FAKTOR- FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN KANKER LEHER RAHIM DI RSUD DR. MOEWARDI SURAKARTA

Skripsi ini Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Syarat
Memperoleh Ijazah S1 Kesehatan Masyarakat

Disusun Oleh :

EKA SETYARINI
J 410 040 010

JURUSAN KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2009

ABSTRAK

EKA SETYARINI. J 410 040 010

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN KANKER LEHER RAHIM DI RSUD DR MOEWARDI SURAKARTA

Kanker leher rahim adalah tumor ganas primer yang berasal dari sel epitel skuamosa. Kanker ini merupakan penyebab kematian kedua setelah kanker payudara pada wanita di negara-negara berkembang termasuk indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor -faktor yang berhubungan dengan kejadian kanker leher rahim ditinjau dari umur, umur pertama kali menikah, paritas dan penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka lama yaitu > 4 tahun. Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan desain kasus kontrol. Sampel penelitian ini adalah sebanyak 48 pasien yang melakukan rawat jalan di Poly Obsgyn RSUD Dr Moewardi Surakarta yang terbagi menjadi sampel kelompok kasus dan sampel kelompok kontrol. Analisis uji statistik melalui uji *Chi Square* dengan α =0,05 dan odds rasio diketahui bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia (p= 0,029, OR= 4,23), usia pertama kali menikah (p= 0,023, OR= 5,0) dan paritas (p= 0,033 OR= 5,5) dan penggunaan alat kontrasepsi oral (p= 0,023, OR= 0,20) dengan kejadian kanker leher rahim.

Kata kunci :faktor risiko, kanker leher rahim
Kepustakaan : 1996-2008

Surakarta, 9 Februari 2009

Pembimbing I	Pembimbing II
Azizah Gama T, SKM, M.Pd	Noor Alis Setiyadi, SKM
NIK. 100. 1017	NIK. 100. 1043

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta

Arif Widodo, A. Kep., M.Kes
NIK. 630

ABSTRACT

EKA SETYARINI. J 410 040 010

THE RISK FACTORS THAT RELATION WITH INCIDENCEOF CERVICAL CANCER AT DR MOEWRADI HOSPITAL OF SURAKARTA.

Cervical cancer is a primary savage tumor that comes from squamosa epitel cells. It is the second killer after mammae cancer for women in growth countries include Indonesia. The aim of this research was to know several risk factors of cervical cancer include age, age of the first intercourse, parity, and oral contraception usage for a long time (more than 4 years). This was an analytic research with case control design. The total samples were 48 patiens in poly Obsgyn of Dr Moewardi hospital of Surakarta. The samples were devided in two groups, there were cases group and control group. Data was analyzed by Chi Square test at α=0,05 and odds ratio. Based on the statistic result that there a sygnificancy correlation between age (p= 0,029, OR= 4,23), age of the first intercouse (0,023, OR= 5,0), parity (p= 0,033 OR= 5,5) and oral contraception usage for a long time more than 4 years (p= 0,023, OR= 0,20) with cervical cancer insidence.

Key word : Risk factors, Cervical cancer

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul :

FAKTOR–FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN KANKER LEHER RAHIM DI RSUD DR. MOEWARDI SURAKARTA.

Disusun oleh : Eka Setyarini
NIM : J 410 040 010

Telah kami setujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Surakarta, 9 Februari 2009

Pembimbing I	Pembimbing II
Azizah Gama T, SKM, M.Pd	Noor Alis Setiyadi, SKM
NIK. 100. 1017	NIK. 100. 1043

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dengan judul :

FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN KANKER LEHER RAHIM DI RSUD DR. MOEWARDI SURAKARTA.

Disusun oleh : Eka Setyarini
NIM : J 410 040 010

Telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Skripsi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta pada tanggal 1 Januari 2009 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Surakarta, 9 Februari 2009

Ketua Penguji	: Azizah Gama T, SKM, M.Pd	( )
Anggota Penguji I	: Noor Alis Setyadi, SKM	( )
Anggota Penguji II	: Ambarwati, SPd., M.Si	( )

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta

Arif Widodo, A. Kep., M.Kes
NIK. 630

MOTTO

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَٰنِ الرَّحِيمِ

- Janganlah hidup dijalani dengan kepasrahan !
- Jadilah orang yang diperhitungkan, jangan hanya selalu dihitung !

PERSEMBAHAN

Penulisan skripsi ini kupersembahkan untuk :

1. Allah SWT yang selalu dihati atas hidayahNya.
2. Ibu tercinta yang telah memberikan restu dan alm. bapak, serta keluarga yang telah mencurahkan perhatiannya selama ini.
3. Mas Anto tercinta yang dengan segenap hati dan kasih sayangnya selalu memberikan semangat dalam hidupku.
4. Keluarga di Solo yang telah memberikan kasih sayangnya dan merawatku.

RIWAYAT HIDUP

Nama	: Eka Setyarini
Tempat/Tanggal Lahir	: Metro, 28 Oktober 1985
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Alamat	:Banjarsari RT 01 RW 06 Desa Mulur Kecamatan Bendosari Kabupaten Sukoharjo
Riwayat Pendidikan	: 1. Lulus SDN I Wonosari tahun 1998 2. Lulus SMPN I Pekalongan tahun 2001 3. Lulus SMAN I Sukoharjo tahun 2004 4.Menempuh Pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat sejak tahun 2004

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

Assalamualaikum. wr. wb.

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan hidayah dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul ”Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Kejadian Kanker Leher Rahim di RSUD Dr Moewardi Surakarta”.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan, bimbingan dari semua pihak maka penyusunan skripsi ini tidak akan berjalan dengan baik. Oleh karena itu penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Bpk. Arif Widodo, SST., M.Kes selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
2. Ibu Yuli Kusumawati, SKM, M.Kes (Epid) selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta.
3. Ibu Azizah Gama T, SKM, M.Pd selaku pembimbing utama yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, pengarahan, serta petunjuk yang sangat berguna sehingga tersusunlah skripsi ini.
4. Bpk. Noor Alis Setiyadi, SKM selaku pembimbing dua yang dengan senang hati memberikan masukan dan kritikan sehingga tersusunlah skripsi ini.
5. Ibu tercinta dan alm Bapak yang memberikan bantuan moril maupun materiil.
6. Mas Anto tercinta yang dengan segenap hati dan kasih sayangnya selalu memberikan semangat dalam hidupku.

7. Adik-adikku (Putri Era Santi dan Bayu Aji Daivan)
8. Keluarga di Solo yang telah memberikan kasih sayangnya dan merawatku.
9. Teman seperjuanganku Puji Anita Sari yang dengan setia menemaniku dalam suka duka pembuatan skripsi ini.
10. Teman-Teman satu kelas (mbak ita, Atik, Elok, Nophi, evi dll) atas saran dan dorongan semangat dalam penyusunan skripsi ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebut satu per satu.

Akhirnya penulis hanya bisa berharap, semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua.

Wassalamualaikum. wr. wb.

Surakarta,.....2008

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN	vii
RIWAYAT HIDUP	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR SINGKATAN	xvii
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
E. Ruang Lingkup Penelitian	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Pengertian Kanker Leher Rahim	6
B. Penyebab Kanker Leher Rahim	6
C. Penyebaran Kanker Leher Rahim	7
D. Faktor Risiko Kanker Leher Rahim	7
E. Gejala Kanker Leher Rahim	11

F. Klasifikasi Kanker Leher Rahim 11
G. Deteksi Dini Kanker Leher Rahim 12
H. Diagnosis Kanker Leher Rahim 12
I. Pencegahan Kanker Leher Rahim 13
J. Pengobatan Kanker Leher Rahim 15
K. Kerangka Teori 17
L. Kerangka Konsep 18
M. Hipotesis 18

BAB III. METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian 19
B. Subjek Penelitian 19
C. Lokasi dan Waktu Penelitian 19
D. Populasi dan Sampel 20
1. Populasi 20
2. Sampel 20
a. Jumlah Sampel 20
b. Teknik Pengambilan Sampel 22
E. Variabel Penelitian 22
F. Definisi Operasional Variabel 23
G. Pengumpulan Data 24
1. Jenis data 24
2. Sumber data 24
H. Cara Pengumpulan Data 24
I. Instrumen Penelitian 25
J. Pengolahan Data 25
K. Analisis Data 26
1. Analisis Univariat 26
2. Analisis Bivariat 26

BAB IV. HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum 28
B. Analisis Univariat 30

1. Distribusi Responden Berdasarkan Usia..... 30
2. Distribusi Responden Berdasarkan Usia Pertama Kali Menikah 31
3. Distribusi Responden Berdasarkan Paritas 32
4. Distribusi Responden Berdasarkan Penggunaan Kontrasepsi Oral..... 33

C. Analisis Bivariat 34
1. Analisis Hubungan Usia Responden dengan Kejadian Kanker Leher Rahim 34
2. Analisis Hubungan Usia Pertama Kali Menikah Responden dengan Kejadian Kanker Leher Rahim..... 35
3. Analisis Hubungan Paritas Responden dengan Kejadian Kanker Leher Rahim 35
4. Analisis Hubungan Penggunaan Kontrasepsi Oral Responden dengan Kejadian Kanker Leher Rahim..... 36

BAB V. PEMBAHASAN

A. Hubungan dan Besarnya Risiko antara Usia dengan Kejadian Kanker Leher Rahim 37
B. Hubungan dan Besarnya Risiko antara Usia Pertama Kali Menikah dengan Kejadian Kanker Leher Rahim..... 39
C. Hubungan dan Besarnya Risiko antara Paritas dengan Kejadian Kanker Leher Rahim 41
D. Hubungan dan Besarnya Risiko antara Penggunaan Kontrasepsi Oral Jangka Lama > 4 tahun dengan Kejadian Kanker Leher Rahim 42
E. Keterbatasan Penelitian 44

BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN 45
B. SARAN 45

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR BAGAN

Halaman

Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian 17

Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian 18

DAFTAR TABEL

Tabel **Halaman**

1. Definisi Operasional Variabel..... 23
2. Tabel Kontingensi 2 x 2..... 27
3. Distribusi Kasus Kontrol Penderita Kanker Leher Rahim Berdasarkan Usia..... 30
4. Distribusi Kasus Kontrol Penderita Kanker Leher Rahim Berdasarkan Usia Pertama Kali Menikah..... 31
5. Distribusi Kasus Kontrol Penderita Kanker Leher Rahim Berdasarkan Paritas 32
6. Distribusi Kasus Kontrol Penderita Kanker Leher Rahim Berdasarkan Penggunaan Kontrasepsi Oral..... 33
7. Ringkasan Hasil Uji *Chi Square* dan Odds Ratio 34

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN

1. Pernyataan Kesediaan Menjadi Responden

2. Panduan Wawancara penelitian

3. Ijin Penelitian

4. Hasil Analisis Statistik

5. Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian

DAFTAR SINGKATAN

HPV	: *Human Papilloma Virus*
KB	: Keluarga Berencana
WHO `	: *World Health Organization*
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
DNA	: *Deoxiribo Nukleat Acid*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker merupakan penyakit tidak menular. Penyakit ini timbul akibat kondisi fisik yang tidak normal dan pola hidup yang tidak sehat. Kanker dapat menyerang berbagai jaringan di dalam organ tubuh, termasuk organ repoduksi wanita yang terdiri dari payudara, rahim, indung telur, dan vagina (Mangan, 2003). Angka kejadian dan angka kematian akibat kanker leher rahim di dunia menempati urutan kedua setelah kanker payudara. Sementara itu di negara berkembang masih menempati urutan teratas sebagai penyebab kematian akibat kanker di usia reproduktif (Rasjidi, 2007).

Kanker leher rahim merupakan salah satu penyakit yang menimbulkan dampak psikososial yang luas, terutama bagi pasien dan keluarganya. Menurut Rachmadahniar (2005), pada tahun 2000 sekitar 80% penyakit kanker leher rahim ada di negara berkembang, yaitu di Afrika sekitar 69.000 kasus, di Amerika Latin sekitar 77.000 kasus, dan di Asia sekitar 235.000 kasus. Penelitian oleh Vavuhala (Rachmadahniar, 2005) pada tahun 2004 menunjukkan setiap tahunnya di dunia terdapat sekitar 500.000 kasus baru kanker leher rahim dengan tingkat kematian sekitar 200.000 kasus.

Di Indonesia terjadi sekitar 90 sampai 100 kasus baru kanker leher rahim per 100.000 penduduk per tahun (Depkes, 2001). Hal ini dikuatkan dengan penelitian Ayu dan Pradjatmo (2004) yang menyimpulkan bahwa

kanker leher rahim merupakan jenis kanker ginekologis terbanyak, disusul oleh kanker ovarium.

