

**HUBUNGAN TINGKAT PENDIDIKAN DENGAN TINGKAT  
PENGETAHUAN WANITA USIA 20-40 TAHUN MENGENAI  
PEMERIKSAAN PAYUDARA SENDIRI (SADARI) SEBAGAI UPAYA  
DETEKSI DINI KANKER PAYUDARA DI DESA NAMOSURO KEC. BIRU-  
BIRU KAB. DELI SERDANG PROVINSI SUMATERA UTARA**

Oleh :

**PASU THERESIA Br. TARIGAN**

**1000014**



**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HKBP NOMMENSEN**

**MEDAN**

**2014**

**HUBUNGAN TINGKAT PENDIDIKAN DENGAN TINGKAT  
PENGETAHUAN WANITA USIA 20-40 TAHUN MENGENAI  
PEMERIKSAAN PAYUDARA SENDIRI (SADARI) SEBAGAI UPAYA  
DETEKSI DINI KANKER PAYUDARA DI DESA NAMOSURO KEC. BIRU-  
BIRU KAB. DELI SERDANG PROVINSI SUMATERA UTARA**

**SKRIPSI/LAPORAN HASIL PENELITIAN**

**Diajukan untuk memenuhi tugas dan melengkapi persyaratan  
dalam menempuh Program Pendidikan Sarjana Kedokteran**

**Oleh :**

**PASU THERESIA Br. TARIGAN**

**NPM: 10000014**



**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HKBP NOMMENSEN  
MEDAN  
2014**

## **LEMBAR PENGESAHAN**

**Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan Wanita Usia 20-40 Tahun Mengenai Pemeriksaan Payudara Sendiri (Sadari) sebagai Upaya Deteksi Dini Kanker Payudara di Desa Namosuro Kec. Biru-Biru Kab. Deli Serdang Provinsi Sumatera Utara**

**NAMA : Pasu Theresia Br. Tarigan**

**NIM : 10000014**

---

---

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**

dr. Runggu Retno J. Napitupulu, M.Kes

dr. Christine Verawaty Sibuea

**Penguji**

dr. Rudyn Reymond Panjaitan, M.Ked(KK),Sp.KK

**Dekan Fakultas Kedokteran  
Universitas HKBP Nommensen**

Prof. Bistok Saing Sp.A (K)

**ABSTRAK**

**Latar Belakang**—Kanker payudara merupakan salah satu kanker yang paling sering muncul dan merupakan penyebab kematian tertinggi pada wanita di dunia. Salah satu metode skrining untuk deteksi dini kanker payudara adalah SADARI. SADARI perlu dilakukan secara rutin setiap bulan oleh para wanita, baik wanita yang berisiko tinggi maupun wanita tanpa risiko, yang dapat dimulai dari usia 20 tahun. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nina (2009) menyatakan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan wanita usia 20-40 tahun mengenai SADARI.

**Tujuan**—Tujuan penelitian untuk mengetahui apakah ada hubungan tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan mengenai SADARI sebagai deteksi dini kanker payudara pada wanita usia 20-40 tahun di Desa Namosuro Kec.Biru-biru.

**Metode**—Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan *Cross Sectional*. Sampel pada penelitian ini adalah 38 responden. Pemilihan sampel dilakukan dengan teknik *consecutive sampling*. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuisioner.

**Hasil**—Hasil penelitian dari 38 responden menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan tinggi yaitu 57,9% dan tingkat pengetahuan responden mayoritas berada dalam kategori baik yaitu sebesar 89,5%. Mayoritas responden yang berpengetahuan baik terdapat pada kelompok usia 20-25 tahun. Analisis data yang menggunakan *Kolmogorov-Smirnov* dan dari analisis ini didapati nilai  $p=1,000$  yang menunjukkan tidak adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan ( $p>0,05$ ).

**Kesimpulan**—Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak didapati perbedaan tingkat pengetahuan yang terlalu signifikan pada semua tingkat pendidikan.

**Kata Kunci:** *Kanker payudara, SADARI, Tingkat Pendidikan, Tingkat Pengetahuan*

## **ABSTRACT**

**Background**—Breast cancer is one of the most common cancer and leading cause of death among women worldwide. Breast Self Examination (BSE) is one of screening method for early detection of breast cancer. Every women with or without high risk of cancer should do this screening regularly on monthly basis. This screening can be strated at age 20. According to research conducted by Nina (2009) shows that there no significant correlation between formal education level to the awareness level of BSE at age 20-40.

**Objective**—The aim of this study is to determine the correlation of the level of formal education level to the awareness level of BSE as early detection method of breast cancer in women at age 20-40 at Desa Namosuro Village Biru-biru Subdistrict.

**Method**—The study was analytical study with cross-sectional approach. Sample in the study was 38 respondents, selected by consecutive sampling method. Data was taken by using questionnaire.

**Result**—The study shows that 57,9% of 38 respondents have high education level and 89,5% of respondents is in good category of awareness level. Majority respondents that have good category were contained in age group 20-25. The analysis using Kolmogorov-smirnov test determine  $p=1,000$  value, which means that education level doesn't correlate with awareness level of BSE ( $p>0,005$ ).

**Conclusion**—Result of the study shows that not significant difference f awareness in all education level.

**Keywords:** Breast cancer, Breast Self Examination (BSE), Education, Knowledge

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis naikkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena berkat, rahmat, dan penyertaanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul **“Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan Wanita Usia 20-40 tahun Mengenai Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) sebagai Upaya Deteksi Dini Kanker Payudara di Desa Namosuro Kec. Biru-biru Kab. Deli Serdang Prov. Sumatera Utara”**

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis sudah banyak menerima bimbingan, saran, dan bantuan dari berbagai pihak hingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya dan penghargaan kepada:

1. Bapak Prof. dr. Bistok Saing, Sp.A(K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas HKBP Nommensen.
2. Ibu dr. Runggu Retno J.Napitupulu, M.Kes, selaku dosen pembimbing I penulis yang selalu senantiasa memberi bimbingan kepada penulis dengan penuh perhatian, dukungan, dan sangat sabar membimbing penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu dr. Christine Verawaty Sibuea, selaku dosen pembimbing II penulis yang telah membimbing penulis dan telah memberikan masukan yang sangat membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Bapak dr. Rudyn Reymond Panjaitan, Sp.KK, selaku dosen penguji penulis yang juga telah banyak memberi bimbingan, masukan, dan kritikan yang sangat membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu dr. Henny Ompusunggu, dosen sekaligus kakak pembimbing rohani yang selalu menyemangati, mendoakan, dan senantiasa membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Yang teristimewa ayahanda B. Tarigan dan ibunda D. Br Ginting yang telah membesarkan, memberikan kasih sayang, mendidik dan senantiasa membimbing. Dan juga memberi dukungan baik materi dan doa kepada penulis selama perkuliahan hingga penyelesaian skripsi ini.

7. Kedelapan kakak dan adik penulis: Salju Elvita Br. Tarigan, Am.Keb, Eli Sinarta Br. Tarigan, S.Kom, Harpa Arihta Br. Tarigan, S.Pd, Dede Kirena Br. Tarigan S. Kep,Ns, Eka Nina Br. Tarigan, S.T, Cynthia Donarta Br. Tarigan, Sri Artina Br. Tarigan, Egia Aginta Br. Tarigan yang selalu mendorong dan memberikan semangat selama perkuliahan hingga penyelesaian skripsi ini.
8. Sahabat-sahabat penulis Agnes Debora Simatupang, Tiurlan Oktaviani Gurning, Novia Bunga Br. Ginting, Julikrianto Marsahala Gultom, Sumitro Pasaribu, Dodi Arfinsyah Marbun, Raja Mangatur Haloho, Sudomo Situmorang, Kiki Malau, Dina Zendrato yang senantiasa memberikan semangat serta dukungan selama penyusunan skripsi ini.
9. Sahabat penulis PERMATA GBKP Pasar 6 DELITUA, yang senantiasa menyemangati dan mendoakan penulis selama penyusunan skripsi ini.
10. Semua orang yang ikut serta membantu penulis yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Menyadari keterbatasan penulis, masih terdapat kekurangan tulisan ini. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat sebagai sumber pengetahuan demi kemajuan serta pengembangan ilmu pengetahuan.

Medan, 08 Mei 2014  
Penulis

Pasu Theresia Br. Tarigan  
NPM. 10000014

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>i</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xi</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Hipotesis .....	3
1.4. Tujuan .....	4
1.4.1. Tujuan Umum .....	4
1.4.2. Tujuan Khusus .....	4
1.5. Manfaat Penelitian .....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>5</b>
2.1. Pendidikan .....	5
2.1.1. Definisi pendidikan .....	5
2.1.2. Unsur-unsur pendidikan .....	5
2.2. Pengetahuan (Knowledge) .....	5
2.2.1 Definisi .....	5
2.2.2. Tingkat pengetahuan.....	vii
2.3. Kanker payudara .....	o
2.3.1. Anatomi payudara.....	8
2.3.2. Definisi kanker payudara.....	9



2.3.3. Epidemiologi kanker payudara.....	9
2.3.4. Klasifikasi kanker payudara .....	9
2.3.5. Faktor risiko.....	13
2.3.6. Etiopatogenesis.....	15
2.3.7. Diagnosa dan skrining .....	15
2.3.8. Stadium (staging).....	16
2.3.9 Penatalaksanaan.....	19
2.3.10. Prognosis .....	21
2.4. SADARI sebagai salah satu cara untuk mendeteksi dini kanker payudara .....	21
2.4.1. Pengertian pemeriksaan payudara sendiri (SADARI).....	21
2.4.2. Prosedur pemeriksaan payudara sendiri (SADARI).....	22
2.5 Kerangka konsep.....	27
<b>BAB 3 METODOLOGI .....</b>	<b>28</b>
3.1. Desain Penelitian .....	28
3.2. Tempat dan Waktu Penelitian .....	28
3.3. Populasi dan sampel .....	28
3.3.1. Populasi .....	28
3.3.2. Sampel.....	28
3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	29
3.4.1. Kriteria Inklusi .....	29
3.4.2. Kriteria Eksklusi .....	30
3.5. Teknik pengumpulan data.....	30
3.6. Definisi Operasional .....	30
3.7. Analisa data.....	viii
<b>BAB 4 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>32</b>
4.1. Deskripsi lokasi penelitian .....	32
4.2. Hasil penelitian.....	32

4.2.1. Deskripsi karakteristik responden .....	32
4.2.2. Tingkat pengetahuan .....	33
4.2.3. Hubungan tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan .....	35
4.3. Pembahasan.....	35
4.3.1. Distribusi frekuensi wanita usia 20-40 tahun berdasarkan usia di Desa Namosuro Kec. Biru-biru .....	35
4.3.2. Disitribusi frekuensi tingkat pendidikan wanita usia 20-40 tahun di Desa Namosuro Kec. Biru-biru .....	36
4.3.3. Tingkat pengetahuan wanita usia 20-40 tahun mengenai pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) sebagai upaya deteksi dini kanker payudara di Desa Namosuro Kec. Biru-biru .....	36
4.3.4. Tingkat pengetahuan wanita usia 20-40 tahun mengenai SADARI sebagai upaya deteksi dini kanker payudara berdasarkan golongan usia di Desa Namosuro Kec. Biru-biru.....	37
4.3.5. Hubungan tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan wanita usia 20-40 tahun mengenai pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) sebagai upaya deteksi dini kanker payudara di Desa Namosuro Kec. Biru-biru .....	37

**BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN ..... 39**

5.1. Kesimpulan ..... 39

5.2. Saran ..... 39

**DAFTAR PUSTAKA .....40**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Nomor	Jud...	Halaman
4.1	Distribusi frekuensi wanita usia 20-40 tahun berdasarkan usia di Desa Namosuro Kec. Biru-biru	32
4.2	Distribusi frekuensi tingkat pendidikan wanita usia 20-40 tahun di Desa Namosuro Kec. Biru-biru	33
4.3	Tingkat pengetahuan wanita usia 20-40 tahun di Desa Namosuro Kec. Biru-biru mengenai SADARI sebagai deteksi dini kanker payudara	33
4.4	Tingkat pengetahuan wanita usia 20-40 tahun berdasarkan usia di Desa Namosuro Kec. Biru-biru mengenai SADARI sebagai deteksi dini kanker payudara	34
4.5	Tingkat pengetahuan wanita usia 20-40 tahun berdasarkan tingkat pendidikan mengenai SADARI sebagai deteksi dini kanker payudara di Desa Namosuro Kec. Biru-biru	35

## DAFTAR GAMBAR

<b>Nomor</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
Gambar 2.1	Pemotongan payudara secara sagital	8
Gambar 2.2	Melakukan SADARI dengan bercermin	23
Gambar 2.3	Melakukan SADARI dengan mengangkat kedua tangan	23
Gambar 2.4	Melakukan SADARI dengan memijat payudara	24
Gambar 2.5	Melakukan SADARI dengan menekan puting	25
Gambar 2.6	Melakukan SADARI sambil berbaring	26
Gambar 2.7	Melakukan SADARI saat mandi	26

## **DAFTAR LAMPIRAN**

<b>Nomor</b>	<b>Judul</b>
<b>Lampiran 1</b>	Daftar Riwayat Hidup
<b>Lampiran 2</b>	Lembar Persetujuan Responden
<b>Lampiran 3</b>	Kuesioner Tingkat Pengetahuan ttg Kanker Payudara
<b>Lampiran 4</b>	Surat Penelitian
<b>Lampiran 5</b>	Hasil Pengolahan Data

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Kanker merupakan kelompok penyakit yang sifat pertumbuhannya tidak terkontrol dan menjalar dari sel yang abnormal<sup>1</sup>. Kanker dimulai ketika sebagian sel dari tubuh mulai tumbuh diluar kendali. Ada banyak jenis kanker, tetapi itu semua dimulai dari pertumbuhan diluar kendali dari sel yang abnormal<sup>2</sup>. Kanker disebabkan oleh faktor eksternal (tembakau, bahan kimia, radiasi, dan organisme infeksius) dan faktor internal (mutasi hereditas, pengaruh hormon, kondisi sistem imun, dan mutasi yang terjadi dari metabolisme)<sup>1</sup>.

Berdasarkan data WHO secara global, kanker merupakan satu dari sepuluh penyakit penyebab kematian. Diperkirakan bahwa 7,4 juta orang di dunia yang meninggal karena kanker pada tahun 2004. Jika keadaan seperti ini berulang dan terus berlanjut, 83,2 juta akan meninggal pada tahun 2015.<sup>3</sup>

Salah satu penyakit kanker yang paling sering muncul dan merupakan penyebab kematian tertinggi pada wanita di dunia yaitu kanker payudara<sup>1,4</sup>. Kanker payudara adalah sebuah tumor maligna (ganas) yang dimulai pada sel payudara. Tumor maligna terdiri dari kelompok sel kanker yang dapat tumbuh ke dalam (invasif) melingkupi jaringan atau menjalar (metastasis) ke daerah yang lebih jauh dari tubuh. Penyakit ini terjadi hampir pada semua wanita, tetapi laki-laki dapat juga dikenai, namun sangat jarang<sup>2</sup>.

Berdasarkan data WHO kanker payudara membunuh 376.000 wanita dalam setahun di seluruh dunia dan ada sekitar 900.000 kasus baru tiap-tiap tahunnya. Insidensi kanker payudara meningkat pada lebih dari separuh dunia. Saat ini kanker payudara menjadi urutan nomor satu di dunia, di Negara berkembang maupun di Negara yang kurang berkembang<sup>5</sup>. Di Amerika Utara kejadian kanker payudara pada tahun 2011 diperkirakan ada 230.480 kasus baru dari kanker payudara invasif yang terdiagnosa pada wanita, ada 57.650 kasus tambahan dari kanker payudara in situ, dan kira-kira 39.520 wanita yang diperkirakan meninggal akibat kanker payudara.

Dari sekian banyak kasus di Amerika Utara pada tahun 2011 tersebut ditemui juga kanker payudara pada laki-laki yaitu 2.140 kasus (1%) dan ada 450 laki-laki meninggal karena kanker payudara<sup>6</sup>. Pada negara berkembang, saat ini munculnya kanker payudara hampir sesering munculnya kanker serviks. Estimasi *International Agencies for Research on Cancer* (IARC) tahun 2005, kasus baru di Indonesia sekitar 26 per 100.000 perempuan setiap tahun, sebagian besar ditemukan sudah dalam stadium lanjut (>50%). Sedangkan berdasarkan data Sistem Informasi RISKESDAS 2007, kanker payudara menempati urutan pertama pada pasien kanker yang di rawat inap di seluruh RS di Indonesia (16,85%), dan pasien rawat jalan (21,69%)<sup>7</sup>.

Oleh karena itu, diperlukan skrining kanker payudara dalam menurunkan angka morbiditas dan mortalitas kanker payudara<sup>8</sup>. Pemeriksaan payudara oleh tenaga kesehatan, pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) dan mammografi merupakan metode skrining untuk deteksi dini kanker payudara<sup>4</sup>. SADARI dalam bahasa Inggris disebut BSE (Breast Self Examination).

SADARI perlu dilakukan secara rutin setiap bulan oleh para wanita, baik wanita yang berisiko tinggi maupun wanita tanpa risiko. Dimulai dari usia 20 tahun, wanita seharusnya diberikan informasi mengenai keuntungan dan keterbatasan dari pemeriksaan payudara sendiri sebagai deteksi dini kanker payudara<sup>2</sup>. Risiko kanker payudara sangat rendah pada wanita usia 20 tahun dan secara berangsur-angsur meningkat sejalan dengan dengan penambahan usia. Sekitar 77% kasus terjadi pada wanita berusia lebih dari 50 tahun, namun usia rata-rata saat diagnosis adalah 64 tahun<sup>9</sup>. Selain mudah untuk dilakukan, pemeriksaan ini juga dapat membuat para wanita merasa nyaman karena pemeriksaan ini dilakukan sendiri tanpa bantuan orang lain<sup>10,11</sup>.

Tingginya mortalitas kanker payudara tidak hanya disebabkan oleh keterlambatan kemampuan pengobatan yang dilakukan di rumah sakit tetapi lebih disebabkan oleh faktor-faktor pasien itu sendiri seperti: keterlambatan mendapatkan pengobatan, keterlambatan ekonomi (kebanyakan masalah sosial ekonomi rendah), serta pengetahuan yang rendah tentang kanker payudara.<sup>12</sup>

Data yang didapat dari kepala pemerintahan daerah di Desa Namosuro Kec. Biru-biru bahwa penduduknya memiliki pendidikan yang beragam. Mata pencaharian penduduk umumnya adalah petani yang biasa menggunakan pestisida organoklorin untuk membunuh hama tanaman. Pestisida organoklorin merupakan salah satu faktor risiko terjadinya kanker payudara. Berdasarkan data diatas peneliti tertarik untuk meneliti hubungan tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan masyarakat tentang SADARI di Desa Namosuro Kecamatan Biru-biru Kabupaten Deli Serdang Provinsi Sumatera Utara.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan data diatas apakah ada hubungan tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan wanita usia 20-40 tahun di Desa Namosuro Kec. Biru-biru mengenai SADARI sebagai deteksi dini kanker payudara?

## **1.3 Hipotesis**

Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan wanita usia 20-40 tahun di Desa Namosuro Kecamatan Biru-biru mengenai SADARI sebagai deteksi dini kanker payudara.

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan wanita usia 20-40 tahun di Desa Namosuro Kec. Biru-Biru mengenai SADARI sebagai deteksi dini kanker payudara.

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

Yang menjadi tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

- a. Untuk mengetahui tingkat pendidikan wanita usia 20-40 tahun di Desa Namosuro Kec. Biru-biru.



- b. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan wanita 20-40 tahun di Desa Namosuro Kec. Biru-biru mengenai SADARI sebagai deteksi dini kanker payudara.
- c. Untuk mengetahui apakah ada perbedaan tingkat pengetahuan pada golongan umur yang berbeda diantara usia 20 – 40 tahun di Desa Namosuro Kec. Biru-biru mengenai SADARI sebagai deteksi dini kanker payudara.

### **1.5 Manfaat Penelitian**

- a. Bagi Peneliti  
Menambah pengetahuan tentang kanker payudara dan SADARI, juga meningkatkan pengetahuan dan keterampilan peneliti dalam bidang penelitian.
- b. Bagi Masyarakat  
Menambah pengetahuan masyarakat tentang SADARI.
- c. Bagi Pengembangan Penelitian  
Penelitian ini dapat digunakan sebagai rujukan penelitian selanjutnya.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Pendidikan**

##### **2.1.1 Definisi pendidikan**

Pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan (praktik) untuk memelihara (mengatasi masalah-masalah), dan meningkatkan kesehatannya.<sup>13</sup>

##### **2.1.2 Unsur-unsur pendidikan**

Pendidikan terdiri dari 3 unsur:

- a. Input, yaitu: sasaran pendidikan dan pendidik
- b. Proses, yaitu: upaya yang dilakukan untuk mempengaruhi orang lain.
- c. Output, yaitu: hasil yang diharapkan

#### **2.2 Pengetahuan (Knowledge)**

##### **2.2.1 Definisi**

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu penginderaan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran (telinga), dan indra penglihatan (mata).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yang disebut AIETA, yakni :

- a) *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek)
- b) *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Di sini sikap subjek sudah mulai timbul.
- c) *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sudah lebih baik lagi.
- d) *Trial*, di mana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki stimulus.
- e) *Adoption*, di mana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian, dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut.

### **2.2.2 Tingkat Pengetahuan**

Secara garis besarnya pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat, yakni :

#### 1. Tahu (know)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Oleh sebab itu, 'tahu' ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

#### 2. Memahami (comprehension)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

#### 3. Aplikasi (application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya).

4. Analisis (analysis)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu telah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram(bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

5. Sintesis (synthesis)

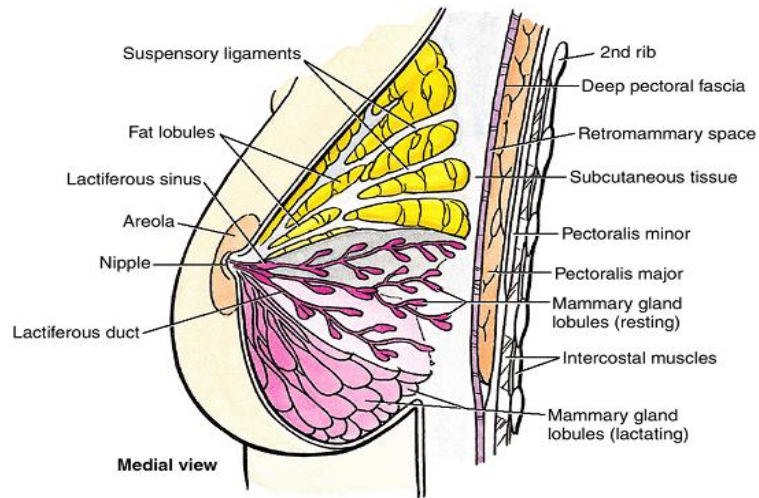
Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

6. Evaluasi (evaluation)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku di masyarakat<sup>14,15</sup>.

## 2.3 Kanker Payudara

### 2.3.1 Anatomi Payudara



Gambar 2.1 Pemotongan payudara secara sagital<sup>16</sup>

Payudara merupakan kelenjar aksesoris kulit khusus, berfungsi menghasilkan susu. Payudara terdapat pada pria dan wanita. Bentuk payudara sama pada pria dan wanita yang belum dewasa. Papilla mammaria (puting payudara) berukuran kecil dan dikelilingi oleh daerah kulit yang berwarna gelap disebut areola mammae. Jaringan payudara tersusun oleh sekelompok kecil sistem saluran yang terdapat di dalam jaringan ikat dan bermuara di daerah areola.

