

**HUBUNGAN FAKTOR SOSIODEMOGRAFI DENGAN  
PENGUNAAN PENGOBATAN KOMPLEMENTER-  
ALTERNATIF PADA PASIEN KANKER PAYUDARA**

**(Suatu Studi secara Kuantitatif dan Kualitatif)**



Oleh :  
**Tengku Sri Wahyuni**  
NPM : 131020090030

**TESIS**

Untuk memenuhi salah satu syarat ujian  
guna memperoleh gelar Magister Kebidanan  
Program Pendidikan Magister Program Studi Ilmu Kebidanan

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS PADJADJARAN**

**2011**

**HUBUNGAN FAKTOR SOSIODEMOGRAFI DENGAN  
PENGUNAAN PENGOBATAN KOMPLEMENTER-  
ALTERNATIF PADA PASIEN KANKER PAYUDARA**

**(Suatu Studi secara Kuantitatif dan Kualitatif)**

**Oleh :  
Tengku Sri Wahyuni  
NPM : 131020090030**

**TESIS**

**Untuk memenuhi salah satu syarat ujian  
guna memperoleh gelar Magister Kebidanan  
Program Pendidikan Magister Program Studi Ilmu Kebidanan**



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS PADJADJARAN**

**2011**

**HUBUNGAN FAKTOR SOSIODEMOGRAFI DENGAN  
PENGUNAAN PENGOBATAN KOMPLEMENTER-  
ALTERNATIF PADA PASIEN KANKER PAYUDARA**

**(Suatu Studi secara Kuantitatif dan Kualitatif)**

**Oleh:  
Tengku Sri Wahyuni  
NPM: 131020090030**

**TESIS**

**Untuk memenuhi salah satu syarat ujian  
guna memperoleh gelar Magister Kebidanan  
Pada Program Magister Ilmu Kebidanan  
Tesis ini telah disetujui oleh Tim Pembimbing pada tanggal  
seperti tertera dibawah ini**

**Bandung, 5 Mei 2011**



**Prof. Dr. Herri S. Sastramihardja, dr., Sp.FK(K)**  
Ketua Tim Pembimbing

**Dr. Supriadi Gandamiharja, dr., SpOG(K)**  
Anggota Tim Pembimbing

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya tulis saya, Tesis ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik (sarjana, magister, dan/atau doktor), baik dari Universitas Padjadjaran maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan, dan peneitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasi orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung, Mei 2011

Yang membuat pernyataan,

(Tengku Sri Wahyuni)  
NPM. 131020090030

## ABSTRAK

Penggunaan pengobatan komplementer-alternatif (PKA) pada pasien kanker di seluruh dunia cukup tinggi. Penelitian di negara maju menemukan proporsi pasien kanker yang menggunakan PKA sebanyak 7-83%. Penggunaan PKA pada pasien kanker payudara diperkirakan mencapai 75% dan stadium kanker serta faktor sosiodemografi selalu ditemukan berhubungan dengan penggunaan PKA. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui proporsi, pola penggunaan PKA dan hubungan faktor sosiodemografi dengan penggunaan pengobatan komplementer alternatif pada pasien kanker payudara di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan.

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dan kualitatif dengan rancangan *cross-sectional*. Subjek dalam penelitian ini adalah semua pasien dengan diagnosis kanker payudara yang mendapat pengobatan di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan. Jumlah sampel sebanyak 73, ditentukan dengan cara *consecutive sampling*. Analisis data kuantitatif terdiri dari analisis univariabel, analisis bivariabel menggunakan uji *chi-square*, dan multivariabel menggunakan regresi logistik dengan tingkat kemaknaan  $p < 0,05$ . Analisis data kualitatif dilakukan dengan cara mendeskripsikan.

Hasil penelitian menemukan bahwa 67,1% subjek penelitian menggunakan PKA. Jenis PKA yang paling banyak digunakan adalah pengobatan farmakologi dan biologi dengan herbal 93,9% dan alasan penggunaan PKA yang paling banyak disampaikan pasien kanker payudara adalah untuk mengobati kanker 79,6%. Informasi tentang PKA paling banyak di dapatkan dari keluarga 59,2%. Hasil analisis bivariabel dan multivarabel mendapatkan umur merupakan faktor sosiodemografi yang berhubungan dengan penggunaan PKA OR= 0,495 (95% CI= 0,248-0,987,  $p < 0,05$ ).

