

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN DETEKSI DINI
(SADARI) DENGAN KETERLAMBATAN
PENDERITA KANKER PAYUDARA
MELAKUKAN PEMERIKSAAN DI
RSUD KRATON KABUPATEN
PEKALONGAN**

Skripsi



FRIDA SUKMA SETIAWAN

NIM: 07. 0175. S

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
2012**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN DETEKSI DINI
(SADARI) DENGAN KETERLAMBATAN
PENDERITA KANKER PAYUDARA
MELAKUKAN PEMERIKSAAN DI
RSUD KRATON KABUPATEN
PEKALONGAN**

**Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar
Sarjana keperawatan**



FRIDA SUKMA SETIAWAN

NIM: 07. 0175. S

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
2012**

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul “Hubungan Pengetahuan Dan Deteksi Dini (SADARI) Dengan Keterlambatan Penderita Kanker Payudara Melakukan Pemeriksaan Di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan” yang di susun oleh Frida Sukma Setiawan, telah di setujui dan diperiksa oleh Dosen Pembimbing Skripsi untuk dipertahankan di depan Dewan Pengaji Skripsi.

Pekajangan, 22 September 2012

Pembimbing I

Pembimbing II

Mokhammad Arifin, M.Kep

Neti Mustikawati, SKEP. NS

NIK. 851.815

NIK 09. 01. 021

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN DETEKSI DINI (SADARI) DENGAN KETERLAMBATAN PENDERITA KANKER PAYUDARA MELAKUKAN PEMERIKSAAN DI RSUD KRATON KABUPATEN PEKALONGAN

Disusun oleh

Frida Sukma Setiawan
NIM 07.0175.S

Telah dipertahankan didepan Dewan Pengaji

pada tanggal 22 September 2012

Dewan Pengaji

Pengaji I

Pengaji II

Pengaji III

Mokhammad Arifin, M.Kep Neti Mustikawati, Skep.Ns Wiwiek Natalya, MKep. Sp.Kom

NIK. 851.815

NIK. 09. 01. 021

NIK. 10.001.081

Skripsi ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan
Untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan

Pekajangan, Oktober 2012
Ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan

Mokhammad Arifin, M.Kep
NBM. 851.815

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi penelitian ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar akademis di suatu Institusi Pendidikan, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah di tulis dan atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari diketahui adanya plagiasi, maka saya siap untuk mengganti topik penelitian yang akan saya lakukan dan pengunduran pengambilan skripsi di tahun yang akan datang.

Pekajangan, April 2012

Peneliti,

Frida Sukma Setiawan

07.0175. S

MOTTO DAN PERSEMPAHAN

Perjalanan seribu batu bermula dari satu langkah.

(Lao Tze)

Ilmu itu lebih baik daripada harta. Ilmu akan menjaga engkau dan engkau
menjaga harta.

Ilmu itu penghukum (hakim) sedangkan harta terhukum.

Kalau harta itu akan berkurang apabila dibelanjakan, tetapi ilmu akan bertambah
apabila dibelanjakan.

(Sayidina Ali bin Abi Thalib).

Cara untuk menjadi di depan adalah memulai sekarang.

Jika memulai sekarang, tahun depan anda akan tahu banyak hal yang sekarang
tidak diketahui.

Dan anda tak akan mengetahui masa depan jika anda menunggu-nunggu.

(William Feather)

“Bangun dari tidur panjangmu, bangkit dan jadilah orang yang pertama aku kenal,
jadilah seperti waktu kecilmu dulu, kau yang periang, kau yang lincah, kau yang
lucu, dan kini aku pula yang akan menyemangatimu di kala kau terjatuh
putraku????”

Terimakasih ku ucapkan untukmu ayah dan bundaku, ku rindukan saat-saat itu,
saat-saat aku ada di tengah-tengah keluarga kecilku.

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi penelitian dengan judul “Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Diagnosa Pada Penderita Kanker Payudara Di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan”. Skripsi ini merupakan tugas akhir sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Keperawatan.

Keberhasilan penulis dalam menyelesaikan skripsi ini bukan semata-mata hasil kerja peneliti sendiri, melainkan berkat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Mokhamad Arifin, SKp.,M.Kep., selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan dan sebagai pembimbing 1 yang telah banyak membantu untuk membimbing dan memberikan masukan dalam penulisan skripsi ini.
2. Ibu Aida Rusmariana, MAN, Selaku Kepala Program Studi S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
3. Ibu Neti Mustikawati, Skep.Ns selaku pembimbing II yang juga telah membimbing dan mengarahkan dalam penulisan skripsi ini.
4. Bapak dan ibu tercinta yang telah memberikan kesabarannya dan dukungan moril dan materiil serta doa yang tak terhenti hingga saat ini.
5. Segenap dosen dan staf STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan yang telah membantu selama proses penyusunan proposal.

6. Rekan-rekan S1 Keperawatan regular angkatan 2007 yang telah memberikan bantuan dan motivasi dalam penyusunan proposal skripsi ini.
7. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu atas doa dan dukungannya.

Dalam penulisan proposal skripsi ini peneliti menyadari masih banyak kekurangannya dan masih jauh dari kesempurnaan, sehingga peneliti mengharapkan adanya saran dan masukkan dalam rangka penyempurnaan proposal skripsi ini, sehingga dapat bermanfaat bagi banyak pihak.

Pekalongan, Oktober 2012

Peneliti

Frida Sukma Setiawan

07. 0175.S

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN SURAT PERNYATAAN	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
ABSTRAK.....	xv
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
E. Keaslian Penelitian.....	8
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Keterlambatan diagnosa.....	10
B. Kanker.....	11
1. Definisi.....	11
2. Etiologi.....	12

3. Klasifikasi.....	20
4. Patofisiologi.....	27
5. Tanda dan Gejala.....	28
6. Penatalaksanaan.....	29
C. Deteksi Dini.....	33
1. Pengertian	33
2. Tujuan.....	33
3. Dasar-dasar Mengadakan Deteksi Dini.....	33
4. Jenis-jenis Deteksi Dini.....	35

BAB III. KERANGKA KERJA PENELITIAN

A. Kerangka Konsep.....	42
B. Hipotesis	43
C. Variable Penelitian.....	44
D. Definisi Operasional.....	45

BAB IV. METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian.....	49
B. Populasi dan Sampel.....	49
C. Tempat dan Waktu Penelitian.....	51
D. Etika Penelitian.....	52
E. Instrumen Penelitian	54
F. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	55
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	58
H. Pengolahan Data.....	59
I. Teknik Analisa Data.....	60

J. Jalannya Penelitian.....	61
K. Keterbatasan Penelitian.....	63
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian.....	64
B. Pembahasan.....	69
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	80
B. Saran.....	81
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel:	Halaman
Tabel 2.1 Klasifikasi TNM Kanker Payudara berdasarkan AJCC..... Cancer Staging Manual.	22
Tabel 2.2 Stadium klinis berdasarkan klasifikasi TNM kanker..... Payudara berdasarkan AJCC Cancer Staging Manual	24
Tabel 3.1 Definisi operasional	46
Tabel 4.1 Pelaksanaan penelitian	52
Tabel 5.1 Distribusu frekuensi pengetahuan responden tentang..... Penyakit kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.	65
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi kemampuan responden dalam..... Melakukan deteksi dini penyakit kanker payudara (SADARI) Di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.	65
Tabel 5.3 Distribusi frekuensi keterlambatan penderita..... Kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara Di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.	66
Tabel 5.4 Distribusi hubungan pengetahuan responden tentang..... Penyakit kanker payudara dengan adanya keterlambatan Penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.	67
Tabel 5.4 Distribusi hubungan kemampuan responden dalam..... Melakukan deteksi dini penyakit kanker payudara	68

(SADARI) dengan keterlambatan penderita
Kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara
di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar:	Halaman
Gambar 2.1. Inspeksi kesimetrisan bentuk payudara.....	36
Gambar 2.2. Inspeksi ada tidaknya perubahan pada payudara.....	37
Gambar 2.3. Melihat ada tidaknya massa di sekitar payudara.....	37
Gambar 2.4. Meregangkan otot-otot Axila.....	38
Gambar 2.5. Teknik pemijatan di area payudara guna meraba masa tumor..	39
Gambar 2.6. Memeriksa Cairan Payudara.....	39
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	43

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Formulir Persetujuan Ujian Skripsi.
- Lampiran 2 Surat Permohonan Menjadi Responden.
- Lampiran 3 Surat Persetujuan Menjadi Responden.
- Lampiran 4 Kuesioner Pengetahuan Pasien Kanker Payudara Tentang Penyakit Kanker Payudara.
- Lampiran 5 Kuesioner Kemampuan Responden Dalam Melakukan Pemeriksaan Payudara Sendiri.
- Lampiran 6 Kuesioner Keterlambatan Penderita Kanker Payudara Untuk Melakukan Pemeriksaan Kanker Payudara.
- Lampiran 7 Kisi-kisi Kuesioner Pengetahuan Pasien Kanker Payudara Tentang Penyakit Kanker Payudara.
- Lampiran 8 Kisi-kisi Kuesioner Kemampuan Responden Dalam Melakukan Pemeriksaan Payudara Sendiri.
- Lampiran 9 Kisi-kisi Kuesioner Keterlambatan Penderita Kanker Payudara Untuk Melakukan Pemeriksaan Kanker Payudara.
- Lampiran 10 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas.
- Lampiran 11 Hasil Output SPSS Frequencies, *Chi Square*.
- Lampiran 12 Surat Ijin Penelitian.

**Program Studi S1 Keperawatan
STIKES Muhammadiyah Pekajangan
September, 2012**

ABSTRAK

Frida Sukma Setiawan

**Hubungan Pengetahuan Dan Deteksi Dini (SADARI) Dengan Keterlambatan
Penderita Kanker Payudara Melakukan Pemeriksaan Di Rsud Kraton
Kabupaten Pekalongan**

XIV + 81 halaman + 8 tabel + 7 gambar + 12 lampiran

Kanker payudara adalah pertumbuhan sel yang tidak terkendali pada jaringan payudara. Sedangkan keterlambatan pasien kanker payudara dalam memeriksakan kondisinya adalah keadaan dimana pasien kanker payudara datang minimal sudah pada stadium III. Salah satu pencegahan kanker payudara adalah dengan melakukan deteksi dini kanker payudara (SADARI), yang bertujuan untuk menemukan secara dini kanker yang masih dapat disembuhkan, untuk mengurangi mordibitas dan mortilitas kanker. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan deteksi dini (SADARI) dengan keterlambatan penderita kanker payudara untuk periksa di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan. Desain penelitian menggunakan studi deskriptif korelasi (*correlation study*) dengan pendekatan *cross sectional*, teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *accidental sampling*, dengan jumlah responden kanker payudara yang menjalani kemoterapi di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan sebanyak 50 orang. Hasil uji statistik bivariat menggunakan *chi square* dengan $\alpha = 0,05$. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan keterlambatan penderita kanker payudara dalam melakukan pemeriksaan di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan di dapatkan hasil $\rho = 0,026$ dan hubungan deteksi dini (SADARI) dengan keterlambatan penderita kanker payudara dalam melakukan pemeriksaan di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan di dapatkan hasil 0,039. Hasil penelitian tersebut menunjukkan adanya hubungan pengetahuan dan deteksi dini (SADARI) terhadap keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

Kata kunci	: pengetahuan kanker payudara, deteksi dini (SADARI), keterlambatan penderita kanker dalam melakukan pemeriksaan kanker payudara.
Daftar pustaka	: 23 buku, 5 website (2000-2011)

**Nursing Science S1 Study Program
Medical College of Muhammadiyah
Pekajangan Pekalongan
September, 2012**

ABSTRACT

Frida Sukma Setiawan

Correlation between Knowledge, Early Detection (Self Breast Examination) and Patients' Delay in Having Their Breast Cancer Examined at General Hospital of Kraton Pekalongan Regency

xiv + 81 pages + 8 tables + 7 images + 12 appendices

Breast cancer is the uncontrolled cell growth in the breast tissue and patients' delay in having their breast cancer examined is a condition of which patients with breast cancer see the doctor at least at stadium III. One way of preventing breast cancer is by early detection of breast cancer (Self Breast Examination) with the purpose of finding cancer earlier that is still possible to be cured in order to reduce morbidity and mortality of the cancer. This research aimed at finding out the correlation between knowledge, early detection (self breast examination) and patients' delay in having their breast cancer checked at General Hospital of Kraton Pekalongan Regency.

The design of this research was descriptive correlative study with cross sectional approach. Samples were taken through *accidental sampling*. The number of respondents with breast cancer undergoing chemotherapy at General Hospital of Kraton Pekalongan Regency was 50 persons. The result of statistical bivariate test using *chi square* with $\alpha = 0.05$ to find out the correlation between knowledge and the patients' delay in having their breast cancer examined at General Hospital of Kraton Pekalongan Regency was $p = 0.026$ while the correlation between early detection (Self breast examination) and patients' delay in having their breast cancer examined was 0.039. The result of this research suggested the existence of correlation between knowledge, early detection (self breast examination) and patients' delay in having their breast cancer examined at General Hospital of Kraton Pekalongan Regency.

Key words : Knowledge on breast cancer, early detection (self breast examination), patients' delay in having their breast cancer examined.

Bibliography : 23 books, 5 websites (2000- 2011)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Salah satu permasalahan penyakit tidak menular yang muncul di masyarakat ialah *kanker*, kanker masih menjadi momok menakutkan bagi masyarakat Indonesia. Masyarakat masih mempersepsikan kanker sebagai penyakit mematikan, tidak dapat disembuhkan, dan tidak dapat dicegah serta memerlukan biaya pengobatan yang tinggi. Di sisi lain, informasi tentang kanker dan pencegahannya masih minim, masih banyak persoalan dan hambatan yang dihadapi dalam upaya penanganan dan pencegahan kanker seperti kurangnya informasi tentang kanker kepada masyarakat, adanya persepsi masyarakat tentang kanker yang tidak benar dan program pengendalian dan pencegahan kanker belum menjadi prioritas utama di tiap-tiap daerah.

Tumor ganas atau kanker dianggap sebagai pertumbuhan sel yang tidak terkendali, karena itu secara patologik tumor ganas disebut sebagai penyakit sel. Tetapi kita juga menyadari bahwa pertumbuhan sel secara tidak terkendali menyebabkan sel-sel tersebut membentuk massa yang kemudian menginfiltasi organ dan mengganggu fungsinya, karena itu kanker juga dapat disebut penyakit organ (Kresno 2007, h.378). Sedangkan menurut Bustan (2000, h.71) kanker bukanlah satu penyakit, tetapi beberapa penyakit dengan patogenesis, gambaran klinik dan penyebab yang berbeda. Kanker di tandai dengan terjadinya pertumbuhan sel yang tidak normal. Sel-sel kanker tumbuh dengan tanpa terkontrol dan tanpa tujuan yang jelas. Pertumbuhan ini akan

mendesak dan merusak pertumbuhan sel-sel normal. Berbagai jenis kanker yang umum dijumpai di negara kita adalah kanker leher rahim, kanker payudara, kanker paru, kanker kulit dan kanker nasofaring. Dimana kanker payudara menempati urutan kedua insiden terbanyak setelah kanker leher rahim (Tapan 2005, h.40). Sedangkan Manuaba (2010, h.17) menambahkan bahwa di Indonesia kanker payudara diperkirakan dalam waktu singkat akan menjadi kanker dengan insiden tertinggi pada wanita. Hal ini disebabkan karena di negara kita, kebanyakan kasus kanker ditemukan pada stadium lanjut, ketika penyembuhan sudah sulit dilakukan.

Ristarolas (2009) menyatakan kanker payudara adalah kanker yang menyerang jaringan payudara. Kanker payudara tidak menyerang kulit payudara yang berfungsi sebagai pembungkus. Kanker payudara menyebabkan sel dan jaringan payudara berubah bentuk menjadi abnormal dan bertambah banyak secara tidak terkendali.

Pada tahun 2005 kanker payudara sering ditemukan di seluruh dunia dengan insiden relatif tinggi, yaitu dari 600.000 kasus kanker payudara setiap tahunnya. Kanker payudara merupakan jenis kanker yang mayoritas terjadi pada wanita, dengan perbandingan laki-laki dan wanita 1:100. Di Amerika lebih dari 212.000 wanita di diagnosa kanker payudara setiap tahun, dan sekitar 41.000 dari kasus tersebut meninggal setiap tahunnya (Pradipta, 2005).

Penderita kanker payudara di Indonesia pada tahun 2004 sebanyak 5.207 kasus. Setahun kemudian pada 2005, jumlah penderita kanker payudara meningkat menjadi 7.850 kasus. Tahun 2006, penderita kanker payudara

meningkat menjadi 8.328 kasus dan pada tahun 2007 sebanyak 8.277 kasus (statistik penderita kanker, 2011).