Cabang-cabang pembuluh darah arteri ke payudara yaitu rami perforantes arteri thoracica interna, arteriae intercostalis, arteriae thoracica lateralis, arteriae thoracoacromialis, serta cabang-cabang arteria axillaris. Vena-vena mengikuti arterinya.

Aliran limfe penting sekali mengingat seringnya timbul kanker pada kelenjar ini dan penyebaran sel-sel ganas melalui pembuluh limfe menuju ke nodus limfatikus. Kuadran lateral glandula mammaria mengalirkan limfena ke nodus limfoid aksilaris anterior (terletak tepat posterior terhadap pinggir bawah *musculus pectoralis mayor*). Kuadran medial mengalirkan limfena melalui pembuluh-

pembuluh yang menembus ruangan interkosta dan masuk ke dalam nodus limfoid torakalis interna. Beberapa pembuluh limfe mengikuti arteri interkostalis posterior dan mengalirkan limfena ke posterior ke dalam nodus limfoid interkostalis posterior (terletak sepanjang arteri interkostalis posterior); beberapa pembuluh berhubungan dengan pembuluh limfe payudara sisi yang lain dan dengan kelenjar di dinding anterior abdomen<sup>16,17</sup>.

### **2.3.2 Definisi Kanker Payudara**

Kanker payudara adalah tumor maligna ( ganas) yang dimulai pada sel epitel yang membatasi duktus atau lobus payudara. Tumor maligna terdiri dari kelompok sel kanker yang dapat tumbuh ke dalam (invasif) melingkupi jaringan atau menjalar (metastasis) ke daerah yang lebih jauh dari tubuh<sup>2</sup>.

### **2.3.3 Epidemiologi Kanker Payudara**

Berdasarkan data WHO kanker payudara membunuh 376.000 wanita dalam setahun di seluruh dunia dan ada sekitar 900.000 kasus baru tiap-tiap tahunnya. Insidensi kanker payudara meningkat pada lebih dari separuh dunia. Saat ini kanker payudara menjadi kanker urutan nomor satu di dunia, di negara berkembang maupun di negara yang kurang berkembang<sup>5</sup>.

### **2.3.4 Klasifikasi Kanker Payudara**

Hampir semua kanker payudara adalah tipe adenokarsinoma. Tipe lain kanker payudara (misalnya karsinoma sel skuamosa, tumor filoides, sarkoma dan limfoma) membentuk kurang dari 5 % keseluruhan kasus.<sup>9,18</sup>

Karsinoma payudara dibagi menjadi karsinoma in situ dan karsinoma invasif. Karsinoma in situ adalah populasi neoplastik sel di duktus dan lobulus yang dibatasi oleh membran basal. Karsinoma invasif yaitu populasi sel neoplastik yang dapat menembus membran basal untuk masuk ke stroma.

Karsinoma in situ dibagi lagi menjadi karsinoma duktus in situ (DCIS; Karsinoma intraduktus) dan karsinoma lobulus in situ (LCIS). DCIS dapat meluas

sampai ke duktus laktiferosa dan ke dalam kulit puting susu di dekatnya, yang disebut sebagai penyakit paget pada puting (*Paget's disease*).

DCIS adalah suatu proliferasi klonal dan biasanya hanya mengenai satu sistem duktus. Pada DCIS, sel dapat menyebar ke seluruh duktus dan lobulus sehingga menghasilkan lesi ekstensif yang mengenai seluruh sektor satu payudara. Jika DCIS mengenai lobulus, asinus sering mengalami perubahan bentuk dan berkembang menjadi seperti duktus.

Penyakit Paget pada puting payudara merupakan manifestasi kanker payudara yang jarang (1% sampai 2% kasus) dan berupa erupsi eritematosa unilateral dengan skuama dan krusta. Lesi sering terasa gatal sehingga dapat disangka sebagai eksim. Penyakit paget puting pada payudara disebabkan oleh perluasan DCIS ke duktus laktiferosa dan ke dalam kulit puting susu di dekatnya. Sel ganas merusak sawar epidermis normal, sehingga cairan ekstrasel dapat dikeluarkan ke permukaan.

Tidak seperti DCIS, LCIS memperlihatkan gambaran uniform. Sel bersifat monomorf dengan nukleus polos bundar dan terdapat dalam kelompok kohesif di duktus dan lobulus. Vakuol musin dan intrasel (sel cincin stempel) sering ditemukan. LCIS hampir selalu ditemukan secara tidak sengaja. Tidak seperti DCIS, tumor ini jarang membentuk metastasis serta, tidak membentuk massa sehingga jarang mengalami kalsifikasi. Oleh karena itu, insidensi LCIS hampir tidak berubah pada populasi yang menjalani pemeriksaan penyaring mamografi. Sekitar sepertiga perempuan dengan LCIS akhirnya menderita karsinoma invasif. Oleh karena itu, LCIS merupakan penanda peningkatan risiko timbulnya kanker di kedua payudara dan prekursor langsung bagi sejumlah kanker.

Karsinoma invasif hampir selalu bermanifestasi sebagai massa yang dapat diraba. Saat kanker telah dipalpasi, lebih dari separuh pasien sudah mengalami metastasis ke kelenjar limfe aksila. Karsinoma yang lebih besar dapat melekat ke dinding dada dan menyebabkan kulit disekitarnya melesung (*dimpling*). Pembuluh limfe dapat terkena sehingga drainase kulit lokal menjadi terhambat sehingga menyebabkan limfedema dan penebalan kulit. Tertambatnya kulit payudara oleh ligamentum Cooper menimbulkan gambaran mirip kulit jeruk (*peau d'orange*). Jika

tumor mengenai bagian tengah payudara, puting payudara dapat tertarik kedalam (retraksi).

Pada wanita tua yang menjalani pemeriksaan mamografi, karsinoma invasif paling sering bermanifestasi sebagai suatu densitas dan rata-rata berukuran separuh dari kanker yang dapat dipalpasi. Kurang dari 20% karsinoma tersebut telah bermetastasis ke kelenjar limfe. Karsinoma invasif yang bermanifestasi sebagai kalsifikasi mamografi tanpa disertai densitas biasanya berukuran sangat kecil, dan metastasis jarang terjadi.

Karsinoma invasif dapat terbagi lagi menjadi :

a) Karsinoma Invasif *No special Type* (NST; Karsinoma Duktus Invasif)

Karsinoma Duktus Invasif adalah istilah yang digunakan untuk semua karsinoma yang tidak dapat disubklasifikasikan ke dalam subtype tertentu dan tidak menunjukkan bahwa tumor ini secara spesifik berasal dari sistem duktus. Karsinoma “tanpa tipe khusus” atau “tidak dirinci lebih lanjut” sinonim untuk karsinoma duktus invasif. Sebagian besar (70% sampai 80%) kanker payudara masuk kedalam kategori ini. Kanker tipe ini biasanya berkaitan dengan DCIS. Sebagian besar karsinoma duktus menimbulkan respons desmoplastik yang menggantikan lemak payudara normal (menghasilkan densitas mamografi) dan membentuk massa yang teraba keras.

b) Karsinoma Lobulus Invasif

Karsinoma lobulus invasif biasanya bermanifestasi seperti karsinoma duktus invasif (*No Special Type*, NST) sebagai massa yang dapat dipalpasi atau densitas mamografik. Sel-sel secara sendiri-sendiri menginvasi stroma dan sering tersusun membentuk rangkaian. Kadang-kadang sel tersebut mengelilingi asinus atau duktus yang tampak normal, dan menghasilkan gambaran mata sapi (*bull's eye*). Meskipun sebagian besar tumor bermanifestasi sebagai massa yang dapat diraba atau densitas pada mamografi, sebagian mungkin memiliki pola invasi difus tanpa respons desmoplastik serta secara klinis tersamar.

c) Karsinoma medullaris

Karsinoma medullaris bermanifestasi sebagai massa yang berbatas tegas. Secara klinis dan radiologis karsinoma medullaris dapat disangka sebagai



fibroadenoma. Medulla adalah kata Latin untuk sumsum. Tumor ini memiliki konsistensi lunak seperti daging dan berbatas tegas.

d) Karsinoma koloid ( musinosa)

Tipe yang tidak lazim ini (1% sampai 6% dari semua karsinoma payudara) juga sering bermanifestasi sebagai massa yang berbatas tegas (sirkumskripta). Tumor ini sangat lunak dan memiliki konsistensi dan penampakan seperti gelatin abu-abu biru. Sel tumor tampak berkelompok dan membentuk pulau-pulau kecil sel di dalam genangan musin yang luas yang mendesak ke dalam stroma sekitar. Tumor ini cenderung tumbuh pada wanita usia lanjut dan dapat tumbuh secara lambat selama bertahun-tahun.

e) Karsinoma tubulus

Karsinoma tubulus membentuk hanya 2% dari semua karsinoma payudara sebelum pemeriksaan skrining mammografik dilakukan, tetapi frekuensinya telah meningkat dan membentuk hingga 10% karsinoma yang berdiameter kurang dari 1cm. Karsinoma tubulus biasanya terdeteksi sebagai densitas mamografi ireguler. Wanita biasanya terkena pada usia sekitar 40 tahun. Tumor bersifat multifokal di satu payudara pada 10% sampai 56% kasus dan bilateral pada 9% sampai 38%.

f) Karsinoma Papillaris invasif

Karsinoma invasif dengan arsitektur papilla jarang ditemukan dan merupakan 1% atau kurang dari semua kanker invasif. Arsitektur papilla lebih sering ditemukan pada DCIS. Gambaran klinisnya serupa dengan gambaran karsinoma NST, tetapi prognosis keseluruhannya lebih baik.

g) Karsinoma Metaplastik

Karsinoma metaplastik mencakup beragam tipe kanker payudara yang jarang (<1% dari semua kasus), termasuk adenokarsinoma konvensional dengan stroma kondroid, karsinoma sel skuamosa, dan karsinoma dengan komponen sel spindle yang mencolok yang mungkin sulit dibedakan dari sarkoma. Karsinoma ini berasal dari sel mioepitel. Heterogenitas jenis tumor ini dan karena jarang ditemukan, maka tidak banyak yang diketahui tentang gambaran klinis dan prognosinya.<sup>9,18</sup>

### 2.3.5 Faktor Risiko

Sampai saat ini, penyebab pasti kanker payudara belum diketahui. Namun, ada beberapa faktor risiko yang telah teridentifikasi, yaitu: usia, usia menarke, usia saat melahirkan bayi hidup pertama kali, adanya riwayat anggota keluarga dekat mengidap kanker payudara, adanya paparan lama ke estrogen eksogen postmenopause, diet yang salah, pemakaian kontrasepsi oral, obesitas, waktu menyusui yang lama, serta adanya toksin lingkungan.

Kanker payudara jarang dijumpai pada usia kurang dari 25 tahun kecuali pada beberapa kasus familial. Insidens terus meningkat seiring bertambahnya usia wanita. Sekitar 77% kasus terjadi pada wanita berusia lebih dari 50 tahun. Usia rata-rata saat diagnosis adalah 64 tahun.