Pasien kanker payudara terbanyak pada kelompok umur 40-49 tahun dengan proporsi penggunaan PKA yang cukup tinggi. Jenis pengobatan farmakologi dan biologi paling banyak digunakan dengan alasan penggunaan untuk mengobati kanker, sedangkan sumber informasi yang paling banyak adalah dari keluarga. Faktor sosiodemografi: tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan keluarga, status pernikahan dan agama tidak berhubungan dengan penggunaan PKA kecuali faktor umur. Pasien kanker payudara yang menggunakan PKA mendapatkannya di luar RS dan mereka tidak mengkomunikasikannya dengan tenaga kesehatan yang memberikan perawatan. Tenaga PKA yang memberikan pelayanan belum sesuai dengan peraturan yang mengatur tentang penyelenggaraan PKA.

**Kata kunci:** sosiodemografi, pengobatan komplementer alternatif, kanker payudara.

## ABSTRACT

*Using of complementary-alternative therapies (ACT) for cancer patient is relatively high in the world nowadays. Researches in developed country have found that the proportion of people using ACT is 7-83. The use of ACT in breast cancer patients was estimated to reach up to 75%. However, cancer stadium and the social demography factor are always found related to the use of ACT. The purpose of this research was to find out proportion, pattern use ACT and the relentionship between social demography factor with ACT of breast cancer patients in Adam Malik Public Hospital and Dr. Pirngadi Public Hospital Medan.*

*The method of this study is qualitative and quantitative method conducted by using cross sectional design. The subjectc of this study are breast cancer diagnosed patient treated in Adam Malik Public Hospital and Pringadi Public Hospital Medan. The sample is 73 patients determined by consecutive sampling. Quantitative data analysis consists of univariable analysis, bivariable analysis with chi-square analysis, and multivariable using logistic regression with p value  $p < 0,05$ . Qualitative data analysis was done with description.*

*The results shows that 67,1% out of 73 research subject used ACT. The form of ACT which the most used is pharmacology and biology 93,9% and with main reason to treat the cancer 79,6%. Most information resources are about complementary-alternative therapies from their family 59,2%. The results of bivariable and multivariable analysis shows that age is the only social demography factor which has relationship with the use of complementary-alternative therapies  $OR= 0,495$  (95%  $CI= 0,248-0,987$ ,  $p < 0,05$ ).*

*The conclusion reveals that most breast cancer patients are at the age of 40-49 with the proportion of relatively high usage of ACT. The form of ACT which the most used is pharmacology and biology, with main reason to treat the cancer, and most information resources are about complementary-alternative therapies from their family. Social demography factor: education, employment status, family income, marital status and religion does not have the relationship with ACT except age factor. The usage of ACT by the breast cancer patient is found out of the public hospital and is not communicated with paramedics that give the nursing of therapy. The complementary-alternative medicine therapist has not been suitable service with the rule that arrange about ACT.*

**Keywords:** *social demography complementary-alternative therapies, breast cancer*

## KATA PENGANTAR

Puji syukur Alhamdulillah, segala puji bagi Allah Yang Maha Kuasa yang telah memberikan kekuatan dan petunjuk kepada penulis, sehingga mampu menyelesaikan tesis ini tepat waktu dengan judul **”Hubungan faktor sosiodemografi dan penggunaan pengobatan komplementer-alternatif pada pasien kanker payudara”**. Penulis tertarik memilih judul tersebut untuk diteliti karena insiden kanker payudara yang terus meningkat dan tingginya penggunaan Pengobatan Komplementer-Alternatif (PKA) pada pasien kanker payudara. Selain itu, ketertarikan peneliti juga didukung dengan adanya peraturan Menteri Kesehatan tentang penyelenggaraan PKA.

Kesulitan utama yang dirasakan penulis dalam penyusunan penelitian ini adalah terbatasnya referensi dengan menggunakan metode penelitian kuantitatif dan kualitatif secara bersamaan terkait dengan penelitian yang serupa. Pada saat wawancara untuk pengambilan data kualitatif, membutuhkan waktu yang relatif lama karena peneliti harus menciptakan hubungan interpersonal yang baik terlebih dahulu dengan para responden. Berbagai tingkat pendidikan dan kemampuan pemahaman yang berbeda-beda dari responden juga merupakan suatu tantangan bagi peneliti untuk mampu menggunakan cara dan bahasa yang dapat dipahami oleh responden.

