuk pendidikan bidan*, EGC, Jakarta.
- Martino JL and Vermund SH., 2002, "Vaginal douching: evidence for risk or benefits to women's health", *Epidemiology Review Vol. 24, No. 2, pp: 109-124*. Diunduh dari: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567125/pdf/nihms-69288.pdf>, tanggal 20 Juli 2016.
- Mayrita SN., dan Nanik H., 2014, Hubungan antara paritas dengan kejadian kanker serviks di Yayasan Kanker Wisnuwardhana Surabaya, Universitas Nadhalatul Ulama Surabaya.
- Mishra GA., Sharmila AP., and Surendra SS., 2011, "An overview of prevention and early detection of cervical cancer". *Indian Journal of Medical and Pediatric Oncology, Vol. 32, No. 3, pp: 125-132*. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3342717/>, tanggal 21 Juni 2016.
- Moreno V., Bosch FX., Munoz N., Meijer CJ., Shah KV., Walboomers JM., Herero R., Franceschi S., International Agency for Research on Cancer, Multicancer Study Group, 2002, "Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case control study", *Lancet Vol. 359, No. 9312, pp: 1085-1092*. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11943255>, tanggal 20 Juli 2016
- Mukharomah KI., 2015, *Faktor-faktor yang berhubungan dengan ketrlambatan diagnosis penderitakanker leher rahim di RSUD Kota Semarang tahun 2014*, FIK Universitas Negeri Semarang.
- Musoke D., Petra B., Ceri B., and Miph BM., 2014, "Health seeking behaviour and challenges in utilising health facilities in Wakiso district, Uganda", *Africa Health Science Vol. 14, No. 4, pp: 1046-1055*. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4370086/>, tanggal 28 Juni 2016.
- Natphopsuk S., Wannapa SI., Supat S., Chamsai P., Pissamai Y., and Takafumi I., 2012, "Risk factors for cervical cancer in northeastern Thailand: Detailed analyses of sexual and smoking behaviour", *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. Diunduh dari http://www.apocpcontrol.org/page/apjcp_issues_view.php, tanggal 17 April 2016.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2005, *Metode penelitian kesehatan*, PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, S., 2012, *Metodologi penelitian kesehatan*, PT.Rineka Cipta, Jakarta.

- Paramita S., Soetomo S., M. Aris AW., and Sutiman BS., 2010, "High parity and hormonal contraception use as risk factors for cervical cancer in East Kalimantan", *Medical Journal of Indonesia Vol. 19, No. 4*. Diunduh dari <http://mji.ui.ac.id/journal/index.php/mji/article/view/414>
- Parikh S., Brennan P., and Boffetta P., 2003, Meta-analysis of social inequality and the risk of cervical cancer, *International Journal Cancer V. 105, No. 5, pp: 687-691*. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1274091>, tanggal 14 Juli 2016.
- Pandey A., dan Navneet M., 2015, *Screening in obstetric & gynecology, management of abnormality (federation of obstetric & gynaecological societies of india)*, Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd., New Delhi. Diunduh dari <https://books.google.co.id/books>, tanggal 18 Februari 2016.
- PDQ, 2016, "Adult treatment editorial board: PDQ cervical cancer treatment, health professional version", Bethesda, MD: *National Cancer Institute*. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0032580/>, tanggal 22 Juni 2016.
- Permekes RI, 2013, *Pelayanan kesehatan pada jaminan kesehatan nasional*, Menteri Kesehatan RI, Jakarta.
- Plummer M., Julian P., and Silvia F., 2012, "Time since first sexual intercourse and the risk of cervical cancer", *International Journal Cancer Vol. 130 (11): 2638- 2644*. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>, tanggal 17 April 2016.
- Prawirohardjo, S., 2005, *Ilmu kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka: Jakarta
- Pusdatin Kemenkes RI, 2015, *Situasi penyakit kanker*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Rasjidi, I., 2009, *Deteksi dini & pencegahan kanker pada wanita*, SagungSeto, Jakarta.
- Romauli, 2009, *Kesehatan reproduksi*, NuhaMedika, Yogyakarta.
- Sadewa PA., dan T. Mirza I., 2014, "Hubungan antara kejadian kanker serviks uteri dengan factor risiko menikah usia muda", *Jurnal Medika Muda*. Diunduh melalui <http://download.portalgaruda.org/article>, tanggal 19 Juni 2016.
- Schalwyk SLV., Maree JE., and Wright SCD., 2008, "Cervical cancer: the route from signs and symptoms to treatment in South Africa", *Reproductive Health Matters Vol. 16, No. 32, pp: 9-17*. Diunduh dari [http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080\(08\)32399-4/abstract](http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080(08)32399-4/abstract), tanggal 17 Juli 2016.

- Sherries J., Cristina H., and Christopher E., 2001, "Cervical cancer in the developing world", *Western Journal of Medicine*, Vol. 175, No. 4, pp: 231-233. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071564/>, tanggal 21 Juni 2016.
- Slattery ML., Robison LM., Schuman KL., French TK., Abbott TM., Overall JC., and Gardner JW., 1989, "Cigarette smoking and exposure to passive smoke are risk factors cervical cancer", *The Journal of the American Medical Association* Vol. 261, no.11, pp: 1593-1598. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2918652>, tanggal 16 Juli 2016.
- Sreedevi A., Reshma Javed., and Avani D., 2015, "Epidemiology of cervical cancer with special focus on India", *International Journal Woman Health* Vol. 7, p. 405- 414. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>, tanggal 17 April 2016.
- Sugiyono, 2011, *Metode Penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*, Alfabeta: Bandung
- Suheimi A.H., 2010, *Cegah dan deteksi kanker serviks*, Elex Media Komputindo, Jakarta.
- SukacaS., 2009, *Cara cerdas menghadapi kanker serviks*, Genius Printika, Yogyakarta.
- Suryapratama SA., 2012, *Karakteristik penderita kanker serviks RSUP Dr. Kariadi Semarang tahun 2010*, FK UNDIP: Semarang. Diunduh dari eprints.undip.ac.id, tanggal 28 Juni 2016.
- Syatriani S., 2011, "Faktor risiko kanker serviks di RSUD Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar", *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* vol. 5, no. 6.
- Tindaon E., 2014, *Karakteristik penderita kanker serviks yang dirawat di rumah sakit pemerintah di kota Medan tahun 2014*, FKP Universitas Sumatera Utara.
- Utami NM., 2013, *Hubungan tingkat pengetahuan pasangan usia subur dengan perilaku deteksi dini kanker serviks di wilayah kerja Puskesmas Sangkrah Kecamatan Pasar Kliwon Surakarta*, FIK Universitas Muhammadiyah, Surakarta.
- Yolanda AE., dan Ferry FK., 2013, "Tingkat kecemasan pasien kanker serviks pada golongan ekonomi rendah yang mengikuti program kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi", *Sains Medika*, Vol. 5, No. 2, pp. 68-81. Diunduh dari <http://download.portalgaruda.org/>, tanggal 19 Juni 2016.