Profil kesehatan 2010 menyebutkan bahwa indikator penyakit kanker leher rahim adalah 19,70% per 10.000 penduduk. Berdasarkan laporan program yang berasal dari Rumah Sakit dan Puskesmas di Kota Semarang pada tahun 2005, kasus penyakit kanker yang ditemukan sebanyak 2.020 kasus, 55% di antaranya adalah kanker leher rahim dan 90% diantaranya bukan kanker leher rahim (Dinkes, 2005).

Beberapa faktor yang diduga meningkatkan kejadian kanker leher rahim yaitu faktor sosiodemografis yang meliputi usia, status sosial ekonomi, dan faktor aktifitas seksual yang meliputi usia pertama kali melakukan hubungan seks, pasangan seks yang berganti-ganti, paritas, kurang menjaga kebersihan genital, merokok, riwayat penyakit kelamin, trauma kronis pada serviks, serta penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka lama yaitu lebih dari 4 tahun (Diananda, 2007).

Menurut hasil penelitian Khasbiyah (2004) di Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang pada Bulan Agustus-September 2004 menunjukkan sebagian besar penderita kanker leher rahim memiliki paritas >3 (52%). Kebanyakan penderita melakukan hubungan seksual yang pertama kali pada umur dibawah 20 tahun (74%) dengan satu pasangan seksual (82%) didapatkan hasil statistik bahwa ada hubungan yang bermakna antara paritas dan usia pertama kali melakukan hubungan seksual dengan kejadian kanker

serviks uteri. Sedangkan variabel penggunaan alat kontrasepsi oral tidak menunjukan hubungan.

Berdasarkan data yang didapat dari buku registrasi kunjungan harian di bagian rekam medik RSUD Dr. Moewardi Surakarta, dapat diketahui bahwa jumlah pasien kanker leher rahim selalu mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Pada tahun 2005 jumlah kasus kanker leher rahim sebanyak 804 kasus, tahun 2006 sebanyak 1554 kasus, dan pada tahun 2007 sebanyak 2026 kasus. Menurut pencatatan riwayat obstetri kebanyakan pasien penderita kanker leher rahim sejak Januari sampai Desember 2007 mempunyai paritas lebih dari satu (66%), menikah muda (47%), dan penderita yang menggunakan kontrasepsi oral dalam jangka lama yaitu lebih dari 4 tahun (31%). Hal tersebut merupakan faktor risiko kanker leher rahim yang paling tinggi yang ada di RSUD Dr Moewardi Surakarta apabila dibandingkan dengan faktor risiko lain seperti penggunaan kontrasepsi IUD dan riwayat penyakit kelamin.

Berdasarkan latar belakang tersebut dan tingginya jumlah wanita yang menderita kanker leher rahim penulis tertarik untuk meneliti lebih jauh tentang faktor- faktor yang berhubungan dengan kejadian kanker leher rahim, terutama dalam menganalisis adanya hubungan antara usia, usia pertama kali menikah, paritas, dan penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka lama yaitu lebih dari 4 tahun dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

B. Perumusan Masalah

Perumusan masalah berdasarkan latar belakang diatas adalah :

1. Adakah hubungan dan risiko antara usia dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr Moewardi Surakarta?
2. Adakah hubungan dan risiko antara usia pertama kali menikah dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr. Moewardi Surakarta?
3. Adakah hubungan dan risiko antara paritas dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr. Moewardi Surakarta?
4. Adakah hubungan dan risiko antara penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka waktu lama > 4 tahun dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr. Moewardi Surakarta?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

   Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

2. Tujuan khusus

   a. Mengetahui hubungan dan besarnya risiko antara usia dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

   b. Mengetahui hubungan dan besarnya risiko antara usia pertama kali menikah dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

   c. Mengetahui hubungan dan besarnya risiko antara paritas dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

d. Mengetahui hubungan dan besarnya risiko antara penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka waktu lama yaitu lebih dari 4 tahun dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Instansi terkait

   Sebagai masukan dan informasi dari program kesehatan dalam rangka mencegah kanker leher rahim.

2. Bagi Masyarakat

   Sebagai masukan dan informasi kepada masyarakat agar memperhatikan cara hidup sehat sebagai salah satu cara untuk mencegah kanker leher rahim.

3. Bagi Peneliti

   Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan kesehatan, khususnya bidang kesehatan masyarakat.

E. Ruang Lingkup

Ruang lingkup pada penelitian ini dibatasi pada pembahasan mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kanker leher rahim yang terdiri dari faktor usia, usia pertama kali menikah, paritas, dan penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka waktu lama yaitu lebih dari 4 tahun.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian Kanker Leher Rahim

Kanker leher rahim adalah tumor ganas primer yang berasal dari sel epitel skuamosa. Kanker leher rahim merupakan kanker yang terjadi pada serviks atau leher rahim, suatu daerah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke arah rahim, letaknya antara rahim (uterus) dan liang senggama atau vagina (Notodiharjo, 2002). Kanker leher rahim biasanya menyerang wanita berusia 35-55 tahun. Sebanyak 90% dari kanker leher rahim berasal dari *sel skuamosa* yang melapisi serviks dan 10% sisanya berasal dari *sel kelenjar* penghasil lendir pada saluran servikal yang menuju ke rahim.

B. Penyebab Kanker Leher Rahim

Penyebab utama kanker leher rahim adalah infeksi *Human Papilloma Virus* (HPV). Saat ini terdapat 138 jenis HPV yang sudah dapat teridentifikasi yang 40 di antaranya dapat ditularkan lewat hubungan seksual. Beberapa tipe HPV virus risiko rendah jarang menimbulkan kanker, sedangkan tipe yang lain bersifat virus risiko tinggi. Baik tipe risiko tinggi maupun tipe risiko rendah dapat menyebabkan pertumbuhan abnormal pada sel tetapi pada umumnya hanya HPV tipe risiko tinggi yang dapat memicu kanker. Virus HPV risiko tinggi yang dapat ditularkan melalui hubungan seksual adalah tipe

16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 69, dan mungkin masih terdapat beberapa tipe yang lain. Beberapa penelitian mengemukakan bahwa lebih dari 90% kanker leher rahim disebabkan oleh tipe 16 dan 18. Dari kedua tipe ini HPV 16 sendiri menyebabkan lebih dari 50% kanker leher rahim. Seseorang yang sudah terkena infeksi HPV 16 memiliki kemungkinan terkena kanker leher rahim sebesar 5% (Rasjidi, 2007).

C. Penyebaran Kanker Leher Rahim

Menurut Diananda (2007), proses penyebaran kanker leher rahim ada tiga macam yaitu:

1. Melalui pembuluh limfe (limfogen) menuju ke kelenjar getah bening.
2. Melalui pembuluh darah (hematogen).
3. Penyebaran langsung ke parametrium, korpus uterus, vagina, kandung kencing, dan rektum.

D. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kanker Leher Rahim

Menurut Diananda (2007), faktor yang mempengaruhi kanker leher rahim yaitu :

1. Usia > 35 tahun mempunyai risiko tinggi terhadap kanker leher rahim. Semakin tua usia seseorang, maka semakin meningkat risiko terjadinya kanker laher rahim. Meningkatnya risiko kanker leher rahim pada usia lanjut merupakan gabungan dari meningkatnya dan bertambah lamanya

waktu pemaparan terhadap karsinogen serta makin melemahnya sistem kekebalan tubuh akibat usia.

2. Usia pertama kali menikah. Menikah pada usia ≤ 20 tahun dianggap terlalu muda untuk melakukan hubungan seksual dan berisiko terkena kanker leher rahim 10-12 kali lebih besar daripada mereka yang menikah pada usia > 20 tahun. Hubungan seks idealnya dilakukan setelah seorang wanita benar-benar matang. Ukuran kematangan bukan hanya dilihat dari sudah menstruasi atau belum. Kematangan juga bergantung pada sel-sel mukosa yang terdapat di selaput kulit bagian dalam rongga tubuh. Umumnya sel-sel mukosa baru matang setelah wanita berusia 20 tahun ke atas. Jadi, seorang wanita yang menjalin hubungan seks pada usia remaja, paling rawan bila dilakukan di bawah usia 16 tahun. Hal ini berkaitan dengan kematangan sel-sel mukosa pada serviks. Pada usia muda, sel-sel mukosa pada serviks belum matang. Artinya, masih rentan terhadap rangsangan sehingga tidak siap menerima rangsangan dari luar. Termasuk zat-zat kimia yang dibawa sperma. Karena masih rentan, sel-sel mukosa bisa berubah sifat menjadi kanker. Sifat sel kanker selalu berubah setiap saat yaitu mati dan tumbuh lagi. Dengan adanya rangsangan, sel bisa tumbuh lebih banyak dari sel yang mati, sehingga perubahannya tidak seimbang lagi. Kelebihan sel ini akhirnya bisa berubah sifat menjadi sel kanker. Lain halnya bila hubungan seks dilakukan pada usia di atas 20 tahun, dimana sel-sel mukosa tidak lagi terlalu rentan terhadap perubahan.

3. Wanita dengan aktivitas seksual yang tinggi, dan sering berganti-ganti pasangan. Berganti-ganti pasangan akan memungkinkan tertularnya penyakit kelamin, salah satunya *Human Papilloma Virus (HPV).* Virus ini akan mengubah sel-sel di permukaan mukosa hingga membelah menjadi lebih banyak dan tidak terkendali sehingga menjadi kanker.
4. Penggunaan antiseptik. Kebiasaan pencucian vagina dengan menggunakan obat-obatan antiseptik maupun deodoran akan mengakibatkan iritasi di serviks yang merangsang terjadinya kanker.
5. Wanita yang merokok. Nikotin, mempermudah semua selaput lendir sel-sel tubuh bereaksi atau menjadi terangsang, baik pada mukosa tenggorokan, paru-paru, maupun serviks. Namun tidak diketahui dengan pasti berapa banyak jumlah nikotin yang dikonsumsinya bisa menyebabkan kanker leher rahim. Risiko wanita perokok terkena 4-13 kali lebih besar dibandingkan wanita bukan perokok.
6. Riwayat penyakit kelamin seperti kutil genitalia. Wanita yang terkena penyakit akibat hubungan seksual berisiko terkena virus HPV, karena virus HPV diduga sebagai penyebab utama terjadinya kanker leher rahim sehingga wanita yang mempunyai riwayat penyakit kelamin berisiko terkena kanker leher rahim.
7. Paritas (jumlah kelahiran). Semakin tinggi risiko pada wanita dengan banyak anak, apalagi dengan jarak persalinan yang terlalu pendek. Dari berbagai literatur yang ada, seorang perempuan yang sering melahirkan (banyak anak) termasuk golongan risiko tinggi untuk terkena penyakit

kanker leher rahim. Dengan seringnya seorang ibu melahirkan, maka akan berdampak pada seringnya terjadi perlukaan di organ reproduksinya yang akhirnya dampak dari luka tersebut akan memudahkan timbulnya *Human Papilloma Virus* (HPV) sebagai penyebab terjadinya penyakit kanker leher rahim.

8. Penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka waktu lama. Penggunaan kontrasepsi oral yang dipakai dalam jangka lama yaitu lebih dari 4 tahun dapat meningkatkan risiko kanker leher rahim 1,5-2,5 kali. Kontrasepsi oral mungkin dapat meningkatkan risiko kanker leher rahim karena jaringan leher rahim merupakan salah satu sasaran yang disukai oleh hormon steroid perempuan. Hingga tahun 2004, telah dilakukan studi epidemiologis tentang hubungan antara kanker leher rahim dan penggunaan kontrasepsi oral. Meskipun demikian, efek penggunaan kontrasepsi oral terhadap risiko kanker leher rahim masih kontroversional. Sebagai contoh, penelitian yang dilakukan oleh Khasbiyah (2004) dengan menggunakan studi kasus kontrol. Hasil studi tidak menemukan adanya peningkatan risiko pada perempuan pengguna atau mantan pengguna kontrasepsi oral karena hasil penelitian tidak memperlihatkan hubungan dengan nilai $p>0,05$.

E. Gejala Klinik Kanker Leher Rahim

Menurut Dalimartha (2004), gejala dini kanker leher rahim adalah sebagai berikut :

1. Keputihan, makin lama makin berbau busuk.
2. Perdarahan setelah senggama yang kemudian berlanjut menjadi perdarahan yang abnormal, terjadi secara spontan walaupun tidak melakukan hubungan seksual.
3. Sakit waktu hubungan seks.
4. Berat badan yang terus menurun.
5. Pada fase invasif dapat keluar cairan berwarna kekuning-kuningan, berbau dan dapat bercampur dengan darah.
6. Anemia (kurang darah) karena perdarahan yang sering timbul.
7. Terjadi perdarahan pervagina meskipun telah memasuki masa menoupose.
8. Timbul nyeri panggul (pelvis) atau di perut bagian bawah bila ada radang panggul. Apabila nyeri terjadi di daerah pinggang ke bawah, kemungkinan terjadi hidronefrosis. Selain itu, nyeri dapat timbul di tempat-tempat lain.