Di Provinsi Jawa Tengah berdasarkan laporan program yang berasal dari Rumah Sakit, kasus kanker yang ditemukan pada tahun 2011 sebanyak 8.182 kasus. Terdiri atas Ca mamae 3.593 kasus (43,91%), Ca servik 2.780 kasus (33,98%), Ca hepar 1.030 (12,59%), dan Ca paru 779 kasus (9,52%). Kasus terbanyak Ca Mammea adalah di Kota Semarang yaitu sebesar 1.205 kasus (33,53%) dibanding dengan jumlah keseluruhan Ca Mammea di kabupaten atau kota lain di Jawa Tengah (Ayu, 2011).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan, pada tahun 2007 penderita kanker payudara untuk wilayah Kabupaten Pekalongan sebanyak 11 kasus, pada tahun 2008 sebanyak 28 kasus, pada tahun 2009 sebanyak 97 kasus, pada tahun 2010 sebanyak 245 kasus, dan sampai dengan bulan september 2011 sebanyak 229 kasus dimana terhitung pada bulan Januari sebanyak 16 kasus, Februari 53 kasus, Maret 19 kasus, April 2 kasus, Mei 60 kasus, Juni 4 kasus, Juli 6 kasus, Agustus 65 kasus, dan pada bulan September terhitung ada 4 kasus.

Berdasarkan data dari RSUD Kraton Kabupaten pekalongan tahun 2010, jumlah penderita kanker sebanyak 218 dan 117 merupakan pasien dengan kanker payudara, sedangkan untuk tahun 2011 sampai dengan tanggal 2 Desember tercatat sebanyak 276 kasus kanker dengan jumlah pasien kanker payudara adalah 154 orang dengan 77 orang diketahui pada stadium lanjut, 59 orang dalam kondisi suspec kanker payudara, 18 orang ditemukan pada stadium awal. Umumnya pasien dengan kanker payudara datang ke rumah

sakit sudah dalam kondisi stadium lanjut. Mereka datang kebanyakan sudah harus menjalani program pembedahan yang dikarenakan oleh ketidak tahuannya mengenai program deteksi dini kanker payudara dengan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI). Hal ini disebabkan karena umumnya pasien tidak menyadari tanda dan gejala dari kanker payudara tersebut.

Pengetahuan masyarakat mengenai tanda dan gejala kanker terutama kanker payudara sangatlah minim, sering tidak disadari oleh penderita bahwa ia sedang menderita penyakit kanker. Karena gejala pada stadium dini sering tidak tampak. Jika kanker sudah mulai menyebar ke kelenjar getah bening dan menyebabkan timbulnya benjolan, masih juga kurang mendapat perhatian, atau kadang-kadang penderita berpendapat bahwa hal itu dibuat (disantet) oleh orang yang bermaksud jahat terhadap penderita. Bila penderita mengerti bahwa penyakit itu bukan penyakit biasa, seringkali penderita takut memeriksakan diri karena takut dioperasi, sehingga pemeriksaan kanker payudara secara dini terlambat untuk dilakukan. Kurangnya edukasi kanker payudara sejak remaja dapat di kaitkan sebagai penyebab penderita kanker payudara terlambat dalam mendeteksi dan menangani kanker payudara secara dini (Sunaryadi, 2007).

Di Indonesia skrining terhadap kanker payudara masih bersifat individual dan sporadik sehingga program deteksi dini masih belum efisien dan efektif. Sebagai akibatnya pasien dengan kanker payudara stadium lanjut masih cukup tinggi (Manuaba 2010, h. 17-18).

Keterlambatan penderita kanker payudara dalam melakukan pemeriksaan kanker payudara dapat terjadi karena berbagai faktor, diantaranya adalah faktor sosial ekonomi, faktor pendidikan atau ketidaktahuan, faktor psikologik, kurangnya informasi tentang penyakit dan cara pencegahannya, kurangnya kesadaran masyarakat dalam mencegah kanker sedini mungkin, dan dari sisi program penanggulangan penyakit, kanker belum menjadi prioritas utama di daerah. Dimana faktor-faktor tersebut dapat menimbulkan ketakutan yang tidak beralasan, hal tersebut disebabkan pendapat masyarakat secara umum yang menyatakan bahwa kanker tidak dapat diobati dan selalu dihubungkan dengan kematian.

Deteksi dini kanker ialah usaha untuk mengidentifikasi penyakit atau kelainan yang secara klinis belum jelas dengan menggunakan tes, pemeriksaan, atau prosedur tertentu yang dapat digunakan secara cepat untuk membedakan orang-orang yang kelihatannya sehat, benar-benar sehat dengan tampak sehat tetapi sesungguhnya menderita kelainan (Rasjidi 2009, h. 3). Deteksi dini dapat dilakukan dengan Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) yang sebaiknya dilakukan sekali dalam satu bulan sehingga kita terbiasa dengan keadaan payudara. Keterbiasaan ini membuat kita lebih mudah untuk menemukan kalau ada perubahan dari bulan ke bulan. Penemuan yang dini perubahan dari keadaan yang normal adalah ide dasar dari SADARI. Jika terjadi menstruasi maka waktu yang terbaik untuk melakukan SADARI adalah 5-7 hari setelah menstruasi berakhir dan payudara sudah menjadi lembut dan tidak membengkak (Bustan 2000, h.97).

Dari fenomena di atas peneliti tertarik untuk melakuakan penelitian yang berjudul “Hubungan Pengetahuan Dan Deteksi Dini (SADARI) Dengan Keterlambatan Penderita Kanker Payudara Melakukan Pemeriksaan Di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang penulis paparkan diatas, maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah “Hubungan Pengetahuan Dan Deteksi Dini (SADARI) Dengan Keterlambatan Penderita Kanker Payudara Melakukan Pemeriksaan Di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan”.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini, terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus, yaitu:

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan deteksi dini (SADARI) dengan keterlambatan penderita kanker payudara untuk periksa di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui pengetahuan responden tentang penyakit kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.
- b. Untuk mengetahui praktek responden dalam melakukan tindakan pemeriksaan payudara sendiri (SADAIRI) di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

- c. Untuk mengetahui adanya keterlambatan pasien kanker dalam melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.
- d. Untuk mengetahui adanya hubungan pengetahuan responden mengenai penyakit kanker payudara terhadap keterlambatan periksa di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.
- e. Untuk mengetahui adanya hubungan praktik responden dalam melakukan tindakan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) terhadap keterlambatan periksa di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat yang dapat diperoleh dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan diagnosa pada penderita kanker payudara yang ditinjau dari aspek pengetahuan, pola hidup sehat sakit, dan fasilitas pelayanan kesehatan penderita kanker payudara.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan, sumber pengetahuan dan acuan bagi perawat dalam memberikan informasi dan asuhan keperawatan yang komprehensif terhadap penderita dan masyarakat dalam upaya deteksi dini atau pengendalian kanker payudara.

3. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan motivasi kepada penderita kanker payudara tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan diagnosa kanker payudara yang dialaminya agar penderita mampu hidup lebih baik serta dapat berpartisipasi aktif dalam kehidupan bermasyarakat baik sosial maupun ekonomi.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian ini belum pernah dilakukan sebelumnya, namun penelitian yang hampir sama pernah dilakukan oleh:

Ristarolos Tiolena H (2008) dengan judul faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan pengobatan pada wanita penderita kanker payudara RSUP H. Adam Malik Medan, menggunakan desain penelitian *kualitatif* dengan jumlah sampel 7 orang. Metode pengumpulan data menggunakan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) meliputi faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pemungkin (*enabling factor*), dan faktor penguat (*reinforcing factor*). Berdasarkan hasil penelitian menunjukan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan pengobatan pada wanita penderita kanker payudara di RSUP H. Adam Malik Medan terdiri dari dua faktor yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pemungkin (*enabling factor*) sedangkan faktor penguat (*reinforcing factor*) tidak mempengaruhi keterlambatan pengobatan. Dimana faktor predisposisi (*predisposing factor*) yang mempengaruhi keterlambatan pengobatan yaitu pendidikan informal rendah dan informan yang tidak memiliki riwayan keluarga menderita kanker

payudara sehingga informan tidak mempunyai pengalaman dan pengetahuan tentang penyakit kanker payudara sebelumnya, sedangkan untuk faktor pemungkin (*enabling factor*) yang mempengaruhi keterlambatan pengobatan yaitu fasilitas pengobatan di tempat pengobatan sebelumnya yang tidak lengkap sehingga informan harus menjalani pengobatan rujukan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keterlambatan Pemeriksaan

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia istilah keterlambatan berarti keadaan yang lambat atau lewat dari waktu yang telah ditentukan, sedangkan istilah periksa (memeriksa atau memeriksakan) adalah menyelidiki untuk mengetahui sesuatu (untuk mempelajari, mencari, pengetahuan, dan sebagainya), atau melihat dengan teliti untuk mengetahui keadaan (baik tidaknya, salah benarnya, dan sebagainya) (Moeliono 1989, h. 409 dan 769).

Dengan kata lain keterlambatan pasien kanker payudara dalam memeriksakan kondisinya diartikan sebagai keadaan dimana pasien kanker payudara datang untuk mengetahui kondisinya melebihi waktu yang telah ditentukan (kanker sudah pada stadium III) ketika kanker sudah tidak dapat berdeferensi dengan baik untuk dilakukan pengobatan.

Ahli patologi memberikan tingkatan pada pertumbuhan tumor dengan tingkat 1 (deferensiasi baik), tingkat 2 (deferensiasi baik sedang), tingkat 3 (deferensiasi sangat buruk), dan tingkat 4 (tidak punya kemampuan untuk berdeferensiasi). Sehingga penantuan prognosis adalah suatu penilaian yang dilakukan pada contoh jaringan yang menunjukkan agresivitas, laju pertumbuhan, dan derajat abnormalitas tumor tersebut (Danielle Gale & Jane Charette 2000, h.2).

Tumor pada tahap deferensi buruk atau tidak dapat berdeferensi cenderung menjadi lebih agresif dan kurang responsif terhadap pengobatan

dibandingkan dengan tumor-tumor yang dapat berdeferensi dengan baik (Brunner & Suddarth 2002, h. 326).

Beberapa permasalahan yang dapat menyebabkan terlambatnya pasien kanker untuk memeriksakan kondisinya secara dini, antara lain adalah faktor sosial ekonomi (biaya pengobatan yang mahal), faktor pendidikan atau ketidaktahuan (ignorancy), dan faktor psikologik. Faktor-faktor psikologik yang dapat menghambat pemeriksaan kanker secara dini antara lain adalah rasa takut, rasa rendah diri (malu), tidak pernah meraba atau memperhatikan payudaranya sendiri (SADARI), sikap negativistik, depresi, dan kompulsi (Hawari 2004, h. 97-99).

B. Kanker Payudara

1. Definisi

Pada zaman purbakala, kanker sudah dikenal oleh orang-orang yang mahir melaksanakan observasi dan mereka menyebutnya *cancer* dalam bahasa latin *cancri (crab)*, artinya kepiting. Diartikan demikian karena dapat mengadakan penyebaran seperti kepiting yang punya banyak kaki. (Mary 2008, h.1).

Tumor ganas atau kanker dianggap sebagai pertumbuhan sel yang tidak terkendali, karena itu secara patologik tumor ganas disebut sebagai penyakit sel. Tetapi kita juga menyadari bahwa pertumbuhan sel secara tidak terkendali menyebabkan sel-sel tersebut membentuk massa yang kemudian menginfiltasi organ dan mengganggu fungsinya, karena itu kanker juga dapat disebut penyakit organ (Kresno 2007, h.378).

Kanker payudara adalah pertumbuhan sel payudara yang tidak terkontrol karena perubahan abnormal dari gen yang bertanggung jawab atas pengaturan pertumbuhan sel (Santoso 2009, h. 120).

Dari beberapa pernyataan di atas maka dapat disimpulkan bahwa kanker payudara adalah pertumbuhan sel yang tidak terkendali pada jaringan payudara.

2. Etiologi

Kanker sendiri bukanlah penyakit tunggal, dan sampai saat ini belum ada satu penyebab tunggal yang dapat ditunjuk menjadi etiologi kanker itu sendiri. Secara umum faktor-faktor yang dianggap sebagai penyebab kanker adalah:

a. Radiasi

Radiografi dan radium dapat menyembuhkan kanker, tetapi juga dapat menyebabkan kanker. Radiasi pengion terdiri dari gelombang-gelombang atau partikel-partikel elektromagnetik yang memiliki kekuatan untuk mengionisasi (menguraikan atau memindahkan/menghilangkan elektron). Hal ini dapat mengubah kegiatan kimianya dalam jumlah yang kuat radiasi pengion dapat merusak sel-sel tubuh (Mary 2008, h.11).

b. Riwayat keluarga atau genetik

10% dari kanker payudara ditemukan secara genetis dalam kaitannya dengan BRCA 1, BRCA 2, p53, dan A-T. Adanya riwayat kanker payudara, endometrium, atau kanker ovarium mengindikasikan

adanya peningkatan resiko yang ditentukan secara genetik (Davey 2005, h.340).

Rasjidi (2009, h.55) menyatakan pada masyarakat umum yang tidak dapat memeriksa gen dan faktor proliferasinya, maka riwayat kanker pada keluarga merupakan salah satu faktor resiko terjadinya kanker payudara, adalah:

- 1) Tiga atau lebih keluarga dari sisi keluarga yang sama terkena kanker payudara atau ovarium.
- 2) Dua atau lebih keluarga dari sisi yang sama terkena kanker payudara atau ovarium usia dibawah 40 tahun.
- 3) Adanya keluarga dari sisi yang sama terkena kanker payudara dan ovarium.
- 4) Adanya riwayat kanker payudara bilateral pada keluarga.
- 5) Adanya riwayat kanker payudara pada pria dalam keluarga.

Mary (2008, h. 7) ciri-ciri umum dari kanker herediter antara lain adalah timbul pada usia yang lebih muda (sekitar usia 20tahun, dibandingkan dengan kanker yang tidak herediter), insiden tinggi untuk kanker bilateral pada organ yang berpasangan seperti dada, ovarium, ginjal, tiroid, dan timbulnya kanker pada dua atau lebih dari dua anggota keluarga dalam satu generasi.

c. Riwayat adanya tumor

Bustan (2000, h. 79) menyatakan terjadinya kanker berhubungan dengan berbagai faktor secara luas. Berbagai faktor memberikan kontribusi yang berbeda-beda berdasarkan estimasi persentasi

kematian kanker yang disebabkan oleh masing-masing faktor. Berikut ini adalah beberapa jenis kanker yang berhubungan dengan faktor resikonya.

d. Faktor reproduksi

Rasjidi (2009, h. 56-58) menyatakan faktor reproduksi yang dapat mempengaruhi pertumbuhan sel kanker payudara antara lain adalah:

1) Usia menarche dan siklus menstruasi

Menarche dini pada usia yang lebih muda (12 tahun) terdapat peningkatan resiko terjadinya kanker payudara, dan kejadian ini semakin kuat apabila terjadi pada wanita dengan berat badan yang rendah ($BMI = <22\text{kg}/\text{m}^2$). Menopause yang terlambat turut meningkatkan kanker payudara.

2) Usia kehamilan

Resiko kanker payudara menunjukkan peningkatan seiring dengan peningkatan usia mereka pada saat kehamilan pertama. Ini diperkirakan karena adanya rangsangan pematangan dari sel-sel pada payudara yang diinduksi oleh kehamilan sehingga membuat sel-sel ini lebih peka terhadap transformasi yang bersifat karsinogenik.

3) Paritas

Dalam suatu studi metaanalisis, dilaporkan bahwa wanita nulipara mempunyai resiko 30% untuk berkembang menjadi kanker dibanding dengan wanita yang multipara. Level hormon

dalam siklus yang tinggi selama kehamilan menyebabkan diferensiasi dari *the terminal duct-lobular unit* (TDLU), yang merupakan tempat utama dalam proses transformasi kanker payudara.

4) Menyusui

Selama proses menyusui menimbulkan efek protektif terhadap kanker payudara, hal ini dikarenakan adanya penurunan level estrogen dan sekresi bahan-bahan karsinogenik selama menyusui.

e. Faktor endokrin

Rasjidi (2009, h. 58-62) menyatakan faktor endokrin yang dapat mempengaruhi pertumbuhan sel kanker adalah:

1) Faktor endogen

Telah diketahui bahwa salah satu faktor yang penting dalam pertumbuhan kanker payudara pada wanita adalah paparan hormon endogen selama hidupnya. Faktor-faktor seperti menstruasi dini (sebelum usia 12 tahun) dan menopause pada usia lanjut (setelah usia 55 tahun) merupakan faktor resiko yang berperan dalam pertumbuhan kanker payudara.

Hormon bukanlah karsinogen, tetapi dapat mempengaruhi karsinogenesis. Hormon dapat mengendalikan atau dapat menambah pertumbuhan tumor. Dasar pemberian terapi hormon dan beberapa terapi pembedahan hipofisektomi dan ooforektomi adalah prinsip karsinogenesis. Juga telah terbukti bahwa jaringan

yang responsif terhadap endokrin seperti payudara, endometrium, dan prostat tidak memperoleh kanker, kecuali jika distimulasi oleh growth promoting hormone. Esterogen telah dikaitkan adenokarsinoma pada vagina, payudara, uterus, dan tumor hepatis (Mary 2008, h.8).