Wanita yang mencapai menarke saat berusia kurang dari 11 tahun memiliki peningkatan risiko 20 % dibandingkan dengan wanita yang mencapai menarke pada usia lebih dari 14 tahun. Menopause lambat juga meningkatkan risiko, tetapi besar risiko ini belum dihitung.

Wanita yang baru pertama kalinya hamil cukup bulan pada usia kurang dari 20 tahun, memiliki risiko menderita kanker payudara dua kali lebih kecil dibandingkan wanita nulipara atau wanita yang melahirkan pertama kali pada usia lebih dari 35 tahun. Ada hipotesis menyatakan bahwa kehamilan menyebabkan terminasi diferensiasi sel epitel sehingga menyingkirkan sel-sel ini dari kemungkinan menjadi prekursor kanker. Akan tetapi, dasar biologik diferensiasi tersebut belum diketahui. Efek ini mungkin tertutupi dalam kehamilan pada wanita berusia tua oleh proliferasi sel-sel pada awal kehamilan yang bisa saja telah mengalami perubahan neoplastik.

Risiko kanker payudara meningkat seiring dengan jumlah anggota keluarga dekat (ibu, saudara kandung perempuan, atau anak perempuan) yang menderita kanker payudara. Akan tetapi, sebagian besar kanker payudara terjadi pada wanita tanpa riwayat ini, karena hanya 13% wanita penderita kanker payudara yang mempunyai satu anggota keluarga dekat yang terkena, dan hanya 1% memiliki dua atau lebih anggota keluarga yang menderita kanker payudara. Sebaliknya, lebih dari

87% wanita yang memiliki riwayat keluarga menderita kanker payudara tidak mengalami kanker ini di kemudian hari. Adanya riwayat anggota keluarga yang pernah menderita kanker ovarium juga dapat meningkatkan risiko kanker payudara.

Paparan lama ke estrogen eksogen postmenopause yang dikenal sebagai terapi sulih estrogen (ERT, *estrogen replacement therapy*) diakui dapat mencegah atau paling tidak menunda onset osteoporosis dan melindungi pemakai dari penyakit jantung dan stroke. Namun, terapi ini juga menyebabkan peningkatan moderat insidensi kanker payudara. Insidensi sedikit lebih tinggi pada perempuan yang menggunakan kombinasi estrogen dan progestagen. Terdapat peningkatan risiko pada wanita obesitas postmenopause yang disebabkan oleh sintesis estrogen di simpanan lemak. Kontrasepsi oral juga dicurigai meningkatkan risiko kanker payudara. Walaupun buktinya juga saling bertentangan, formulasi yang baru berupa dosis rendah seimbang estrogen dan progestin hanya sedikit meningkatkan risiko, yang lenyap 10 tahun setelah penghentian pemakaiannya.

Berbagai bahan dalam diet terutama lemak makanan dilaporkan meningkatkan risiko terjadinya kanker payudara. Beberapa studi memperlihatkan adanya penurunan risiko pada peningkatan asupan  $\beta$ -karoten.

Waktu atau lama menyusui juga menjadi salah satu faktor risiko kanker payudara. Semakin lama seseorang wanita menyusui maka semakin besar pula penurunan risiko kanker payudara.

Terdapat kekhawatiran bahwa pencemar (toksin) lingkungan seperti pestisida organoklorin dapat menimbulkan kanker payudara. Hal ini berkaitan dengan efek estrogenik toksin lingkungan tersebut terhadap manusia.<sup>6,8,19</sup>

### **2.3.6 Etiopatogenesis**

Secara normal sistem imun mengeluarkan sel kanker dan sel-sel yang merusak DNA dan menghancurkan mereka. Gagalnya pengawasan dan penjagaan sistem imun yang efektif dapat menyebabkan terjadinya kanker payudara. Kerusakan DNA dan mutasi gen dipastikan terjadi pada kanker payudara, berhubungan dengan keterpaparan terhadap hormon estrogen. Estrogen memiliki setidaknya dua peran

utama dalam menimbulkan kanker payudara yaitu melalui metabolit estrogen dan melalui efek hormonalnya. Metabolit estrogen dapat menyebabkan mutasi atau menghasilkan radikal bebas yang merusak DNA. Melalui efek hormonalnya, estrogen mendorong proliferasi sel pramaligna serta sel kanker. Beberapa individu mewarisi kerusakan pada DNA dan gen seperti BRCA1, BRCA2 dan P53. Adanya sejarah anggota keluarga yang pernah menderita kanker payudara dan ovarium dapat meningkatkan risiko kanker payudara.<sup>9,20</sup>

### **2.3.7 Diagnosa dan skrining**

Pada pemeriksaan fisik biasanya ditemukan pembengkakan atau perubahan bentuk, adanya retraksi kulit, didapatinya puting yang tidak pada tempatnya, adanya vena yang berdilatasi, adanya ulserasi, adanya edema atau adanya peau d'orange, dll.

Deteksi dini merupakan langkah utama dalam mencegah terjadi kanker payudara. Pemeriksaan penunjang atau bisa juga disebut pemeriksaan skrining termasuk beberapa pemeriksaan dibawah ini, yaitu: Pemeriksaan payudara sendiri (SADARI), Pemeriksaan payudara oleh tenaga kesehatan, Mammografi, Ultrasonografi, MRI. Ultrasonografi dan MRI lebih sensitif daripada mammografi untuk kanker invasif pada payudara yang tidak berlemak.<sup>21</sup>

### **2.3.8 Stadium (staging)**

*The American Joint Committee on Cancer (AJCC)* menetapkan sistem TNM untuk mendeskripsikan stadium kanker payudara. Sampai saat ini sistem ini merupakan sistem yang paling sering digunakan. Sistem stadium TNM mengklasifikasikan kanker payudara berdasarkan stadium T, N, dan M kanker payudara tersebut. Huruf T menyatakan ukuran tumor, huruf N menyatakan penyebaran tumor ke nodus limfe, sedangkan huruf M menyatakan metastasis.

Huruf T (Tumor) diikuti oleh sebuah nomor dari nomor 0-4 mendeskripsikan ukuran tumor dan penyebarannya ke kulit atau terhadap dinding dada di bawah payudara. Nomor T yang tertinggi menyatakan sebuah tumor dan/atau penyebaran yang lebih luas kepada jaringan dekat payudara.

Tx : ukuran tumor yang tidak dapat ditentukan

T0 : Tidak ada bukti adanya suatu tumor

Tis : Carcinoma In Situ (DCIS, LCIS, atau Penyakit Paget dari puting yang tidak ada hubungannya dengan masa tumor)

T1 : (termasuk T1a, T1b, T1c) yaitu diameter tumornya 2 cm

T2 : tumor ini lebih dari 2 cm tetapi tidak lebih dari 5 cm

T3 : diameter tumornya lebih dari 5 cm

T4 : tumor yang berbentuk apa saja yang pertumbuhannya melekat pada dinding dada atau kulit. Ini mencakup peradangan kanker payudara.

Huruf N (Penyebaran ke Nodus Limfe) diikuti oleh sebuah nomor dari 0-3 mengindikasikan apakah kanker meluas sampai ke nodus limfe yang dekat dengan payudara dan jika demikian, seberapa banyak nodus limfe yang dipengaruhi.

Nx: penyebaran nodus limfe tidak dapat ditaksir

N0: kanker yang belum menyebar ke nodus limfe

N1: kanker yang sudah menyebar ke nodus limfe aksila 1-3

N2: kanker sudah menyebar ke nodus limfe 4-9 dibawah lengan, atau kanker meluas ke nodus limfe yang di payudara

N3: kanker telah menyebar ke nodus limfe yang dipayudara atau nodus limfe intraklavikular ipsilateral

Huruf M (Metastasis) diikuti dengan angka 0 atau 1 mengindikasikan apakah kanker sudah menyebar ke organ-organ jauh misalnya paru-paru dan tulang.

Mx : adanya metastasis ke organ yang jauh tidak dapat ditentukan

M0 : tidak ada metastasis jauh yang ditemukan pada X-ray (atau prosedur pencitraan yang lain) atau dengan pemeriksaan fisik

M1 : penyebaran ke organ jauh ada (tempat yang paling sering adalah tulang, paru, otak, dan hati).

Berdasarkan sistem TNM tersebut, maka stadium kanker payudara dibagi menjadi stadium 0, IA dan IB, IIA dan IIB, IIIA sampai IIIC, dan akhirnya sampai stadium IV.

*Stadium 0* : Tis, N0, M0: DCIS (termasuk penyakit Paget pada puting payudara) dan LCIS.

- Stadium IA* : T1, N0, M0: tumor dengan ukuran 2 cm atau kurang serta kelenjar getah bening negatif.
- Stadium IB* : T0 atau T1, N1, M0: tumor ini dengan ukuran 2 cm atau kurang (atau tidak ditemukan) (T0 atau T1) dengan mikrometastasis nodus limfe aksila 1-3 (kanker pada nodus limfe lebih besar daripada 0,2 mm dan/atau lebih dari 200 sel tetapi tidak lebih besar dari 2 mm). Kanker ini belum menyebar ke tempat yang jauh (M0).
- Stadium IIA* : T0 atau T1 atau T2, N1, M0: karsinoma invasive dengan ukuran 2 cm atau kurang disertai metastasis ke kelenjar getah bening atau karsinoma invasif lebih dari 2 cm, tetapi kurang dari 5 cm dengan kelenjar getah bening negative.
- Stadium IIB* : T2 atau T3, N0 atau N1, M0: karsinoma invasif dengan diameter lebih dari 2 cm, tetapi kurang dari 5 cm dengan kelenjar getah bening positif atau karsinoma invasif berukuran lebih dari 5 cm tanpa keterlibatan kelenjar getah bening.
- Stadium IIIA* : T0-T2, M0: tumor ini dengan diameter lebih dari 5 cm (tidak ditemukan) (T0-T2). Sudah menyebar ke nodus limfe aksilla 4-9, atau sudah meluas ke nodus limfe mammae interna (N2). Kanker ini belum menyebar ke tempat jauh (M0). Atau T3, N1 atau N2, M0 : tumor ini diameternya lebih besar dari 5 cm tetapi tidak tumbuh ke dalam dinding dada atau kulit (T3). Sudah menyebar ke nodus limfe 1-9, atau ke nodus limfe mammae interna (N1 atau N2). Kanker ini belum menyebar ke tempat jauh (M0).
- Stadium IIIB* : T4, N0-N2, M0: tumor ini sudah tumbuh ke dalam dinding dada atau kulit (T4), dan salah satunya diikuti oleh:
- a) Belum menyebar ke nodus limfe (N0)
  - b) Sudah menyebar ke nodus limfe aksila 1-3 dan dalam jumlah sedikit ditemukan sudah menyebar ke nodus limfe mammae interna pada *sentinel lymph node biopsy* (N1).

- c) Sudah menyebar ke 4-9 nodus limfe aksilla, atau sudah meluas ke nodus limfe mammaria interna (N2).

Kanker ini belum menyebar ke organ yang jauh (M0).

*Stadium IIC*: T apa saja, N3, M0: bentuk apapun tumor ini (tidak ditemukan), dan salah satu yang diikuti yaitu:

- a) Kanker yang sudah menyebar ke 10 atau lebih nodus limfe aksila (N3).
- b) Kanker yang sudah menyebar ke nodus limfe di bawah klavikula (*colar bone*) (N3).
- c) Kanker yang sudah menyebar ke nodus limfe diatas klavikula (N3)
- d) Kanker yang mencakup nodus limfe aksila dan meluas ke nodus limfe mammaria interna (N3)
- e) Kanker yang sudah menyebar ke 4 atau lebih ke nodus limfe aksila, dan dalam jumlah sedikit kanker ini ditemukan dalam nodus limfe mammaria interna dan *sentinel lymph node biopsy* (N3)

Kanker ini belum menyebar ke tempat yang jauh (M0).