- Yu CK., Chiu C., Mc. Cormack, Olaitan., 2005, "Delayed diagnosis of cervical cancer in young women", *Journal Obstetric Gynaecology Vol. 25, No. 4*, pp: 367-370. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16091322>, tanggal 28 Juni 2016.
- Zeng XT., Xiong PA., Wang F., Li CY., Yao J., and Guo Y., 2012, "Passive smoking and cervical cancer risk: meta analysis based on 3.230 cases and 2.982 controls", *Asian Pacific Cancer Preview Vol. 13, No. 6*, pp: 2687-2693. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22938442>, tanggal 16 Juli 2016.
- Zhang J., Thomas AG., and Leybovich E, 1997, "Vaginal douching and adverse health effects: a meta-analysis", *American Journal Public Health Vol. 87, No. 7*, pp: 1207-1211. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380899/>, tanggal 21 Juni 2016.

Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan Penelitian**JADWAL KEGIATAN PENELITIAN MAHASISWA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN FK UNAIR
TAHUN AJARAN 2015/2016**

Kegiatan	Sep-15 s.d Jan 16					Feb-16					Maret-16					April-15					Mei-16					Juni-16					Juli-16					Agustus-16				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
a. Pengajuan judul skripsi																																								
b. Penyusunan proposal skripsi																																								
c. Ujian proposal skripsi																																								
d. Revisi proposal skripsi																																								
e. Pengajuan Etik																																								
f. Pengumpulan data penelitian																																								
g. Analisis data penelitian dan penyusunan Bab 5,6, dan 7																																								
h. Sidang skripsi																																								
i. Penulisan artikel																																								

Lampiran 2 :Surat Izin Penelitian



Lampiran 3 : *Informed Consent* dan Lembar Persetujuan menjadi Responden**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN**

Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya 60131 Telp. 031-5020251, 5030252-3
Fax : 031-5022472

INFORMATION FOR CONSENT**(LEMBAR INFORMASI GUNA MEMPEROLEH PERSETUJUAN)**

Anda diminta secara sukarela untuk berpartisipasi dalam sebuah penelitian dengan judul “Karakteristik dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo Surabaya”.

Latar belakang penelitian

Pusdatin Kementerian Kesehatan RI menyatakan bahwa jenis kanker dengan prevalensi tertinggi kedua di Indonesia pada tahun 2013 adalah kanker serviks. Jumlah penderita kanker serviks terbanyak terdapat pada Provinsi Jawa Timur dan Jawa Tengah. Hasil survey yang dilakukan oleh Pusdatin menunjukkan bahwa dari tahun 2010- 2013, jumlah kasus baru maupun jumlah kematian yang diakibatkan oleh kanker serviks terus meningkat (Pusdatin Kemenkes RI, 2015).

Rumah Sakit Umum (RSUD) Dr. Soetomo adalah rumah sakit tipe A yang dimiliki oleh Pemerintah provinsi Jawa Timur. Rumah sakit yang menjadi rujukan terbesar di kawasan Indonesia Timur ini, dalam sehari rata-rata menangani pasien kanker serviks sebanyak 3-4 orang. Pada tahun 2014, jumlah pasien kanker serviks di RSUD Dr. Soetomo mencapai 842 orang. Rata-rata rentang usia pasien 35- 54 tahun dan 44,75% di antaranya sudah mencapai stadium III (Kominfo RI, 2015).

Karakteristik pasien dapat mempengaruhi perilakunya dalam mencari pelayanan kesehatan. Karakteristik pasien seharusnya dapat dikenali lebih awal oleh tenaga kesehatan, karena dapat mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan. Karakteristik tersebut dapat berupa karakteristik demografi atau individu yang meliputi umur, alamat, pekerjaan, pendidikan, status pernikahan, suku, agama, stadium kanker, terapi yang diberikan dan sebagainya.

Jumlah penelitian atau referensi yang membahas tentang masalah ini masih sangat sedikit, terutama yang dilakukan di RSUD Soetomo. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi data yang dapat membantu tim pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan yang maksimal.

Tujuan penelitian

Mengeksplorasi secara mendalam tentang gambaran karakteristik dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan pada pasien kanker serviks sebelum datang di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Manfaat penelitian

Dalam bidang kesehatan, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan untuk meningkatkan mutu pelayanan pasien kanker serviks di POSA (Poli Onkologi Satu Atap) di RSUD Dr. Soetomo. Dalam bidang penelitian, sebagai data yang menunjang penelitian lain terutama yang berkaitan dengan kanker serviks. Dalam bidang akademik, sebagai landasan pengembangan ilmu pengetahuan. Bagi subyek penelitian, dapat menjadi tambahan wawasan dan informasi. Apabila Anda membutuhkan informasi tambahan silahkan menghubungi

Nama/ NIM : Ferninda Sagita Ramadani / 011211231015

No telp : 0857-8429-1500

Program Studi : Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Jl. Mayjen. Prof. Dr. Moestopo 6- 8 Surabaya.

PERSETUJUAN SEBAGAI SUBJEK PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

No telp:

Telah mendapatkan penjelasan secukupnya dari peneliti, dengan menyadari manfaat penelitian ini, maka secara sadar dan sukarela menyatakan:

Bersedia/ Tidak Bersedia *)

Untuk turut serta dalam penelitian ini

Dan dilakukannya wawancara yang diperlukan atas diri saya. Apabila selama mengikuti penelitian ini saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun, maka saya berhak membatalkan persetujuan ini. Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenar- benarnya.

*) coret salah satu

Surabaya, 2016

Responden

Peneliti

Saksi

()

(Ferninda Sagita R.)

()

Lampiran 4 :Kuisisioner Penelitian

No. RM

Kode

Lembar pengumpul data dan kuisisioner

**“Karakteristik dan Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan Pasien Kanker
Serviks di RSUD Dr. Soetomo Surabaya”**

Umur/ Std :	
Alamat Responden:	

A. Karakteristik

Jawablah dengan memberi tanda (√) pada pilihan yang sesuai dengan keadaan Anda sekarang !

1. Pendidikan terakhir :

Tidak sekolah SD SMP SMA Perguruan Tinggi

2. Total pendapatan keluarga perbulan :

< 1 juta 1- 3 juta > 3 juta

3. Apakah agama/ keyakinan Anda?

Islam Kristen Katolik Hindu Budha

B. Faktor Resiko

Jawablah dengan memberi tanda (√) pada pilihan yang sesuai dengan keadaan Anda !