Papara esterogen terutama apabila tidak ditandingi oleh progesteron, menjelaskan hubungan kanker payudara dengan menstruasi yang dimulai pada usia lebih muda, menopause yang terlambat, dan nuliparitas (Davey 2005, h.340).

2) Faktor eksogen

a) Kontrasepsi oral

Beberapa studi menunjukkan bahwa kontrasepsi oral berperan dalam meningkatkan resiko kanker payudara pada wanita paramenopause, tetapi tidak pada wanita dalam masa pascamenopause.

b) Terapi sulih hormon

Dari studi metaanalisis ditunjukkan bahwa terapi sulih hormon (TSH) dapat meningkatkan resiko kanker payudara. TSH pada wanita pasca menopause dapat meningkatkan resiko kanker payudara sebesar 30-40%.

c) Densitas payudara

Densitas dipengaruhi oleh jumlah jaringan lemak, jaringan ikat dan epitel pada payudara. Payudara dengan proporsi jaringan lemak yang tinggi mempunyai densitas yang

lebih rendah. Kanker akan lebih mudah di deteksi pada payudara yang mempunyai densitas lebih tinggi.

d) Intake alkohol

Hubungan antara peningkatan resiko kanker payudara dengan intake alkohol lebih kuat didapat pada wanita post menopause, hal ini dikarenakan alkohol dapat menyebabkan hiperinsulinemia yang akan merangsang faktor pertumbuhan pada jaringan payudara (*insuline-like growth factor*).

e) Obesitas

Peningkatan berat badan wanita pasca menopause meningkatkan resiko terkena kanker payudara. Setelah menopause, ketika ovarium berhenti memproduksi hormon esterogen, jaringan lemak merupakan tempat utama dalam memproduksi esterogen endogen. Oleh karena itu, wanita dengan berat badan berlebih dan BMI yang tinggi mempunyai level esterogen yang tinggi.

f) Lesi

Lesi dan tumor benigna tertentu mempunyai kecenderungan untuk menjadi maligna. Kanker dapat di cegah jika lesi dan tumor yang benigna dapat diketahui dan diobati dengan cepat atau dini. Yang termasuk dalam keadaan prakanker adalah polip pada kolon dan rektum, mole berpigmen (tahi lalat), displasia pada epitelium serviks dari

uterus, penyakit paget tulang-tulang, leukoplakia pada selaput lendir mulut (Mary 2008, h.9).

American Cancer Society (2008) yang dikutip dalam Rasjidi (2009, h.64) menyatakan beberapa dari kelainan dibawah ini yang mempunyai resiko untuk berkembang menjadi kanker payudara:

(1) Lesi non-proliferatif

Kelainan ini mempunyai peluang yang kecil untuk menjadi kanker payudara, antara lain fibrokistik (*fibrocystic disease*), hiperplasia sedang (*Mild Hyperplasia*), adenosis (*non-scleroming*), simpel fibroadenoma (*simple fibroadenoma*), tumor pilloides (*benign*), papilloma (*single papilloma*), mastitis, tumor jinak lainnya (lipoma, hamartoma, hemangioma, dan neurofibroma).

(2) Lesi proliferatif tanpa kelainan atipik

Kelainan ini menunjukkan pertumbuhan yang cepat (*excessive growth*) dari duktus dan lobulus pada jaringan payudara, antara lain hiperplasia duktus (non-atipik), fibroadenoma kompleks, adenosis (*sclerosing*), papillomatosis.

(3) Lesi proliferatif dengan kelainan atipik

Kelainan ini mempunyai efek yang lebih kuat dalam meningkatkan resiko kanker payudara, yaitu

sebesar 4-5 kali lipat adalah hiperplasia duktus atipik (*atypical ductal hyperplasia*) dan hiperplasia lobular atipik (*atypical lobular hyperplasia*).

f. Faktor obat-obatan

The International Agency for Research on Cancer telah mengidentifikasi sejumlah obat yang mempunyai efek karsinogenik (potensial) pada manusia antara lain zat-zat sitotoksik, obat-obat imunosupresif, esterogen, kontrasepsi oral, steroid androgenik anabolik, metoksalen, analgesik yang mengandung fenasetin. Kontrasepsi oral mempunyai efek karsinogenik (potensial) untuk kanker payudara (Mary 2008, h.10).

g. Faktor psikologis

Stresor atau perubahan dalam hidup seseorang seperti perkawinan, perceraian, menjadi orang tua, kematian seseorang yang berarti dalam hidupnya dan seterusnya dapat menjadi faktor dalam perkembangan kanker. Efek status emosi atau status psikologis seseorang pada sistem imun atau sistem hormon belum dapat dipastikan dengan jelas. Mungkin penelitian yang lebih lanjut mengenai psikoneuroimunologi dapat memberikan kejelasan mengenai interaksi tersebut. Dikatakan bahwa seseorang yang memiliki kebutuhan dukungan sosial tinggi, tetapi tidak memperolehnya adalah orang yang lebih beresiko kanker dari pada orang yang kebutuhannya minimal atau rendah (Mary 2008, h. 15).

3. Klasifikasi

Santoso (2009, hh. 122-126) mengatakan bahwa terdapat banyak macam kanker payudara yang menyerang manusia, diantaranya :

a) Lobular Carsinoma In Situ (LCIS)

Kanker payudara ini paling sering ditemukan atau biasa disebut juga Lobular Neoplasia. Namun, sebagian ahli kedokteran menolak mengklasifikasikan LCIS ke dalam kategori kanker, karena LCIS umumnya tidak meluas, melainkan hanya terjebak pada kelenjar susu.

b) Ductal Carsinoma In Situ (DCIS)

Ductal Carsinoma In Situ adalah perkembangan sel abnormal yang menyerang sel-sel pada saluran susu. Kanker ini termasuk jenis non invasif (Tidak menyebar). Namun ada kemungkinan DCIS ini menyerang ke kelenjar susu dan jaringan lemak. Jika ini terjadi, maka akan dapat mengancam nyawa penderitanya.

c) Infiltrating Lobular Carsinoma (ILC)

ILC adalah jenis kanker payudara invasif, kanker ini bahkan sulit dideteksi dengan teknik mammogram. Kanker jenis ini menyerang jaringan payudara di bawah kulit, di dalam kelenjar susu, dan menyebar ke jaringan lemak serta jaringan penyangga payudara. Ciri-ciri fisik ILC adalah payudara penderitanya menebal serta di bagian tertentu menebal dan keras, puting susu tertarik ke dalam, dan kulit payudara menebal, berkerut atau bersisik.

d) Infiltrating Ductal Carsinoma (IDC)

Kanker jenis ini paling banyak menyerang, terutama pada wanita diatas 45 tahun. IDC dari saluran susus dan menyebar melalui aliran darah serta jaringan limfa ke bagian tubuh yang lainnya. Salah satu ciri fisik dari gejala IDC adalah puting susu tertarik kedalam, dan terdapat benjolan yang runcing.

e) Varian Kanker yang Jarang Menyerang

Ada beberapa varian kanker payudara yang jarang menyerang, antara lain adalah:

- (1) Medullary carcinoma
- (2) Mucinous Carcinoma
- (3) Tubular Carcinoma
- (4) Inflammatory Breast Cancer
- (5) Paget's Disease of the Nipple

Rasjidi (2009, h.65-67) menyatakan staging kanker sesuai dengan Sistem Tumor Nodus Metastasia (TNM) AJCC Cancer Staging Manual adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1

Klasifikasi TNM Kanker Payudara berdasarkan AJCC
Cancer Staging Manual.

Klasifikasi	Definisi
Tumor primer	
Tx	Tumor primer tidak didapat
To	Tidak ada bukti adanya tumor primer
Tis	Karsinoma in situ
Tis (DCIS)	Duktal karsinoma in situ
Tis (LCIS)	Lobular karsinoma in situ
Tis (paget)	Paget's Disease tanpa adanya tumor
T1	Ukuran tumor < 2 cm
T1 mic	Mikroinvasif > 0,1 cm
T1a	Tumor > 0,1 – 0,5 cm
T1b	Tumor > 0,5 - < 1 cm
T1c	Tumor > 1 cm - < 2 cm
T2	Tumor > 2 cm - < 5 cm
T3	Tumor > 5 cm
T4	Tumor dengan segala ukuran disertai dengan adanya perlekatan pada dinding thoraks atau kulit.
T4a	Melekat pada dinding dada, tidak merusak <i>M. Pectoralis major</i> .
T4b	Edema (termasuk peau d'orange) atau ulserasi pada kulit, atau adanya nodul satelit pada payudara.
T4c	Gabungan antara T4a dan T4b
T4d	<i>Inflammatory carcinoma</i>
Kelenjar Limfe Region (N)	

Nx	Kelenjar limfe region tidak didapatkan
No	Tidak ada metastasis pada kelenjar limfe
N1	Metastasis pada kelenjar aksila ipsilateral, bersifat mobile.
N2	Metastasis pada kelenjar limfe aksila ipsilateral, tidak dapat digerakkan (<i>fixed</i>).
N3	Metastasis pada kelenjar limfe infraclavikular, atau mengenai kelenjar mammae interna, atau kelenjar limfe supraclavicular.
Metastasis (M)	
Mx	Metastasis jauh tidak ditemukan
M0	Tidak ada bukti adanya metastasis
M1	Didapatkan metastasis yang telah mencapai organ

Tabel 2.2

Stadium klinis berdasarkan klasifikasi TNM kanker payudara berdasarkan AJCC Cancer Staging Manual.

Stadium	Ukuran tumor	Metastasis kelenjar limfe	Metastasis jauh
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	Mo
IIa	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIb	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIa	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N3	M0

IIIb	T4 T apapun	N apapun N3	M0 M0
IV	T apapun	N apapun	M1

Keterangan:

a. Stage 0

Tahap sel kanker payudara tetap didalam kelenjar payudara, tanpa invasi ke dalam jaringan payudara normal yang berdekatan.

b. Stage I

Tumor 2 cm atau kurang dan batas yang jelas (kelenjar getah bening normal).

c. Stage IIa

Tumor tidak ditemukan pada payudara tetapi sel-sel kanker di temukan di kelenjar getah bening ketiak, atau tumor dengan ukuran 2 cm atau kurang dan telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak (aksiler), atau tumor yang lebih besar dari 2 cm tapi tidak lebih dari 5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.

d. Stage IIb

Tumor yang lebih besar dari 2 cm, tetapi tidak ada yang lebih besar dari 5 cm dan telah menyebar ke kelenjar getah bening yang berhubungan dengan ketiak, atau tumor yang lebih besar dari 5 cm tetapi belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.

e. Stage IIIa

Tidak di temukan tumor di payudara. Kanker ditemukan di kelenjar getah bening ketiak yang melekat bersama atau dengan

struktur lainnya, atau kanker ditemukan di kelenjar getah bening didekat tulang dada, atau tumor dengan ukuran berapapun dimana kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak, terjadi pelekatan dengan struktur lainnya, atau kanker ditemukan di kelenjar getah bening dekat tulang dada.

f. Stage IIIb

Tumor dengan ukuran tertentu dan telah menyebar ke dinding dada dan atau kulit payudara dan mungkin telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak yang melekat dengan struktur lainnya, atau mungkin kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening di tulang dada. Kanker payudara inflamatori (berinflamasi) dipertimbangkan paling tidak pada tahap IIIb.

g. Stage IIIc

Ada atau tidak adanya kanker dipayudara atau mungkin telah menyebar ke dinding dada dan atau kulit payudara dan kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening baik di atas atau di bawah tulang belakang dan kanker mungkin telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak atau ke kelenjar getah bening di dekat tulang dada.

h. Stage IV

Kanker telah menyebar atau metastase ke bagian lain dari tubuh.

Manuaba (2010, h.26) menyatakan bahwa pencatatan stadium harus dicantumkan pada setiap diagnosis kanker payudara, hal ini bertujuan untuk:

- 1) Memudahkan untuk melakukan penelitian multisenter.

- 2) Untuk menentukan terapi modalitas yang diberikan.
- 3) Untuk menentukan prognosis dari masing-masing stadium dengan memberikan modalitas terapi yang disepakati.
- 4) Pemeriksaan standar dari masing-masing stadium tumor, terutama untuk menentukan stadium nodes (N) dan metastasis (M).

4. Patofisiologi

Sel abnormal membentuk klon dan mulai berproliferasi secara abnormal, mengabaikan sinyal yang mengatur pertumbuhan dalam lingkungan sel tersebut. Kemudian dicapai suatu tahap dimana sel mendapatkan ciri-ciri invasif, dan terjadi perubahan pada jaringan sekitarnya. Sel-sel tersebut menginfiltrasi jaringan sekitar dan memperoleh akses ke limfe dan pembuluh-pembuluh darah, melalui pembuluh darah tersebut sel-sel dapat terbawa ke area lain dalam tubuh untuk membentuk metastase (penyebaran kanker) pada bagian tubuh yang lain. *Neoplasia* adalah suatu proses pertumbuhan sel yang tidak terkontrol yang tidak mengikuti tuntutan fisiologik, yang dapat disebut benigna atau maligna. Pertumbuhan sel yang tidak terkontrol dapat disebabkan oleh berbagai faktor, faktor-faktor yang dapat menyebabkan kanker biasanya disebut dengan *karsinogenesis*.

Transformasi maligna diduga mempunyai sedikitnya tiga tahapan proses seluler, diantaranya yaitu *insiasi* dimana insiator atau karsinogen melepaskan mekanisme enzimatik normal dan menyebabkan perubahan dalam struktur genetik asam deoksiribonukleat seluler (DNA), *promosi* dimana terjadi pemejangan berulang terhadap agens yang mempromosikan

dan menyebabkan ekspresi informasi abnormal atau genetik mutan bahkan setelah periode laten yang lama, *progresi* dimana sel-sel yang telah mengalami perubahan bentuk selama insiasi dan promosi mulai menginvasi jaringan yang berdekatan dan bermetastase menunjukkan perilaku maligna (Brunner & Suddarth 2002, h.317-321).

Metastase adalah transplantasi sel-sel ganas dari organ yang satu ke organ yang lain. Proses metastasis tidak terjadi secara acak-acakan atau sembarang, tetapi merupakan susunan kejadian yang rumit. Sekitar 30% tumor padat (malignan) telah bermetastasis ketika kanker terdiagnosis. Sel-sel mempunyai kemampuan yang lebih unik daripada sel-sel yang normal, yakni sel-sel kanker dapat bergerak ke jaringan lain tanpa terkendali. Penyebaran ke jaringan sekitar dapat menimbulkan perdarahan, nekrosis, pembentukan ulkus, dan penggantian dengan jaringan fibrotik. Hal ini dapat menimbulkan gumpalan yang besar, berakar di tempat (tidak dapat digerakkan dengan palpasi), kadang-kadang timbul ulkus dengan perdarahan, serta menyebabkan distorsi pada struktur dan penarikan kulit sekitar seperti yang tampak pada kanker payudara. Infiltrasi setempat dapat disertai dengan infeksi (Mary 2008, h.20-25).

5. Tanda dan Gejala

Gejala dari kanker payudara yang umum terjadi adalah terdapat benjolan pada payudara yang dikenali dengan melakukan perabaan dan sedikit tekanan. Pada beberapa kasus benjolan ini terasa nyeri tetapi ada juga yang tidak. Bentuk dan ukuran payudara mengalami perubahan. Keluarnya cairan dari puting susu selain ASI. Terjadi perubahan kondisi

kulit payudara, misalnya berubah menjadi tebal, kasar, dan bersisik (Nurcahyo 2010, h. 104).

Pada kanker payudara juga dapat terjadi retraksi atau inverti puting susu dan pembesaran getah bening kelenjar kulit aksila. Sedangkan gambaran ditemukanya metastasis kanker payudara dapat di tandai dengan adanya hasil rontgen toraks abnormal dengan atau tanpa evusi pleura, peningkatan alkali fosfatase, kalsium, pindai tulang positif, dan nyeri tulang berkaitan dengan penyebaran ke tulang, dan tes fungsi hati abnormal (Otto 2005, h.101).

6. Penatalaksanaan

a. Terapi primer

Bruner & Suddarth (2002, h.327-344) menyatakan tujuan dari terapi primer atau pembedahan adalah untuk mengangkat seluruh tumor atau sebanyak mungkin yang dapat diangkat dan semua jaringan sekitarnya yang terkena. Jenis pembedaha yang dapat dilakukan adalah:

1) Bedah diagnostik

Bedah diagnostik dilakukan untuk mendapatkan biopsi (eksisi jaringan yang di curigai) untuk menganalisa jaringan dan sel-sel yang di duga ganas. Metode biopsi yang umum digunakan adalah metode eksisi (digunakan untuk mendapatkan biopsi jaringan yang mudah dijangkau), insisi (digunakan untuk massa tumor yang terlalu besar untuk di angkat), dan biopsi jarum (digunakan untuk mendapatkan

sampel massa yang dicurigai yang dengan mudah dapat dijangkau).