*Stadium IV* : T apa saja, N apa saja, M1: kanker ini dapat dalam bentuk apa saja (T apa saja) dan bisa atau tidak sudah menyebar ke nodus limfe, sudah menyebar ke organ yang jauh atau nodus limfe yang jauh dari payudara (M1). Tempat penyebaran paling sering adalah tulang, hati, otak, atau paru.<sup>2,19,22</sup>

### 2.3.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan untuk kanker payudara meliputi pembedahan, radiasi ataupun terapi sistemik yang meliputi terapi target, kemoterapi dan juga terapi hormon. Pemilihan cara penatalaksanaan yang dilakukan juga tergantung pada stadium kanker payudara.

Tujuan utama dari pembedahan kanker payudara adalah menghilangkan kanker dari payudara dan untuk menaksir stadium dari kanker itu sendiri. Pada *lumpectomy*, hanya jaringan kanker tambahan yang mengelilingi jaringan normal

yang dihilangkan. Mastektomi sederhana atau mastektomi total mencakup pengangkatan seluruh payudara. Mastektomi radikal mencakup pengangkatan dari keseluruhan payudara dan nodus limfa yang dibawah lengan, tetapi bukan mencakup pengangkatan dari dasar otot dinding dada, sebagai sebuah mastektomi radikal.

Radiasi digunakan untuk menghancurkan sisa sel kanker pada payudara, dinding dada, dan daerah dibawah lengan setelah pembedahan payudara yang lama. Radiasi juga dibutuhkan setelah mastektomi pada pasien dengan salah satu kanker yang ukurannya lebih besar dari 5 cm atau ketika kanker ditemukan di nodus limfa.

Untuk terapi sistemik digunakan obat anti kanker yang diinjeksikan ke vena atau ada juga yang diberikan secara oral. Terapi sistemik mencakup terapi target, kemoterapi, dan terapi hormon. Semua obat ini bekerja melewati mekanisme yang berbeda. Obat kemoterapi bekerja menyerang sel yang tumbuh cepat, seperti sel kanker. Obat target terbaru bekerja menyerang bagian spesifik dari sel kanker. Terapi hormon bekerja memblok hormon tubuh yang alami, yang kadang-kadang bertindak untuk meningkatkan pertumbuhan kanker.

Sekitar 15% sampai 30% dari kanker payudara menghasilkan protein yang mempromosikan pertumbuhan HER2/neu secara berlebihan. Tumor ini cenderung untuk tumbuh lebih cepat dan biasanya lebih mungkin untuk berulang daripada tumor yang bukan menghasilkan HER2 yang berlebihan. Trastuzumab (Herceptin) adalah sebuah antibodi monoklonal yang secara langsung mengenai sasaran (target) protein HER2 dari tumor payudara dan memberikan manfaat untuk wanita dengan kanker payudara yang mengekspresikan HER2 secara berlebihan. Secara original Trastuzumab digunakan untuk menterapi kanker payudara yang sudah bermetastasis. Trastuzumab juga menunjukkan keefektifannya pada stadium awal kanker payudara. Pada tahun 2006 *Food and Drug Administration (FDA)* di Amerika Serikat mengakui Trastuzumab diberikan untuk semua kanker payudara yang HER2 nya positif. Pada semua kanker payudara invasif seharusnya dilakukan uji terhadap gen HER2 atau protein yang overekspresi supaya dapat menunjukkan apakah terapi ini bermanfaat atau tidak bagi seorang wanita yang menderita kanker payudara. Obat yang lain, Lapatinib (Tykerb) juga menemukan keefektifan pada kemajuan penyakit yang



lambat pada wanita dengan HER2 yang positif lanjutan kanker payudara yang menjadi resisten untuk Trastuzumab.

Kemoterapi adalah terapi dengan obat-obat yang membunuh kanker yang dapat diberikan secara IV atau secara oral. Manfaat kemoterapi bergantung pada berbagai faktor, mencakup ukuran kanker, nomor dari nodus limfa, adanya reseptor hormon estrogen dan progesteron, dan jumlah dari protein HER2/neu pada sel kanker.

Terapi hormon dikaitkan dengan kerjanya terhadap hormon estrogen. Estrogen merupakan sebuah hormon yang dihasilkan oleh ovarium. Estrogen dapat meningkatkan pertumbuhan pada kebanyakan kanker payudara. Tamoxifen dan Toremifene (Fareston) adalah obat yang mencegah estrogen dari ikatannya terhadap sel kanker payudara dan efektif pada pasien yang premenopause dan postmenopause. Fulvestrant (Fasoldex) adalah obat terbaru yang bertujuan untuk mengurangi jumlah reseptor hormon dari tumor payudara. Obat ini diberikan secara injeksi sebulan sekali. Fulvestrant sering efektif pada wanita yang postmenopause jika respon kanker payudara tidak lebih lama terhadap Tamoxifen.<sup>2,6</sup>

### **2.3.10 Prognosis**

Prognosis seorang pasien kanker payudara dipengaruhi oleh ukuran karsinoma kanker, keterlibatan kelenjar getah bening, derajat karsinoma, tipe histologik karsinoma, invasi limfovaskular, dll. Angka harapan hidup 5 tahun keseluruhan untuk kanker stadium I adalah 87%, untuk stadium II 75%; untuk stadium III 46% dan untuk stadium IV 13%.<sup>19</sup>

## **2.4 SADARI Sebagai Salah Satu Cara Untuk Mendeteksi Dini Kanker Payudara**

### **2.4.1 Pengertian Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI)**

SADARI adalah tindakan skrining yang penting untuk mendeteksi kanker payudara.<sup>22</sup> Karena itu, pada awal usia 20 tahun wanita harusnya diberitahu manfaat dan batasan-batasan dari pemeriksaan payudara sendiri ini.<sup>24,25</sup> Beberapa wanita merasa nyaman melakukan SADARI secara regular yang mencakup sebuah

pendekatan sistemik langkah demi langkah untuk melihat dan merasakan payudara mereka. Melakukan SADARI secara regular adalah salah satu cara untuk wanita mengetahui bagaimana payudara mereka secara normal, melihat dan merasakan serta menandai setiap perubahan.<sup>24</sup>

Wanita seharusnya memeriksa payudara mereka biasanya hari ketujuh setelah mensturasi. Wanita yang memasuki menopause, yang sedang hamil atau sedang memberi ASI, dan wanita yang memakai silikon yang implan seharusnya secara berlanjut memeriksakan payudara mereka setiap sebulan sekali.<sup>12</sup> .

#### **2.4.2 Prosedur Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI)**<sup>12,25</sup>

Ada beberapa metode untuk melakukan SADARI. Masing-masing metode mengemukakan prosedur (langkah) yang berbeda walaupun ada juga yang hampir sama. Posisi saat dilakukan pemeriksaan ada yang dalam posisi berbaring dan ada pula yang dalam posisi duduk ataupun berdiri.

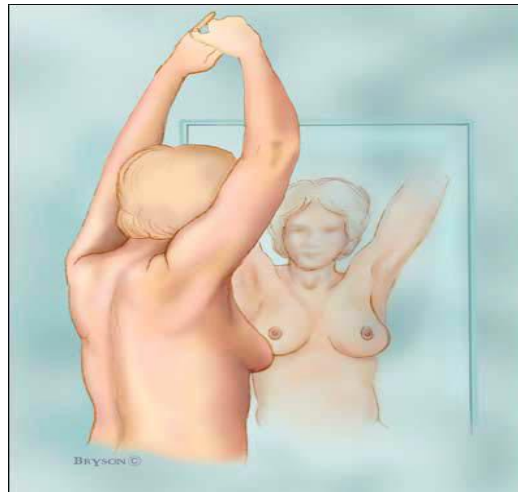
Salah satu prosedur SADARI adalah seperti yang tertulis di bawah ini, meliputi enam tahapan langkah pemeriksaan.

**Langkah 1:** Berdiri di depan cermin dengan kedua tangan di pinggang, kemudian perhatikan payudara anda. Pada saat tersebut harus diperhatikan ukuran, bentuk dan warna payudara apakah masih sama seperti yang biasa. Diperhatikan juga payudara dengan bentuk sempurna, tanpa ada perubahan bentuk ataupun pembengkakan. Perubahan yang perlu diamati pada payudara misalnya kulit mengkerut, ada lipatan atau tonjolan, ada perubahan posisi puting dari biasanya misalnya puting tertarik ke dalam, ataupun dijumpai kemerahan, ruam-ruam, bengkak. Bisa juga perubahan itu berupa rasa nyeri. Bila sudah terasa nyeri ataupun bila sudah terlihat perubahan-perubahan tersebut maka harus segera dilakukan konsultasi ke dokter.



Gambar 2.2 Melakukan SADARI dengan bercermin<sup>12</sup>

**Langkah 2** : Sekarang angkat kedua tangan anda ke atas, perhatikan perubahan yang terjadi pada payudara, dibandingkan dengan keadaan tegak biasa atau adanya perubahan dari keadaan normal sebelumnya. Secara khusus perhatikan adanya kemungkinan penarikan atau ketegangan kulit pada payudara anda.



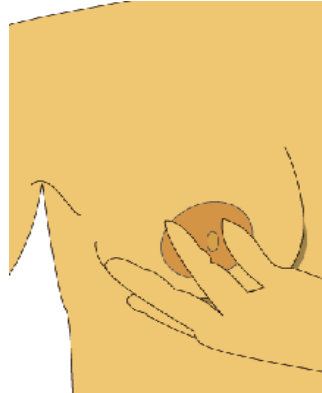
Gambar 2.3 Melakukan SADARI dengan mengangkat kedua tangan<sup>12</sup>

**Langkah 3:** Masih berdiri di depan cermin, angkatlah lengan kiri dan turunkan lengan kanan. Pada posisi seperti ini dengan menggunakan tiga atau empat jari tangan kanan, telusuri payudara kiri. Gerakkan jari-jari tangan secara memutar (membentuk lingkaran kecil) di sekeliling payudara, mulai dari tepi luar payudara, lalu bergerak ke arah dalam sampai ke puting susu. Tekan secara perlahan, rasakan setiap benjolan atau massa di bawah kulit. Lakukan hal yang sama terhadap payudara kanan dengan cara mengangkat lengan kanan dan memeriksanya dengan tangan kiri. Perhatikan juga daerah antara kedua payudara dan ketiak.



Gambar 2.4 Melakukan SADARI dengan memijat payudara<sup>24</sup>

**Langkah 4:** Tekan puting susu secara perlahan dengan menggunakan jari telunjuk dan ibu jari dan perhatikan apakah keluar cairan dari puting susu (baik itu cairan bening, seperti susu, berwarna kuning, atau bercampur darah).