1. Pada usia berapakah, Anda pertama kali melakukan hubungan seksual?

< 20 th

20-30 th

2. Pada usia berapakah Anda pertama kali melahirkan?

16 tahun atau <16 tahun

lebih dari 16th

3. Berapa usia Anda saat melahirkan pertama kali?

16 tahun atau <16 tahun

lebih dari 16th

4. Berapa jumlah anak kandung Anda yang lahir secara normal (tidak operasi Caesar)?

1 anak 2 anak 3 anak 4 anak 5 anak atau lebih

5. Apakah suami atau keluarga yang satu rumah dengan Anda mempunyai kebiasaan merokok?
 Iya Tidak
6. Apakah Anda dulu (sebelum sakit) sering mencuci daerah kewanitaannya dengan menggunakan sabun atau cairan pembersih vagina?
 Iya Tidak
7. Apakah ada anggota keluarga Anda (ibu kandung, tante, saudara kandung) yang sedang/ pernah mempunyai tumor/ benjolan, kanker serviks, kanker payudara, dan penyakit kanker lainnya?
 Tidak Iya
8. Berapa lama Anda memakai pil KB?
 Tidak pernah kurang dari 5 tahun 5 – 10 tahun lebih dari 10 tahun

C. Perilaku

Jawablah dengan memberi **tanda** (✓) pada pilihan yang sesuai dengan keadaan Anda sekarang !

1. Keluhan apakah yang membuat Anda untuk melakukan pemeriksaan pertama kali??
 Tidak ada gejala perdarahan yang tidak normal keputihan berlebih dan berbau lainnya, sebutkan.....
2. Berapa rentang waktu antara keluhan dengan pengobatan?
 < 1 bulan, yaitu.....
 1-3 bulan, yaitu
 4-12 bulan, yaitu.....
3. Dimana Anda melakukan pengobatan pertama kali?
 Bidan Puskesmas/ klinik Praktik Dokter Umum Praktik Dokter Spesialis Rumah Sakit Alternatif
4. Sampai sekarang, apakah Anda **pernah** pergi ke pengobatan alternatif/ tradisional dan atau meminum **jamu** sebagai upaya penyembuhan penyakit tersebut?
 Ya, sebutkan tempatnya.....
 Tidak
5. Berapa waktu tempuh dari rumah Anda ke tempat pengobatan/ pelayanan kesehatan **terdekat**?
 <15 menit 15-30 menit 30 menit - 1 jam > 1 jam

D. Family Support (dukungan keluarga: suami/ anak/ orang tua)

Jawablah dengan memberi **tanda** (√) pada pilihan yang menurut Anda sesuai dengan kondisi Anda !

Pernyataan	Tidak pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1. Semua keperluan saya selama pengobatan, saya urus sendiri tanpa bantuan keluarga				
2. Sejak saya sakit, semua aktivitas mengurus rumah (memasak, menyapu, cuci baju, ngepel, dll) tetap saya lakukan sendiri tanpa bantuan anggota keluarga				
3. Pada saat saya kontrol atau pengobatan, ada anggota keluarga yang mengantar				
4. Biaya transportasi dan biaya keperluan saya selama pengobatan dibiayai oleh keluarga				
5. Pada saat saya mengeluh tentang penyakit yang saya derita, keluarga saya mau mendengarkan				
6. Pada saat saya curhat, keluarga saya mau menasehati dan memberikan masukan				

E. Pengetahuan

Jawablah dengan memberi **tanda** (√) pada pilihan yang Anda anggap tepat !

No.	Item Pertanyaan / Pernyataan	Jawaban	
		Benar	Salah
1.	Sering berganti pasangan tidak menjadi salah satu faktor risiko terjadinya kanker serviks/ leher rahim		
2.	Keputihan yang banyak dan berbau bukan merupakan salah satu gejala penyakit tersebut		
3.	Kemoterapi dan terapi sinar bukan termasuk cara pengobatan penyakit tersebut		
4.	Salah satu risiko terkena penyakit tersebut dikarenakan pasien menikah dan/ berhubungan seksual pada umur kurang dari 20 tahun		
5.	Apabila diantara anggota keluarga, misalnya ibu kandung/ budhe, tante, dan saudara kandung, ternyata ada yang sakit kanker serviks, kemungkinan anaknya/ keponakan/ saudaranya juga bisa terkena penyakit tersebut		
6.	Hasil dari laboratorium PA (Patologi anatomi), dapat digunakan untuk mengetahui stadium/ tingkat keparahan penyakit tersebut		
7.	Salah satu gejala penyakit tersebut adalah perdarahan setelah berhubungan		
8.	PAP SMEAR adalah salah satu cara paling mudah yang dapat digunakan untuk mendeteksi dini penyakit tersebut		

Kunci jawaban kuisisioner**Kuisisioner B**

Nomersoal	Skor "1"
1	20 – 30 th
2	Kurang dari 16 th
3	Kurang dari 16 th
4	5 anak atau lebih
5	Iya
6	Iya
7	Iya
8	5 – 10 tahun/ lebihdari 10 tahun

Faktor resiko tinggi : nilai total $\geq 50\%$ mean/ median

Faktor resiko rendah : nilai total $\leq 50\%$ mean/ median

KuisisionerD (Social Support)

Nomersoal	Tipesoal	Kadang-kadang			
		Tidakpernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
3, 4, 5, 6	Positif	1	2	3	4
1, 2	Negatif	4	1	2	1

Mendukung : nilai total $\geq 50\%$ mean/ median

Tidakmendukung : nilai total $\leq 50\%$ mean/ median

Kuisisioner E (Pengetahuan)

Nomersoal	Jawaban
4, 5, 6,7,8	Benar
1, 2, 3	Salah

Tinggi : nilai total $\geq 50\%$ mean/ median

Rendah : nilai total $\leq 50\%$ mean/ median

Lampiran 5 :Ethical Clearance



Lampiran 6 : Lembar Pengumpul Data dan Statistik

1. Karakteristik responden

No	Umur	Pendidikan	Penghasilan	Stadium
p1	20-29 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p2	50-59 th	tamat perguruan tinggi	1-3 jt	II B - III B
p3	50-59 th	tidak sekolah	1-3 jt	II B - III B
p4	40-49 th	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p5	40-49 th	tamat SD	1-3 jt	II B - III B
p6	40-49 th	tamat SMA	<1 jt	II B - III B
p7	40-49 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p8	40-49 th	tamat SMP	1-3 jt	II B - III B
p9	30-39 th	tamat SMP	1-3 jt	II B - III B
p10	50-59 th	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p11	20-29 th	tamat SMA	1-3 jt	I - II A
p12	40-49 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p13	50-59 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p14	50-59 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p15	50-59 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p16	60 th atau lebih	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p17	40-49 th	tamat SMA	<1 jt	II B - III B
p18	40-49 th	tamat SD	1-3 jt	I - II A
p19	40-49 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p20	60 th atau lebih	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p21	50-59 th	tamat perguruan tinggi	>3 jt	II B - III B
p22	60 th atau lebih	tamat SMA	1-3 jt	II B - III B
p23	60 th atau lebih	tamat SD	1-3 jt	II B - III B
p24	60 th atau lebih	tidak sekolah	1-3 jt	II B - III B
p25	40-49 th	tamat SMP	1-3 jt	II B - III B
p26	30-39 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p27	40-49 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p28	60 th atau lebih	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p29	60 th atau lebih	tamat SD	1-3 jt	II B - III B
p30	60 th atau lebih	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p31	60 th atau lebih	tamat SD	1-3 jt	II B - III B
p32	50-59 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p33	50-59 th	tamat SMA	>3 jt	II B - III B
p34	30-39 th	tamat perguruan tinggi	<1 jt	II B - III B
p35	50-59 th	tamat SMA	1-3 jt	II B - III B
p36	60 th atau lebih	tamat SMA	1-3 jt	II B - III B
p37	40-49 th	tamat SD	1-3 jt	IV atau >IV
p38	50-59 th	tamat SD	1-3 jt	II B - III B
p39	50-59 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p40	40-49 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p41	40-49 th	tamat SD	>3 jt	II B - III B
p42	50-59 th	tamat SD	1-3 jt	II B - III B
p43	40-49 th	tamat SMP	1-3 jt	II B - III B
p44	40-49 th	tamat SMP	<1 jt	II B - III B
p45	50-59 th	tamat SD	1-3 jt	II B - III B