2) Bedah profilaktik

Bedah profilaktik melibatkan pengangkatan jaringan atau organ nonvital yang mungkin untuk terjadinya kanker. Prosedur bedah yang digunakan adalah kolektomi dan mastektomi.

3) Bedah paliatif

Bedah paliatif dilakukan sebagai usaha untuk menghilangkan komplikasi dari kanker. Tipe pembedahan ini dirancang untuk meredakan nyeri yang berat, menghilangkan obstruksi, dan mastektomi sederhana untuk penyakit payudara ulseratif.

4) Bedah rekonstruktif

Bedah rekonstruktif dilakukan dalam upaya untuk memperbaiki fungsi atau memperoleh suatu efek kosmetik yang dikehendaki.

b. Terapi radiasi

Dalam terapi radiasi, radiasi ionisasi digunakan untuk mengganggu pertumbuhan seluler. Terapi radiasi juga dapat digunakan untuk mengontrol penyakit malignasi bila tumor tidak dapat diangkat secara pembedahan atau bila ada metastasis pada nodus lokal. *Tumor radiosensitif* adalah tumor yang dapat dihancurkan oleh dosis radiasi yang masih memungkinkan sel

normal untuk beregenerasi dalam jaringan normal. Radiasi dapat di berikan pada letak tumor baik dengan mekanisme eksternal atau internal, dimana implantasi radiasi internal atau *brachytherapy* digunakan untuk memberikan radiasi dosis tinggi ke area yang terlokalisir.

c. Terapi sistemik

Terapi sistemik atau yang sering disebut dengan kemoterapi adalah pengobatan menggunakan obat yang diberikan secara oral maupun disuntikkan. Kemoterapi umumnya menggunakan obat dosis tinggi yang bekerja didalam sel. Kemoterapi bertujuan menghambat atau melemahkan sel kanker bahkan dapat mematikan sel kanker (Nurcahyo 2010, h. 112).

Terapi spesifik yang dianjurkan dipengaruhi oleh faktor prognostik dan keadaan kesehatan pasien secara umum. Dosis dan terapi yang digunakan berbeda-beda. Zat-zat yang sering digunakan untuk penanganan kanker payudara adalah CMF (siklofosfamid atau cytoxan, metotreksat, 5-fluorourasil atau 5-FU), FAC/CAF (5-FU, doksorubisin atau adriamycin, dan sitoksan), dan CMF ± VP (sitoksan, metotreksat, 5-FU, vinkristin, dan prednison) (Otto 2005, h. 108).

d. Terapi fotomedik

Terapi fotomedik atau fototerapi adalah pengobatan kanker yang menggunakan senyawa fotosintesis seperti photofrin. Senyawa fotosintesis diberikan secara intravena yang akan tertahan dalam

konsentrasi yang lebih tinggi dalam jaringan maligna dibanding jaringan normal, kemudian senyawa tersebut diaktifkan dengan penyinaran menggunakan sinar laser yang akan menimbulkan molekul oksigen singlet yang aktif dan bersifat sitotoksik. Karena senyawa tersebut banyak tertahan pada jaringan maligna maka sitotoksik yang lebih selektif dapat dicapai dengan kerusakan minimal terhadap jaringan normal.

e. Terapi gen

Terapi gen adalah pendekatan revolusioner terhadap pengobatan kanker. Tujuan terapi ini adalah didasarkan pada pengetahuan bahwa banyak kanker mungkin diakibatkan oleh perubahan dalam gen yang spesifik.

f. Terapi hormon

Beberapa sel kanker menunjukkan reaksi positif terhadap hormon tertentu. Ada yang progesteron receptor, ada pula estrogen reseptor. Sel kanker semacam itu tumbuh cepat apabila mendapat asupan hormon tersebut. Jika terjadi kasus seperti ini maka diperlukan terapi hormon (Nurcahyo 2010, h. 114).

g. Targeted therapy

Targeted therapy adalah pemberian obat yang secara khusus di targetkan untuk menghambat pertumbuhan protein tertentu. Ada beberapa jenis sel kanker yang merupakan sekumpulan senyawa protein yang terus tumbuh membesar dan menjalar (Nurcahyo 2010, h. 114).

C. Deteksi Dini

1. Pengertian

Deteksi dini kanker ialah usaha untuk mengidentifikasi penyakit atau kelainan yang secara klinis belum jelas dengan menggunakan test, pemeriksaan, atau prosedur tertentu yang dapat digunakan secara cepat untuk membedakan orang-orang yang kelihatannya sehat, benar-benar sehat dengan tampak sehat tetapi sesungguhnya menderita kelainan (Rasjidi 2009, h.5).

Dalam merencanakan program-program pencegahan dan skrining, perawat menggunakan informasi mengenai populasi tertentu untuk meningkatkan keberhasilan program pencegahan kanker payudara (Brunner & Suddarth 2002, h.324).

2. Tujuan

Deteksi dini bertujuan untuk menemukan adanya dini, yaitu kanker yang masih dapat disembuhkan, untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas kanker (Rasjidi 2009, h.5).

3. Dasar-dasar Mengadakan Deteksi Dini

Rasjidi (2009, h.5-6) menyatakan deteksi kanker didasarkan atas kenyataan-kenyataan antara lain sebagai berikut:

- a. Perjalanan penyakit kanker umumnya mulai dari kanker in situ atau kanker lokal dalam taraf seluler atau organ. Fase kanker lokal umumnya cukup lama sebelum mengadakan invasi keluar organ atau sebelum mengadakan metastase.

- b. Banyaknya kasus kanker yang timbul dari tumor atau lesi pra kanker yang telah lama ada.
- c. Lebih dari 75% kasus kanker terdapat pada organ atau tempat-tempat yang mudah diperiksa sehingga mudah diketemukan.
- d. Penderita kanker umumnya baru datang ke dokter sesudah penyakitnya dalam stadium lanjut.
- e. Hasil pengobatan kanker dini jauh lebih baik dari lanjut. Kanker dini dapat disembuhkan dan kanker pada stadium lanjut sukar disembuhkan atau tidak dapat disembuhkan lagi. Makin dini kanker itu ditemukan dan diobati makin baik prognosennya. Pengobatan tumor jinak dan lesi pra kanker dapat mencegah timbulnya kanker, dan merupakan prevensi primer terhadap kanker.
- f. Penyembuhan kanker secara spontan hampir tidak pernah terjadi.

Bustan (2000, h.87) menyatakan dalam upaya deteksi dini, perhatian selayaknya diberikan kepada mereka yang beresiko tinggi. Mereka yang dianggap beresiko tinggi kanker adalah :

- a. Mereka yang mempunyai keluarga menderita kanker.
- b. Mereka yang sebelumnya pernah menderita kanker.
- c. Mereka yang sedang mengalami imunodepresi.

Upaya skrining untuk mendeteksi kejadian dini kanker biasanya berfokus pada kanker dengan insiden tertinggi atau mereka yang mempunyai angka bertahan hidup yang lebih baik jika didiagnosa lebih dini (Brunner & Suddarth 2002, h. 324).

4. Jenis-jenis deteksi dini

a. Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI)

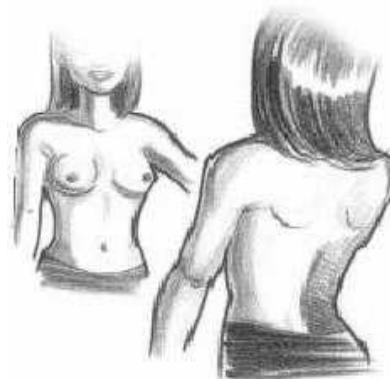
Bustan (2000, h.97-100) menyatakan Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) sebaiknya dilakukan sekali dalam satu bulan sehingga kita menjadi terbiasa dengan keadaan payudara. Keterbiasaan ini lebih mudah untuk menemukan perubahan pada payudara dari bulan ke bulan. Penemuan yang dini perubahan dari keadaan normal adalah ide dasar dari SADARI. Jika terjadi menstruasi maka waktu yang terbaik untuk melakukan SADARI adalah 5-7 hari setelah menstruasi berakhir ketika payudara sudah menjadi lembut dan tidak membengkak. Jika sudah menopause maka pilihlah satu hari tertentu, misalnya hari pertama untuk mengingatkan melakukan SADARI setiap bulan.

Untuk mendapatkan secara dini kelainan payudara perlu pemeriksaan yang tepat baik waktu maupun teknik pemeriksaanya. Sebagai pedoman dapat dipakai berikut ini:

- 1) Mulai umur 20 tahun, pemeriksaan SADARI tiap bulan.
- 2) Umur 20-40 tahun, SADARI tiap 3 tahun dan mammografi awal (usia 35-40 tahun).
- 3) Usia 40-50 tahun, mammografi tiap 1-2 tahun, SADARI tiap tahun (tentang riwayat kesehatan dan anjuran dokter).
- 4) Usia lebih dari 50 tahun, mammografi tahunan dan SADARI tahunan.

Langkah-langkah untuk melakukan SADARI antara lain adalah:

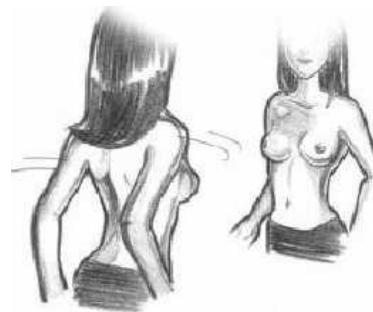
- a) Berdiri didepan cermin dengan badan bagian atas dada terbuka. Lengan ke bawah, bandingkan payudara kiri dan kanan, besarnya, garis batas bawah, sama besar dan sama tinggi. Puting susu (*papilla mammae*) kiri dan kanan sama tinggi, sama besar dan sama bentuk (Hawari 2004, h.84).



Gambar 2.1.

Inspeksi kesimetrisan bentuk payudara.

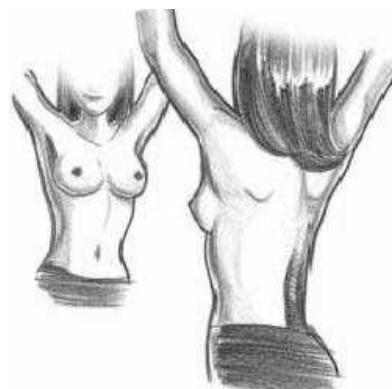
- b) Berdirilah didepan cermin. Pandanglah kedua payudara terhadap semua kemungkinan yang tidak biasa, misalnya cairan dari puting, pengertuan, penarikan atau pengelupasan kulit. Kedua langkah berikutnya dilakukan untuk menentukan kemungkinan perubahan pada bentuk dan kelenturan payudara. Ketika melakukannya hendaknya dengan perasaan otot-otot dada yang mengeras (Bustan 2000, h.97).



Gambar 2.2.

Inspeksi ada tidaknya perubahan pada payudara.

- c) Lebih arahkan perhatian ke cermin, tangkupkan kedua tangan di belakang kepala dan tekan tangan ke depan. Lengan di atas kepala, bandingkan payudara kiri dan kanan, bentuk dan puting susu, kadang-kadang dalam gerak ini benjolan tumor (kanker) juga dapat dilihat bergerak di bawah kulit (Hawari 2004, h.84).



Gambar 2.3.

Melihat ada tidaknya massa di sekitar payudara.

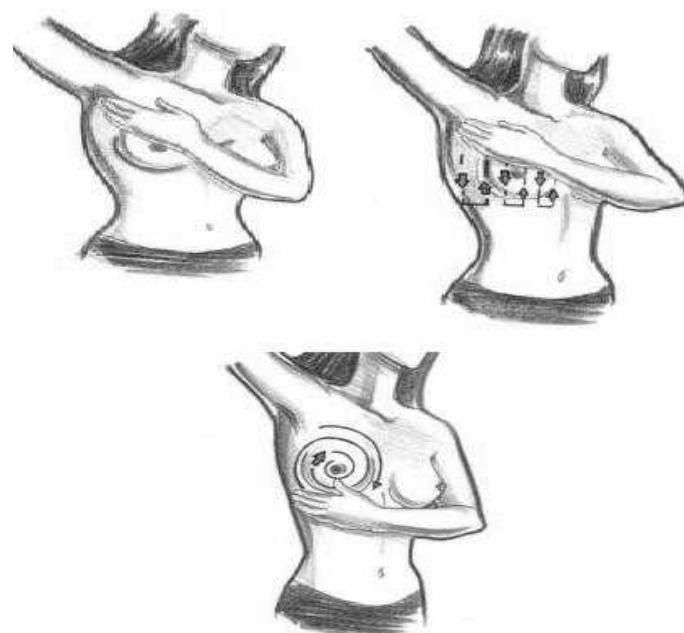
- d) Lalu, tekankan tangan secara lembut di pinggul, membungkuklah sedikit ke arah cermin bersamaan dengan menarik pundak dan siku ke depan (Bustan 2000, h.98).



Gambar 2.4.

Meregangkan otot-otot Axila.

- e) Angkatlah lengan kiri, pergunakanlah 3-4 jari tangan kanan untuk memeriksa payudara kiri secara lembut, hati-hati dan secara menyeluruh. Dimulai dari bagian tepi sisi luar, tekankan ujung jari tangan membentuk suatu lingkaran-lingkaran kecil, dan pindahkan lingkaran itu secara lembut seputar payudara. Secara bertahap lakukan ke arah puting. Yakini untukmencakup seluruh payudara. Berikan perhatian khusus di daerah antara payudara dengan ketiak, termasuk bagian ketian sendiri. Rasakan untuk segala ganjalan yang tidak biasa atau benjolan di bawah kulit (Bustan 2000, h.98-99).



Gambar 2.5.

Teknik pemijatan di area payudara guna meraba masa tumor.

- f) Dengan lembut pijit puting dan lihat bila ada cairan keluar. Lakukan untuk pemeriksaan yang sama untuk payudara kanan. Jika ada cairan apa saja dari puting baik sewaktu maupun bukan waktu SADARI segera lakukan pemeriksaan lebih lanjut (Bustan 2000, h.99).



Gambar 2.6.

Memeriksa Cairan Payudara.

g) Langkah ke 4 dan 5 hendaknya diulangi dengan posisi berbaring.

Berbaringlah dengan lengan kiri di belakang kepala dan bantal atau lipatan handuk diletakkan di bawah pundak. Pada posisi ini menyebabkan payudara menjadi lebih rata dan membuat pemeriksaan lebih mudah. Lakukan gerakan melingkar yang sama seperti pada tahap 4 dan 5. Lakukan pula untuk payudara kanan.

b. Termografi payudara

Termografi adalah deteksi dini kanker payudara yang dilakukan dengan cara menengkapkeadaan atau aktivitas jaringan payudara melalui deteksi suhu. Tingkat sensitivitas termografi mencapai 90% dan riset menunjukkan bahwa termografi mampu mendeteksi sel kanker 10 tahun lebih dini dibanding alat deteksi lainnya. Kelemahan dari alat ini adalah tidak mampu menunjukkan lokasi detail dari tumor yang ada (Nurcahyo 2010, h. 98-99).

c. Mammografi

Mammografi adalah metode pendektsian kanker payudara menggunakan foto sinar X. Terdapat dua tipe mammografi yaitu, *Screening Mammogram* dan *Diagnostic Mammogram*. *Screening* dilakukan untuk pemeriksaan awal pada payudara yang diduga tidak bermasalah, sedangkan *Diagnostic* dilakukan untuk pemeriksaan lanjutan pada payudara yang bermasalah (Nurcahyo 2010, h. 99-100).

d. Ductografi

Prinsip kerja ductografi adalah memeriksa adanya kelainan pada saluran susu menggunakan foto sinar X. Ductografi tidak

dianjurkan pada penderita yang memiliki kontraindikasi terhadap media kontras tertentu (Nurcahyo 2010, h. 100-101).

e. Biopsy payudara

Biopsy payudara adalah proses pengambilan sampel jaringan payudara. Prinsip dari biopsy adalah memasukkan jarum kedalam jaringan payudara pasien untuk mengambil sampel jaringan, dan kemudian dilakukan pemeriksaan terhadap sel jaringan tersebut untuk mengetahui jenis tumor yang menyerang pasien (Nurcahyo 2010, h. 101).

f. Ultrasonography payudara

Ultrasonography (USG) adalah teknik untuk mendeteksi kelainan jaringan didalam payudara. USG mampu mendeteksi jaringan yang abnormal dengan kontras yang bagus. Namun kelemahan USG adalah tidak mampu mendeteksi penumpukan kalsium dan tidak bisa mendeteksi sifat dan jenis sel abnormal (Nurcahyo 2010, h. 101).

g. Clinical Breast Examination (CBE)

Clinical Breast Examination (CBE) di pakai untuk mendeteksi kelainan-kelainan yang ada pada payudara dan untuk mengevaluasi kanker payudara pada tahap dini sebelum berkembang menjadi tahap yang lebih lanjut. Prinsip dasar pemeriksaan Clinical Breast Examination (CBE) adalah dengan menggunakan inspeksi secara visual dan palpasi untuk menemukan kelainan pada payudara yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (Rasjidi 2009, h. 79-80).