F. Klasifikasi Kanker Leher Rahim

Menurut Wiknyosastro (1997), pembagian stadium kanker leher rahim adalah sebagai berikut :

1. Stadium I : Kanker hanya terbatas pada daerah mulut dan leher rahim (serviks). Pada stadium ini dibagi dua. Pada stadium I-A

baru didapati karsinoma mikro invasive di mulut rahim. Pada stadium I-B kanker sudah mengenai leher rahim.

2. Stadium II : Kanker sudah mencapai badan rahim (korpus) dan sepertiga vagina. Pada stadium II-A, kanker belum mengenai jaringan-jaringan di seputar rahim (parametrium). Stadium II-B mengenai parametrium.
3. Stadium III : Pada stadium III-A, kanker sudah mencapai dinding panggul. Stadium III-B kanker mencapai ginjal.
4. Stadium IV : Pada stadium IV-A, kanker menyebar ke organ-organ terdekat seperti anus, kandung kemih, ginjal, dan lain-lain. Pada stadium IV-B, kanker sudah menyebar ke organ-organ jauh seperti hati, paru-paru, hingga otak.

G. Deteksi Dini Kanker Leher Rahim

Deteksi dini merupakan kunci penanggulangan penyakit kanker. Kanker leher rahim stadium dini sering tidak menimbulkan gejala atau tanda yang khas. Namun demikian kanker stadium dini dapat dideteksi dengan suatu pemeriksaan sederhana yang dikenal dengan *Pap Smear.* Setiap wanita yang telah melakukan hubungan seksual, berisiko untuk menderita kanker leher rahim. Oleh karena itu *Pap Smear* dilakukan setelah ada aktifitas seksual. Jika setelah pemeriksaan pertama ternyata tidak ada kelainan displasia atau kanker, maka tes diulangi setelah satu tahun, jika hasilnya tetap negatif pemeriksaan

dilanjutkan tiap 2-3 tahun sampai umur 65-70 tahun. Jika ditemukan pra kanker, maka pemeriksaan diulangi 6 bulan berikutnya (Nurrochmi, 2001).

H. Diagnosis Kanker Leher Rahim

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala dan hasil pemeriksaan sebagai berikut (Suharto, 2007) :

1. Pemeriksaan *pap smear*

   Pap smear dapat mendeteksi sampai 90% kasus kanker leher rahim secara akurat dan dengan biaya yang tidak mahal, akibatnya angka kematian akibat kanker leher rahim pun menurun sampai lebih dari 50%. Setiap wanita yang telah aktif secara seksual sebaiknya menjalani *pap smear* secara teratur yaitu 1 kali setiap tahun. Apabila selama 3 kali berturut-turut menunjukkan hasil pemeriksaan yang normal, maka pemeriksaan *pap smear* bisa dilakukan setiap 2 atau 3 tahun sekali. Hasil pemeriksaan *pap smear* adalah sebagai berikut:

   a. Normal.
   b. Displasia ringan (perubahan dini yang belum bersifat ganas).
   c. Displasia berat (perubahan lanjut yang belum bersifat ganas).
   d. Karsinoma in situ (kanker terbatas pada lapisan serviks paling luar).
   e. Kanker invasif (kanker telah menyebar ke lapisan serviks yang lebih dalam atau ke organ tubuh lainnya).

2. Biopsi

Biopsi dilakukan jika pada pemeriksaan panggul tampak suatu pertumbuhan atau luka pada serviks, atau jika hasil pemeriksaan *pap smear* menunjukkan suatu abnormalitas atau kanker.

3. Kolposkopi (pemeriksaan serviks dengan lensa pembesar)
4. *Tes Schiller*

Serviks diolesi dengan larutan yodium, sel yang sehat warnanya akan berubah menjadi coklat, sedangkan sel yang abnormal warnanya menjadi putih atau kuning.

I. Pencegahan Kanker Leher Rahim

Sebagian besar kanker dapat dicegah dengan kebiasaan hidup sehat dan menghindari faktor-faktor penyebab kanker meliputi (Dalimartha, 2004) :

1. Menghindari berbagai faktor risiko, yaitu hubungan seks pada usia muda, pernikahan pada usia muda, dan berganti-ganti pasangan seks.
2. Wanita usia di atas 25 tahun, telah menikah, dan sudah mempunyai anak perlu melakukan pemeriksaan *pap smear* setahun sekali atau menurut petunjuk dokter.
3. Pilih kontrasepsi dengan metode barrier, seperti diafragma dan kondom, karena dapat memberi perlindungan terhadap kanker leher rahim.
4. Dianjurkan untuk berperilaku hidup sehat, seperti menjaga kebersihan alat kelamin dan tidak merokok.
5. Memperbanyak makan sayur dan buah segar.

J. Pengobatan Kanker Leher Rahim

Pemilihan pengobatan kanker leher rahim tergantung pada lokasi dan ukuran tumor, stadium penyakit, usia, keadaan umum penderita, dan rencana penderita untuk hamil lagi. Pengobatan kanker leher rahim antara lain (Diananda, 2007) :

1. Pembedahan

   Pembedahan merupakan salah satu terapi yang bersifat kuratif maupun paliatif. Kuratif adalah tindakan yang langsung menghilangkan penyebabnya sehingga manifestasi klinik yang ditimbulkan dapat dihilangkan. Sedangkan tindakan paliatif adalah tindakan yang berarti memperbaiki keadaan penderita.

2. Terapi penyinaran (radioterapi)

   Terapi penyinaran efektif untuk mengobati kanker invasif yang masih terbatas pada daerah panggul. Pada radioterapi digunakan sinar berenergi tinggi untuk merusak sel-sel kanker dan menghentikan pertumbuhannya.

3. Kemoterapi

   Apabila kanker telah menyebar ke luar panggul, maka dianjurkan menjalani kemoterapi. Kemoterapi menggunakan obat obatan untuk membunuh sel-sel kanker. Obat anti-kanker bisa diberikan melalui suntikan *intravena* atau melalui mulut.

4. Terapi biologis

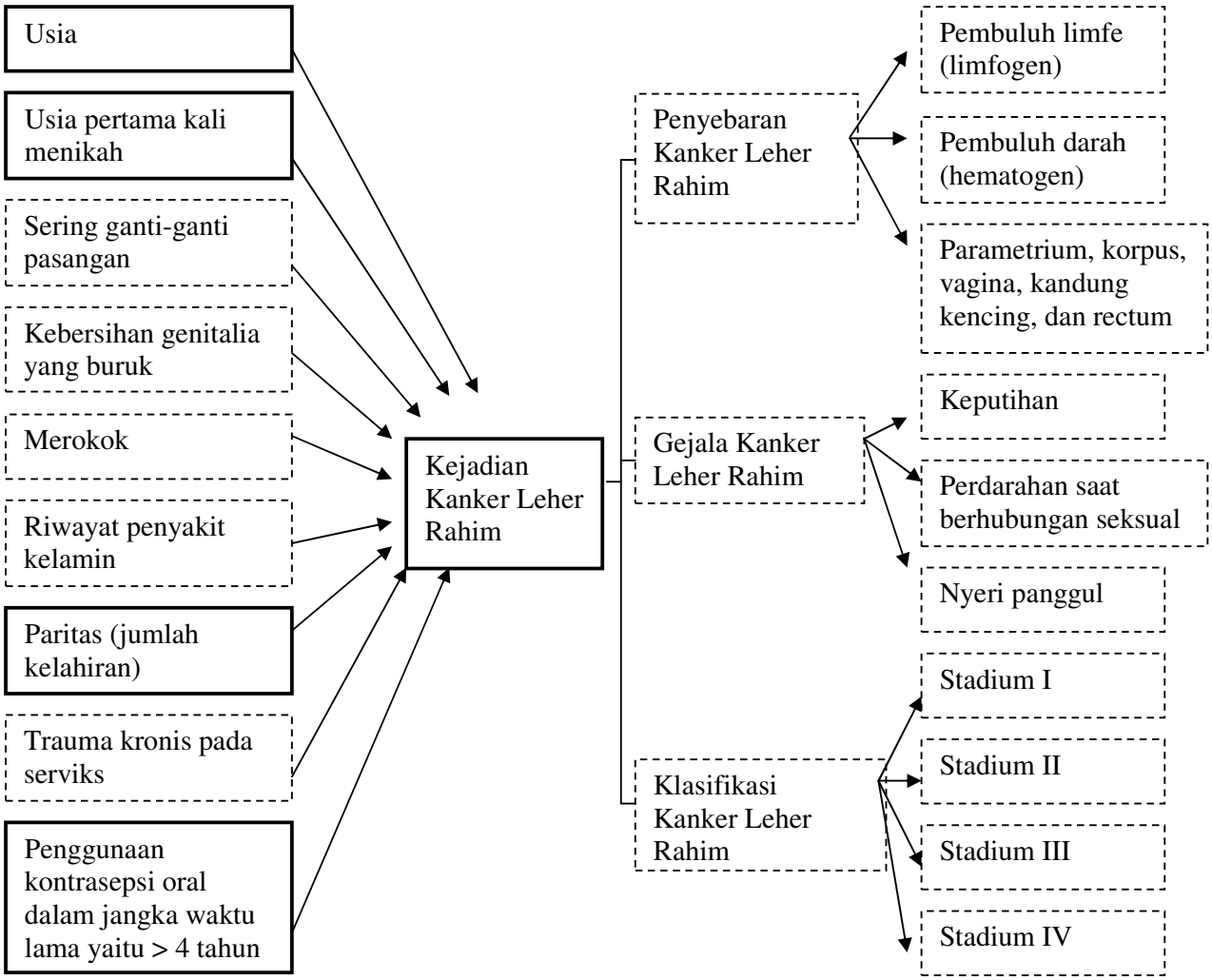
   Terapi biologi berguna untuk memperbaiki sistem kekebalan tubuh dalam melawan penyakit. Terapi biologis tersebut dilakukan pada kanker yang telah menyebar ke bagian tubuh lainnya.

5. Terapi gen

   Terapi gen dilakukan dengan beberapa cara :

   a. Mengganti gen yang rusak atau hilang.
   b. Menghentikan kerja gen yang bertanggung jawab terhadap pembentukan sel kanker.
   c. Menambahkan gen yang membuat sel kanker lebih mudah dideteksi dan dihancurkan oleh sistem kekebalan tubuh, kemoterapi, maupun radioterapi.
   d. Menghentikan kerja gen yang memicu pembuatan pembuluh darah baru di jaringan kanker sehingga sel-sel kankernya mati.

K. Kerangka Teori

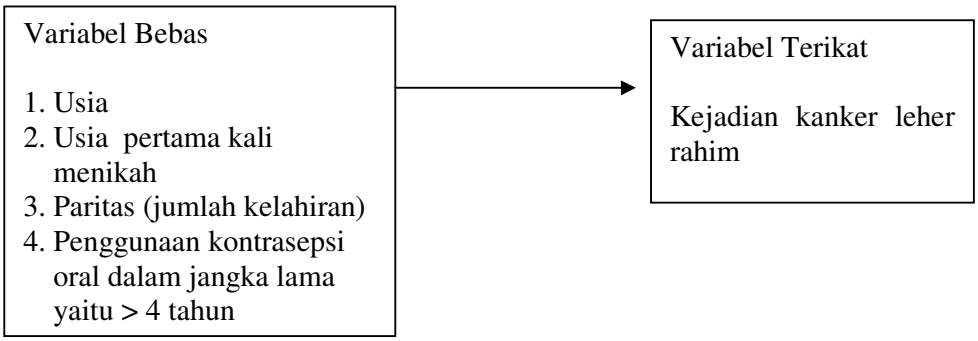


Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian
Sumber : Dhalimartha (2004) dan pengembangan penulis

Keterangan: Variabel yang diteliti

Variabel yang tidak diteliti

L. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

M. Hipotesis

1. Ada hubungan dan risiko antara usia dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr. Moewardi Surakarta
2. Ada hubungan dan risiko antara usia pertama kali menikah dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
3. Ada hubungan dan risiko antara paritas dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
4. Ada hubungan dan risiko antara penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka waktu lama yaitu lebih dari 4 tahun dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini termasuk jenis penelitian observasional dengan rancangan penelitian *Case Control* yaitu studi epidemiologi yang mempelajari hubungan antara paparan (faktor penelitian) dan penyakit, dengan cara membandingkan kelompok kasus dan kelompok kontrol berdasarkan ciri paparannya (Murti, 1997). Kelompok kasus adalah wanita yang menderita kanker leher rahim dan kelompok kontrol adalah wanita yang tidak menderita kanker leher rahim.

B. Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini adalah pasien wanita yang sedang rawat jalan di bagian Poli Obsgyn RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang terbagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok kasus dan kelompok kontrol.

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Rawat Jalan di bagian Poli Obsgyn RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada bulan Juli 2008.

D. Populasi dan sampel

1. Populasi

   Populasi untuk kelompok kasus maupun kelompok kontrol dalam penelitian ini adalah pasien wanita yang sedang rawat jalan di bagian Poli Obsgyn RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

2. Sampel

   a. Jumlah sampel

   Sampel adalah bagian dari populasi yang dianggap dapat mewakili populasi (Murti, 1996). Sampel dalam penelitian ini terdiri dari dua kelompok yaitu:

   1). Kelompok kasus

   Kriteria sampel yang digunakan untuk kelompok kasus adalah :

   a). Pasien wanita yang sedang rawat jalan di bagian Poli Obsgyn RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

   b). Terdiagnosis kanker leher rahim.

   c). Pernah melahirkan

   d). Menggunakan kontrasepsi oral

   e). Telah menjalani pengobatan.

   f). Bersedia menjadi responden.

2). Kelompok kontrol

Kriteria sampel yang digunakan untuk kelompok kontrol adalah :

a). Pasien perempuan yang di rawat jalan di bagian Poli Obsgyn RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

b). Tidak terdiagnosis kanker leher rahim.

c). Bersedia menjadi responden.

Besar sampel dalam penelitian ini ditetapkan berdasarkan rumus Lemeshow et. Al.(1990) dalam Murti (2006), adalah sebagai berikut :

$$n = \frac{\left[\left(Z_{1-a/2}\sqrt{2\overline{P}\left(1-\overline{P}\right)}\right)+\left(Z_1-\beta\sqrt{P_1\left(1-P_1\right)+P_2\left(1-P_2\right)}\right)\right]^2}{\left(P_1-P_2\right)^2}$$

keterangan :

n = ukuran sampel

$Z_{1-a/2}$ = koefisien keterandalan 1,96 dengan $\alpha = 0{,}05$

$Z_{1-\beta}$ = 0,84 dengan $\beta = 0{,}20$

$\overline{P}$ = proporsi gabungan, $\overline{P} = P_1 + P_2/2$

P_1 = proporsi Kanker Leher Rahim (kasus) = 55% (Dinkes, 2005).

P_2 = proporsi tidak Kanker Leher Rahim (kontrol) = 90% (Dinkes, 2005).

Penyelesaian perhitungan besar sampel berdasarkan rumus diatas adalah

$$n = \frac{\left[(1{,}96\sqrt{0{,}39875} + 0{,}84\sqrt{0{,}3375})\right]}{0{,}1225}$$

n = 24,3

Dengan demikian, jumlah sampel untuk tiap kelompok adalah 24 (Kelompok kasus sebanyak 24 orang dan kelompok kontrol sebanyak 24 orang) dengan perbandingan sampel kasus dan kontrol 1:1 sehingga jumlah sampel seluruhnya adalah 48 orang.

b. Teknik Sampling

Teknik pemilihan sampel penelitian yang dijadikan kelompok kasus dan kelompok kontrol dilakukan secara *Fixed Disease Sampling* yang merupakan prosedur pencuplikan berdasarkan status penyakit subyek, sedangkan status paparan subyek bervariasi mengikuti status penyakit subyek yang sudah *fixed* (GersTman (1998) dalam Murti (2006).

E. Variabel Penelitian

Penelitian ini menggunakan dua variabel yaitu:

1. Variabel bebas yaitu faktor usia, usia pertama kali menikah, paritas, dan penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka waktu lama > 4 tahun.
2. Variabel terikat yaitu kejadian kanker leher rahim.

F. Definisi Operasional Variabel

Tabel 1.Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi	Cara pengukuran	Hasil Ukur	Skala
1.	Kejadian kanker leher rahim	Suatu keadaan yang ditandai dengan ada tidaknya kanker pada organ leher rahim berdasarkan pemeriksaan hispatologik di RSUD Dr. Moewardi Surakarta	Wawancara	1. Ya 2. Tidak	Nominal
2.	Usia	Perhitungan lama kehidupan dimana dihitung berdasarkan waktu kelahiran hidup pertama hingga pada saat penelitian berlangsung berdasarkan status yang tercantum dalam rekam medik.	Wawancara	1. Risiko tinggi kanker leher rahim > 35 thn 2. Risiko rendah kanker leher rahim ≤ 35 thn	Nominal
3.	Usia pertama kali menikah	Usia seorang wanita pada saat melakukan ikatan resmi pertama kali dengan seorang pria yang bukan muhrimnya	Wawancara	1. Risiko tinggi kanker leher rahim ≤ 20 thn 2. Risiko rendah kanker leher rahim > 20 thn	Nominal
4.	Paritas	Jumlah kelahiran yang pernah dialami responden, baik lahir hidup maupun lahir mati	Wawancara	1. Risiko Tinggi kanker leher rahim > 3 kali 2. Risiko Rendah kanker leher rahim ≤ 3 kali	Nominal

5.	Penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka lama	Penggunaan pil KB sejak menikah	Wawancara	1. Risiko Tinggi kanker leher rahim > 4 tahun 2. Risiko Rendah kanker leher rahim ≤ 4 tahun	Nominal

G. Pengumpulan Data

1. Jenis Data

   Jenis data yang akan dikumpulkan dan dianalisis berupa data kuantitatif yang mencakup beberapa unsur yaitu, usia, usia pertama kali menikah, paritas, dan penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka lama.

2. Sumber Data

   a. Data Primer

      Data primer diperoleh dari hasil wawancara secara langsung terhadap responden dengan menggunakan pedoman wawancara yang disesuaikan dengan tujuan penelitian.

   b. Data Sekunder

      Data sekunder diperoleh dari laporan rekapitulasi di bagian rekam medik RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

H. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara secara langsung kepada responden dengan menggunakan pedoman wawancara yang disesuaikan dengan tujuan penelitian. Sedangkan pengumpulan data

sekunder diperoleh dari laporan rekapitulasi di bagian rekam medik RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

I. Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitan ini adalah pedoman wawancara, alat rekam, dan alat tulis.

J. Pengolahan Data

1. *Editing*, yaitu mengkaji dan meneliti data yang telah terkumpul dari hasil wawancara.
2. *Coding*, yaitu pemberian kode pada data untuk mempermudah proses memasukkan data ke dalam program komputer.
3. *Entry*, yaitu memasukkan data ke dalam program komputer untuk dilakukan analisis lebih lanjut.
4. *Tabulating*, yaitu setelah data tersebut masuk ke dalam program komputer kemudian direkap dan disusun dalam bentuk tabel agar dapat dibaca dengan jelas.

K. Analisis Data

Data yang telah terkumpul dianalisis dengan menggunakan program SPSS13. Analisis data meliputi :

1. Analisis Univariat

   Analisis univariat, dengan melakukan analisis pada setiap variabel hasil penelitian dengan tujun untuk mengetahui distribusi frekuensi pada tiap variabel penelitian. Data disajikan dalam bentuk tabel.

2. Analisis Bivariat

   a. Analisis bivariat dilakukan untuk mencari hubungan kedua variabel bebas dan terikat (Murti, 2006). Analisis dilakukan dengan uji *Chi-Square* dengan menggunakan rumus :

$$X^2 = \sum \frac{(Oij - Eij)2}{Eij}$$

Keterangan : O_{ij} = frekuensi teramati pada sel *ij*

E_{ij} = frekuensi harapan pada sel *ij*

Dengan kriteria pengambilan kesimpulan :

Ho ditolak atau Ha diterima jika P value (Sig) $< \alpha$

Ho ditolak atau Ha ditolak jika P value (Sig) $> \alpha$

b. Besarnya risiko

Kemungkinan suatu peristiwa untuk terjadi dibandingkan peristiwa itu tidak terjadi dinyatakan dalam Ratio Odds (OR). OR merupakan rasio antara risiko terkena penyakit pada kelompok yang terpapar (*exposed*) dan risiko terkena penyakit pada kelompok yang tidak terpapar *(non- exposed).*

Odds Ratio (OR) dihitung menggunakan kontingensi tabel 2x2 (Murti, 1996) sebagai berikut :

Tabel 2. Kontingensi tabel 2x2

	Terpapar	Tidak terpapar	Total
Kasus	a	b	$a+b = M_1$
Non-kasus	c	d	$c+d = M_0$
	$a+c = N_1$	$b+d = N_0$	$a+b+c+d = T$

Selanjutnya perhitungan Odds Ratio diperoleh dengan rumus:

$$OR = \frac{ad}{bc}$$

Dasar suatu paparan terhadap penyakit bermakna atau tidak berdasarkan tingkat kepercayaan 95% yaitu :

1) OR dikatakan bermakna jika interval keyakinan OR tidak memuat nilai nol (OR=1)
2) OR dikatakan tidak bermakna jika interval keyakinan OR memuat nilai nol (OR #1)

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum

Gambaran umum RSUD Dr Moewardi Surakarta adalah sebagai berikut:

1. Sejarah

RSUD Dr Moewardi Surakarta adalah gabungan dari tiga rumah sakit yaitu rumah sakit "Pusat" Surakarta (Mangkubumen), rumah sakit "Surakarta" (Jebres), rumah sakit "Kadipolo" (Kadipolo). Pada tahun 1996 menempati gedung baru di Jebres dan tahun 1999 menjadi rumah sakit Unit Swadaya. RSUD Dr Moewardi Surakarta adalah milik pemerintah Propinsi Jawa Tengah, Tipe B Pendidikan. Merupakan rumah sakit rujukan (untuk wilayah Jawa Tengah bagian Selatan dan Jawa Timur bagian Barat) dan sekaligus sebagai rumah sakit pendidikan utama Fakultas Kedokteran Universitas Negeri Surakarta.

2. Keadaan Geografis

RSUD Dr Moewardi Surakarta memiliki luas lahan keseluruhan 39.915 m^2, luas bangunan 37.756 m^2, luas halaman parkir 4.000 m^2.

3. Poliklinik Rawat Jalan

RSUD Dr Moewardi Surakarta mempunyai 14 poli rawat jalan yang meliputi :

a. Klinik Penyakit Dalam

b. Klinik Bedah dan Bedah Syaraf

c. Klinik Kesehatan Anak

d. Klinik Kebidanan dan Penyakit Kandungan

e. Klinik THT

f. Klinik Jantung

g. Klinik Kulit dan Kelamin

h. Klinik Paru

i. Klinik Mata

j. Klinik Saraf

k. Klinik Jiwa

l. Klinik Gigi dan Mulut

m. Klinik Nyeri

n. Klinik Konsultasi Gizi

4. Jenis layanan

RSUD Dr Moewardi Surakarta mempunyai berbagai macam pelayanan diantaranya:

a. Gawat Darurat

b. Rawat Jalan 15 Poli

c. Rawat Inap 473 TT

d. IPI (ICU/ICCU/PICCU/NICU)

e. Bedah sentral 9 kamar Operasi

f. Penunjang : Laboratorium, Farmasi, Radiologi, Gizi, dsb.