p47	50-59 th	tamat perguruan tinggi	>3 jt	II B - III B
p48	40-49 th	tamat SMP	<1 jt	II B - III B
p49	30-39 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p50	60 th atau lebih	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p51	30-39 th	tamat SMP	<1 jt	II B - III B
p52	50-59 th	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p53	60 th atau lebih	tamat SD	1-3 jt	II B - III B
p54	50-59 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p55	40-49 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p56	40-49 th	tamat perguruan tinggi	>3 jt	II B - III B
p57	40-49 th	tamat SMP	>3 jt	II B - III B
p58	50-59 th	tamat SMP	1-3 jt	I - II A
p59	40-49 th	tamat SMP	1-3 jt	II B - III B
p60	40-49 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p61	30-39 th	tamat SMA	>3 jt	II B - III B
p62	50-59 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p63	50-59 th	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p64	50-59 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p65	60 th atau lebih	tamat SD	1-3 jt	II B - III B
p66	60 th atau lebih	tamat SD	1-3 jt	II B - III B
p67	50-59 th	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p68	60 th atau lebih	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p69	50-59 th	tamat SMA	<1 jt	II B - III B
p70	50-59 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p71	50-59 th	tamat SMP	1-3 jt	II B - III B
p72	50-59 th	tamat SMP	1-3 jt	I - II A
p73	50-59 th	tamat SMP	<1 jt	II B - III B
p74	40-49 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p75	40-49 th	tamat SD	1-3 jt	II B - III B
p76	50-59 th	tamat SD	1-3 jt	II B - III B
p77	50-59 th	tamat SD	1-3 jt	II B - III B
p78	40-49 th	tamat SMA	1-3 jt	II B - III B
p79	40-49 th	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p80	30-39 th	tamat SD	1-3 jt	II B - III B
p81	50-59 th	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p82	30-39 th	tamat SMP	1-3 jt	II B - III B
p83	50-59 th	tamat SMA	<1 jt	II B - III B
p84	40-49 th	tamat SMA	1-3 jt	II B - III B
p85	50-59 th	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p86	30-39 th	tamat SD	1-3 jt	II B - III B
p87	60 th atau lebih	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p88	40-49 th	tamat SD	1-3 jt	I - II A
p89	60 th atau lebih	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p90	40-49 th	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p91	20-29 th	tamat SMP	1-3 jt	II B - III B
p92	50-59 th	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B

p93	30-39 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p94	50-59 th	tamat perguruan tinggi	>3 jt	II B - III B
p95	60 th atau lebih	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p96	50-59 th	tamat SMA	>3 jt	II B - III B
p97	50-59 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p98	50-59 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p99	40-49 th	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p100	50-59 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p101	40-49 th	tamat SMP	1-3 jt	II B - III B
p102	50-59 th	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p103	50-59 th	tamat SD	>3 jt	II B - III B
p104	40-49 th	tamat SMP	<1 jt	II B - III B
p105	50-59 th	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p106	50-59 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p107	50-59 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p108	30-39 th	tamat SMP	<1 jt	II B - III B
p110	60 th atau lebih	tamat SMA	1-3 jt	II B - III B
p111	50-59 th	tamat SD	1-3 jt	II B - III B
p112	60 th atau lebih	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p113	20-29 th	tamat SMA	>3 jt	II B - III B
p114	50-59 th	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p115	50-59 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p116	50-59 th	tidak sekolah	<1 jt	II B - III B
p117	30-39 th	tamat SMP	1-3 jt	I - II A
p118	30-39 th	tamat SD	1-3 jt	II B - III B
p119	50-59 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p120	40-49 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p121	40-49 th	tamat SD	<1 jt	II B - III B
p122	30-39 th	tamat SMP	1-3 jt	II B - III B

2. Faktor risiko responden

No	U. Aktual	U. Ideal	gap	perilaku positif	U. gap	n. kuantitas	pengawasan/kec
p1	<10 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p2	<10 th	<17 th	<5x	tidak ada	ya	tidak	tidak pernah; <5 th
p3	<10 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p4	<10 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p5	>10 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	ya	ya	5 th atau lebih
p6	>10 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p7	>20 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p8	<10 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	ya	tidak	5 th atau lebih
p9	<20 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p10	<20 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p11	<10 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p12	<10 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p13	<10 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p14	<10 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p15	<20 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p16	<20 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p17	<10 th	<17 th	<5x	tidak ada	tidak	tidak	5 th atau lebih
p18	<10 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	ya	ya	5 th atau lebih
p19	<10 th	<17 th	<5x	tidak ada	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p20	<10 th	<17 th	<5x	tidak ada	ya	tidak	tidak pernah; <5 th
p21	<20 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p22	<20 th	<17 th	<5x	tidak ada	ya	ya	tidak pernah; <5 th
p23	<20 th	<17 th	<5x	tidak ada	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p24	<20 th	<17 th	<5x	tidak ada	tidak	tidak	5 th atau lebih
p25	<20 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	ya	tidak	tidak pernah; <5 th
p26	<10 th	<17 th	<5x	tidak ada	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p27	<10 th	<17 th	<5x	tidak ada	tidak	tidak	5 th atau lebih
p28	<10 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	ya	5 th atau lebih
p29	<10 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p30	<10 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p31	<10 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p32	<20 th	<17 th	<5x	tidak ada	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p33	<20 th	<17 th	<5x	tidak ada	tidak	tidak	5 th atau lebih
p34	<20 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p35	<20 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p36	<20 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p37	<10 th	<17 th	<5x	tidak ada	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p38	<10 th	<17 th	<5x	tidak ada	ya	ya	tidak pernah; <5 th
p39	<10 th	<17 th	<5x	tidak ada	tidak	tidak	5 th atau lebih
p40	<10 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p41	<20 th	<17 th	<5x	ada yg merokok	ya	ya	tidak pernah; <5 th