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep

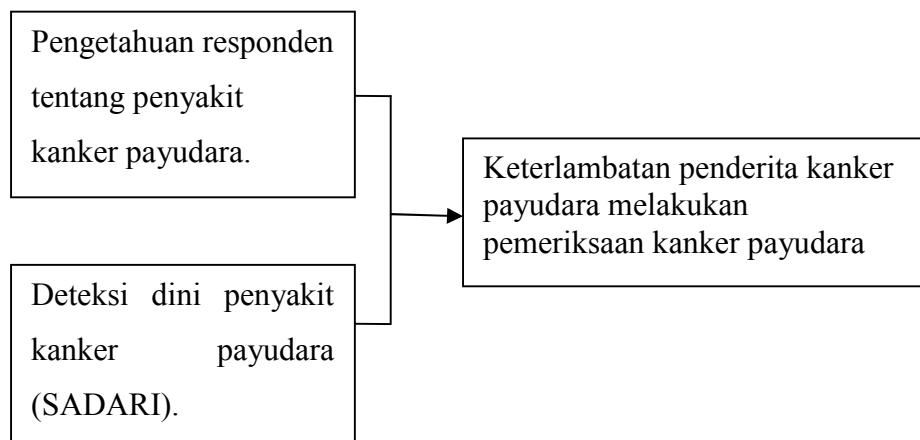
Konsep merupakan abstraksi yang terbentuk oleh generalisasi dari hal-hal khusus. Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo 2002, h.68-69).

Kerangka konsep atau *farmwork* adalah sesuatu yang abstrak, *logical* secara arti harfiah dan akan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penemuan dengan *body of knowledge*. Sedangkan konsep tentang model adalah suatu susunan dari konsep secara abstrak dan pernyataan suatu hubungan yang akan menjelaskan secara panjang lebar tentang suatu peristiwa dari topik yang akan dibahas (Nursalam 2001, h. 31).

Pada penelitian ini terdiri dari variabel bebas (*independent*) yaitu pengetahuan responden tentang penyakit kanker payudara, dan deteksi dini penyakit kanker payudara (SADARI). Dan keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara sebagai variabel terikat (*dependent*). Kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 3.1.

Kerangka Konsep Penelitian Hubungan Pengetahuan Dan Deteksi Dini (SADARI) Dengan Keterlambatan Penderita Kanker Payudara Melakukan Pemeriksaan Di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.



B. Hipotesis

Pada hakikatnya hipotesis adalah sebuah pernyataan tentang hubungan yang diharapkan antara dua variabel atau lebih yang dapat di uji secara empiris (Notoatmodjo 2002, h.74).

La Biondo-Wood dan haber (1994), dikutip dalam Nursalam (2008, h. 56) menyatakan hipotesis adalah suatu pernyataan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pernyataan dalam penelitian.

Hipotesis yang digunakan dalam penelitian ini adalah hipotesis mayor dan hipotesis minor, dimana;

1. Hipotesis mayor

Adanya hubungan pengetahuan dan praktek deteksi dini (SADARI) responden dengan keterlambatan responden kanker payudara dalam memeriksakan kondisinya.

2. Hipotesis minor

- a. Adanya hubungan pengetahuan responden dengan keterlambatan responden kanker payudara dalam memeriksakan kondisinya.
- b. Adanya hubungan praktek responden dalam melakukan deteksi dini (SADARI) dengan keterlambatan responden kanker payudara dalam memeriksakan kondisinya.

C. Variabel penelitian

Menurut Rafi (1985) dalam Nursalam & Pariani (2001, h. 41) variabel adalah suatu ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok (orang, benda, situasi) yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok tersebut. Pada penelitian ini untuk mengukur keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara maka dapat melewati variabel pengetahuan dan praktek SADARI sebagai variabel bebas (*independent*). Sedangkan keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara sebagai variabel terikat

(*dependent*). Pengukuran variabel pada penelitian ini menggunakan skala nominal dan skala ordinal.

D. Definisi operasional

Definisi berasal dari kata latin yaitu (*definition*). Ada dua macam definisi yaitu definisi nominal dan definisi riil. Definisi nominal menerapkan arti kata hakiki, ciri, maksud, dan kegunaan, serta asal muasal (sebab). Definisi riil menerapkan objek yang dibatasinya, terdiri dari dua unsur yaitu unsur yang menyamakan dengan hal yang lain dan unsur yang membedakan dengan hal yang lain. Definisi operasional sendiri adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut.

Tabel 3.1

Definisi operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
1	Pengetahuan responden tentang penyakit kanker payudara.	Kemampuan responden untuk menjawab pertanyaan seputar kanker payudara dengan benar.	Dengan menggunakan kuesioner yang berisi 13 pertanyaan, jika jawaban benar skor 1 dan jika jawaban salah skor 0.	Hasil ukur berupa skor dalam bentuk kategori dimana jika baik jika 76-95% jawaban benar, kategori cukup jika 56-75% jawaban benar, kategori kurang jika > 55% jawaban benar.	Ordinal
2	Deteksi dini penyakit kanker payudara (SADARI).	Kemampuan responden dalam melakukan pemeriksaan payudara	Dengan menggunakan kuesioner yang berisi 14 pertanyaan yang terdiri	Hasil ukur berupa skor dalam bentuk kategori dimana	Ordinal

		sendiri (SADARI).	dari 10 pertanyaan <i>favourable</i> dan 4 pertanyaan <i>unfavourable</i> , jika pertanyaan <i>favourable</i> jawaban (Ya) skor 1 dan jika jawaban (Tidak) skor 0 sedangkan untuk pertanyaan <i>unfavourable</i> jika jawaban (Ya) skor 0 dan jika jawaban (Tidak) skor 1.	kategori baik jika 76-95% skor jawaban (1), kategori cukup jika 56-75% skor jawaban (1), kategori kurang jika > 55% skor jawaban (1).	
3	Keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara	keadaan dimana pasien kanker payudara datang untuk mengetahui kondisinya melebihi waktu yang telah ditentukan (kanker sudah	Dengan menggunakan <i>check list</i> , yang di susun dalam bentuk pertanyaan kategori terlambat dan belum terlambat untuk di diagnosa.	Hasil ukur dalam bentuk kategori dimana kategori terlambat di diagnosa jika responden pertama kali datang	Nominal

	<p>pada stadium III) ketika kanker sudah tidak dapat berdeferensi dengan baik untuk dilakukan pengobatan.</p>	<p>untuk di diagnosa sudah dalam kondisi \geq stadium III, dan kategori belum terlambat di diagnosa jika responden pertama kali datang untuk di diagnosa masih dalam kondisi $<$ stadium III.</p>	
--	---	--	--

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Pada penelitian ini di lakukan dengan menggunakan desain studi *deskriptif korelasi (correlation study)* untuk mendeskripsikan atau menggambarkan suatu keadaan yaitu hubungan pengetahuan dan deteksi dini (SADARI) pada kanker payudara dengan keterlambatan penderita kanker payudara dalam memeriksakan kondisinya di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan sedangkan pendekatan yang digunakan adalah pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) (Notoatmodjo 2002, h. 145-146).

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah semua nilai yang mungkin, baik hasil menghitung atau mengukur, kualitatif atau kuantitatif mengenai karakteristik tertentu dari semua elemen himpunan data yang ingin diteliti sifat-sifatnya (Isqiyanto 2009, h. 5).

Adapun populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien dengan kanker payudara yang berobat jalan di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan sebanyak 154 orang, yang terhitung mulai bulan Januari sampai dengan 22 Desember 2012.

2. Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *quota sampling*, pada teknik ini penetapan sampel dengan menetapkan berapa besar jumlah sampel yang diperlukan atau menetapkan *quotum* (jumlah) sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Notoatmodjo 2002, h.89). Jumlah pasien dengan kanker payudara yang menjalani kemoterapi di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan pada tiap bulannya sekitar 50 orang, maka sampel yang diambil pada penelitian ini sebanyak 50 orang.

Menurut Nursalam (2008, h. 92) kriteria sampel dapat di bedakan menjadi dua bagian yaitu, inklusi dan eksklusi.

- a. Kriteria inklusi, yaitu karakteristik umum dari suatu populasi target yang terjangkau dalam penelitian.

Kriteria inklusi sampel dalam penelitian ini adalah :

- 1) Semua pasien yang di diagnosa dengan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten pekalongan.
- 2) Semua pasien dengan kanker payudara yang menjalani pengobatan rawat jalan di RSUD Kraton Kabupaten pekalongan.
- 3) Semua pasien kanker payudara yang akan menjalani kemoterapi kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

- 4) Semua pasien kanker payudara yang bersedia untuk menjadi responden.
- b. Kriteria ekslusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena pelbagai sebab, antara lain:
 - 1) Pasien kanker payudara yang tidak kooperatif di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.
 - 2) Pasien kanker payudara yang menolak untuk dijadikan responden.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di ruang kemoterapi RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan selama ±30 hari. Adapun alasan peneliti mengambil tempat di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan dengan alasan:

- a. Karena RSUD Kraton merupakan Rumah sakit rujukan untuk pengobatan lebih lanjut pasien kanker payudara di wilayah Kabupaten Pekalongan dan sekitarnya.
- b. Di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan terdapat fasilitas untuk pengobatan kanker payudara atau kemoterapi.

2. Waktu penelitian

Waktu penelitian ini dilakukan mulai tanggal 4 Juli sampai dengan 31 Juli 2012, dengan tahapan sebagai berikut.

Tabel 4.1
Pelaksanaan penelitian

No	Kegiatan	Bulan									
		Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep
1	persiapan										
2	Penyusunan proposal										
3	Penelitian										
4	Penulisan hasil laporan										
5	Ujian hasil penelitian										
6	Revisi										

D. Etika Penelitian

Setelah mendapatkan persetujuan dari STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, kemudian meminta izin ke BAPPEDA Kabupaten Pekalongan yang kemudian tembusannya disampaikan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan dan RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

Hidayat (2007, h.82-83) menyatakan bahwa masalah etika penelitian yang harus diperhatikan adalah sebagai berikut:

1. Informed consent

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, dan mengetahui dampaknya. Beberapa informasi yang harus ada dalam informed consent antara lain; partisipasi pasien, tujuan

dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

2. *Anonymity (tanpa nama)*

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. *Confidentiality (kerahasiaan)*

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

4. *Cleaning*

Cleaning merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di entry apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut dimungkinkan terjadi pada saat kita mengentry ke komputer (Hastono 2001, h.2).

E. Instrumen Penelitian

Dalam menyusun instrumen atau alat ukur penelitian, peneliti hendaknya metode dan jenis instrumen yang akan digunakan, apakah akan

menggunakan angket, daftar periksa, lembar observasi, atau instrumen lainnya. Setelah itu peneliti menyusun parameter atau indikator yang akan digunakan dalam penelitian (Hidayat 2007, h.88).

Pada penelitian ini peneliti menggunakan dua instrumen yaitu *check list* dan kuesioner dalam metode pengumpulan data, *check list* dan kuesioner diajukan secara tertulis guna memperoleh tanggapan atau jawaban dari responden untuk mencari faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan diagnosa pada pasien kanker payudara.

Untuk variabel pengetahuan pasien kanker payudara tentang penyakit kanker payudara, lembar kuesioner disusun dalam 13 pertanyaan, jika jawaban benar skor 1 dan jika jawaban salah skor 0. Hasil ukur berupa skor dalam bentuk kategori dimana kategori baik jika 75-95% jawaban benar, kategori cukup jika 56-75% jawaban benar, kategori kurang jika > 55% jawaban benar.

Untuk variabel Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI), lembar kuesioner disusun dalam 14 pertanyaan yang terdiri dari 10 pertanyaan *favourable* dan 4 pertanyaan *unfavourable*, jika pertanyaan *favourable* jawaban (Ya) skor 1 dan jika jawaban (Tidak) skor 0 sedangkan untuk pertanyaan *unfavourable* jika jawaban (Ya) skor 0 dan jika jawaban (Tidak) skor 1. Hasil ukur berupa skor dalam bentuk kategori dimana kategori baik jika 76-95% skor jawaban (1), kategori cukup jika 56-75% skor jawaban (1), kategori kurang jika > 55% skor jawaban (1).

Untuk variabel Keterlambatan responden dalam melakukan pemeriksaan kanker payudara, lembar *check list* disusun dalam bentuk

pertanyaan kategori terlambat dan belum terlambat untuk di diagnosa. Hasil ukur dalam bentuk kategori dimana kategori terlambat di diagnosa jika responden pertama kali datang untuk di diagnosa sudah dalam kondisi \geq stadium III, dan kategori belum terlambat di diagnosa jika responden pertama kali datang untuk di diagnosa masih dalam kondisi $<$ stadium III.

F. Uji Validitas dan Reliabilitas

Setelah alat ukur atau alat pengumpul data selesai disusun, belum berarti alat ukur tersebut dapat langsung digunakan untuk mengumpulkan data. Alat ukur tersebut hendaknya perlu diuji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu. Agar diperoleh distribusi nilai hasil pengukuran mendekati normal, maka sebaiknya jumlah responden untuk diuji coba paling sedikit 20 orang (Notoatmodjo 2002, h.129).

Dalam penelitian ini uji validitas dan reabilitas dilakukan pada tanggal 8 mei 2012 sampai dengan tanggal 26 mei 2012 kepada 20 responden kanker payudara di RSI Muhammadiyah Pekajangan karena di RSI Muhammadiyah Pekajangan terdapat sarana untuk pengobatan kanker payudara yang sama dengan RSUD Kraton Kabupaten pekalongan, selain itu RSI Muhammadiyah Pekajangan juga mempunyai kesamaan karakteristik dengan RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan, yaitu RSI Muhammadiyah Pekajangan masih terdapat dalam satu wilayah kerja yang sama.

1. Validitas

Validitas berasal dari kata *validity* yang berarti sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data

(Isgiyanto 2009, h.7). Notoatmodjo (2002, h.29) menyatakan validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat benar-benar itu mengukur apa yang di ukur.

Apabila tabel $t_\alpha = 0,05$ dan derajat kebebasan ($dk = n-2$) maka korelasi (r) dikatakan valid apabila, nilai (r hitung $>$ r tabel), sebaliknya apabila nilai (r hitung $<$ r tabel) dapat dikatakan instrumen tersebut tidak valid. Indeks korelasi (r) adalah 0,800-1,000 (sangat valid), 0,600-0,799 (tinggi), 0,400-0,599 (cukup tinggi), 0,200-0,399 (rendah), dan 0,000-0,199 (sangat rendah) (Hidayat 2007, h.93-94).

Untuk kuesioner pengetahuan pasien kanker payudara tentang penyakit kanker payudara terdiri dari 15 pertanyaan, dari hasil uji validitas yang dilakukan terhadap 20 responden didapatkan nilai r tabel adalah 0, 9727. Dari 15 pertanyaan yang diujikan didapatkan 2 pertanyaan yang memiliki nilai (r hitung $<$ r tabel) yaitu 0, 2496 dan 0, 1042 sehingga pertanyaan tersebut dapat dikatakan tidak valid dan tidak dapat digunakan dalam penelitian sehingga pertanyaan tersebut dihilangkan.

Sedangkan untuk kuesioner kemampuan responden dalam melakukan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) terdiri dari 17 pertanyaan, dari hasil uji validitas yang dilakukan terhadap 20 responden didapatkan nilai r tabel adalah 0, 9823. Dari 17 pertanyaan yang diujikan didapatkan 3 pertanyaan yang memiliki nilai (r hitung $<$ r tabel) yaitu -0, 2671, 0, 7313 dan 0, 3661 sehingga pertanyaan

tersebut dapat dikatakan tidak valid dan tidak dapat digunakan dalam penelitian sehingga pertanyaan tersebut dihilangkan.

2. Reliabilitas

Reliabilitas ialah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoatmodjo 2002, h.133).

Dalam uji reliabilitas sebagai nilai (r hasil) adalah nilai alpha, dengan ketentuan bila r alpha $>$ r tabel, maka pernyataan tersebut reliabel (Hastono 2001, h.55).

Hasil reliabilitas yang dilakukan untuk kuesioner pengetahuan responden kanker payudara tentang penyakit kanker payudara yang terdiri dari 13 pertanyaan didapatkan nilai r alpha 1, 0000 $>$ 0,6. Sehingga kuesioner tersebut dikatakan reliable dan dapat digunakan dalam penelitian.

Sedangkan hasil reliabilitas yang dilakukan untuk kuesioner kemampuan responden dalam melakukan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) yang terdiri dari 14 pertanyaan didapatkan nilai r alpha 1, 0000 $>$ 0,6. Sehingga kuesioner tersebut dikatakan reliable dan dapat digunakan dalam penelitian.