B. Analisis Univariat

Hasil penelitian pada pasien rawat jalan di RSUD Dr Moewardi Surakarta adalah sebagai berikut :

1. Distribusi Responden Berdasarkan Usia

Usia responden dikategorikan menjadi dua, yaitu usia ≤ 35 dan > 35 tahun. Usia dengan risiko tinggi kanker leher rahim adalah pasien yang berusia > 35 tahun. Hasil penelitian di Poly Obsgyn RSUD Dr Moewardi Surakarta, sebanyak 24 orang pada kelompok kasus kanker leher rahim yang ditemukan, diketahui 20 (60,6%) responden yang berusia > 35 tahun dan 4 (26,7%) responden yang berusia ≤ 35 tahun. Sedangkan 24 responden pada kelompok kontrol dengan 13 (39,4%) responden berusia > 35 tahun dan 11 (73,3%) responden yang berusia ≤ 35 tahun. Hal ini dapat diartikan bahwa responden yang mengalami kanker leher rahim paling banyak pada kategori usia > 35 tahun, yaitu sebanyak 20 responden (60,6%). Distribusi responden berdasarkan usia pada kelompok kasus dan kontrol dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Distribusi Kasus dan Kontrol Penderita Kanker Leher Rahim di RSUD Dr Moewardi Surakarta Berdasarkan Usia Responden

	Kasus	Kontrol	Jumlah
Kategori Usia			
>35 tahun	20 (60,6 %)	13 (39,4%)	33 (100%)
≤35 tahun	4 (26,7%)	11 (73,3%)	15 (100%)
Jumlah	24 (50%)	24 (50%)	48 (100%)

2. Distribusi Responden Berdasarkan Usia Pertama Kali Menikah

Usia pertama kali menikah yang lebih dini (≤ 20 tahun) mempunyai risiko tinggi terhadap kejadian kanker leher rahim. Usia responden dikategorikan menjadi dua, yaitu usia ≤ 20 tahun dan > 20 tahun. Hasil penelitian di Poly Obsgyn RSUD Dr Moewardi Surakarta, sebanyak 24 responden pada kelompok kasus kanker leher rahim yang ditemukan, diketahui 21 (60,0%) responden yang berusia ≤ 20 tahun dan 3 (23,1%) responden yang berusia > 20 tahun. Sedangkan 24 responden pada kelompok kontrol, terdapat 14 (40,0%) responden berusia ≤ 20 tahun dan 10 (76,9%) reponden berusia > 20 tahun. Hal ini dapat diartikan bahwa proporsi kanker leher rahim terbanyak pada responden usia pertama kali menikah ≤ 20 tahun yaitu 21 (60%). Distribusi responden berdasarkan usia pertama kali menikah pada kelompok kasus dan kontrol dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 4. Distribusi Kasus dan Kontrol Penderita Kanker Leher Rahim di RSUD Dr Moewardi Surakarta Berdasarkan Usia Pertama Kali Menikah Responden

	Kasus	Kontrol	Jumlah
Usia pertama kali menikah			
≤20 tahun	21 (60,0%)	14 (40,0%)	35 (100%)
>20 tahun	3 (23,1%)	10 (76,9%)	13 (100%)
Jumlah	24 50%	24 50%	48 (100%)

3. Distribusi Responden Berdasarkan Paritas

Banyaknya anak yang dilahirkan berpengaruh dalam timbulnya penyakit kanker leher rahim. Hasil penelitian di Poly Obsgyn RSUD Dr Moewardi Surakarta, sebanyak 24 responden pada kelompok kasus kanker leher rahim yang ditemukan, diketahui 22 (57,9%) responden mempunyai paritas > 3 kali dan 2 (20%) reponden mempunyai paritas ≤ 3 kali. Sedangkan 24 reponden pada kelompok kontrol, diketahui 16 (42,1%) responden yang mempunyai paritas > 3 kali dan 8 (80%) reponden mempunyai paritas ≤ 3 kali. Hal ini dapat diartikan bahwa responden yang mengalami kanker leher rahim paling banyak terjadi pada paritas > 3 kali, yaitu sebanyak 22 responden (57,9%). Distribusi responden berdasarkan paritas pada kelompok kasus dan kontrol dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5 . Distribusi Kasus dan Kontrol Penderita Kanker Leher Rahim di RSUD Dr Moewardi Surakarta Berdasarkan Paritas Responden

	Kasus	Kontrol	Jumlah
Paritas > 3 kali	22 (57,9 %)	16 (42,1 %)	38 (100%)
Paritas≤ 3 kali	2 (20,0 %)	8 (80,0 %)	10 (100%)
Jumlah	24 50%	24 50%	48 (100%)

4. Distribusi Responden Berdasarkan Penggunaan Kontrasepsi Oral

Penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka lama (> 4 tahun) akan meningkatkan risiko kanker leher rahim. Hasil penelitian di Poly Obsgyn RSUD Dr Moewardi Surakarta, sebanyak 24 responden pada kelompok kasus kanker leher rahim yang ditemukan, diketahui 14 (40,0%) responden yang menggunakan kontrasepsi oral >4 tahun dan 10 (76,9%) responden yang menggunakan kontrasepsi oral ≤ 4 tahun. Sedangkan 24 responden pada kelompok kontrol, diketahui 21 (60,0%) responden yang menggunakan kontrasepsi oral > 4 tahun dan 3 (23,1%) responden menggunakan kontrasepsi oral ≤ 4 tahun. Hal ini dapat diartikan bahwa responden yang mengalami kanker leher rahim paling banyak terjadi pada responden yang menggunakan kontrasepsi oral > 4 tahun, yaitu sebanyak 14 (40%). Distribusi responden berdasarkan penggunaan kontrasepsi oral dapat dilihat pada tabel 6.

Tabel 6. Distribusi Kasus dan Kontrol Penderita Kanker Leher Rahim di RSUD Dr Moewardi Surakarta Berdasarkan Penggunaan Kontrasepsi Oral Responden

	Kasus	Kontrol	Jumlah
Menggunakan pil KB > 4 tahun	14 (40,0%)	21 (60,0%)	35 (100%)
Menggunakan pil KB ≤ 4 tahun	10 (76,9%)	3 (23,1%)	13 (100%)
Jumlah	24 50%	24 50%	48 (100%)

C. Analisis Bivariat

Hasil analisis melalui uji *chi square* dengan tingkat kepercayaan 95 % (p = 0,05) dapat dilihat pada tabel 7.

Tabel 7 .Ringkasan Hasil Uji *Chi Square* dan Odds Ratio antara Usia, Usia Pertama Kali Menikah, Paritas, dan Penggunaan Kontrasepsi Oral dalam Jangka Lama dengan Kejadian Kanker Leher Rahim di RSUD Dr Moewardi Surakarta

Variabel	OR	*p-value*	Confidence Interval 95%	
			Batas bawah	Batas atas
Usia				
- ≤ 35 tahun	1			
- > 35 tahun	4,23	0,029	1,10	16,16
Usia pertama kali menikah				
- > 20 tahun	1			
- ≤ 20 tahun	5,0	0,023	1,16	21,45
Paritas				
- ≤ 3 kali	1			
- > 3 kali	5,5	0,033	1,02	29,45
Penggunaan kontrasepsi oral				
- ≤ 4 tahun	1			
- > 4 tahun	0,20	0,023	0,47	0,85

1. Analisis Hubungan dan Besarnya Risiko antara Usia Responden dengan Kejadian Kanker Leher Rahim

Berdasarkan tabel 7 diperoleh nilai *p (value)*= 0,029 pada α = 0,05. Karena nilai *p (value)* 0,029 < 0,05 yang berarti menunjukkan bahwa ada hubungan antara usia responden dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr Moewardi Surakarta. Nilai (OR= 4,23; CI= 95%) yang berarti bahwa pasien rawat jalan di RSUD Dr Moewardi Surakarta yang berusia > 35 tahun berisiko untuk terkena kanker leher rahim 4,23 kali lebih besar dari pada pasien yang berusia ≤ 35 tahun.

2. **Analisis Hubungan dan Besarnya Risiko antara Usia Pertama Kali Menikah Responden dengan Kejadian Kanker Leher Rahim**

Hasil perhitungan statistik dengan uji *chi square* diperoleh nilai *p (value)*= 0,023 Karena nilai *p (value)* 0,023 < 0,05 yang berarti menunjukkan bahwa ada hubungan antara usia pertama kali menikah responden dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr Moewardi Surakarta. Nilai (OR= 5,0; CI= 95%), yang berarti bahwa pasien rawat jalan di RSUD Dr Moewardi Surakarta yang menikah pada usia ≤ 20 tahun berisiko untuk terkena kanker leher rahim 5 kali lebih besar daripada pasien yang yang menikah pada usia > 20 tahun.

3. **Analisis Hubungan dan Besarnya Risiko antara Paritas Responden dengan Kejadian Kanker Leher Rahim**

Hasil perhitungan statistik dengan uji *chi square* diperoleh nilai *p (value)*= 0,033 Karena nilai *p (value)* 0,033 < 0,05 yang berarti menunjukkan bahwa ada hubungan antara paritas responden dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr Moewardi Surakarta. Nilai (OR= 5,5 ; CI= 95%), yang berarti bahwa pasien rawat jalan di RSUD Dr Moewardi Surakarta yang mempunyai paritas > 3 kali berisiko untuk terkena kanker leher rahim 5,5 kali lebih besar dari pada pasien yang mempunyai paritas ≤ 3 kali.

4. **Analisis Hubungan dan Besarnya Risiko antara Penggunaan Kontrasepsi Oral dalam Jangka Lama > 4 tahun dengan Kejadian Kanker Leher Rahim**

Hasil perhitungan statistik dengan uji *chi square* diperoleh nilai *p (value)*= 0,023 Karena nilai *p (value)* 0,023 < 0,05 yang berarti menunjukkan bahwa ada hubungan antara penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka lama > 4 tahun dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr Moewardi Surakarta. Nilai (OR= 0,20 ; CI= 95%), yang berarti bahwa pasien rawat jalan di RSUD Dr Moewardi Surakarta yang menggunakan kontrasepsi oral dalam jangka lama > 4 tahun berisiko untuk terkena kanker leher rahim 0,20 kali lebih besar dari pada pasien yang tidak menggunakan kontrasepsi oral dalam jangka lama > 4 tahun.

BAB V

PEMBAHASAN

Insiden kanker leher rahim di Indonesia adalah 100 per 100.000 penduduk pertahun. Data yang dikumpulkan dari 13 laboratorium patologi dan anatomi di Indonesia menunjukkan bahwa frekuensi kanker leher rahim tertinggi diantara kanker yang ada. Kanker leher rahim meningkat sejak usia 25-34 tahun dan menunjukkan puncaknya pada usia 35-44 tahun (Azis, 2001). Menikah pada usia ≤ 20 tahun berisiko terkena kanker leher rahim sebesar 10-20 kali, dan wanita dengan paritas tinggi yaitu > 3 kali berisiko 5,5 kali untuk terkena kanker leher rahim (Diananda, 2007). Kejadian penyakit tersebut di RSUD Dr. Moewardi Surakarta selalu mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Peningkatan terjadi dalam kurun waktu 3 tahun berturut-turut dengan rata-rata 700 kasus setiap tahunnya.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 48 pasien rawat jalan di bagian Poli Obsgyn RSUD Dr. Moewardi, diketahui bahwa kanker leher rahim menyerang sebagian besar responden yang berusia > 35 tahun, responden yang menikah pada usia ≤ 20, responden yang melahirkan > 3 kali, dan responden yang menggunakan kontrasepsi oral dalam jangka waktu lama yaitu > 4 tahun.

A. Hubungan dan Besarnya Risiko antara Usia dengan Kejadian Kanker Leher Rahim

Kelompok kasus dengan usia > 35 tahun cukup tinggi yaitu 60,6%. Berdasarkan uji statistik *chi square* diketahui bahwa usia > 35 tahun

meningkatkan risiko kanker leher rahim sebesar 4,23 kali lebih besar dari pada usia ≤ 35 tahun. Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian Antara, Yoga, dan Suastika (2008), bahwa rerata umur penderita kanker leher rahim berada di antara 30-70 tahun. Kanker leher rahim stadium IA lebih sering ditemukan pada kelompok usia 30-39 tahun, sedang untuk stadium II lebih sering ditemukan pada kelompok usia 40-49 tahun. Kelompok usia 60-69 tahun merupakan proporsi tertinggi pada stadium III dan IV (FKM UH, 2008). Usia merupakan faktor yang penting dalam terjadinya kanker. Sebagian besar kanker banyak terjadi pada usia lanjut. Risiko terjadinya kanker meningkat 2 kali lipat setelah usia 35 hingga 60 tahun. Meningkatnya risiko kanker pada usia lanjut merupakan gabungan dari meningkatnya dan bertambah lamanya waktu pemaparan terhadap karsinogen serta makin melemahnya sistem kekebalan tubuh akibat usia (Dinkes Bone Bolango, 2007). Usia dewasa muda, yaitu antara 18 sampai 40 tahun sering dihubungkan dengan masa subur. Kehamilan sehat paling mungkin terjadi dan merupakan usia produktif dalam menapak karir. Pada periode ini masalah kesehatan berganti dengan gangguan kehamilan, kelelahan kronis akibat merawat anak, dan tuntutan karir. Kegemukan, kanker, depresi, dan penyakit serius tertentu mulai menggerogoti di usia ini (Darwinian, edisi 3, 2006).