p42	> 20 th	>17 th	<5x	tidak ada	tidak	tidak	5 th atau lebih
p43	<20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p45	<20 th	>17 th	<5x	tidak ada	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p46	>20 th	<17 th	3x/ >	ada yg merokok	tidak	iya	tidak pernah; <5 th
p47	> 20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	iya	tidak	5 th atau lebih
p48	>20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p49	<20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	iya	5 th atau lebih
p50	<20 th	>17 th	<5x	tidak ada	tidak	tidak	5 th atau lebih
p51	> 20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p52	<20 th	>17 th	3x/ >	ada yg merokok	tidak	iya	tidak pernah; <5 th
p53	<20 th	>17 th	3x/ >	tidak ada	tidak	iya	5 th atau lebih
p54	<20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p55	>20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p56	< 20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	iya	tidak	tidak pernah; <5 th
p57	<20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	iya	tidak	tidak pernah; <5 th
p58	< 20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p59	<20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	iya	tidak	tidak pernah; <5 th
p60	<20 th	>17 th	<5x	tidak ada	iya	tidak	tidak pernah; <5 th
p61	< 20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p62	> 20 th	>17 th	<5x	tidak ada	tidak	tidak	5 th atau lebih
p63	<20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p64	<20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p65	<20 th	>17 th	3x/ >	tidak ada	tidak	iya	tidak pernah; <5 th
p66	<20 th	>17 th	3x/ >	ada yg merokok	tidak	iya	5 th atau lebih
p67	<20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p68	>20 th	>17 th	<5x	tidak ada	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p69	> 20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p70	<20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p71	<20 th	>17 th	<5x	tidak ada	tidak	tidak	5 th atau lebih
p72	> 20 th	>17 th	<5x	tidak ada	iya	tidak	tidak pernah; <5 th
p73	>20 th	>17 th	3x/ >	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p74	<20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	iya	tidak	tidak pernah; <5 th
p75	<20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	iya	5 th atau lebih
p76	< 20 th	>17 th	<5x	tidak ada	iya	tidak	5 th atau lebih
p77	<20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p78	> 20 th	>17 th	<5x	tidak ada	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p79	<20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	iya	tidak	tidak pernah; <5 th
p80	<20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	iya	tidak	tidak pernah; <5 th
p81	<20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah; <5 th
p82	<20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	iya	tidak	tidak pernah; <5 th
p83	<20 th	>17 th	3x/ >	ada yg merokok	iya	tidak	tidak pernah; <5 th
p84	< 20 th	>17 th	<5x	ada yg merokok	tidak	iya	tidak pernah; <5 th

p85	<17 th	<17 th	<5c	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p86	<17 th	<17 th	<5a	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p87	<17 th	<17 th	5a/2	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p88	<17 th	<17 th	<5b	tidak ada	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p89	<17 th	<17 th	<5a	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p90	<17 th	<17 th	<5a	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p91	<17 th	<17 th	<5a	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p92	<17 th	<17 th	5a/1	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p93	<17 th	<17 th	<5a	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p94	<17 th	<17 th	<5c	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p95	<17 th	<17 th	<5a	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p96	<17 th	<17 th	<5a	tidak ada	tidak	tidak	5 th atau lebih
p97	<17 th	<17 th	<5a	tidak ada	tidak	tidak	5 th atau lebih
p98	<17 th	<17 th	<5c	tidak ada	tidak	tidak	>5th pernah, <5 th
p99	<17 th	<17 th	<5b	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p100	<17 th	<17 th	<5a	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p101	<17 th	<17 th	<5a	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p102	<17 th	<17 th	<5c	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p103	<17 th	<17 th	<5b	tidak ada	tidak	tidak	5 th atau lebih
p104	<17 th	<17 th	<5c	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p105	<17 th	<17 th	<5a	tidak ada	tidak	tidak	5 th atau lebih
p106	<17 th	<17 th	<5a	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p107	<17 th	<17 th	<5a	tidak ada	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p108	<17 th	<17 th	<5a	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p109	<17 th	<17 th	<5c	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p110	<17 th	<17 th	<5c	tidak ada	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p111	<17 th	<17 th	<5c	tidak ada	tidak	tidak	5 th atau lebih
p112	<17 th	<17 th	5a/2	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p113	<17 th	<17 th	<5a	tidak ada	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p114	<17 th	<17 th	5a/2	tidak ada	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p115	<17 th	<17 th	5a/2	tidak ada	tidak	tidak	5 th atau lebih
p116	<17 th	<17 th	<5c	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p117	<17 th	<17 th	<5a	ada yg merokok	tidak	tidak	tidak pernah, <5 th
p118	<17 th	<17 th	<5a	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p119	<17 th	<17 th	<5c	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p120	<17 th	<17 th	<5a	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p121	<17 th	<17 th	<5a	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih
p122	<17 th	<17 th	<5a	ada yg merokok	tidak	tidak	5 th atau lebih

3. Dukungan keluarga

Kode	s1	s2	s3	s4	s5	s6
p1	selalu	selalu	sering	sering	sering	tidak pernah
p2	kadang	tidak pernah	selalu	tidak pernah	selalu	sering
p3	tidak pernah	sering	selalu	selalu	selalu	kadang
p4	selalu	kadang	selalu	selalu	selalu	sering
p5	kadang	kadang	sering	sering	selalu	sering
p6	sering	kadang	selalu	tidak pernah	selalu	kadang
p7	selalu	selalu	kadang	selalu	selalu	selalu
p8	kadang	sering	selalu	sering	selalu	sering
p9	sering	selalu	selalu	selalu	selalu	selalu
p10	selalu	kadang	selalu	selalu	selalu	selalu
p11	tidak pernah	kadang	sering	selalu	selalu	selalu
p12	selalu	kadang	selalu	selalu	selalu	selalu
p13	selalu	kadang	selalu	tidak pernah	tidak pernah	tidak pernah
p14	selalu	sering	kadang	selalu	selalu	selalu
p15	tidak pernah	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu
p16	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu	selalu
p17	sering	selalu	selalu	selalu	tidak pernah	tidak pernah
p18	tidak pernah	sering	selalu	selalu	selalu	selalu
p19	sering	selalu	selalu	selalu	selalu	selalu
p20	tidak pernah	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu
p21	tidak pernah	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu
p22	tidak pernah	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu
p23	tidak pernah	kadang	sering	selalu	selalu	selalu
p24	selalu	selalu	selalu	tidak pernah	selalu	selalu
p25	tidak pernah	kadang	selalu	selalu	selalu	selalu
p26	sering	sering	selalu	selalu	selalu	sering
p27	kadang	selalu	selalu	sering	sering	tidak pernah
p28	sering	tidak pernah	selalu	kadang	selalu	selalu
p29	tidak pernah	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu
p30	tidak pernah	selalu	selalu	kadang	tidak pernah	tidak pernah
p31	tidak pernah	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu
p32	tidak pernah	sering	selalu	selalu	selalu	selalu
p33	selalu	selalu	selalu	selalu	selalu	selalu
p34	tidak pernah	sering	selalu	selalu	selalu	selalu
p35	selalu	sering	selalu	kadang	selalu	selalu
p36	sering	tidak pernah	sering	selalu	selalu	selalu
p37	tidak pernah	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu
p38	tidak pernah	kadang	selalu	selalu	selalu	selalu
p39	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu	selalu
p40	tidak pernah	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu
p41	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu	selalu
p42	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	tidak pernah	selalu
p43	tidak pernah	sering	selalu	sering	selalu	selalu
p45	selalu	tidak pernah	selalu	tidak pernah	kadang	kadang
p46	tidak pernah	kadang	selalu	selalu	selalu	selalu