G. Prosedur Pengumpulan Data

Peneliti melakukan pengumpulan data setelah mendapatkan persetujuan dari ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, kemudian mendapatkan

rekомendasi dari BAPPEDA Kabupaten Pekalongan dan setelah peneliti mendapatkan izin dari RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan, peneliti langsung mendatangi responden yang akan menjalani pengobatan (kemoterapi) kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan selama ±30 hari. Dengan bantuan rekan-rekan, peneliti sebelum memulai pengisian kuesioner, responden diberikan petunjuk dan penjelasan serta maksud dan tujuan penelitian. Peneliti meminta kepada responden untuk membaca surat persetujuan terlebih dahulu untuk menjadi responden. Jika responden bersedia peneliti meminta responden untuk melakukan pengisian kuesioner. Selama pengisian kuesioner, peneliti menunggu sampai pengisian kuesioner tersebut selesai dan peneliti mengecek kembali jawaban dari responden apakah lembar pertanyaan pada kuesioner sudah terisi sepenuhnya atau belum.

H. Pengolahan Data

Hidayat (2007, h.107-108) menyatakan dalam proses pengolahan data terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh, antara lain:

- 1. *Editing***

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

- 2. *Coding***

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pemberian kode ini

sangat penting bila pengolahan dan analisis data menggunakan komputer. Biasanya dalam pemberian kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam satu buku (*code book*) untuk memindahkan kembali melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variabel.

3. Entri data

Data entri adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontigensi.

4. *Cleaning*

Cleaning atau pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dientry apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut dimungkinkan terjadi pada saat kita mengentry ke komputer (Hastono 2001, h.2).

I. Teknik Analisa Data

Setelah semua data yang dibutuhkan terkumpul, langkah selanjutnya yang dilakukan oleh peneliti adalah mengadakan analisis terhadap semua data yang telah terkumpul. Cara yang di tempuh peneliti adalah memberikan skor untuk setiap jawaban per item soal dari kuesioner yang disebarluaskan kepada para responden. Kemudian seluruh skor dijumlahkan secara keseluruhan. Kemudian dianalisis secara statistik, untuk menganalisis data pada penelitian ini digunakan *analisis univariate* dan *analisis bivariate*.

Analisa univariate dilakukan terhadap tiap-tiap variabel penelitian yaitu untuk menganalisa pengetahuan dan sikap pasien kanker payudara sebagai variabel bebas dan keterlambatan diagnosa kanker payudara sebagai variabel terikat.

Analisa bivariate adalah analisa yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi, kemudian untuk mengetahui hubungan antar variabel digunakan uji *chi square* (Notoatmodjo 2002, h.188) untuk penentuan nilai α (alpha) tergantung dari tujuan dan kondisi penelitian. Nilai α (alpha) yang sering digunakan adalah 10%, 5%, atau 1%. Untuk bidang kesehatan masyarakat biasanya digunakan nilai α sebesar 5% (Hastono 2001, h.84). Sehingga hasil analisa penelitian ini dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Bila p value $\leq \alpha$, H_0 ditolak, berarti ada hubungan yang signifikan antara *variabel independent* dan *variabel dependent*.
2. Bila p value $> \alpha$, H_0 gagal ditolak, berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara *variabel independent* dan *variabel dependent*.

J. Jalannya penelitian

Setelah proposal disetujui peneliti melakukan uji validitas dengan karakteristik responden yang hampir sama dengan tempat yang dijadikan penelitian pada uji validitas dan reliabilitas adalah RSI Muhammadiyah Pekajangan. Setelah uji validitas dan reliabilitas kuesioner dinyatakan valid maka penelitian dilanjutkan dengan mengajukan ijin penelitian kepada

BAPEDA Kabupaten Pekalongan dan RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan, untuk melakukan penelitian.

Proses penelitian dilakukan langsung di ruang kemoterapi RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan terhadap 50 responden kanker payudara yang sedang menjalani program kemoterapi dimulai dari tanggal 04 Juli sampai dengan tanggal 31 Juli 2012. Program kemoterapi dilakukan lima kali dalam satu minggu yaitu mulai dari hari senin sampai dengan hari jumat, setiap harinya terdapat minimal 2 pasien kemoterapi yang menjalani pengobatan kanker payudara.

Program kemoterapi setiap harinya dimulai pukul 07.30 WIB sampai dengan pukul 15.00 WIB. Pasien yang akan menjalani pengobatan tiga hari sebelumnya melakukan pemeriksaan laboratorium terlebih dahulu, apabila hasil laboratorium dinyatakan normal dan dapat menjalani kemoterapi pasien dihubungi kembali oleh perawat ruang kemoterapi untuk melakukan kemoterapi.

Jenis obat atau terapi adjuvan yang biasanya digunakan dalam proses kemoterapi adalah

1. Oxaliplatin (5-fluorouracil, eritromisin, salisilat, granisetron, paclitaxel, Na valproat)

Merupakan terapi tambahan untuk kanker stadium III sesudah reseksi komplit tumor awal dalam kombinasi terapi dengan 5-Fluorourasil dan asam folinat; terapi kanker dengan metastasis.

2. Brexel.

Obat ini di indikasikan untuk jenis kanker payudara, kanker rahim, dan kanker paru-paru.

3. Folfox (5-FU, leucovorin)

Folfox diberikan untuk menilai ada atau tidaknya faktor prognostik MMR (*mismatch repair*) dan peningkatan angka bebas kambuh.

Pada saat melakukan penelitian, sebelumnya peneliti melakukan kontrak waktu dan persetujuan terlebih dahulu terhadap responden kanker payudara yang sedang menjalani prosedur pengobatan, setelah kontrak waktu dan persetujuan disepakati maka peneliti melakukan pengumpulan data secara langsung dengan menanyakan pertanyaan-pertanyaan yang terdapat pada kuesioner kepada para responden dengan dibantu perawat ruangan kemoterapi dalam penyampaian pertanyaan, setiap responden dibutuhkan waktu sekitar 45-60 menit dalam pengisian kuesionernya.

K. Keterbatasan penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini banyak kelemahan dan keterbatasan antara lain :

1. Penelitian ini dalam melakukan pengumpulan data menggunakan kuesioner yang disampaikan secara langsung pertanyaan yang terdapat pada kuesioner sehingga bahasa yang digunakan oleh peneliti kurang dipahami oleh para responden.

2. Penelitian ini tidak bisa menggali secara dalam pengetahuan responden kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan tentang penyakit kanker payudara.
3. Penelitian ini tidak bisa menggali secara dalam kemampuan responden kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan dalam melakukan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI).

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Dari penelitian yang dilakukan terhadap 50 responden kanker payudara dengan usia rata-rata usia responden 35-65 tahun terdapat responden dalam kategori terlambat untuk melakukan pemeriksaan kanker payudara yang terdiri dari 36% responden dengan stadium III dan 26% responden dengan stadium IV, dan responden dalam kategori belum terlambat untuk melakukan pemeriksaan kanker payudara terdiri dari 38% responden dengan stadium II. Dimana hasil dari analisa univariat dan bivariat adalah sebagai berikut:

1. Analisa Univariat

. Analisa univariat merupakan analisis yang digunakan untuk mengetahui frekuensi dan proporsi masing-masing variabel. Analisa univariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui gambaran pengetahuan responden tentang penyakit kanker payudara, kemampuan responden dalam melakukan deteksi dini penyakit kanker payudara (SADARI), dan adanya keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

- a. Distribusi frekuensi pengetahuan responden tentang penyakit kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan

Tabel 5.1
Distribusi frekuensi pengetahuan responden tentang penyakit kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan tahun 2012.

Pengetahuan	Jumlah	Persentase
Kurang	32	64.0
Cukup	18	36.0
Jumlah	50	100.0

Dari hasil analisis tabel di atas yang telah dilakukan terhadap 50 responden kanker payudara didapatkan hasil 64% responden mempunyai pengetahuan yang kurang mengenai penyakit kanker payudara, 36% responden mempunyai pengetahuan yang cukup mengenai kanker payudara. Sehingga dari analisa yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa > 50% responden mempunyai pengetahuan yang kurang mengenai penyakit kanker payudara.

- b. Distribusi frekuensi kemampuan responden dalam melakukan deteksi dini penyakit kanker payudara (SADARI) di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

Tabel 5.2
Distribusi frekuensi kemampuan responden dalam melakukan deteksi dini penyakit kanker payudara (SADARI) di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan tahun 2012.

SADARI	Jumlah	Persentase
Kurang	36	72.0
Cukup	14	28.0
Jumlah	50	100.0

Dari hasil analisis tabel di atas yang telah dilakukan terhadap 50 responden kanker payudara didapatkan 72% responden memiliki

kemampuan dalam melakukan SADARI dalam kategori kurang, 28% responden memiliki kemampuan dalam melakukan SADARI dalam kategori cukup. Sehingga dari analisa yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa > 50% responden memiliki kemampuan dalam melakukan SADARI dalam kategori kurang.

- c. Distribusi frekuensi keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

Tabel 5.3
Distribusi frekuensi keterlambatan penderita kanker payudara
dalam melakukan pemeriksaan kanker payudara
di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan
tahun 2012.

Diagnosa	Jumlah	Percentase
Belum terlambat	19	38.0
Terlambat	31	62.0
Jumlah	50	100.0

Dari hasil analisis tabel di atas yang telah dilakukan terhadap 50 responden kanker payudara didapatkan 62% responden datang untuk melakukan pemeriksaan kanker payudara sudah dalam kondisi terlambat, dan 38% responden datang untuk melakukan pemeriksaan kanker payudara dalam kondisi belum terlambat. Sehingga dari analisa yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa > 50% % responden datang untuk melakukan pemeriksaan kanker payudara sudah dalam kondisi terlambat dalam melakukan pemeriksaan kanker payudara. Dimana terdapat sebanyak 19 responden datang pada stadium II, 18 responden datang pada stadium III, dan 13 responden datang pada stadium IV.

2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat merupakan analisis yang digunakan untuk mengetahui hubungan dari masing-masing variabel. Analisa bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui hubungan pengetahuan responden tentang penyakit kanker payudara dengan adanya keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara dan kemampuan responden dalam melakukan deteksi dini penyakit kanker payudara (SADARI) dengan keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

- a. Distribusi hubungan pengetahuan responden tentang penyakit kanker payudara dengan adanya keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

Tabel 5.4
Distribusi hubungan pengetahuan responden tentang penyakit kanker payudara dengan adanya keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan 2012.

Pengetahuan	Diagnosa						OR 95%CI	p value		
	Terlambat		Belum		Total					
	N	%	N	%	N	%				
Kurang	24	75,0	8	25,0	32	100,0	4,714	0,026		
Cukup	7	38,9	11	61,1	18	100,0	1,364 -			
Total	31	62,0	19	38,0	50	100,0	16,295			

Tabel di atas menunjukkan 75% responden berpengetahuan kurang terlambat untuk melakukan pemeriksaan kanker payudara, 25% responden berpengetahuan kurang belum terlambat untuk melakukan pemeriksaan

kanker payudara, 38,9% responden berpengetahuan cukup terlambat dalam melakukan pemeriksaan kanker payudara, dan 61,1% responden berpengetahuan cukup belum terlambat untuk melakukan pemeriksaan kanker payudara. Dari tabel di atas juga diperoleh nilai $\rho=0,026$ ($<0,05$) maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan responden tentang penyakit kanker payudara dengan keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR=4,714 yang artinya responden yang berpengetahuan cukup mengenai kanker payudara mempunyai peluang 4,7 kali untuk menghindari keterlambatan dalam melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

- b. Distribusi hubungan kemampuan responden dalam melakukan deteksi dini penyakit kanker payudara (SADARI) dengan keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

Tabel 5.5

Distribusi hubungan kemampuan responden dalam melakukan deteksi dini penyakit kanker payudara (SADARI) dengan keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan tahun 2012.

SADARI	Diagnosa						OR 95%CI	ρ value		
	Terlambat		Belum		Total					
	N	%	N	%	N	%				
Kurang	26	72,2	10	27,8	31	100,0	4,680	0,039		
Cukup	5	35,7	9	64,3	19	100,0	1,258 –			
Total	31	62,0	19	38,0	50	100,0	17,417			

Tabel di atas menunjukkan 72,2% responden yang mempunyai kemampuan yang kurang dalam melakukan SADARI terlambat untuk melakukan pemeriksaan kanker payudara, 27,8% responden yang mempunyai kemampuan yang kurang dalam melakukan SADARI belum terlambat untuk melakukan pemeriksaan kanker payudara, 35,7% responden yang mempunyai kemampuan yang cukup dalam melakukan SADARI terlambat untuk melakukan pemeriksaan kanker payudara, dan 64,3% responden yang memiliki kemampuan yang cukup dalam melakukan SADARI belum terlambat untuk melakukan pemeriksaan kanker payudara. Dari tabel diatas juga didapatkan hasil untuk nilai $p=0,039 (<0,05)$ maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara deteksi dini kanker payudara dengan keterlambatan penderita kanker payudara dalam melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR=4,680 yang artinya responden yang berkategori cukup dalam melakukan deteksi dini kanker payudara (SADARI) mempunyai peluang 4,7 kali untuk menghindari keterlambatan dalam melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

B. Pembahasan

1. Gambaran pengetahuan responden tentang penyakit kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

Hasil penelitian menunjukkan 64% responden mempunyai pengetahuan yang kurang mengenai penyakit kanker payudara dan 36%

responden mempunyai pengetahuan yang cukup mengenai kanker payudara. Pengetahuan (*knowledge*) adalah hasil tahu dari manusia, yang sekedar menjawab pertanyaan “*What*”, sedangkan ilmu (*science*) bukan sekedar menjawab “*What*” melainkan akan menjawab pertanyaan “*What*” dan “*How*”. Pengetahuan pada dasarnya terdiri dari sejumlah fakta dan teori yang memungkinkan seseorang untuk dapat memecahkan masalah yang dihadapinya. Pengetahuan tersebut diperoleh baik dari pengalaman langsung maupun melalui pengalaman orang lain (Notoatmodjo, 2002 h. 2-10).

Notoatmodjo (2003, h.17-21) juga menambahkan bahwa pendidikan kesehatan ditujukan untuk menggugah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan baik bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang lain. Disamping itu pendidikan atau promosi kesehatan juga memberikan pengertian-pengertian tentang tradisi, kepercayaan, dan sebagainya, baik yang merugikan maupun yang menguntungkan bagi kesehatan. Bentuk pendidikan dapat dilakukan melalui penyuluhan kesehatan, pameran kesehatan, iklan-iklan layanan kesehatan, spanduk, dan sebagainya. Promosi kesehatan tidak hanya meningkatkan diri pada peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktek kesehatan dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka.

Responden yang mempunyai pengetahuan yang kurang dapat disebabkan karena terbatasnya sarana dan prasarana promosi kesehatan tentang kanker payudara disekitarnya, responden masih mempercayai isu-

isu yang berkembang dimasyarakat mengenai penyakit kanker payudara seperti kanker merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan, kanker payudara kerap dikaitkan dengan pola hidup penderitanya sehingga penderita kanker payudara merupakan penyakit yang memalukan karena berhubungan dengan organ kewanitaan. Sedangkan responden yang mempunyai pengetahuan yang cukup dapat disebabkan karena adanya rasa ingin tahu akan kelainan yang dideritanya baik melalui bertanya-tanya dilingkungan tempat tinggalnya ataupun langsung datang ke tempat pengobatan terdekat untuk mengetahui kelainan yang dialaminya, responden secara tidak sengaja pernah mengikuti program penyuluhan atau promosi kesehatan mengenai penyakit kanker payudara yang dilakukan disekitar tempat tinggalnya dan pengalaman yang dialami sebelumnya baik dari dirinya sendiri ataupun dari keluarganya.

2. Gambaran kemampuan responden dalam melakukan deteksi dini penyakit kanker payudara (SADARI) di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

Hasil penelitian menunjukkan 72% responden memiliki kemampuan dalam melakukan SADARI dalam kategori kurang, 28% responden memiliki kemampuan dalam melakukan SADARI dalam kategori cukup. Deteksi dini kanker ialah usaha untuk mengidentifikasi penyakit atau kelainan yang secara klinis belum jelas dengan menggunakan test, pemeriksaan, atau prosedur tertentu yang dapat digunakan secara cepat untuk membedakan orang-orang yang kelihatannya sehat, benar-benar sehat dengan tampak sehat tetapi sesungguhnya menderita kelainan. Deteksi dini bertujuan untuk menemukan adanya dini,

yaitu kanker yang masih dapat disembuhkan, untuk mengurangi mordibitas dan mortilitas kanker (Rasjidi 2009, h.5).

Bustan (2000, h.97-100) menyatakan penemuan yang dini perubahan dari keadaan normal adalah ide dasar dari SADARI. Jika terjadi menstruasi maka waktu yang terbaik untuk melakukan SADARI adalah 5-7 hari setelah menstruasi berakhir ketika payudara sudah menjadi lembut dan tidak membengkak. Jika sudah menopause maka pilihlah satu hari tertentu, misalnya hari pertama untuk mengingatkan melakukan SADARI setiap bulan.