B. Hubungan dan Besarnya Risiko antara Usia Pertama Kali Menikah dengan Kejadian Kanker Leher Rahim

Kelompok kasus dengan usia pertama kali menikah ≤ 20 tahun sebanyak 60%. Berdasarkan uji statistik *chi square* diketahui bahwa usia pertama kali menikah ≤ 20 tahun meningkatkan risiko kanker leher rahim sebesar lima kali lebih besar daripada usia pertama kali menikah > 20 tahun. Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Joeharno (2008), bahwa umur pertama kali menikah merupakan faktor risiko terhadap kejadian kanker leher rahim dengan besar risiko 2,54 kali, untuk mengalami kanker leher rahim pada perempuan yang melaksanakan perkawinan pada usia ≤ 20 tahun dibandingkan dengan perkawinan pada usia > 20 tahun. Usia saat perkawinan < 20 tahun erat kaitannya dengan aktivitas seksual.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara lesi pra-kanker dan kanker leher rahim dengan aktivitas seksual pada usia dini, khususnya sebelum umur 20 tahun. Hal ini mungkin terkait dengan komplemen histon pada semen yang bertindak sebagai antigen, kematangan sistim imun terutama mukosa serviks sendiri, rentan waktu kesempatan berganti partner seksual yang terkait dengan risiko terkena infeksi. Faktor risiko ini dihubungkan dengan karsinogen pada zona transformasi yang sedang berkembang dan paling berbahaya apabila terinfeksi HPV pada 5-10 tahun setelah menarche (Antara dkk, 2008). Perempuan yang menikah di usia ≤ 20 tahun berisiko terkena kanker leher rahim, oleh karena pada usia tersebut sel-sel leher rahim belum matang. Terpaparnya rahim

terhadap *Human Papiloma Virus* (HPV) akan mengakibatkan pertumbuhan sel menyimpang menjadi kanker (Hendriana, 2008).

Leher rahim terdiri dari dua lapis epitel yaitu squamosa dan kolumner, pada sambungan kedua epitel tersebut terjadi pertumbuhan yang aktif terutama pada usia muda. Epitel kolumner akan berubah menjadi epitel skuamosa. Perubahan tersebut disebut metaplasia, jika HPV menempel, perubahan menyimpang menjadi displasia yang merupakan awal dari kanker (Hendriana, 2008). Hubungan atau kontak seksual pada usia di bawah 17 tahun merangsang tumbuhnya sel kanker pada alat kandungan perempuan, pada rentang usia 12 hingga 17 tahun perubahan sel dalam mulut rahim lebih aktif. Ketika sel sedang membelah secara aktif (metaplasi) seharusnya tidak terjadi kontak atau rangsangan apapun dari luar. Termasuk injus (masuknya) benda asing dalam tubuh perempuan. Adanya benda asing, termasuk alat kelamin laki-laki dan sel sperma, akan mengakibatkan perkembangan sel ke arah abnormal. Infeksi dalam rahim dengan mudah terjadi apabila timbul luka akibat masuknya benda asing tersebut. Sel abnormal dalam mulut rahim tersebut dapat mengakibatkan kanker mulut rahim. Kanker leher rahim menyerang alat kandungan perempuan berawal dari mulut rahim dan berisiko menyebar ke vagina hingga ke luar di permukaan (Admin, 2008).

C. Hubungan dan Besarnya Risiko antara Paritas dengan Kejadian Kanker Leher Rahim

Kelompok kasus dengan paritas lebih dari 3 sangat tinggi yaitu sebanyak 80%. Berdasarkan uji statistik *chi square* diketahui bahwa paritas > 3 kali meningkatkan risiko kanker leher rahim sebesar 5,5 kali lebih besar daripada paritas ≤ 3 kali. Berdasarkan uji statistik *chi square* diketahui bahwa paritas > 3 kali meningkatkan risiko kanker leher rahim sebesar 5,5 kali lebih besar dari pada paritas ≤ 3 kali. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Joeharno (2008), bahwa paritas merupakan faktor risiko terhadap kejadian kanker leher rahim dengan besar risiko 4,55 kali untuk terkena kanker leher rahim pada perempuan dengan paritas > 3 dibandingkan perempuan dengan paritas ≤ 3. Perempuan dengan paritas tinggi terkait dengan terjadinya eversi epitel kolumner serviks selama kehamilan yang menyebabkan dinamika baru epitel metaplastik imatur yang dapat meningkatkan risiko transformasi sel serta trauma pada serviks sehingga terjadi infeksi HPV persisten.

Hal ini dibuktikan pada suatu studi kohort dimana didapatkan bahwa infeksi HPV lebih mudah ditemukan pada wanita hamil dibandingkan yang tidak hamil. Selain itu, pada kehamilan terjadi penurunan kekebalan seluler (Sawaya dkk, 2003; Moodley dkk, 2003). Peneliti lain juga menyatakan bahwa pada kehamilan, progesteron dapat menginduksi onkogen HPV menjadi stabil sehingga terjadi integrasi DNA virus ke dalam genom sel penjamu dan menurunkan kekebalan mukosa zona transformasi (Schift dkk,

2000). Selain itu, pada kehamilan risiko, terjadinya infeksi dan progresi infeksi lebih tinggi terkait dengan eversi serviks akibat pengaruh estrogen (Antara dkk, 2008). Bahwa paritas merupakan faktor risiko terhadap kejadian kanker leher rahim dengan besar risiko 4,55 kali untuk terkena kanker leher rahim pada perempuan dengan paritas > 3 dibandingkan perempuan dengan paritas ≤ 3.

D. Hubungan dan Besarnya Risiko antara Pengunaan Kontrasepsi Oral Jangka Lama > 4 tahun dengan Kejadian Kanker Leher Rahim

Kelompok kasus yang menggunakan kontrasepsi oral kurang dari 50%. Berdasarkan uji statistik *chi square* diketahui bahwa penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka lama yaitu > 4 tahun meningkatkan risiko kanker leher rahim sebesar 0,20 kali lebih besar daripada penggunaan kontrasepsi oral ≤ 4 tahun. Penelitian ini sesuai dengan pernyataan Megadhana (2004), bahwa kontrasepsi oral yang dipakai dalam jangka panjang lebih dari 4 tahun dapat meningkatkan risiko kanker leher rahim sebesar 1,5-2,5 kali. Risiko relatif pada pemakaian kontrasepsi oral sebesar 1,19 kali dan meningkat sesuai dengan lamanya pemakaian. Wanita pemakai pil KB harus rutin menjalani pemeriksaan *pap smear* (minimal 1 kali/tahun), selain itu wanita pemakai pil KB memiliki risiko kanker ovarium yang lebih rendah.

Kontrasepsi oral yang digunakan secara luas dewasa ini umumnya merupakan kombinasi antara estrogen dan progestin. Kurang lebih 100 juta perempuan di seluruh dunia menggunakan kontrasepsi oral kombinasi. Pil

kombinasi tersebut memiliki efektivitas tinggi dalam mencegah kehamilan yaitu sekitar 5 dari 100 perempuan pengguna pil kombinasi dan 1 dari 100 perempuan yang menggunakan kontrasepsi oral dengan sempurna mengalami kehamilan per tahun (Petitti, 2003).

Formulasi kontrasepsi oral yang dipasarkan pertama kali di Amerika Serikat tepatnya pada tahun 1960 dan 1961 yaitu mengandung 2 hingga 5 kali lebih banyak estrogen dan 5 hingga 10 kali lebih banyak progestin dari pada kontrasepsi oral yang beredar dewasa ini. Penggunaan formula dosis tinggi tersebut berhubungan dengan peningkatan risiko stroke iskemik, infark miokard dan embolisme paru pada perempuan sehat. Dosis estrogen dan progestin diturunkan dengan cepat sekitar tahun 1960 hingga 1970 karena kekhawatiran tentang keamanan dan di sisi lain pengurangan dosis tidak mengurangi efektivitas kontrasepsi (Petitti, 2003).

Kontasepsi oral dapat berbentuk pil kombinasi, sekuensial, mini atau pasca senggama dan bersifat reversibel. Kontrasepsi oral kombinasi merupakan campuran estrogen sintetik seperti etinilestradiol dan satu dari beberapa steroid C19 dengan aktivitas progesterone seperti noretindron. Kontrasepsi ini mengandung dosis estrogen dan progesteron yang tetap. Pemakaian estrogen dapat berisiko karena merangsang penebalan dinding endometrium dan merangsang sel-sel endometrium sehingga berubah sifat menjadi kanker.

Penggunaan hormon estrogen harus dalam pengawasan dokter agar sekaligus diberikan zat anti kanker, sehingga tidak berkembang menjadi kanker (Herman, 1998).

E. Keterbatasan Penelitian

Kesulitan utama dalam penelitian ini adalah pada tahap pengumpulan data, karena banyak responden yang menolak untuk dijadikan subjek penelitian. Penelitian ini memiliki kelemahan, yaitu keterbatasan waktu responden dalam memberikan informasi atau jawaban, dan data yang digunakan adalah data sekunder sehingga membutuhkan waktu yang lama.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Ada hubungan antara usia dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr.Moewardi Surakarta.
2. Ada hubungan antara usia pertama kali menikah dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr.Moewardi Surakarta.
3. Ada hubungan antara paritas dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
4. Ada hubungan antara penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka waktu lama yaitu > 4 tahun dengan kejadian kanker leher rahim di RSUD Dr.Moewardi Surakarta.

B. Saran

1. Bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Surakarta, melalui Dinas Kesehatan, RSUD Dr. Moewardi Surakarta, Rumah Sakit Swasta, dan Puskesmas.
   a. Peningkatan pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang kanker leher rahim melalui penyuluhan terhadap masyarakat dengan risiko tinggi dan remaja.
   b. Penanganan lebih lanjut terhadap kejadian kanker leher rahim melalui penyebaran informasi kepada ibu rumah tangga dimana informasi tersebut merupakan upaya untuk merendahkan angka kehamilan

sehingga salah satu faktor risiko kanker leher rahim yaitu paritas dapat diatasi.

2. Bagi Penderita Kanker Leher Rahim Di RSUD Dr. Moewardi dan Sekitarnya.
   a. Pencegahan risiko kanker leher rahim melalui Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP) dan perencanaan jumlah anak yang ideal dalam keluarga.
   b. Mengurangi peningkatan faktor risiko kanker leher rahim dengan berhenti merokok, tidak makan-makanan yang diawetkan, tidak berganti-ganti pasangan, dan mengurangi penggunaan pembersih vagina.
   c. Melakukan deteksi dini melalui pemeriksaan *pap smear* guna mempermudah pengobatan dan mencegah petumbuhan kanker ke stadium lanjut.
   d. Meminta zat anti kanker kepada dokter, apabila sudah menggunakan kontrasepi oral> 4 tahun dan ingin melanjutkan menggunakan kontrasepsi oral.
3. Bagi Peneliti Lain

   Untuk penelitian lebih lanjut, perlu ditambahkan variabel merokok, penggunaan pembersih vagina, riwayat penyakit kelamin dan pola makan.

DAFTAR PUSTAKA

Adjie. Praz. 2008. Kiat *Mencegah Kanker Rahim*. Diakses : 22 Oktober 2008. http://www.arroyyan.com.

Admin. 2008. *Usia Muda pun Bisa Kena Kanker Mulut Rahim Sekalipun.* Diakses : 20 November 2008: http://dinkeskaltim.com.

Ayu. P. Pradjatmo. H. 2004. Komparabilitas Karakteristik Kanker Serviks yang Dilakukan Operasi Wertheim dengan Kemoradiasi di RS Dr Sardjito Yogyakarta Periode Januari 1998 Sampai Desember 2002. *Kumpulan Naskah Lengkap PIT XIV POGI Bandung 13-15 Juli 2004.* Bagian/ SMF Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada RS Sardjito Yogyakarta.

Aziz. Soepardiman. Nuranna. 2000. *Deteksi Dini Kanker*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.

Dalimartha S. 2004. *Deteksi Dini Kanker*. Jakarta : Penebar Swadaya.

Darwinian. A. 2006. *Gangguan Kesehatan Pada Setiap Periode Kehidupan Wanita.* Smart living. Edisi ke – 3.Jakarta.

Depkes. 2001. *Petunjuk Pelaksanaan Indikator Menuju Indonesia Sehat 2010.* Jakarta.

Diananda R. 2007. *Mengenal Seluk Beluk Kanker.* Yogyakarta : Katahati.

Dinkes Bone Bolango. 2007. *Mengenal Kanker.* Gorontalo : Dinkes Bone Bolango.

Dinkes Propinsi Jawa Tengah. 2004. *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah Tahun 2003.* Diakses : 11 Januari 2008. http://www. Dinkesjateng. org/profil2004.htm

Dinkes Propinsi Jawa Tengah. 2005. *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah* Tahun 2003. Diakses : 17 April 2008 http://www. Dinkesjateng. org/profil 2005 / bab4. htm

Nurrochmi E. 2001. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Anggota Persatuan Isteri TNI AD Terhadap Upaya Deteksi Dini Kanker Leher Rahim di Denkavkud Bandung*. (Skripsi) Yogyakarta : UGM.

FKM UH, 2008. *Kanker Serviks*. Diakses : 20 november 2008, http://himapid.blogspot.com/2008/10/kanker-leher-rahim-kanker-serviks.html

Fortunestar. 2007. Diagnosis Kanker Leher Rahim. Diakses: 23 Juli 2007. http://www.fortunestar.com

Hanum H. 2001. *Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Pasien Kanker Serviks Uteri dengan Perilaku Pasien dalam Upaya Deteksi Dini di Instalasi Rawar jalan Kebidanan RSUP Dr Sardjito Yogyakarta.* (Karya Tulis Ilmiah) Yogyakarta : UGM.