Gambar 2.5 Melakukan SADARI dengan menekan puting<sup>24</sup>

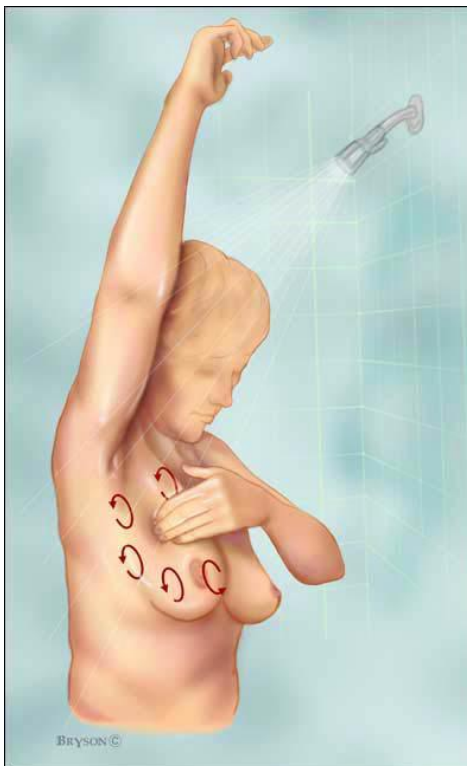
**Langkah 5:** Berbaring telentang dengan bantal yang diletakkan di bawah bahu kiri dan lengan kiri ditarik ke atas. Telusuri payudara kiri menggunakan jari-jari tangan kanan. Gunakan pijatan pelan, namun mantap (bukan keras) dengan tiga ujung jari (telunjuk, tengah, dan manis). Pijat seluruh payudara anda dari atas sampai bawah, kiri kanan, dari tulang pundak sampai bagian atas perut dan dari ketiak sampai belahan payudara. Buatlah pola memutar untuk memastikan anda sudah memijat seluruh payudara anda. Mulai dari puting, buat gerakan memutar semakin lama semakin besar sampai anda mencapai bagian tepi payudara.

Anda juga dapat membuat gerakan naik turun. Gerakan ini bagi sebagian besar wanita dianggap lebih efektif. Pastikan anda merasakan seluruh jaringan payudara dari depan (puting) sampai bagian belakang. Gunakan pijatan ringan untuk kulit dan jaringan tepat dibawah kulit, pijatan sedang untuk bagian tengah payudara, dan pijatan kuat untuk jaringan bagian dalam. Saat anda mencapai jaringan bagian dalam, anda harus dapat merasakan tulang iga anda.



Gambar 2.6 Melakukan SADARI sambil berbaring<sup>12</sup>

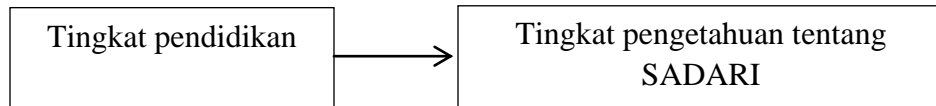
**Langkah 6:** Pemeriksaan langkah keempat dan kelima akan lebih mudah dilakukan ketika mandi, karena dalam keadaan basah, tangan lebih mudah digerakkan dan kulit lebih licin.



Gambar 2.7 Melakukan SADARI saat mandi<sup>12</sup>

## 2.5 Kerangka Konsep

Pada penelitian ini, tingkat pengetahuan wanita usia 20-40 tahun (responden) tentang SADARI diuraikan berdasarkan variabel tingkat pendidikan.



## BAB 3 METODOLOGI

### 3.1 Desain Penelitian

Penelitian menggunakan jenis penelitian analitik yang bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan wanita usia 20 – 40 tahun yang datang berkunjung ke Balai Desa mengenai SADARI sebagai deteksi dini kanker payudara di Desa Namosuro Kec. Biru-biru Kab. Deli Serdang dengan menggunakan data primer. Desain yang digunakan adalah *cross-sectional*.

### 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Balai Desa Namosuro Kecamatan Biru-biru Kabupaten Deli Serdang. Waktu penelitian dilakukan pada bulan November-Desember 2013.

### 3.3 Populasi dan Sampel

#### 3.3.1 Populasi

Populasi penelitian adalah wanita usia 20-40 tahun yang bertempat tinggal di Desa Namosuro Kecamatan Biru-biru Kabupaten Deli Serdang.

#### 3.3.2 Sampel

$$n = \left[ \frac{Z_{\alpha} \sqrt{P_0 Q_0} + Z_{\beta} \sqrt{P_a Q_a}}{P_a - P_0} \right]^2$$

n : besar sampel

$Z_{\alpha}$  : kesalahan alpha = 5% (1,96)

$Z_{\beta}$  : kesalahan  $\beta$  = power = 80% (0.842)

$P_0^*$  : proporsi populasi dengan tingkat pengetahuan tinggi



$$= \frac{3}{62} \times 100\% = 4,8\%$$

Q0 :  $1 - P_0 = 1 - 0,048 = 0,952$   
 Pa-P0 : 10% - 30% → yang diambil 12% (0,12)  
       Pa-P0 = 0,12  
       Pa-0,048=0,12  
       Pa= 0,168  
 Qa :  $1 - Pa = 1 - 0,168 = 0,832$

$$n = \left[ \frac{1,96 \sqrt{0,048 \cdot 0,952} + 0,842 \sqrt{0,168 \cdot 0,832}}{0,12} \right]^2$$

$$n = \left[ \frac{0,41898 + 0,31334}{0,12} \right]^2$$

$$n = \left[ \frac{0,73232}{0,12} \right]^2$$

$$n = [6,1026667]^2$$

$$n = 37,242541$$

$$n = 38 \text{ orang}$$

\*Nilai P0 diambil dari Penelitian Nina Munawarah Damanik (2009) dimana jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian analitik dengan desain penelitian *cross sectional*.

Sampel dipilih dengan menggunakan teknik *non probability sampling*, yaitu dengan cara *consecutive sampling*.

### 3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

#### 3.4.1 Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Wanita yang telah berusia 20 – 40 tahun
2. Bertempat tinggal di Desa Namosuro

3. Bersedia menjadi responden
4. Yang datang berkunjung ke Balai Desa

### 3.4.2 Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian, yaitu:

1. Wanita yang mengalami keterbelakangan mental
2. Wanita yang buta huruf

### 3.5 Teknik Pengumpulan Data

Pada penelitian ini, digunakan data primer yang didapat langsung dari responden. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara dengan alat pengumpulan data berupa kuisisioner.

### 3.6 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional
1.	Tingkat Pendidikan	pendidikan formal terakhir yang diselesaikan oleh responden berdasarkan ijazah yang dimiliki. Tingkat pendidikan responden dinilai berdasarkan tingkat formal (tidak sekolah, SD, SMP, SMA, atau Perguruan Tinggi) yang telah diterima responden sampai saat pengambilan data.
2.	Tingkat Pengetahuan	segala sesuatu yang diketahui oleh responden tentang SADARI. Dalam konsep penelitian ini, pengetahuan yang diukur hanya dalam batas “tahu”. Pengukuran menggunakan sistem skoring sebagai berikut: a. Baik Apabila skor yang diperoleh responden $> 75\%$ , dengan skor nilai $> 11$ b. Cukup

---

	Apabila skor yang diperoleh responden antara 50%-75%, dengan skor nilai 8-11
c. Kurang	Apabila skor yang diperoleh responden < 50%, dengan skor nilai < 8.

---

3. Kanker Payudara	tumor ganas yang tumbuh di dalam jaringan payudara.
--------------------	---

---

### 3.7 Analisis Data

Data dimasukan kemudian di analisis dengan menggunakan program SPSS versi 17.0 dan dengan uji *Kolmogorov-smirnov*.

## **BAB 4**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Deskripsi Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian adalah Desa Namosuro. Desa Namosuro merupakan salah satu desa di Kecamatan Biru-biru. Jumlah penduduk di Desa Namosuro pada tahun 2013 tercatat sebanyak 1.165 jiwa yang terdiri 573 orang laki-laki dan 592 orang perempuan. Secara geografis, desa ini memiliki batas-batas sebagai berikut:

- sebelah utara berbatasan dengan Desa Patumbak I
- sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan STM Hilir
- sebelah selatan berbatasan dengan Desa Mbaruai
- sebelah barat berbatasan dengan Desa Kampung Slamet dan Desa Namo Tualang

#### **4.2 Hasil Penelitian**

##### **4.2.1 Deskripsi Karakteristik Responden**

Responden penelitian adalah wanita dengan rentang usia 20 sampai 40 tahun yang bertempat tinggal di Desa Namosuro Kecamatan Biru-biru. Responden penelitian berjumlah 38 orang dan memiliki riwayat pendidikan yang beragam.

**Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia**

<b>Usia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
20- 25 tahun	16	42,1
26 – 30 tahun	6	15,8
31 – 35 tahun	7	18,4
36 – 40 tahun	9	23,7
Total	38	100,0

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa, pada kelompok usia 20-25 tahun ada 16 orang (42,1%). Kelompok usia 26-30 tahun ada 6 orang (15,8%). Kelompok usia 31-35 tahun ada 7 orang (18,4%). Kelompok usia 36-40 tahun ada 9 orang (23,7%).

**Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Tingkat Pendidikan**

Tingkat Pendidikan	N	%
Tidak Bersekolah	1	2,6
SD	3	7,9
SMP	7	18,4
SMA	22	57,9
Perguruan Tinggi	5	13,2
Total	38	100,0

Berdasarkan tingkat pendidikan, didapati 1 orang (2,6%) yang memiliki tingkat pendidikan tidak bersekolah, 3 orang (7,9%) yang memiliki tingkat pendidikan SD, 7 orang (18,4%) yang memiliki tingkat pendidikan SMP, 22 orang (57,9%) memiliki tingkat pendidikan SMA, dan 5 orang (13,2%) yang memiliki tingkat pendidikan Perguruan Tinggi.

#### 4.2.2 Tingkat Pengetahuan

**Tabel 4.3 Distribusi Tingkat Pengetahuan Mengenai SADARI Sebagai Deteksi Dini Kanker Payudara**

Tingkat Pengetahuan	N	%
Baik	34	89,5
Cukup	2	5,3
Kurang	2	5,3
Total	38	100,0

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat tingkat pengetahuan wanita usia 20-40 tahun di Desa Namosuro Kec. Biru-biru mengenai SADARI sebagai deteksi dini kanker payudara terdapat 34 orang (89,5%) yang berada dalam kategori baik, 2 orang (5,3%) yang berada dalam kategori cukup, dan ada 2 orang (5,2%) yang berada dalam kategori kurang.

**Tabel 4.4 Distribusi Tingkat Pengetahuan Berdasarkan Golongan Usia**

Tingkat Pengetahuan	Usia								Total	
	20-25 tahun		26-30 tahun		31-35 tahun		36-40 tahun			
	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
<b>Baik</b>	14	87,5	5	83,3	7	100	8	88,9	34	89,5
<b>Cukup</b>	1	6,3	1	16,7	0	0	0	0	2	5,3
<b>Kurang</b>	1	6,3	0	0	0	0	1	11,1	2	5,3
<b>Total</b>	16	100	6	100	7	100	9	100	38	100

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa pada kelompok usia 20-25 tahun didapati bahwa ada 14 orang (87,5%) yang memiliki pengetahuan yang baik, 1 orang (6,3%) yang memiliki pengetahuan yang cukup, dan ada 1 orang juga (6,3%) yang memiliki pengetahuan yang kurang. Kelompok usia 26-30 tahun didapati bahwa ada 5 orang (83,3%) yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik, dan ada 1 orang (16,7%) yang memiliki pengetahuan yang cukup. Kelompok usia 31-35 tahun didapati bahwa 7 orang (100%) memiliki tingkat pengetahuan yang baik. Kelompok usia 36-40 tahun didapati bahwa 8 orang (88,9%) memiliki pengetahuan yang baik dan ada 1 orang (11,1%) memiliki pengetahuan yang cukup.