p47	kadang	tidak pernah	selalu	kadang	selalu	selalu
p48	sering	tidak pernah	sering	sering	sering	tidak pernah
p49	selalu	selalu	selalu	selalu	selalu	selalu
p50	selalu	tidak pernah	tidak pernah	sering	selalu	tidak pernah
p51	selalu	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu
p52	tidak pernah	sering	selalu	selalu	selalu	selalu
p53	kadang	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu
p54	selalu	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu
p55	tidak pernah	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu
p56	tidak pernah	tidak pernah	sering	selalu	selalu	selalu
p57	tidak pernah	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu
p58	selalu	kadang	tidak pernah	tidak pernah	kadang	sering
p59	selalu	kadang	sering	sering	selalu	selalu
p60	tidak pernah	sering	selalu	selalu	selalu	selalu
p61	kadang	kadang	selalu	selalu	selalu	selalu
p62	tidak pernah	tidak pernah	selalu	tidak pernah	selalu	selalu
p63	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	tidak pernah	tidak pernah
p64	tidak pernah	tidak pernah	selalu	tidak pernah	selalu	selalu
p65	tidak pernah	tidak pernah	selalu	tidak pernah	selalu	selalu
p66	tidak pernah	tidak pernah	sering	sering	sering	selalu
p67	tidak pernah	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	kadang
p68	tidak pernah	kadang	selalu	selalu	selalu	selalu
p69	tidak pernah	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu
p70	tidak pernah	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu
p71	tidak pernah	tidak pernah	kadang	selalu	selalu	selalu
p72	kadang	selalu	sering	selalu	selalu	selalu
p73	kadang	sering	selalu	selalu	selalu	selalu
p74	tidak pernah	sering	selalu	selalu	selalu	selalu
p75	tidak pernah	kadang	selalu	selalu	selalu	selalu
p76	tidak pernah	tidak pernah	tidak pernah	selalu	sering	selalu
p77	selalu	selalu	tidak pernah	selalu	kadang	kadang
p78	sering	tidak pernah	selalu	kadang	tidak pernah	tidak pernah
p79	tidak pernah	tidak pernah	selalu	sering	selalu	selalu
p80	tidak pernah	kadang	selalu	selalu	selalu	selalu
p81	tidak pernah	selalu	selalu	sering	tidak pernah	tidak pernah
p82	kadang	kadang	sering	kadang	selalu	selalu
p83	selalu	sering	selalu	tidak pernah	selalu	sering
p84	tidak pernah	sering	selalu	selalu	selalu	selalu
p85	tidak pernah	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu
p86	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu	selalu
p87	tidak pernah	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu
p88	tidak pernah	selalu	selalu	selalu	selalu	selalu
p89	tidak pernah	kadang	kadang	selalu	selalu	selalu
p90	tidak pernah	kadang	selalu	selalu	selalu	selalu
p91	kadang	selalu	selalu	selalu	selalu	selalu
p92	tidak pernah	kadang	selalu	selalu	selalu	selalu

p171	tidak pernah	kadang	seralu	seralu	sering	seralu
p172	kadang	tidak pernah	kadang	seralu	seralu	seralu
p173	tidak pernah	tidak pernah	seralu	seralu	seralu	seralu
p174	tidak pernah	tidak pernah	seralu	seralu	seralu	seralu
p175	tidak pernah	kadang	seralu	seralu	seralu	seralu
p176	tidak pernah	sering	seralu	seralu	seralu	seralu
p177	tidak pernah	seralu	seralu	seralu	seralu	seralu
p178	tidak pernah	tidak pernah	seralu	seralu	seralu	seralu
p179	kadang	kadang	seralu	seralu	seralu	seralu
p180	seralu	tidak pernah	seralu	seralu	seralu	seralu
p181	tidak pernah	tidak pernah	seralu	seralu	seralu	seralu
p182	tidak pernah	kadang	seralu	seralu	seralu	seralu
p183	tidak pernah	tidak pernah	seralu	seralu	seralu	seralu
p184	tidak pernah	tidak pernah	seralu	seralu	seralu	seralu
p185	tidak pernah	tidak pernah	seralu	seralu	seralu	seralu
p186	tidak pernah	kadang	seralu	seralu	seralu	seralu
p187	tidak pernah	tidak pernah	seralu	seralu	seralu	seralu
p188	tidak pernah	tidak pernah	seralu	seralu	seralu	seralu
p189	tidak pernah	tidak pernah	seralu	seralu	seralu	seralu
p190	tidak pernah	tidak pernah	seralu	seralu	seralu	seralu
p191	tidak pernah	tidak pernah	seralu	seralu	seralu	seralu
p192	tidak pernah	tidak pernah	seralu	seralu	seralu	seralu
p193	kadang	tidak pernah	seralu	tidak pernah	seralu	seralu
p194	seralu	seralu	kadang	seralu	seralu	kadang
p195	tidak pernah	seralu	seralu	seralu	seralu	seralu
p196	kadang	seralu	seralu	sering	seralu	seralu
p197	seralu	tidak pernah	seralu	seralu	seralu	kadang
p198	seralu	seralu	kadang	seralu	tidak pernah	seralu
p199	tidak pernah	kadang	seralu	seralu	seralu	seralu
p200	kadang	seralu	seralu	kadang	seralu	tidak pernah
p201	tidak pernah	kadang	seralu	seralu	sering	sering
p202	tidak pernah	sering	sering	seralu	seralu	seralu