Hartanto H. 2004. *KB dan Kontrasepsi.* Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.

Hendriana. 2008. *Pernikahan Dini Tingkatkan Risiko Kanker Serviks.* Diakses: 20 November 2008.http://hendrahendriana.blogspot.com/2008/09/pernikahan-dini-tingkatkan-resiko.html

Herman. MJ. 1998. *Pemanfaatan Hormon dalam Kontrasepsi.* Jakarta: Depkes RI

Joeharno. 2008. *Analisis Faktor Risiko Kejadian Kanker Servik.* Diakses : 20 November 2008 http:// blogjoeharno.com *analisis- faktor- risiko-kejadian kanker- servik*

Khasbiyah. 2004. *Faktor Risiko Kanker Serviks Uteri*. (Karya Tulis Ilmiah) Semarang :Fakultas Kesehatan Masyarakat UNDIP.

Lemeshow S., Hosmer J., Klar J., Lwanga S.K. 1990. *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan (Terjemahan).* Yogjakarta UGM Press.1997: 21-26.

Mangan Y. 2003. *Cara Bijak Menaklukan Kanker*. Depok : PT Agromedia Pustaka.

Mega Antara, Suwi Yoga, Suastika (2008) Ekspresi p53 pada Kanker Serviks Terinfeksi Human Papilloma Virus tipe 16 dan 18: Studi Cross Sectional Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana/Rumah Sakit Sanglah Denpasar

Megadhana. 2004. *Kanker serviks.* Diakses : 20 November 2008 http://himapid.blogspot.com/2008/10/kanker-leher-rahim-kanker-serviks.html

Murti B. 1996. *Penerapan Metode Statistik Non-Parametrik dalam Ilmu- Ilmu Kesehatan*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.

Murti B. 1997. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi.* Edisi 1. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.

Murti B. 2006. *Desain dan Ukuran Sampel Untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan.* Yogyakarta : UGM Press.

Notoatmodjo S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.

Notodiharjo R. 2002. *Reproduksi, Kontrasepsi, dan Keluarga Berencana*. Yogyakarta : Kanisius.

Nurrochmi E. 2001. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Anggota Persatuan Isteri TNI AD Terhadap Upaya Deteksi Dini Kanker Leher Rahim di Denkavkud Bandung.* (Karya Tulis Ilmiah) Yogyakarta : UGM.

Petitti DB. 2003. *Combination estrogen-progestin oral contraceptives*. Diakses : 2 Mei 2008. http : // www. health . org/ contraceptives/oral/html-35k

Rachmadahniar. 2005. *Dukungan Suami terhadap Partisipasi Wanita dalam Program Skrining Kanker Leher Rahim di Biro Konsultasi Kanker Yayasan Kucala Yogyakarta.*(Tesis) Yogyakarta : UGM.

Rasjidi I., Sulistiyanto H. 2007. *Vaksin Human Papilloma Virus dan Eradikasi Kanker Mulut Rahim.* Jakarta : Sagung Seto.

Sarmiati. 2008. *Askeb ANC, Sadari, Breast Care, dan IVA/Pap Smear* . Medan : AKBID Helvetia.

Sawaya, G.F., McConnell, K.J., Kulasingam, S.L. 2003. *Risk of Cervical Cancer Associated With Extending the Interval Between Cervical-Cancer Screenings*. N. Engl. Med. J, 67 : 349-416.

Schift, M., Miller, J., Masuk, M., et al. 2000. *Contraceptive and reproductive risk factors for cervical intraepithelial neoplasia in American Indian women.* Int. J. Epid, 29: 983-998.

Suharto O. 2007. *Hubungan Antara Karakteristik Ibu Dengan Partisipasi Ibu Melakukan Pemeriksaan Papsmear di Klinik Adhiwarga PKBI Yogyakarta.* (Skripsi) Yogyakarta : Universitas Ahmad Dahlan.

Wiknyosastro H. 1997. *Ilmu Kandungan.* Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo.

LAMPIRAN

Pernyataan Kesediaan Menjadi Responden

Penelitian yang berjudul

FAKTOR- FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN KANKER LEHER RAHIM DI RSUD DR. MOEWARDI SURAKARTA

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Bersedia dengan sukarela menjadi responden penelitian FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN KANKER LEHER RAHIM DI RSUD DR. MOEWARDI SURAKARTA

Demikian pernyataan ini kami buat dengan sesungguhnya tanpa ada tekanan dari pihak siapapun.

Surakarta, ...Juli 2008
Yang menyatakan,
Responden

_____
TT dan nama terang

PEDOMAN WAWANCARA PENELITIAN
FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN KANKER LEHER RAHIM
DI RSUD DR. MOEWARDI SURAKARTA

I. Identitas Responden

1. No Responden :.....

2. Tanggal Wawancara :.....

3. Nama :.....

4. Umur : .....

5. Alamat :.....

6. Pendidikan : a. Tamat Perguruan tinggi/ akademi

b. Tamat SLTA

c. Tamat SLTP

d. Tamat SD

e. Tidak tamat SD

f. Tidak sekolah

5. Pekerjaan : a. TNI/ POLRI

b. PNS

c. Pegawai Swasta

d. Pedagang/ tani

e. Tidak bekerja

II. Riwayat Penyakit

(Berdasarkan data dari bagian Rekam Medik RSUD Dr. Moewardi Surakarta).

1. Apakah Anda didiagnosis kanker leher rahim?
   a. Ya
   b. Tidak
2. Jika ya, sejak kapan Anda didiagnosis kanker leher rahim?

   Tanggal/ Bulan/ Tahun
3. Pada usia berapa Anda didiagnosis kanker leher rahim?
   a. ≤ 35 tahun
   b. > 35 tahun
4. Pada saat Anda memeriksakan diri ke dokter untuk pertama kali, Anda terdiagnosis kanker leher rahim pada stadium berapa? .....
5. Sudah berapa lama Anda menderita kanker leher rahim?

   Bulan/ Tahun
6. Apakah Anda selalu berobat jalan secara teratur?
   a. Ya
   b. Tidak
7. Jika ya, berapa minggu sekali atau berapa bulan sekali?

   Minggu/ Bulan

III. Riwayat Pernikahan

1. Bagaimana status pernikahan anda ?

   a. Menikah

   b. Belum menikah (langsung pertanyaan No. 4)

2. Berapa jumlah pernikahan (pasangan) yang pernah anda alami?

   a. ≤ 1

   b. > 1

3. Berapa umur anda ketika menikah?

   a. ≤ 20 tahun

   b. > 20 tahun

4. Jika sekarang Anda belum menikah, apakah Anda pernah mempunyai pasangan (pacar) sebelumnya?

   a. Ya

   b. Tidak

5. Jika ya, apakah anda pernah melakukan hubungan seksual dengan pasangan (pacar) anda sebelumnya?

   a. Ya

   b. Tidak

6. Pada umur berapa Anda pertama kali melakukan hubungan seksual?

   a. ≤ 20 tahun

   b. > 20 tahun

7. Apakah Anda pernah melahirkan ?

   a. Ya

   b. Tidak

8. Jika ya, berapakah jumlah paritas (jumlah kelahiran yang pernah Anda alami baik lahir hidup maupun lahir mati) ?

   a. ≤ 3 kali

   b. > 3 kali

III. Riwayat Pemakaian Alat Kontrasepsi

1. Apakah saat ini Anda menggunakan pil KB ?

   a. Ya

   b. Tidak (langsung pertanyaan No.3)

2. Jika ya, sudah berapa lama anda menggunakannya?

   a. ≤ 4 tahun

   b. > 4 tahun

3. Jika sekarang anda tidak menggunakan pil KB, apakah pernah menggunakan pil KB sebelumnya?

   a. Ya

   b. Tidak

4. Jika ya, berapa lama Anda menggunakan pil KB?

   Bulan/ Tahun

5. Jika dulu pernah menggunakan pil KB, kapan Anda mulai berhenti menggunakannya?

   Sejak tahun.....bulan.....

Frequency Table

Nama Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	aisyah	1	2,1	2,1	2,1
	daminem	1	2,1	2,1	4,2
	dwipuji	1	2,1	2,1	6,3
	endang	1	2,1	2,1	8,3
	erni	1	2,1	2,1	10,4
	fauzi	1	2,1	2,1	12,5
	giyem	1	2,1	2,1	14,6
	indri	1	2,1	2,1	16,7
	kasiyem	1	2,1	2,1	18,8
	kulkiyah	1	2,1	2,1	20,8
	lestari	1	2,1	2,1	22,9
	nira	1	2,1	2,1	25,0
	paikem	1	2,1	2,1	27,1
	parjiyem	1	2,1	2,1	29,2
	poniyah	1	2,1	2,1	31,3
	rahma	1	2,1	2,1	33,3
	retno w	1	2,1	2,1	35,4
	rukini	1	2,1	2,1	37,5
	rusmini	1	2,1	2,1	39,6
	sanyatm	1	2,1	2,1	41,7
	sariyem	1	2,1	2,1	43,8
	siswatini	1	2,1	2,1	45,8
	siti R	1	2,1	2,1	47,9
	sri komaria	1	2,1	2,1	50,0
	sri mujiati	1	2,1	2,1	52,1
	sri narimah	1	2,1	2,1	54,2
	sri utami	1	2,1	2,1	56,3
	srijami	1	2,1	2,1	58,3
	srikamt	1	2,1	2,1	60,4
	sriyani	1	2,1	2,1	62,5
	suharni	1	2,1	2,1	64,6
	sukamti	1	2,1	2,1	66,7
	sukartinah	1	2,1	2,1	68,8
	sukini	1	2,1	2,1	70,8
	sulastri	2	4,2	4,2	75,0
	sulis	1	2,1	2,1	77,1
	sumarni	1	2,1	2,1	79,2
	sumiati	1	2,1	2,1	81,3
	sumini	1	2,1	2,1	83,3
	sunti	1	2,1	2,1	85,4
	suprihatin	1	2,1	2,1	87,5
	sutri	1	2,1	2,1	89,6
	tarni	1	2,1	2,1	91,7
	triwahy	1	2,1	2,1	93,8
	waginem	1	2,1	2,1	95,8
	widuri	1	2,1	2,1	97,9
	yatmi	1	2,1	2,1	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Umur Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30	1	2,1	2,1	2,1
	32	1	2,1	2,1	4,2
	34	1	2,1	2,1	6,3
	35	1	2,1	2,1	8,3
	39	1	2,1	2,1	10,4
	40	3	6,3	6,3	16,7
	42	4	8,3	8,3	25,0
	43	1	2,1	2,1	27,1
	45	4	8,3	8,3	35,4
	46	1	2,1	2,1	37,5
	47	5	10,4	10,4	47,9
	48	2	4,2	4,2	52,1
	49	3	6,3	6,3	58,3
	50	6	12,5	12,5	70,8
	51	2	4,2	4,2	75,0
	52	1	2,1	2,1	77,1
	53	3	6,3	6,3	83,3
	57	2	4,2	4,2	87,5
	58	1	2,1	2,1	89,6
	59	1	2,1	2,1	91,7
	60	2	4,2	4,2	95,8
	66	1	2,1	2,1	97,9
	67	1	2,1	2,1	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Pendidikan Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SLTA	12	25,0	25,0	25,0
	SLTP	16	33,3	33,3	58,3
	SD	20	41,7	41,7	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Pekerjaan Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Petani	48	100,0	100,0	100,0

Kanker Leher Rahim

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	24	50,0	50,0	50,0
	tidak	24	50,0	50,0	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Waktu Diagnosis Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kontrol	24	50,0	50,0	50,0
	<3 bulan	24	50,0	50,0	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Usia Diagnosis Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	> 35 tahun	33	68,8	68,8	68,8
	<= 35 tahun	15	31,3	31,3	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Stadium kanker leher rahim Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kontrol	24	50,0	50,0	50,0
	stadium I	24	50,0	50,0	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Lama Menderita Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kontrol	24	50,0	50,0	50,0
	<3 bulan	24	50,0	50,0	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Keteraturan Berobat Jalan Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	43	89,6	89,6	89,6
	ya	5	10,4	10,4	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Frekuensi Berobat responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	teratur	24	50,0	50,0	50,0
	tidak teratur	24	50,0	50,0	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Status Pernikahan Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	menikah	48	100,0	100,0	100,0

Jumlah Pernikahan Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<=1	47	97,9	97,9	97,9
	>1	1	2,1	2,1	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Umur Pertama Menikah Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<= 20 tahun	35	72,9	72,9	72,9
	> 20 tahun	13	27,1	27,1	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Pasangan Responden Sebelumnya