### 4.2.3 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan

**Tabel 4.5 Tingkat Pengetahuan Wanita Usia 20-40 Tahun Berdasarkan Tingkat Pendidikan Mengenai SADARI Sebagai Deteksi Dini Kanker Payudara di Desa Namosuro Kec. Biru-biru**

Tingkat Pendidikan	Tingkat Pengetahuan						Total	P	
	Baik		Cukup		Kurang				
	N	%	N	%	n	%			
Pendidikan Rendah (Tidak Bersekolah, SD, SMP)	10	26,3	0	0	1	2,6	11	28,9	1,000
Pendidikan Tinggi (SMA, Perguruan Tinggi)	24	63,2	2	5,3	1	2,6	27	71,1	
<b>Total</b>	34	89,5	2	5,3	2	5,3	38	100	

Berdasarkan Tabel 4.5 dapat diketahui bahwa berdasarkan tingkat pendidikan, di dapati bahwa pada tingkat pendidikan rendah (tidak bersekolah, SD, SMP) didapati 10 orang (29,4%) yang berpengetahuan baik, dan ada 1 orang (2,6%) yang memiliki pengetahuan yang kurang. Pada tingkat pendidikan tinggi (SMA, Perguruan Tinggi) didapati 24 orang (63,2%) yang berpengetahuan baik, ada 2 orang (5,3%) yang berpengetahuan cukup, dan ada 2 orang (5,3%) juga yang berpengetahuan kurang.

## 4.3 Pembahasan

### 4.3.1 Distribusi Frekuensi Wanita Usia 20-40 Tahun Berdasarkan Usia di Desa Namosuro Kec. Biru-biru

Dari data diatas mengenai usia responden didapati variasi dari usia 20-40 tahun. Jumlah responden mayoritas pada kelompok usia 20-25 tahun yaitu sebesar 42,1 %, sedangkan jumlah yang paling sedikit terdapat pada kelompok usia 31-35 tahun sebesar 18,4%.

#### **4.3.2 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Wanita Usia 20-40 Tahun di Desa Namosuro Kec.Biru-biru**

Berdasarkan tingkat pendidikan didapatkan bahwa responden terbanyak memiliki tingkat pendidikan SMA sebesar 57,9 %. Dan yang paling sedikit yaitu memiliki tingkat pendidikan tidak bersekolah sebesar 2,6%.

#### **4.3.3 Tingkat Pengetahuan Wanita Usia 20-40 Tahun Mengenai Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) Sebagai Upaya Deteksi Dini Kanker Payudara di Desa Namosuro Kec. Biru-biru**

Dari 38 orang responden, 89,5% responden yang memiliki pengetahuan yang baik tentang pemeriksaan payudara sendiri atau SADARI sebagai upaya deteksi dini kanker payudara dan pada tingkat pengetahuan yang cukup dan kurang memiliki persentase yang sama yaitu 5,3%. Hal ini menunjukkan bahwa informasi tentang SADARI sebagai upaya deteksi dini kanker payudara sudah tersampaikan dengan baik kepada masyarakat, khususnya masyarakat yang datang berkunjung ke Balai Desa di Desa Namosuro Kec.Biru-biru Kabupaten Deli Serdang.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Nina (2009) yang menemukan 95% responden memiliki tingkat pengetahuan yang kurang.<sup>28</sup> Perbedaan hasil penelitian ini mungkin disebabkan berbagai kondisi masyarakat seperti kesadaran serta kemauan responden untuk mencari tahu tentang deteksi dini kanker payudara. Pengalaman pribadi juga mempunyai pengaruh yang besar terhadap sikap individu dalam menghadapi perubahan-perubahan yang terjadi dalam perkembangan.<sup>29</sup> Misalnya bila ada teman, saudara, ataupun anggota keluarga yang mungkin pernah mengalami atau menderita kanker payudara, maka individu tersebut akan lebih giat dalam mencari informasi seputar penyakit tersebut. Di desa Namosuro pernah dijumpai kasus kanker payudara.



#### **4.3.4 Tingkat Pengetahuan Wanita Usia 20-40 Tahun Mengenai SADARI Sebagai Upaya Deteksi Dini Kanker Payudara Berdasarkan Golongan Usia di Desa Namosuro Kec. Biru-biru**

Berdasarkan tabel distribusi tingkat pengetahuan berdasarkan usia , semua kelompok usia memiliki pengetahuan yang baik tentang SADARI. Proporsi terbesarnya adalah pada kelompok usia 20-25 tahun yaitu ada 14 orang (87,5%).

Hal ini sejalan dengan penelitian Pawan, dkk (2013) yang juga menemukan bahwa yang memiliki pengetahuan yang baik lebih banyak didapati pada wanita muda yang usianya kurang dari 30 tahun yaitu 48,61%, dibandingkan dengan 27,27% yang usianya 30-39 tahun, dan 37,93% yang usia 40 tahun keatas.<sup>10</sup> Hal ini juga sejalan dengan penelitian Luxiana (2012) mengenai Tingkat Pengetahuan Wanita Usia Reproduksi Tentang SADARI yang dilakukan di Kelurahan Simarimbun Kecamatan Siantar Marimbun yang memperoleh proporsi terbesar wanita yang mempunyai pengetahuan baik terdapat pada kelompok usia 20-25 tahun yaitu sebesar 72%.<sup>30</sup> Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa wanita harusnya sudah mengetahui tentang SADARI mulai dari usia 20 tahun, namun tingkat pengetahuan saja tidaklah cukup untuk mempengaruhi seseorang dalam melakukan praktiknya dalam kehidupan sehari-hari.<sup>2</sup>

#### **4.3.5 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan Wanita Usia 20-40 Tahun Mengenai Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) Sebagai Upaya Deteksi Dini Kanker Payudara di Desa Namosuro Kec. Biru-biru**

Berdasarkan tabel 4.5 didapati *p-value* dari analisis hubungan tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan mengenai SADARI adalah sebesar 1,000 yang menunjukkan tidak adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan ( $p > 0,05$ ). Hal ini sejalan dengan penelitian Nina (2009) yang juga mendapati bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan responden tentang SADARI.<sup>28</sup>

Perbedaan yang tidak terlalu signifikan terlihat pada semua tingkat pendidikan bahwa pada tingkat pendidikan rendah (tidak bersekolah, SD, dan SMP) memiliki pengetahuan yang baik tentang SADARI yaitu 10 orang (29,4%), dan ada 1 orang (2,6%) yang memiliki pengetahuan yang kurang. Pada tingkat pendidikan tinggi (SMA, Perguruan Tinggi) didapati 24 orang (63,2%) yang berpengetahuan baik, ada 2 orang (5,3%) yang berpengetahuan cukup, dan ada 2 orang (5,3%) juga yang berpengetahuan kurang. Ini membuktikan bahwa perbedaan di dalam latar belakang pendidikan responden ternyata tidak begitu memberikan pengaruh yang signifikan terhadap pengetahuan responden. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan. Diharapkan dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan memiliki pengetahuan yang semakin luas pula. Akan tetapi perlu ditekankan bahwa bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Hal ini mengingat bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja tetapi dapat juga diperoleh melalui pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang dimana bila semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif pula terhadap objek tertentu. Menurut teori WHO (World Health Organization) yang dikutip oleh Notoadmojo (2007), salah satu bentuk objek kesehatan dapat dijabarkan oleh pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman sendiri.<sup>31</sup>

## **BAB 5**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

- 5.1.1. Berdasarkan tingkat pendidikan wanita usia 20-40 tahun di Desa Namosuro Kecamatan Biru-biru Kabupaten Deli Serdang Provinsi Sumatera Utara, mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan tinggi.
- 5.1.2. Berdasarkan tingkat pengetahuan wanita usia 20-40 tahun di Desa Namosuro Kecamatan Biru-bru Kabupaten Deli Serdang Provinsi Sumatera Utara, mayoritas responden memiliki pengetahuan baik.
- 5.1.3. Berdasarkan golongan usia wanita usia 20-40 tahun di Desa Namosuro Kecamatan Biru-biru Kabupaten Deli Serdang Provinsi Sumatera Utara mayoritas responden berpengetahuan baik terdapat pada kelompok usia 20-25 tahun.
- 5.1.4. Tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan wanita usia 20-40 tahun mengenai pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) sebagai upaya deteksi dini kanker payudara di Desa Namosuro Kecamatan Biru-biru Kabupaten Deli Serdang Provinsi Sumatera Utara dengan nilai  $p=1,000$

#### **5.2 Saran**

- 5.2.1 Diharapkan semua wanita mulai membiasakan diri untuk mewaspadai kanker payudara sedini mungkin.
- 5.2.3 Perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk mengetahui pengaruh tingkat pengetahuan dengan sikap responden dalam melakukan SADARI.

## DAFTAR PUSTAKA

1. American Cancer Society. Global Cancer Facts & Figures: Cancer Basic Facts. Edisi ke-2. Atlanta, Ga: American Cancer Society. 2011:1-9.
2. American Cancer Society. Breast Cancer: What is Cancer?. Atlanta, Ga: American Cancer Society. 2012:57-60.
3. World Health Statistics. Ten Highlights in Health Statistics: Breast Cancer Mortality and Screening. Geneva, World Health Organization. 2008:21-3.
4. Tavafian S S, Hasani L, Aghamolaei T, Zare S, Gregory D. Prediction of Breast Self-Examination in A Sample of Iranian Women : an Application of the Health Belief Model. BMC Women's Health. 2009; 9(37):1-7.
5. World Health Organization. National Cancer Control Programmes Policies and Managerial Guidelines: Challenges Facing Cancer Control Programmes Part I. Geneva, World Health Organization. 2002:17-22.
6. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2011-2012: Breast Cancer Occurrence. Atlanta, Ga: American Cancer Society. 2011:2-10.
7. Profil Kesehatan Indonesia 2008. Health Statistic: Situasi Derajat Kesehatan, Jakarta: Departemen Kesehatan RI 2009. h.24-30
8. American Cancer Society. Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures: Cancer Screening. Atlanta, Ga: American Cancer Society. 2013. h.36-52.
9. Kumar V, Abbas K A, Fausto N. The Breast. Dalam: Gruliow R, editor. Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease. edisi ke-7. USA: Elsevier's Health Science Right; 2005. h.1119-48.
10. Sharma P K, Ganguly E, Kamaraju T, Nagda D. Knowledge, attitude and preventive practices of South Indian women towards breast cancer. The Health Agenda. 2013. 1(1):1-7.

11. Elsabour M A, Qalawa S A, Mohamed M A, Elalem O M. Impact of Health Intervention Program Regarding Breast Self Examination among Port Said Female University Students. *J Am Sci* 2013;9(3):378-384.
12. Bustan N M. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular: Kanker Payudara*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.2007.h.154-72.
13. Notoatmodjo S. *Promosi Kesehatan Teori & Aplikasi: Konsep Promosi Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.2010.h.22-42.
14. Notoatmodjo S. *Ilmu Perilaku Kesehatan: Konsep Perilaku Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta.2010.h.27-9.
15. Notoatmodjo S. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni: Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Edisi revisi 2011. Jakarta: Rineka Cipta.2011.h.147-50.
16. Moore L K, Agur R M A. *Thorax*. Dalam: Taylor C, editor. *Essential Clinical Anatomy*. Edisi ke-3. Baltimore: Lippincotts William & Wilkins;2007.h.58-60.
17. Richard S S. *Dinding Dada, Rongga Dada, Paru, dan Rongga Pleura*. Dalam: Suwahjo A, Liestyawan A Y, editor. *Anatomi Klinis Berdasarkan Sistem*. Jakarta: EGC;2011.h.87-92.
18. Sylvia A P, Lorraine M W. *Gangguan Sistem Reproduksi*. Dalam: Hartanto H, Wulansari P, Susi N, Mahanani D A, editor. *Patofisiologi Konsep Klinis, Proses-proses Penyakit*. Edisi ke-6. Jakarta: EGC;2005.h.1276-1307.
19. Kumar V, Cotran S R, Robbin L S. *Sistem Genitalia Perempuan dan Payudara*. Dalam: Hartanto H, editor. *Buku Ajar Patologi*. Edisi ke-7, Vol 2. Jakarta: EGC; 2007.h.759-801.
20. Mandal A. *Breast Cancer Pathophysiology* [serial on the internet]. *News Medical*.2013 [cited 2013 Sept 3].h.2-3. Available from: [www.newsmedical.net/health/Breast-Cancer-Pathophysiology.aspx](http://www.newsmedical.net/health/Breast-Cancer-Pathophysiology.aspx).
21. Stopeck T A. *Breast Cancer*. Dalam: Harris E J, editor. *Practice Essentials*. *Medscape*. [serial on the internet].2013 [cited 2013 Sept 3].h.1-22. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1947145-overview>.