4. Pengetahuan

kode	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8
p1	benar	salah	salah	benar	benar	benar	benar	salah
p2	benar	benar	salah	salah	salah	benar	benar	benar
p3	salah	salah	salah	benar	salah	benar	benar	benar
p4	salah	salah	benar	salah	salah	benar	salah	salah
p5	salah	salah	salah	benar	benar	benar	benar	benar
p6	salah	salah	salah	salah	salah	salah	benar	benar
p7	salah	salah	benar	benar	benar	salah	salah	benar
p8	salah	benar	salah	benar	benar	benar	salah	benar
p9	salah	salah	salah	benar	salah	salah	salah	salah
p10	benar	salah	salah	benar	benar	benar	benar	salah
p11	salah	salah	salah	benar	benar	salah	salah	salah
p12	salah							
p13	salah							
p14	salah							
p15	salah							
p16	salah							
p17	salah							
p18	salah							
p19	salah							
p20	salah							
p21	salah							
p22	salah							
p23	salah							
p24	salah							
p25	salah							
p26	salah							
p27	salah							
p28	salah							
p29	salah							
p30	salah							
p31	salah							
p32	salah							
p33	salah							
p34	salah							
p35	salah							
p36	salah							
p37	salah							
p38	salah							
p39	salah							
p40	salah							
p41	salah							
p42	salah							
p43	salah							
p44	salah							
p45	salah							

p47	salah	salah	salah	benar	salah	benar	benar	benar
p48	benar	salah	salah	salah	benar	salah	salah	benar
p49	benar	salah	salah	benar	salah	benar	salah	benar
p50	benar	salah	salah	salah	benar	salah	benar	salah
p51	salah	salah	salah	salah	salah	benar	salah	benar
p52	salah	salah	salah	benar	benar	salah	benar	salah
p53	salah	salah	salah	benar	benar	benar	benar	salah
p54	salah	salah	salah	benar	benar	benar	benar	salah
p55	salah	salah	salah	benar	benar	benar	salah	benar
p56	salah	salah	salah	benar	benar	salah	salah	benar
p57	salah	salah	salah	salah	benar	salah	salah	benar
p58	salah	salah	salah	benar	benar	salah	salah	salah
p59	salah	salah	salah	benar	benar	salah	salah	salah
p60	salah	salah	salah	benar	salah	salah	salah	salah
p61	salah	salah	salah	benar	salah	salah	salah	salah
p62	benar	salah						
p63	benar	salah						
p64	salah							
p65	salah							
p66	benar	salah						
p67	benar	salah						
p68	salah							
p69	salah							
p70	benar	salah						
p71	salah							
p72	salah							
p73	salah							
p74	salah							
p75	salah							
p76	salah							
p77	salah							
p78	salah							
p79	salah							
p80	salah							
p81	salah							
p82	salah							
p83	salah							
p84	salah							
p85	salah							
p86	salah							
p87	salah							
p88	salah							
p89	salah							
p90	salah							
p91	salah							
p92	salah							

p03	salah	salah	salah	benar	salah	benar	benar	salah
p04	salah	salah	salah	benar	benar	benar	benar	benar
p05	salah	salah	salah	benar	benar	benar	benar	benar
p06	salah	salah	salah	salah	benar	benar	benar	benar
p07	salah	salah	salah	benar	salah	benar	benar	benar
p08	benar	salah	salah	benar	salah	benar	salah	benar
p09	salah							
p100	salah	salah	salah	benar	benar	salah	benar	benar
p101	salah	salah	benar	benar	salah	benar	benar	benar
p102	salah	salah	salah	salah	salah	salah	benar	benar
p103	salah	benar						
p104	salah	benar	salah	salah	benar	salah	benar	benar
p105	salah	benar	salah	salah	salah	benar	salah	salah
p106	salah	salah	salah	benar	benar	salah	benar	benar
p107	salah	salah	salah	benar	benar	benar	benar	benar
p108	salah	salah	salah	benar	benar	benar	benar	benar
p110	salah	salah	salah	benar	benar	benar	benar	benar
p111	salah	benar	salah	benar	benar	benar	benar	benar
p112	salah	salah	salah	benar	salah	benar	benar	benar
p113	salah	salah	salah	benar	benar	benar	benar	benar
p114	benar	salah	salah	benar	benar	benar	benar	benar
p115	salah	benar	salah	benar	salah	benar	benar	benar
p116	salah	salah	salah	benar	benar	benar	benar	benar
p117	salah	salah	salah	benar	benar	benar	benar	benar
p118	benar	benar	salah	benar	benar	benar	benar	benar
p119	benar	salah	salah	benar	salah	benar	benar	benar
p120	salah	salah	salah	salah	salah	benar	benar	benar
p121	benar	benar	benar	benar	salah	benar	benar	benar
p122	benar	salah	salah	benar	salah	benar	benar	benar

Lampiran 7 : Uji Validitas

1. Uji validasi kuisioner tentang faktor risiko

Correlations

		I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8
I1	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1	.118 .988 120	-.007 .942 120	.073 .403 120	.120 .277 120	-.048 .302 120	-.048 .302 120	-.048 .302 120
I2	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.118 .988 120	1	.005 .788 120	.261 .064 120	.083 .352 120	-.028 .341 120	-.028 .341 120	-.028 .341 120
I3	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.007 .988 120	.005 .788 120	1	-.045 .823 120	.379 .301 120	.015 .854 120	-.043 .843 120	.015 .854 120
I4	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.073 .403 120	.073 .403 120	-.045 .823 120	1	.300 .741 120	-.081 .377 120	-.081 .377 120	.300 .741 120
I5	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.120 .277 120	.120 .277 120	.379 .301 120	.379 .301 120	1	-.054 .364 120	-.054 .364 120	.120 .277 120
I6	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.048 .302 120	-.048 .302 120	-.081 .377 120	-.081 .377 120	-.054 .364 120	1	-.011 .901 120	-.048 .302 120
I7	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.028 .341 120	-.028 .341 120	-.028 .341 120	-.028 .341 120	-.028 .341 120	-.011 .901 120	1	-.028 .341 120
I8	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.048 .302 120	-.048 .302 120	-.043 .843 120	-.043 .843 120	-.043 .843 120	-.011 .901 120	-.028 .341 120	1

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

2. Uji validasi konstruktor tentang dukungan keluarga

	Gambarnya					
	a1	a2	a3	a4	a5	a6
a1 Pearson Correlation	1					
Sig. (2-tailed)						
N	120	120	120	120	120	120
a2 Pearson Correlation	.178	1				
Sig. (2-tailed)	.062					
N	120	120	120	120	120	120
a3 Pearson Correlation	.347*	.201	1			
Sig. (2-tailed)	.000	.022				
N	120	120	120	120	120	120
a4 Pearson Correlation	.396*	.177	.028	1		
Sig. (2-tailed)	.000	.053	.847			
N	120	120	120	120	120	120
a5 Pearson Correlation	.343	.247*	.148	.174	1	
Sig. (2-tailed)	.001	.011	.113	.081		
N	120	120	120	120	120	120
a6 Pearson Correlation	.397*	.208*	.064	.324*	.388*	1
Sig. (2-tailed)	.001	.024	.308	.000	.000	
N	120	120	120	120	120	120

* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
 * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Lampiran 8 : Lembar Konsultasi



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
 INSTITUT KEPERAWATAN DAN KEPERAWATAN IBIDAN
 Gedung Prof. Dr. Soesopo 47 Surabaya 60132 Telp. 031-4500251, 593097-3 psw 141 Fax :
 031-8622412