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	48	100,0	100,0	100,0

Hubungan Seks Sebelumnya

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	48	100,0	100,0	100,0

Umur Hubungan Seks Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>20 tahun	15	31,3	31,3	31,3
	<=20 tahun	33	68,8	68,8	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Melahirkan Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	48	100,0	100,0	100,0

Paritas Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>3 kali	38	79,2	79,2	79,2
	<=3 kali	10	20,8	20,8	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Penggunaan Pil KB Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	35	72,9	72,9	72,9
	tidak	13	27,1	27,1	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Lamanya Penggunaan Pil KB

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<=4 tahun	23	47,9	47,9	47,9
	>4 tahun	25	52,1	52,1	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Riwayat Penggunaan Pil KB

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	25	52,1	52,1	52,1
	ya	23	47,9	47,9	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Lamanya Penggunaan Pil KB

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<=4 tahun	26	54,2	54,2	54,2
	>4 tahun	22	45,8	45,8	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Usia Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	> 35 tahun	39	81,3	81,3	81,3
	<= 35 tahun	9	18,8	18,8	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Uji Normalitas

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Umur Responden
N		48
Normal Parameters [a,b]	Mean	47,96
	Std. Deviation	7,887
Most Extreme Differences	Absolute	,106
	Positive	,106
	Negative	-,083
Kolmogorov-Smirnov Z		,736
Asymp. Sig. (2-tailed)		,651

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Pendidikan Responden
N		48
Normal Parameters [a,b]	Mean	3,17
	Std. Deviation	,808
Most Extreme Differences	Absolute	,266
	Positive	,176
	Negative	-,266
Kolmogorov-Smirnov Z		1,840
Asymp. Sig. (2-tailed)		,002

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Pekerjaan Responden
N		48
Normal Parameters[a,b]	Mean	4,00
	Std. Deviation	,000[c]

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. The distribution has no variance for this variable. One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test cannot be performed.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Ca Serviks
N		48
Normal Parameters[a,b]	Mean	1,50
	Std. Deviation	,505
Most Extreme Differences	Absolute	,339
	Positive	,339
	Negative	-,339
Kolmogorov-Smirnov Z		2,347
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Waktu Diagnosis Responden
N		48
Normal Parameters [a,b]	Mean	,50
	Std. Deviation	,505
Most Extreme Differences	Absolute	,339
	Positive	,339
	Negative	-,339
Kolmogorov-Smirnov Z		2,347
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Usia Diagnosis Responden
N		48
Normal Parameters [a,b]	Mean	1,31
	Std. Deviation	,468
Most Extreme Differences	Absolute	,435
	Positive	,435
	Negative	-,252
Kolmogorov-Smirnov Z		3,015
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Stadium Ca Serviks Responden
N		48
Normal Parameters [a,b]	Mean	,50
	Std. Deviation	,505
Most Extreme Differences	Absolute	,339
	Positive	,339
	Negative	-,339
Kolmogorov-Smirnov Z		2,347
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Lama Menderita Responden
N		48
Normal Parameters [a,b]	Mean	,50
	Std. Deviation	,505
Most Extreme Differences	Absolute	,339
	Positive	,339
	Negative	-,339
Kolmogorov-Smirnov Z		2,347
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Keteraturan Berobat Jalan Responden
N		48
Normal Parameters [a,b]	Mean	,10
	Std. Deviation	,309
Most Extreme Differences	Absolute	,528
	Positive	,528
	Negative	-,368
Kolmogorov-Smirnov Z		3,658
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Frekuensi Berobat responden
N		48
Normal Parameters [a,b]	Mean	,50
	Std. Deviation	,505
Most Extreme Differences	Absolute	,339
	Positive	,339
	Negative	-,339
Kolmogorov-Smirnov Z		2,347
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Status Pernikahan Responden
N		48
Normal Parameters[a,b]	Mean	1,00
	Std. Deviation	,000[c]

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. The distribution has no variance for this variable. One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test cannot be performed.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Jumlah Pernikahan Responden
N		48
Normal Parameters[a,b]	Mean	,02
	Std. Deviation	,144
Most Extreme Differences	Absolute	,537
	Positive	,537
	Negative	-,443
Kolmogorov-Smirnov Z		3,717
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Umur Pertama Menikah Responden
N		48
Normal Parameters[a,b]	Mean	1,25
	Std. Deviation	,438
Most Extreme Differences	Absolute	,466
	Positive	,466
	Negative	-,284
Kolmogorov-Smirnov Z		3,229
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Pasangan Responden Sebelumnya
N		48
Normal Parameters[a,b]	Mean	,00
	Std. Deviation	,000[c]

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. The distribution has no variance for this variable. One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test cannot be performed.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Hubungan Seks Sebelumnya
N		48
Normal Parameters[a,b]	Mean	,00
	Std. Deviation	,000[c]

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. The distribution has no variance for this variable. One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test cannot be performed.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Umur Hubungan Seks Responden
N		48
Normal Parameters[a,b]	Mean	,69
	Std. Deviation	,468
Most Extreme Differences	Absolute	,435
	Positive	,252
	Negative	-,435
Kolmogorov-Smirnov Z		3,015
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Melahirkan Responden
N		48
Normal Parameters[a,b]	Mean	1,00
	Std. Deviation	,000[c]

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. The distribution has no variance for this variable. One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test cannot be performed.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Paritas Responden
N		48
Normal Parameters[a,b]	Mean	1,21
	Std. Deviation	,410
Most Extreme Differences	Absolute	,486
	Positive	,486
	Negative	-,306
Kolmogorov-Smirnov Z		3,366
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Penggunaan Pil KB Responden
N		48
Normal Parameters [a,b]	Mean	1,25
	Std. Deviation	,438
Most Extreme Differences	Absolute	,466
	Positive	,466
	Negative	-,284
Kolmogorov-Smirnov Z		3,229
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Lamanya Penggunaan Pil KB
N		48
Normal Parameters [a,b]	Mean	,52
	Std. Deviation	,505
Most Extreme Differences	Absolute	,350
	Positive	,328
	Negative	-,350
Kolmogorov-Smirnov Z		2,422
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Riwayat Penggunaan Pil KB
N		48
Normal Parameters [a,b]	Mean	,48
	Std. Deviation	,505
Most Extreme Differences	Absolute	,350
	Positive	,350
	Negative	-,328
Kolmogorov-Smirnov Z		2,422
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Lamanya Penggunaan Pil KB
N		48
Normal Parameters [a,b]	Mean	,46
	Std. Deviation	,504
Most Extreme Differences	Absolute	,360
	Positive	,360
	Negative	-,317
Kolmogorov-Smirnov Z		2,496
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Usia Responden
N		48
Normal Parameters [a,b]	Mean	1,19
	Std. Deviation	,394
Most Extreme Differences	Absolute	,495
	Positive	,495
	Negative	-,317
Kolmogorov-Smirnov Z		3,431
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Hubungan Usia Responden dengan kanker leher rahim

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia Diagnosis Responden * Kanker Leher Rahim	48	100,0%	0	,0%	48	100,0%

Usia Diagnosis Responden * Kanker Leher Rahim Crosstabulation

			Kanker Leher Rahim		
			ya	tidak	Total
Usia Diagnosis Responden	> 35 tahun	Count	20	13	33
		% within Usia Diagnosis Responden	60,6%	39,4%	100,0%
	<= 35 tahun	Count	4	11	15
		% within Usia Diagnosis Responden	26,7%	73,3%	100,0%
Total		Count	24	24	48
		% within Usia Diagnosis Responden	50,0%	50,0%	100,0%

Chi-Square Tests[d]

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4,752[b]	1	,029	,060	,030	
Continuity Correction[a]	3,491	1	,062			
Likelihood Ratio	4,893	1	,027	,060	,030	
Fisher's Exact Test				,060	,030	
Linear-by-Linear Association	4,653[c]	1	,031	,060	,030	,024
N of Valid Cases	48					

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,50.

c. The standardized statistic is 2,157.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.	Monte Carlo Sig.		
				Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,300	,029	,060[c]	,055	,064
N of Valid Cases		48				

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia Diagnosis Responden (> 35 tahun / <= 35 tahun)	4,231	1,107	16,167
For cohort Kanker Leher Rahim = ya	2,273	,940	5,497
For cohort Kanker Leher Rahim = tidak	,537	,319	,905
N of Valid Cases	48		

Hubungan Umur Pertama Menikah dengan kanker leher rahim
Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Umur Pertama Menikah Responden * Kanker Leher Rahim	48	100,0%	0	,0%	48	100,0%

Umur Pertama Menikah Responden * Kanker Leher Rahim Crosstabulation

			Kanker Leher Rahim		Total
			ya	tidak	
Umur Pertama Menikah Responden	<= 20 tahun	Count	21	14	35
		% within Umur Pertama Menikah Responden	60,0%	40,0%	100,0%
	> 20 tahun	Count	3	10	13
		% within Umur Pertama Menikah Responden	23,1%	76,9%	100,0%
Total		Count	24	24	48
		% within Umur Pertama Menikah Responden	50,0%	50,0%	100,0%

Chi-Square Tests[d]

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	5,169[b]	1	,023	,049	,024	
Continuity Correction[a]	3,798	1	,051			
Likelihood Ratio	5,386	1	,020	,049	,024	
Fisher's Exact Test				,049	,024	
Linear-by-Linear Association	5,062[c]	1	,024	,049	,024	,021
N of Valid Cases	48					

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,50.

c. The standardized statistic is 2,250.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Symmetric Measures

				Monte Carlo Sig.		
					95% Confidence Interval	
		Value	Approx. Sig.	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,312	,023	,051[c]	,046	,055
N of Valid Cases		48				

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Umur Pertama Menikah Responden (<= 20 tahun / > 20 tahun)	5,000	1,165	21,459
For cohort Kanker Leher Rahim = ya	2,600	,929	7,273
For cohort Kanker Leher Rahim = tidak	,520	,314	,860
N of Valid Cases	48		

Hubungan Paritas dengan kanker leher rahim
Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Paritas Responden * Kanker Leher Rahim	48	100,0%	0	,0%	48	100,0%

Paritas Responden * Kanker Leher Rahim Crosstabulation

			Kanker Leher Rahim		Total
			ya	tidak	
Paritas Responden	>3 kali	Count	22	16	38
		% within Paritas Responden	57,9%	42,1%	100,0%
	<=3 kali	Count	2	8	10
		% within Paritas Responden	20,0%	80,0%	100,0%
Total		Count	24	24	48
		% within Paritas Responden	50,0%	50,0%	100,0%

Chi-Square Tests[d]

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4,547[b]	1	,033	,072	,036	
Continuity Correction[a]	3,158	1	,076			
Likelihood Ratio	4,806	1	,028	,072	,036	
Fisher's Exact Test				,072	,036	
Linear-by-Linear Association	4,453[c]	1	,035	,072	,036	,031
N of Valid Cases	48					

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,00.

c. The standardized statistic is 2,110.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.	Monte Carlo Sig.		
				Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,294	,033	,075[c]	,070	,080
N of Valid Cases		48				

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1314643744.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Paritas Responden (>3 kali / <=3 kali)	5,500	1,027	29,451
For cohort Kanker Leher Rahim = ya	2,895	,814	10,296
For cohort Kanker Leher Rahim = tidak	,526	,324	,855
N of Valid Cases	48		

Hubungan Penggunaan Pil KB dengan kanker leher rahim
Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penggunaan Pil KB Responden * Kanker Leher Rahim	48	100,0%	0	,0%	48	100,0%

Penggunaan Pil KB Responden * Kanker Leher Rahim Crosstabulation

			Kanker Leher Rahim		Total
			ya	tidak	
Penggunaan Pil KB Responden	ya	Count	14	21	35
		% within Penggunaan Pil KB Responden	40,0%	60,0%	100,0%
	tidak	Count	10	3	13
		% within Penggunaan Pil KB Responden	76,9%	23,1%	100,0%
Total		Count	24	24	48
		% within Penggunaan Pil KB Responden	50,0%	50,0%	100,0%

Chi-Square Tests[d]

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	5,169[b]	1	,023	,049	,024	
Continuity Correction[a]	3,798	1	,051			
Likelihood Ratio	5,386	1	,020	,049	,024	
Fisher's Exact Test				,049	,024	
Linear-by-Linear Association	5,062[c]	1	,024	,049	,024	,021
N of Valid Cases	48					

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,50.

c. The standardized statistic is -2,250.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.	Monte Carlo Sig.		
				Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,312	,023	,048[c]	,044	,053
N of Valid Cases		48				

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1585587178.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Penggunaan Pil KB Responden (ya / tidak)	,200	,047	,858
For cohort Kanker Leher Rahim = ya	,520	,314	,860
For cohort Kanker Leher Rahim = tidak	2,600	,929	7,273
N of Valid Cases	48		