22. Sparano A J. Breast Cancer Staging. Dalam: Harris E J, editor. TNM Classification for Breast Cancer. Medscape. [serial on the internet].2013[cited 2013 Sept 3].h.1–4. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/2007112-overview>.
23. Koçer A G E. Breast Self-Examination among Nurses and Midwives in Odemis Health District in Turkey. *Indian Journal of Cancer*.2009.46(3):208–13.
24. American Cancer Society. Breast Cancer: Early Detection [serial on the internet]. Atlanta, Ga: American Cancer Society.2013 [cited 2013 Sept 3]:24. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003165-pdf.pdf>.
25. Pamungkas Z. Deteksi Dini Kanker Payudara Kenali Sebab-Sebab dan Antisipasinya: Mengenal Pola Pemeriksaan Payudara. Jogjakarta: Bukubiru Banguntapan.2011.h.117-72.
26. American Cancer Society. Breast Self-Examination a New Approach.h.1-4. Available from: [http://www.amadorstars.org/documents/brochures/breast\\_self\\_exam.pdf](http://www.amadorstars.org/documents/brochures/breast_self_exam.pdf).
27. Rahmawati R. Pengaruh Tingkat Pendidikan Formal Wanita Usia Subur (WUS) terhadap Pengetahuan Mengenai Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) Sebagai Upaya Deteksi Dini Kanker Payudara di Kelurahan Patang Puluhan Kecamatan Wirobrajan Yogyakarta [Skripsi]. Yogyakarta: Universitas Muhamadiyah Yogyakarta;2006.
28. Damanik N M. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan Wanita Usia 20-40 Tahun di Kelurahan Polonia Kecamatan Medan Polonia Tentang SADARI Sebagai Salah Satu Cara Untuk Mendeteksi Dini Kanker Payudara [Skripsi]. Sumatera Utara: Universitas Sumatera Utara;2009.
29. Hurlock E B.Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan. Dalam: Sijabat R M, editor. Edisi kelima. Pertumbuhan dan Kemunduran. Jakarta: Penerbit Erlangga;2009.h.1-23.

30. Siagian L. Tingkat Pengetahuan Wanita Usia Reproduksi Tentang SADARI di Kelurahan Simarimbun Pematang Siantar [Skripsi]. Sumatera Utara: Universitas HKBP Nommensen. 2012.
31. Wawan A, Dewi M. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia: Konsep Pengetahuan. Yogyakarta: Nuha Medika;2010.h.11-8.

## LAMPIRAN 1

### DAFTAR RIWAYAT HIDUP



- Nama : Pasu Theresia Br. Tarigan
- Tempat / Tanggal Lahir : Patumbak, psr 7 / 19 April 1992
- Agama : Kristen Protestan
- Alamat : Patumbak, psr 7 Dusun 3 Lantasan Baru
- Riwayat Pendidikan : 1. TK Swasta Y.P Singosari, Delitua  
(1997 – 1998)
2. SD Swasta Y.P Singosari (1998 – 2004)
3. SMP Deli Murni Delitua (2004 – 2007)
4. SMA Santa Maria Medan (2007 – 2010)
- Riwayat Pelatihan : 1. SEMINAR “OKSIDAN DAN ANTIOKSIDAN  
SERTA PENGARUHNYA BAGI KESEHATAN“  
FK UHKBP MEDAN (16 November 2011)
2. SIMPOSIUM “PSORIASIS DALAM PRAKTEK  
SEHARI – HARI“ (12 Januari 2013)
3. LOKAKARYA “DOCTOR’S ATTITUDE” FK  
UHKBP MEDAN (04 Mei 2013)



4. Seminar Ilmiah & Workshop “Kontroversi Jilid II Antihipertensi ACE VS ARB” (28 Juli 2013)
5. SEMINAR COMMUNICABLE INFECTIOUS DISEASES BAKSOSWIL ISMKI Wilayah I Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi (15 November 2013)
6. BAKSOS ISMKI Wilayah I Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi (14 – 17 November 2013).

Riwayat Organisasi

:

1. Panitia BAKSOS FK Universitas HKBP Nommensen Medan tahun 2011
2. Panitia Lokakarya “DOCTOR’S ATTITUDE” FK Universitas HKBP Nommensen Medan tahun 2013
3. Panitia Nommensen Medical Olympiad I (NeMO – I) 2013 FK universitas HKBP Nommensen Medan tahun 2013

**LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)**  
**MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah membaca dan mendapat penjelasan serta memahami sepenuhnya tentang penelitian ini,

Judul Penelitian : Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan Wanita Usia 20-40 tahun Mengenai Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) di Desa Namo Suro Kec. Biru-biru Kabupaten Deli Serdang Provinsi Sumatera Utara

Nama Peneliti : Pasu Theresia Br. Tarigan

Instansi Penelitian : Fakultas Kedokteran Universitas HKBP Nommensen.

Dengan ini menyatakan bersedia untuk menjadi subjek penelitian dengan sukarela dan tanpa paksaan.

Medan,.....2013

Yang Membuat Pernyataan

(\_\_\_\_\_)

## KUESIONER PENELITIAN

### HUBUNGAN TINGKAT PENDIDIKAN DENGAN TINGKAT PENGETAHUAN WANITA USIA 20-40 TAHUN MENGENAI PEMERIKSAAN PAYUDARA SENDIRI (SADARI) SEBAGAI UPAYA DETEKSI DINI KANKER PAYUDARA DI DESA NAMO SURO KEC. BIRU- BIRU KAB. DELI SERDANG PROVINSI SUMATERA UTARA

#### I. Identitas Responden (wajib diisi)

Nama : .....

Umur : ..... tahun

Pendidikan terakhir (tamat) : Tidak Sekolah / SD / SMP / SMA / Perguruan Tinggi\*

Pekerjaan : .....

Status perkawinan : Menikah / Belum Menikah\*

(\* ) coret yang tidak perlu

#### II. Pertanyaan

Pengetahuan wanita tentang SADARI

Berilah tanda (  ) pada satu jawaban yang benarmenurut Anda.

No	Pertanyaan	Benar	Salah
1.	SADARI adalah salah satu cara mengetahui kanker payudara secara dini		
2.	SADARI dilakukan sebagai pengobatan kanker payudara		
3.	SADARI juga merupakan salah satu cara untuk wanita mengetahui bagaimana payudara mereka secara normal		

4.	Wanita dapat melakukan SADARI mulai dari usia 20 tahun		
5.	SADARI dilakukan dengan menggunakan telapak tangan, jari telunjuk, jari tengah, dan jari manis untuk merasakan apakah ada benjolan		
6.	SADARI dilakukan pada payudara kanan dan kiri		
7.	SADARI sebaiknya dilakukan secara rutin biasaya hari ketujuh setelah mensturasi		
8.	Pemeriksaan ketiak merupakan langkah akhir dari SADARI		
9.	Pada SADARI yang perlu diperhatikan adalah perubahan bentuk dan ukuran payudara		
10.	Pada SADARI payudara diraba dengan gerakan memutar dari tepi hingga ke putting susu		
11.	Pada SADARI perlu diperhatikan apakah kulit dan putting payudara kemerahan dan bersisik		
12.	Pada SADARI apabila anda menemukan perubahan atau benjolan, anda harus segera konsultasi kepada dokter atau ahli kesehatan		
13.	Pada SADARI perlu diperhatikan adanya kemungkinan penarikan atau ketegangan kulit pada payudara		

14.	Pada SADARI perlu juga dilakukan penekanan pada puting susu		
-----	---	--	--

## DISTRIBUSI FREKUENSI

### Klasifikasi Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20 - 25 tahun	16	42.1	42.1	42.1
26 - 30 tahun	6	15.8	15.8	57.9
31 - 35 tahun	7	18.4	18.4	76.3
36 - 40 tahun	9	23.7	23.7	100.0
Total	38	100.0	100.0	

### Pendidikan Terakhir Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Bersekolah	1	2.6	2.6	2.6
SD	3	7.9	7.9	10.5
SMP	7	18.4	18.4	28.9
SMA	22	57.9	57.9	86.8
Perguruan Tinggi	5	13.2	13.2	100.0
Total	38	100.0	100.0	

### Nilai Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	34	89.5	89.5	89.5
Cukup	2	5.3	5.3	94.7
Kurang	2	5.3	5.3	100.0
Total	38	100.0	100.0	

**Klasifikasi Umur \* Nilai Responden Crosstabulation**

			Klasifikasi Umur				Total
			20 - 25 tahun	26 - 30 tahun	31 - 35 tahun	36 - 40 tahun	20 - 25 tahun
Nilai Responden	Baik	Count	14	5	7	8	34
		% within Nilai Responden	41.2%	14.7%	20.6%	23.5%	100.0%
		% within Klasifikasi Umur	87.5%	83.3%	100.0%	88.9%	89.5%
	Cukup	Count	1	1	0	0	2
		% within Nilai Responden	50.0%	50.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Klasifikasi Umur	6.3%	16.7%	.0%	.0%	5.3%
	Kurang	Count	1	0	0	1	2
		% within Nilai Responden	50.0%	.0%	.0%	50.0%	100.0%
		% within Klasifikasi Umur	6.3%	.0%	.0%	11.1%	5.3%
	Total	Count	16	6	7	9	38
		% within Nilai Responden	42.1%	15.8%	18.4%	23.7%	100.0%
		% within Klasifikasi Umur	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**ANALISA DATA**

Di uji dengan uji fischer exact

**Case Processing Summary**

	Cases		
	Valid	Missing	Total

	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Nilai Responden * Pendidikan Terakhir	38	100.0%	0	.0%	38	100.0%

**Pendidikan Terakhir Responden \* Nilai Responden Crosstabulation**

			Pendidikan Terakhir					Total
			Tidak Bersekolah	SD	SMP	SMA	Perguruan Tinggi	Tidak Bersekolah
Nilai Responden	Baik	Count	1	2	7	19	5	34
		% within Nilai Responden	2.9%	5.9%	20.6%	55.9%	14.7%	100.0%
		% within Pendidikan Terakhir	100.0%	66.7%	100.0%	86.4%	100.0%	89.5%
	Cukup	Count	0	0	0	2	0	2
		% within Nilai Responden	.0%	.0%	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% within Pendidikan Terakhir	.0%	.0%	.0%	9.1%	.0%	5.3%
	Kurang	Count	0	1	0	1	0	2
		% within Nilai Responden	.0%	50.0%	.0%	50.0%	.0%	100.0%
		% within Pendidikan Terakhir	.0%	33.3%	.0%	4.5%	.0%	5.3%
Total	Count	1	3	7	22	5	38	
	% within Nilai Responden	2.6%	7.9%	18.4%	57.9%	13.2%	100.0%	
	% within Pendidikan Terakhir	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

**Chi-Square Tests**



	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	7.011(a)	8	.535	.455		
Likelihood Ratio	5.955	8	.652	.469		
Fisher's Exact Test	8.011			.534		
Linear-by-Linear Association	.702(b)	1	.402	.445	.245	.090
N of Valid Cases	38					

a 13 cells (86.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .05.

b The standardized statistic is -.838.