Untuk mendapatkan secara dini kelainan payudara perlu pemeriksaan yang tepat baik waktu maupun teknik pemeriksaanya. Sebagai pedoman dapat dipakai berikut ini:

- a. Mulai umur 20 tahun, pemeriksaan SADARI tiap bulan.
- b. Umur 20-40 tahun, SADARI tiap 3 tahun dan mammografi awal (usia 35-40 tahun).
- c. Usia 40-50 tahun, mammografi tiap 1-2 tahun, SADARI tiap tahun (tentang riwayat kesehatan dan anjuran dokter).
- d. Usia lebih dari 50 tahun, mammografi tahunan dan SADARI tahunan.

Responden yang mempunyai kemampuan kurang dalam melakukan deteksi dini kanker payudara (SADARI) dapat disebabkan karena kurangnya pengetahuan mengenai kanker payudara dan kurangnya promosi atau pendidikan kesehatan mengenai cara penanggulangan kanker payudara secara dini dengan menggunakan pemeriksaan payudara sendiri

(SADARI). Sedangkan responden yang mempunyai kemampuan yang cukup dalam melakukan deteksi dini kanker payudara (SADARI) disebabkan karena mengetahui cara penanggulangan kanker payudara dengan deteksi dini kanker payudara (SADARI), rutin setiap bulannya dalam melakukan deteksi dini kanker payudara, dan selalu memperhatikan serta mengamati adanya perubahan-perubahan yang terjadi pada payudaranya.

3. Gambaran frekuensi keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

Hasil penelitian menunjukkan 62% responden datang untuk melakukan pemeriksaan kanker payudara sudah dalam kondisi terlambat, dan 38% responden datang untuk melakukan pemeriksaan kanker payudara dalam kondisi belum terlambat. Keterlambatan pasien kanker payudara dalam memeriksakan kondisinya diartikan sebagai keadaan dimana pasien kanker payudara datang untuk mengetahui kondisinya melebihi waktu yang telah ditentukan (kanker sudah pada stadium III) ketika kanker sudah tidak dapat berdeferensi dengan baik untuk dilakukan pengobatan.

Ahli patologi memberikan tingkatan pada pertumbuhan tumor dengan tingkat 1 (deferensiasi baik), tingkat 2 (deferensiasi baik sedang), tingkat 3 (deferensiasi sangat buruk), dan tingkat 4 (tidak punya kemampuan untuk berdeferensiasi) (Danielle Gale & Jane Charette 2000, h.2).

Beberapa permasalahan yang dapat menyebabkan terlambatnya pasien kanker untuk memeriksakan kondisinya secara dini, antara lain adalah faktor sosial ekonomi (biaya pengobatan yang mahal), faktor pendidikan atau ketidaktahuan (ignorancy), dan faktor psikologik. Faktor-faktor psikologik yang dapat menghambat pemeriksaan kanker secara dini antara lain adalah rasa takut, rasa rendah diri (malu), tidak pernah meraba atau memperhatikan payudaranya sendiri (SADARI), sikap negativistik, depresi, dan kompulsi (Hawari 2004, h. 97-99).

Responden yang datang untuk melakukan pemeriksaan kanker payudara yang sudah dalam kondisi terlambat dapat disebabkan karena tidak pernah memperhatikan atau meraba payudaranya sendiri (SADARI), ketidak tahuannya tentang penyakit kanker payudara dan masih percaya dengan kepercayaan yang berkembang dimasyarakat. Sedangkan responden yang datang untuk melakukan pemeriksaan kanker payudara yang belum terlambat disebabkan karena memperhatikan atau meraba payudaranya sendiri (SADARI) secara rutin tiap bulannya dan mempunyai pengetahuan mengenai kanker payudara yang cukup.

4. Hubungan pengetahuan responden tentang penyakit kanker payudara dengan adanya keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

Hasil analisa hubungan antara pengetahuan responden tentang penyakit kanker payudara dengan adanya keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan diperoleh bahwa ada sebanyak 24 dari 30

responden (75,0%) responden yang kurang mengetahui tentang penyakit kanker payudara, dan ada 7 dari 20 responden (38,9%) yang mempunyai pengetahuan yang cukup tentang penyakit kanker payudara. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,026$ ($<0,05$) maka dapat disimpulkan adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan responden tentang penyakit kanker payudara dengan keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

Perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan. Dengan kata lain perilaku merupakan respon atau reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Sarwono, 2007 h.1).

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overet behavior*). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri seseorang tersebut akan terjadi proses yang berurutan, yaitu:

- a. *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- b. *Interest*, dimana orang tersebut mulai tertarik pada stimulus.
- c. *Evaluation*, menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.

- d. *Trial*, dimana orang tersebut telah memulai mencoba perilaku yang baru.
- e. *Adaption*, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus tersebut (Syafrudin & Yudhia Fratidhina, 2009 h.126).

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR=4,714 yang artinya responden yang berpengetahuan cukup mengenai kanker payudara mempunyai peluang 4,7 kali untuk menghindari keterlambatan dalam melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku (berperilaku baru), ia harus tahu terlebih dahulu apa arti dan manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Indikator-indikator yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan, antara lain:

- a. Pengetahuan tentang sakit dan penyakit

Meliputi penyebab penyakit, gejala atau tanda penyakit, bagaimana cara pengobatan atau kemana mencari pengobatan, bagaimana cara penularannya, bagaimana cara pencegahan dan sebagainya.

- b. Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat

Meliputi jenis-jenis makanan yang bergizi, pentingnya olah raga, penyakit-penyakit atau bahaya-bahaya (merokok, minum-

minuman keras, narkoba, dan sebagainya), pentingnya istirahat yang cukup, relaksasi, dan sebagainya.

c. Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan

Meliputi manfaat air bersih, cara-cara pembuangan limbah yang sehat (termasuk pembuangan kotoran yang sehat dan sampah), dan akibat polusi bagi kesehatan (Notoatmodjo, 2003 h. 128-129).

5. Hubungan kemampuan responden dalam melakukan deteksi dini penyakit kanker payudara (SADARI) dengan keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

Hasil analisa hubungan antara kemampuan responden dalam melakukan deteksi dini penyakit kanker payudara (SADARI) dengan keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan diperoleh bahwa ada sebanyak 26 dari 31 (72,2%) responden yang berkategori kurang dalam melakukan deteksi dini kanker payudara (SADARI) dan ada 5 dari 9 (35,7%) responden yang berkategori cukup dalam melakukan deteksi dini kanker payudara (SADARI). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,039$ ($<0,05$) maka dapat disimpulkan adanya hubungan yang signifikan antara deteksi dini kanker payudara dengan keterlambatan penderita kanker payudara dalam melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

Teori aksi yang juga dikenal sebagai teori bertindak (*action theory*) pada mulanya dikembangkan oleh Max Weber yang menyatakan bahwa

individu melakukan suatu tindakan berdasarkan atas pengalaman, persepsi, pemahaman dan penafsirannya atas suatu objek stimulus atau situasi tertentu (Sarwono, 2007 h. 18).

Untuk mewujudkan sikap menjadi tindakan (*practice*) yang nyata diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan dan fasilitas. Secara garis besar praktek dapat dibagi menjadi beberapa tingkatan, antara lain adalah:

a. Persepsi

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.

b. Respon terpimpin

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh.

c. Mekanisme

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau telah menjadi kebiasaan.

d. Adaptasi

Suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik, tindakan tersebut telah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut (Syafrudin & Yudhia Fratidhina, 2009 h.127).

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR=4,680 yang artinya responden yang berkategori cukup dalam melakukan deteksi dini kanker payudara (SADARI) mempunyai peluang 4,7 kali untuk menghindari

keterlambatan dalam melakukan pemeriksaan kanker payudara di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, selanjutnya diharapkan dapat melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya. Indikator praktek kesehatan mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a. Tindapan (*practice*) sehubungan dengan penyakit.

Tindakan atau perilaku ini mencakup pencegahan penyakit dan penyembuhan penyakit.

- b. Tindakan (*practice*) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

Tindakan atau perilaku ini mencakup mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, melakukan olahraga secara teratur, tidak merokok, tidak minum-minuman keras, narkoba, dan lain sebagainya.

- c. Tindakan (*practice*) kesehatan lingkungan.

Tindakan atau perilaku ini mencakup membuang air besar di jamban (WC), membuang sampah pada tempatnya, menggunakan air bersih (mandi, mencuci, dan memasak), dan lain sebagainya (Notoatmodjo, 2003 h. 130-131).

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Lebih dari separuh 64% responden mempunyai pengetahuan yang kurang mengenai penyakit kanker payudara. Kurang dari separuh 36% responden mempunyai pengetahuan yang cukup mengenai kanker payudara.
2. Lebih dari separuh 72% responden memiliki kemampuan dalam melakukan SADARI yang kurang. Kurang dari separuh 28% responden memiliki kemampuan dalam melakukan SADARI yang cukup.
3. Lebih dari separuh 62% responden datang untuk melakukan pemeriksaan kanker payudara sudah dalam kondisi terlambat. Kurang dari separuh 38% responden datang untuk melakukan pemeriksaan kanker payudara dalam kondisi belum terlambat.
4. Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan responden tentang penyakit kanker payudara dengan keterlambatan penderita kanker payudara melakukan pemeriksaan kanker payudara.
5. Ada hubungan yang signifikan antara deteksi dini kanker payudara dengan keterlambatan penderita kanker payudara dalam melakukan pemeriksaan kanker payudara.

B. Saran

1. Bagi Profesi Keperawatan

Perawat dan tenaga kesehatan yang lain diharapkan dapat semaksimal mungkin untuk memberikan informasi tentang kanker payudara secara menyeluruh kepada semua lapisan masyarakat sehingga pengetahuan dan upaya deteksi dini atau pengendalian kanker payudara lebih maksimal.

2. Bagi Masyarakat

Masyarakat diharapkan dapat menerima informasi tentang kanker payudara dan upaya pengendalian deteksi dini kanker payudara sehingga dapat memotivasi masyarakat dalam upaya pengendalian kanker payudara secara dini.

3. Bagi Peneliti Lain

Bagi peneliti lain perlu dilakukan penelitian selanjutnya tentang variabel lain yang berhubungan dengan keterlambatan penderita kanker payudara dalam melakukan pemeriksaan kanker payudara, misalnya faktor sosial ekonomi, fasilitas pengobatan, depresi, rasa takut, dan rasa rendah diri (malu) sehingga hasilnya akan lebih luas dan lebih mendalam.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayu 2011, *Statistik Penderita Kanker*, dilihat 12 Desember 2011, , <<http://www.dinkesjatengprov.go.id>>
- Brunner & Suddarth, 2002, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. EGC, Jakarta.
- Bustan, M, N 2000, *Epidemologi Penyakit Tidak Menular*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Danielle, Gale & Jane, Charette, *Rencana Asuhan Keperawatan Onkologi*, EGC, Jakarta.
- Davey, Patrick 2005, *At a Glance Medicine*, Erlangga, jakarta.
- Deherba.com 2011, *Statistik Penderita Kanker Di Indonesia*, dilihat 14 November 2011, <http://www.deherba.com/statistik_penderita_kanker_di_indonesia.html>.
- H, Tiolena Ristarolas, 2009, *Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Pengobatan Pada Wanita Penderita Kanker Payudara Di RSUP H Adam Malik Medan*, dilihat 21 Oktober 2011, <<http://www.respiratory.usu.ac.id>>.
- Hastono, Sutanto Priyo 2001, *Modul Analisa Data*,Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta.
- Hawari, H, Dadang 2004, *Kanker Payudara Dimensi Psikoreligi*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Hidayat, Aziz Alimul, 2003, *Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah*, Salemba Medika, Jakarta.
- Hidayat, Aziz Alimul, 2007, *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisa Data*, Salemba Medika, Jakarta.
- Isgiyanto, Awal, 2009, *Teknik Pengambilan Sampel*, Mitra Cendikia, Jakarta.
- Kresno, Siti Boediana, 2007, *IMUNOLOGI: Diagnosis Dan Prosedur Laboratorium*, vol. 4, edk 3, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Manuaba, Wibawa Tjakra 2010, *Panduan Penatalaksanaan Kanker Solid PERABOI 2010*, Sagung Seto, Jakarta.

- Mary, Baradero, Mary, Wilfrid, Dayrit & Yakobus, Siswandi, 2008, *Seri Asuhan Keperawatan Klien Kanker*, EGC, Jakarta.
- Moeliono, Anton M, 1989, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Balai Pustaka, Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nurcahyo, Jalu 2010, *Awas Bahaya Kanker Rahim Dan Kanker Payudar*, Wahana Totalita Publisher, Yogyakarta.
- Nursalam 2008, *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Nursalam & Siti, Pariani 2001, *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*, Infomedika, Jakarta.
- Otto, Shirley E 2005, *Buku Saku Keperawatan Onkologi*. Budi, Jane Freyana, *Pocket Guide To Oncology Nursing*, EGC, Jakarta.
- Pradipta 2005, *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah*, dilihat 07 Desember 20011, <<http://www.dinkesjatengprov.go.id.htm>>.
- Sunaryadi 2007, *Penanganan Kanker Stadium Lanjut*, dilihat 16 April 2012, <<http://rumahkanker.com/katadokter/sunaryadi/37-penanganan-kanker-stadium-lanjut>>.
- Rasjidi, Imam 2009, *Deteksi Dini Dan Pencegahan Kanker Pada Wanita*, Sugeng Seto, Jakarta.
- Tapan, Erik 2005, *Kanker, Antioksidan dan Terapi Komplementer*, PT Elex Media Komputindo Kelompok Gramedia, Jakarta.

A. PENGETAHUAN PASIEN KANKER PAYUDARA TENTANG
PENYAKIT KANKER PAYUDARA

Petunjuk pengisian

Pilihlah salah satu jawaban dengan memberi tanda (X) pada soal di bawah ini!!!

1. Pertumbuhan sel yang tidak terkendali pada jaringan payudara merupakan pengertian dari?
 - a. Kanker serviks
 - b. Kanker paru
 - c. Kanker payudara
 - d. Tumor payudara
2. Tanda dan gejala dari kanker payudara adalah, kecuali?
 - a. Keluarnya cairan dari puting susu selain ASI
 - b. Tidak dapat menyusui
 - c. Terjadi perubahan kondisi kulit payudara
 - d. Terdapat benjolan pada payudara
3. Pernyataan di bawah ini benar, kecuali?
 - a. Kanker payudara adalah penyakit menular
 - b. Kanker payudara adalah penyakit keturunan
 - c. Kanker payudara dapat menyerang pria
 - d. Setiap benjolan pada payudara belum tentu kanker
4. Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) sebaiknya dilakukan tiap?
 - a. Satu bulan sekali
 - b. Enam bulan sekali
 - c. Satu tahun sekali
 - d. Setiap minggu
5. Beberapa bahan makanan yang dapat mencegah terjadinya kanker payudara adalah?
 - a. Alkuhol
 - b. Sayur-sayuran hijau
 - c. Penyedap rasa atau vetsin
 - d. Makanan yang mengandung lemak tinggi

6. Di bawah ini bukan merupakan perubahan kondisi kulit pada penderita kanker payudara adalah?
 - a. Kulit payudara terasa lebih tebal
 - b. Kulit payudara terasa kasar
 - c. Kulit payudara lembab
 - d. Kulit payudara bersisik atau terasa kering.
7. Deteksi dini kanker payudara yang dilakukan secara mandiri adalah?
 - a. Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI)
 - b. Clinical Breast Examination (CBE)
 - c. Mammografi
 - d. Termografi payudara
8. Seseorang di katakan tidak beresiko tinggi untuk terkena kanker payudara adalah?
 - a. Seseorang yang memiliki keluarga menderita kanker
 - b. Seseorang yang sebelumnya pernah menderita kanker
 - c. Seseorang yang sedang mengalami imunodepresi
 - d. Seseorang yang sedang hamil
9. Pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) sebaiknya dilakukan mulai dari usia?
 - a. 20 tahun
 - b. 25 tahun
 - c. 30 tahun
 - d. Di atas 30 tahun
10. Minuman yang di anjurkan untuk di konsumsi setiap hari karena dapat menurunkan resiko kanker payudara adalah?
 - a. Susu
 - b. Kopi
 - c. Teh
 - d. Soft drink
11. Apa yang harus anda lakukan untuk mengetahui adanya tanda dan gejala kanker payudara?
 - a. Melakukan olah raga secara taratur
 - b. Banyak makan buah-buahan
 - c. Melakukan senam aerobic
 - d. Melakukan SADARI tiap bulan dengan cara yang benar
12. Kapan waktu yang tepat untuk melakukan SADARI?
 - a. Pada malam hari
 - b. Pada pagi hari
 - c. 5-7 hari setelah menstruasi
 - d. 5-7 hari sebelum menstruasi

13. Yang bukan merupakan faktor penyebab terjadinya penyakit kanker payudara adalah?
- a. Cuaca
 - b. Makanan
 - c. Pola hidup
 - d. Keturunan

B. KEMAMPUAN RESPONDEN DALAM MELAKUKAN PEMERIKSAAN
PAYUDARA SENDIRI (SADARI)

Petunjuk pengisian

Berilah tanda (✓) pada salah satu kolom jawaban di bawah ini!!!