LEMBAR KONSULTASI

Mara Mahantewa : Ferninda Sagita Nuradita
 NIM : 111211231007
 Judul : Karakteristik dan Perilaku Pencarian Aduyanita
 Keseluruhan Prodi: Keperawatan Saraf dan RSDH Di Sentra
 Suciwati
 Pembimbing : Dr. Kuswandi, Ir., Sp. OK(K)

No	Hari / Tanggal	Materi Bahasan	Hasil Bahasan	TTW Pembimbing
1	Kem, 23 Jan 2016	Bab 3, 4, dan 5	1. Cara pengisian data yang benar pada DAH 5 2. Donor darah yang baik untuk transfusi	
2	Sabtu, 23 Feb 2016	Bab 5 dan 6	1. Analisis data dan penemuan masalah yang beres pada bab 6 ke bab 3 2. Analisis data yang kurang pada bab 3	
3	Rabu, 20 Jul 2016	Sumber jurnal yang dipakai untuk analisis	Mengapa sumber yang dipakai adalah website majalah yang dari jurnal	
4	Kem, 21 Jul 2016	Penggunaan istilah keperawatan	Penggunaan istilah keperawatan yang benar	
5				
6				
7				



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEDOKTERAN

INSTITUT STUDI PENDIDIKAN BAHAN

Jl. Hayuwarso, De. Madya-17 Surabaya 60131 Telp. (031) 8473051, 84732000 pgs. 131 Fax :
031 8473477

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Ferninda Sagita Karandani
 NIM : 511211251013
 Jarak : Konsultasi dan Tindakan Terselesaikan
 Kesehatan Pasien Karakter Service di RSUD Dr. Soekarno
 Surabaya
 Pembimbing : Dr. Budi Utami, dr. M. Kes

No	Hari/Tanggal	Visi/Hasilungan	Hasil Hasilungan	YTD Pembimbing
1	Kamis, 16 Juni 2016	Perawatan SAB 2	200 apung seluar 1 pt dibantu seluar per gram, 1000 liter dibantu seluar a seluar, 1000 seluar seluar EVD.	
2	Kamis, 21 Juli 2016	Tub 2 dan 3	Perawatan apar pura seluar EVD, yura seluar, perawatan, dll	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Lampran 9: Lembar BAP



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN
Jl. Mulyo Sarad, Rt. Mulyosari, Desa Mulyo, Kec. Mulyo, Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur 61253

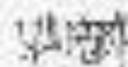
BERITA ACARA PERUBAHAN SKRIPSI

Nama mahasiswa : FERNINDA SAGITA RUMAHIMBI
NIM : 11101210119
Judul : Karakteristik dan Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan
 Fokus: Jumlah Servis di RSUD Dr. Soetomo Surabaya
Tanggal Ujian : 3 Agustus 2016
Tahun Gila Pendidikan : 1 Agustus 2016
Maria Penguj : Dr. Budi Utomo, dr., NKKM

No	Aspek yang diperiksa	Perbaikan
1	Abstrak	- Pengantar penelitian yang lebih menarik
2	1	- Penyusunan kalimat
3	2	- Penyusunan abstrak sesuai dengan format yang berlaku
4	3	- Penyusunan daftar pustaka yang sesuai pada daftar isi
5	DAFTAR ISI	- Jumlah halaman sebagai dasar hitungan yang benar
6	DAFTAR PUSTAKA	- Keseluruhan judul dan tahun terbit lengkap, lengkap juga tahun terbit dan jenis penelitian terbitan
7	DAFTAR ISI - Hal. 4 - Hal. 41	- Halaman konsep rangkuman penelitian, jika benar sertakan - Pembahasan dan kesimpulan
8	Daftar pustaka	- Kependudukan daftar pustaka

Sidoarjo, 4 Agustus 2016

Mahasiswa
Pembimbing



Ferninda Sagita Rumahimba
 NIM. 11101210119

Mahasiswa



Ferninda Sagita Rumahimba
 NIM. 11101210119



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN

Jl. Raya Pahlawan Revolusi 11 Surabaya 60132 Telp. (031) 82231100 Fax. (031) 82231101

REKAM ACARA PERBAIKAN SKRIPSI

Nama mahasiswa : **Ferninda Sagita Hartawan**
 NIM : **011212251015**
 Judul : **Karakteristik dan Perilaku Persepsi Tabungas Komunitas
 (Studi Kasus: Desa Jilut, Kecamatan Sambutan, Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta)**
 Jadwal Ujian : **3 Agustus 2016**
 Nama Akademi/Umum : **9 Agustus 2016**
 Nama Pengantar : **Dr. Nurwati, S.TM., S.PT., M.Kes**

No	Hal-hal yang diperbaiki	Perbaikan
1	isi	- Ditambah sebagai material pengantar
2	ii	- Kertas di luar halaman (format letter)
3	iii	- Kertas di luar halaman
4	iii	- Semua tulisan tidak menuliskan dalam huruf kapital
5	iii	- Tidak ada kata yang menjadi pengantar
6	DAFTAR	- Daftar isi yang tidak sesuai dengan urutan yang tertera di halaman sebelumnya terhadap urutan nomor urutnya
7	DAFTAR	- Format penyusunan tabel dan gambar
8	DAFTAR	- Halaman yang tidak mencantumkan nomor halaman pada daftar isi dan mencantumkan nomor urut sesuai dengan
		Halaman yang tertera pada daftar isi dan daftar isi yang tertera di DAFTAR ISI dan DAFTAR LAMPIRAN
		Perbaikan lebih lanjut dapat dilakukan secara manual
		kegiatan perbaikan ini akan selesai dengan lembar lampiran dan
		Perbaikan ini sudah selesai dan sudah dapat diterima yang sudah di revisi, bisa langsung jadi dan proses di lanjutkan
9	DAFTAR	- Penyusunan daftar isi yang tidak sesuai dengan format yang tertera pada judul buku, serta di bagian



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN

A. Widada Prof. Dr. MSc. (g) Surabaya 60131 Telp. (031) 400151, 400152, 400153 : Fax : (031) 5021074

BERITA ACARA PERBAIKAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Ferninda Sagita Ramadani
 NIM : 011211231015
 Judul : Karakteristik dan Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan
 Pasien Kanker Serviks di RSUD Dr. Soetomo Surabaya
 Jadwal Ujian : 3 Agustus 2016
 Batas Akhir Perbaikan : 9 Agustus 2016
 Nama Penguji : Dr. Errowati, dr., Sp. OG(K)

No	Halv Bahasan yang direvisi	Perbaikan
1	*	- Keseluruhan pada rangkuman secara umum; susun pada hasil dari penelitian
2	BAB I	- Menjelaskan lebih detail atau terperinci pada variabel
3	BAB V	- Keseluruhan lebih menggambarkan dari hasil penelitian

Surabaya, 4 Agustus 2016

Mengarahi,
 Penanggung

Dr. Errowati, dr., Sp. OG(K)
 NIP. 19770716 200801 2 013

Mahasiswa

Ferninda Sagita Ramadani
 NIM 011211231015