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah sebelumnya anda pernah melakukan pemeriksaan kanker payudara (SADARI)?		
2.	Apakah anda merasa malas untuk memeriksa payudara anda sendiri?		
3.	Apakah anda merasa bosan dalam melakukan SADARI?		
4.	Apakah anda melakukan SADARI minimal sekali dalam satu bulan secara teratur?		
5.	Apakah anda melakukan SADARI pada waktu sekitar 5-7 hari setelah haid?		
6.	Apakah anda selalu mengamati ada tidaknya benjolan pada payudara anda?		
7.	Apakah anda selalu mengamati adanya perubahan pada kulit payudara anda ketika melakukan SADARI?		
8.	Apakah anda mengangkat tangan anda ketika melakukan SADARI?		
9.	Apakah sebelumnya anda pernah menemukan gejala yang hampir sama dengan penyakit yang anda alami saat ini ketika anda melakukan SADARI?		
10.	Apakah anda hanya merasakan adanya kelainan bentuk dan ukuran payudara anda tanpa meraba		

	atau memijat payudara anda?		
11.	Apakah anda memijat hingga putting untuk mengetahui adanya cairan yang keluar ketika melakukan SADARI?		
12.	Apakah anda hanya meraba bagian payudara tanpa melakukan pemijatan ketika melakukan SADARI?		
13.	Apakah anda selalu meraba hingga ketiak ketika melakukan SADARI?		
14.	Apakah anda selalu mengulangi pemijatan pada payudara anda dengan posisi berbaring untuk mendeteksi adanya kelainan pada payudara anda?		

C. KETERLAMBATAN PENDERITA KANKER PAYUDARA UNTUK
MELAKUKAN PEMERIKSAAN

Petunjuk pengisian

Pilihlah jawaban dengan memberi tanda (✓) pada soal di bawah ini!!!

SOAL	STADIUM			
	I	II	III	IV
Menurut keterangan dokter, apakah pada saat pertama kali di diagnosa anda sudah menderita kanker payudara pada stadium?				

**A. PENGETAHUAN PASIEN KANKER PAYUDARA TENTANG
PENYAKIT KANKER PAYUDARA**

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	P1	,1000	,3078	20,0
2.	P2	,1000	,3078	20,0
3.	P3	,1000	,3078	20,0
4.	P4	,1000	,3078	20,0
5.	P5	,1000	,3078	20,0
6.	P6	,1000	,3078	20,0
7.	P7	,1000	,3078	20,0
8.	P8	,1000	,3078	20,0
9.	P9	,5500	,5104	20,0
10.	P10	,1000	,3078	20,0
11.	P11	,8000	,4104	20,0
12.	P12	,1000	,3078	20,0
13.	P13	,1000	,3078	20,0
14.	P14	,1000	,3078	20,0
15.	P15	,1000	,3078	20,0

Statistics for	Mean	Variance	N of	
			Std Dev	Variables
SCALE	2,6500	18,0289	4,2461	15

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
P1	2,5500	15,5237	,9939	,9683
P2	2,5500	15,5237	,9939	,9683
P3	2,5500	15,5237	,9939	,9683
P4	2,5500	15,5237	,9939	,9683
P5	2,5500	15,5237	,9939	,9683
P6	2,5500	15,5237	,9939	,9683
P7	2,5500	15,5237	,9939	,9683
P8	2,5500	15,5237	,9939	,9683
P9	2,1000	16,7263	,2496	,9868
P10	2,5500	15,5237	,9939	,9683
P11	1,8500	17,5026	,1042	,9851
P12	2,5500	15,5237	,9939	,9683
P13	2,5500	15,5237	,9939	,9683
P14	2,5500	15,5237	,9939	,9683
P15	2,5500	15,5237	,9939	,9683

—

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients

N of Cases = 20,0

N of Items = 15

Alpha = ,9727

Method 1 (space saver) will be used for this analysis

-

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	P1	,1000	,3078	20,0
2.	P2	,1000	,3078	20,0
3.	P3	,1000	,3078	20,0
4.	P4	,1000	,3078	20,0
5.	P5	,1000	,3078	20,0
6.	P6	,1000	,3078	20,0
7.	P7	,1000	,3078	20,0
8.	P8	,1000	,3078	20,0
9.	P10	,1000	,3078	20,0
10.	P12	,1000	,3078	20,0
11.	P13	,1000	,3078	20,0
12.	P14	,1000	,3078	20,0
13.	P15	,1000	,3078	20,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of
				Variables
SCALE	1,3000	16,0105	4,0013	13

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
P1	1,2000	13,6421	1,0000	1,0000
P2	1,2000	13,6421	1,0000	1,0000
P3	1,2000	13,6421	1,0000	1,0000
P4	1,2000	13,6421	1,0000	1,0000
P5	1,2000	13,6421	1,0000	1,0000
P6	1,2000	13,6421	1,0000	1,0000
P7	1,2000	13,6421	1,0000	1,0000
P8	1,2000	13,6421	1,0000	1,0000
P10	1,2000	13,6421	1,0000	1,0000
P12	1,2000	13,6421	1,0000	1,0000
P13	1,2000	13,6421	1,0000	1,0000
P14	1,2000	13,6421	1,0000	1,0000
P15	1,2000	13,6421	1,0000	1,0000

-

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients

N of Cases = 20,0

N of Items = 13

Alpha = 1,0000

**B. KEMAMPUAN RESPONDEN DALAM MELAKUKAN PEMERIKSAAN
PAYUDARA SENDIRI (SADARI)**

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	P1	,3000	,4702	20,0
2.	P2	,3000	,4702	20,0
3.	P3	,7000	,4702	20,0
4.	P4	,3000	,4702	20,0
5.	P5	,4500	,5104	20,0
6.	P6	,3000	,4702	20,0
7.	P7	,3000	,4702	20,0
8.	P8	,3000	,4702	20,0
9.	P9	,3000	,4702	20,0
10.	P10	,3000	,4702	20,0
11.	P11	,3000	,4702	20,0
12.	P12	,3000	,4702	20,0
13.	P13	,3000	,4702	20,0
14.	P14	,3000	,4702	20,0
15.	P15	,3000	,4702	20,0
16.	P16	,0500	,2236	20,0
17.	P17	,3000	,4702	20,0

Statistics for SCALE	Mean 5,4000	Variance 48,0421	Std Dev 6,9312	N of Variables
				17

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
P1	5,1000	41,7789	,9941	,9797
P2	5,1000	41,7789	,9941	,9797
P3	4,7000	49,5895	-,2671	,9934
P4	5,1000	41,7789	,9941	,9797
P5	4,9500	42,8921	,7313	,9830
P6	5,1000	41,7789	,9941	,9797
P7	5,1000	41,7789	,9941	,9797
P8	5,1000	41,7789	,9941	,9797
P9	5,1000	41,7789	,9941	,9797
P10	5,1000	41,7789	,9941	,9797
P11	5,1000	41,7789	,9941	,9797
P12	5,1000	41,7789	,9941	,9797
P13	5,1000	41,7789	,9941	,9797
P14	5,1000	41,7789	,9941	,9797
P15	5,1000	41,7789	,9941	,9797
P16	5,3500	46,8711	,3661	,9853
P17	5,1000	41,7789	,9941	,9797

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients

N of Cases = 20,0

N of Items = 17

Alpha = ,9823

Method 1 (space saver) will be used for this analysis

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	P1	,3000	,4702	20,0
2.	P2	,3000	,4702	20,0
3.	P4	,3000	,4702	20,0
4.	P6	,3000	,4702	20,0
5.	P7	,3000	,4702	20,0
6.	P8	,3000	,4702	20,0
7.	P9	,3000	,4702	20,0
8.	P10	,3000	,4702	20,0
9.	P11	,3000	,4702	20,0
10.	P12	,3000	,4702	20,0
11.	P13	,3000	,4702	20,0
12.	P14	,3000	,4702	20,0
13.	P15	,3000	,4702	20,0
14.	P17	,3000	,4702	20,0

Statistics for		Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	4.2000	43.3263	6.5823		14

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
P1	3,9000	37,3579	1,0000	1,0000
P2	3,9000	37,3579	1,0000	1,0000
P4	3,9000	37,3579	1,0000	1,0000
P6	3,9000	37,3579	1,0000	1,0000
P7	3,9000	37,3579	1,0000	1,0000
P8	3,9000	37,3579	1,0000	1,0000
P9	3,9000	37,3579	1,0000	1,0000
P10	3,9000	37,3579	1,0000	1,0000
P11	3,9000	37,3579	1,0000	1,0000
P12	3,9000	37,3579	1,0000	1,0000
P13	3,9000	37,3579	1,0000	1,0000
P14	3,9000	37,3579	1,0000	1,0000
P15	3,9000	37,3579	1,0000	1,0000
P17	3,9000	37,3579	1,0000	1,0000

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients

N of Cases = 20,0

N of Items = 14

ANALISA UNIVARIAT

Statistics

		klasifikasi pengetahuan	klasifikasi sadari	klas DX
N	Valid	50	50	50
	Missing	0	0	0
Mean		1,3600	1,2800	1,6200
Median		1,0000	1,0000	2,0000
Mode		1,00	1,00	2,00
Std. Deviation		,48487	,45356	,49031

ANALISA UNIVARIAT PENGETAHUAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	32	64,0	64,0
	2,00	18	36,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0

ANALISA UNIVARIAT SADARI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	36	72,0	72,0
	2,00	14	28,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0

ANALISA NIVARIAT DIAGNOSA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	19	38,0	38,0
	2,00	31	62,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0

**ANALISA BIVARIAT HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN
KETERLAMBATAN PEMERIKSAAN KANKER PAYUDARA**

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikasi pengetahuan * KLAS DIAGNOSA	50	100,0%	0	,0%	50	100,0%

Klasifikasi pengetahuan * KLAS DIAGNOSA Crosstabulation

	1,00	KLAS DIAGNOSA		Total
		1,00	2,00	
klasifikasi pengetahuan	1,00	Count	24	8
		% within klasifikasi pengetahuan	75,0%	25,0%
	2,00	Count	7	11
		% within klasifikasi pengetahuan	38,9%	61,1%
Total		Count	31	19
		% within klasifikasi pengetahuan	62,0%	38,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,376(b)	1	,012		
Continuity Correction(a)	4,936	1	,026		
Likelihood Ratio	6,360	1	,012		
Fisher's Exact Test				,016	,013
Linear-by-Linear Association	6,249	1	,012		
N of Valid Cases	50				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,84.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for klasifikasi pengetahuan (1,00 / 2,00)	4,714	1,364	16,295
For cohort KLAS DIAGNOSA = 1,00	1,929	1,045	3,559
For cohort KLAS DIAGNOSA = 2,00	,409	,202	,827
N of Valid Cases	50		

**ANALISA BIVARIAT HUBUNGAN PRAKTEK SADARI DENGAN
KETRLAMBATAN PEMERIKSAAN KANKER PAYUDARA**

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Klasifikasi sadari * KLAS DIAGNOSA	50	100,0%	0	,0%	50	100,0%

klasifikasi sadari * KLAS DIAGNOSA Crosstabulation

		KLAS DIAGNOSA		Total	
		1,00	2,00		
klasifikasi sadari	1,00	Count	26	10	36
		% within klasifikasi sadari	72,2%	27,8%	100,0%
	2,00	Count	5	9	14
		% within klasifikasi sadari	35,7%	64,3%	100,0%
	Total	Count	31	19	50
		% within klasifikasi sadari	62,0%	38,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,702(b)	1	,017		
Continuity Correction(a)	4,258	1	,039		
Likelihood Ratio	5,617	1	,018		
Fisher's Exact Test				,025	,020
Linear-by-Linear Association	5,588	1	,018		
N of Valid Cases	50				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,32.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for klasifikasi sadari (1,00 / 2,00)	4,680	1,258	17,417
For cohort KLAS DIAGNOSA = 1,00	2,022	,973	4,202
For cohort KLAS DIAGNOSA = 2,00	,432	,224	,832
N of Valid Cases	50		

1. Kuesioner Pengetahuan

No. Res	PERTANYAAN													SKOR	%	KATEGORI
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13			
1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	46	46	Kurang
2	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	38	38	Kurang
3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	23	23	Kurang
4	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	46	46	Kurang
5	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	61	61	Cukup
6	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	69	69	Cukup
7	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	38	38	Kurang
8	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	23	23	Kurang
9	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	31	31	Kurang
10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	23	23	Kurang
11	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	61	61	Cukup
12	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	61	61	Cukup
13	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	69	69	Cukup
14	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	23	23	Kurang
15	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	46	46	Kurang
16	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	31	31	Kurang
17	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	23	23	Kurang

18	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	31	31	Kurang
19	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	23	23	Kurang
20	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	69	69	Cukup
21	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	61	61	Cukup
22	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	61	61	Cukup
23	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	31	31	Kurang
24	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	38	38	Kurang
25	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	61	61	Cukup
26	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	46	46	Kurang
27	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	61	61	Cukup
28	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	54	54	Kurang
29	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	23	23	Kurang
30	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	61	61	Cukup
31	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	31	31	Kurang
32	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	54	54	Kurang
33	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	31	31	Kurang
34	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	54	54	Kurang
35	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	23	23	Kurang
36	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	54	54	Kurang
37	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	46	46	Kurang
38	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	61	61	Cukup
39	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	31	31	Kurang
40	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	38	38	Kurang
41	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	69	69	Cukup

42	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	61	61	Cukup
43	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	54	54	Kurang
44	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	31	31	Kurang
45	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	38	38	Kurang
46	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	61	61	Cukup
47	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	69	69	Cukup
48	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	61	61	Cukup
49	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	61	61	Cukup
50	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	38	38	Kurang

2. Kuesioner SADARI

No. Res	PERTANYAAN														SKOR	%	KATEGORI
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14			
1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	29	29	Kurang
2	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	36	36	Kurang
3	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	21	21	Kurang
4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	14	14	Kurang
5	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	64	64	Cukup
6	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	36	36	Kurang
7	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	21	21	Kurang
8	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	21	21	Kurang
9	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	36	36	Kurang
10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	14	14	Kurang
11	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	21	21	Kurang
12	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	29	29	Kurang
13	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	71	71	Cukup
14	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	64	64	Cukup
15	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	43	43	Kurang
16	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	43	43	Kurang
17	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	21	21	Kurang
18	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	43	43	Kurang
19	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	36	36	Kurang

20	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	71	71	Cukup
21	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	50	50	Kurang
22	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	57	57	Cukup
23	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	21	21	Kurang
24	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	29	29	Kurang
25	10	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	50	50	Kurang
26	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	64	64	Cukup
27	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	57	57	Cukup
28	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	57	57	Cukup
29	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	43	43	Kurang
30	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	29	29	Kurang
31	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	21	21	Kurang
32	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	29	29	Kurang
33	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	14	14	Kurang
34	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	57	57	Cukup
35	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	14	14	Kurang
36	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	14	14	Kurang
37	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	14	14	Kurang
38	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	21	21	Kurang
39	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	29	29	Kurang
40	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	36	36	Kurang
41	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	64	64	Cukup
42	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	71	71	Cukup
43	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	29	29	Kurang

44	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	29	29	Kurang
45	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	57	57	Cukup
46	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	64	64	Cukup
47	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	64	64	Cukup
48	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	21	21	Kurang
49	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	29	29	Kurang
50	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	29	29	Kurang

3. Check list diagnosa

No. Res	STADIUM				KATEGORI
	I	II	III	IV	
1			√		Terlambat
2			√		Terlambat
3				√	Terlambat
4				√	Terlambat
5		√			Belum
6		√			Belum
7				√	Terlambat
8				√	Terlambat
9			√		Terlambat
10				√	Terlambat
11		√			Belum
12		√			Belum
13		√			Belum
14			√		Terlambat
15			√		Terlambat
16			√		Terlambat
17				√	Terlambat
18			√		Terlambat
19			√		Terlambat
20		√			Belum
21		√			Belum
22		√			Belum
23				√	Terlambat
24				√	Terlambat
25			√		Terlambat
26		√			Belum
27			√		Terlambat
28		√			Belum
29				√	Terlambat
30			√		Terlambat
31		√			Belum
32		√			Belum
33		√			Belum
34		√			Belum
35				√	Terlambat
36			√		Terlambat
37		√			Belum
38				√	Terlambat

39			✓		Terlambat
40		✓			Belum
41		✓			Belum
42			✓		Terlambat
43			✓		Terlambat
44				✓	Terlambat
45			✓		Terlambat
46		✓			Belum
47			✓		Terlambat
48		✓			Belum
49			✓		Terlambat
50				✓	Terlambat