Penulis menyadari bahwa penyelesaian tesis ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada yang terhormat Prof. Dr. Ganjar Kurnia, Ir., DEA., selaku Rektor Universitas Padjadjaran serta Prof. Dr. med. Tri Hanggono Achmad, dr., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung.

Penulis juga menyampaikan terimakasih kepada Prof. Dr. H. Mahfud Arifin, MS selaku Direktur Pascasarjana Universitas Padjadjaran Bandung, Prof. Dr. Firman F. Wirakusumah, dr., SpOG(K), selaku Koordinator Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung, Prof. Dr. Jusuf S. Effendi, dr.,

SpOG(K), selaku Ketua Program Magister Kebidanan Universitas Padjadjaran Bandung sampai pada tahun ajaran 2009/2010 dan Dr. Anita D. Anwar, dr., SpOG(K), selaku Ketua Program Magister Kebidanan Universitas Padjadjaran Bandung pada saat ini.

Penulis juga menghaturkan terima kasih yang tak terhingga kepada Prof. Dr. Herri S. Sastramihardja, dr., Sp.FK(K), selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu, memberikan dukungan moral, bimbingan dan arahan demi terselesainya penyusunan tesis ini serta terimakasih kepada Dr. Supriadi Gandamiharja, dr., SpOG(K) selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu, memberikan arahan dan masukan yang sangat berarti demi terselesainya tesis ini.

Terimakasih juga penulis haturkan kepada Prof. Dr. M. Nurhalim Shahib, dr., MS selaku ketua sidang, Prof. Dr. Ieva B Akbar, dr., AIF, Prof. Dr. Johannes C. Mose, dr., Sp OG(K), Dr. Hadyana Sukandar, Drs., MSc dan Dr. Sutarya Enus, dr., Sp M(K), M.Kes, selaku penguji sejak sidang usulan penelitian sampai sidang tesis ini. Kritik dan saran yang membangun sangat banyak penulis peroleh dari seluruh penguji dan itu sangat berarti dalam menyempurnakan hasil tesis ini.

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Ir. Zuraidah Nasution, MKes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan, Yusliana Nainggolan, SPd, Mkes, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Medan, dan Juliani Purba, Akp. MM selaku Ketua Program Studi Pendidikan Kebidanan Pematangsiantar di Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan.

Penulis juga menyampaikan terimakasih kepada Azwan Hakmi Lubis, dr., Sp.A, M.Kes selaku Direktur RSUP Haji Adam Malik dan Dewi Fauziah Syahnan, dr., Sp.THT selaku Direktur RSUD Dr. Pirngadi Medan yang telah memberikan izin kepada penulis untuk dapat melakukan penelitian ini. Terimakasih juga buat seluruh staf pegawai dan para responden di masing-masing RS tempat penelitian yang telah banyak membantu penulis dalam mengumpulkan data dalam penelitian ini.



Teristimewa untuk kedua orangtua saya terkasih, ibunda Hj. Tengku Asmah Rusy dan ayahanda H. Tengku Syahril Elizar, serta seluruh keluarga besar saya, terima kasih atas segala bantuan dan doanya yang tiada putus. Terima kasih kepada teman-teman seperjuangan mahasiswa S2 Kebidanan angkatan IV yang saling memberikan penguatan dalam penyusunan tesis ini serta ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada sekretariat yang selama ini memfasilitasi kami dari mulai proses pembelajaran sampai penyelesaian penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini tidak lepas dari kekurangan, oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi perbaikan isi tesis ini. Akhirnya penulis berharap semoga tesis ini dapat berguna dan bermanfaat bagi pihak-pihak yang berkepentingan. Semoga Allah swt selalu melimpahkan berkah dan rahmat-Nya bagi kita semua.

Bandung, Mei 2011

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>JUDUL</b> .....	i
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	ii
<b>LEMBAR PERNYATAAN</b> .....	iii
<b>ABSTRAK</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xiii
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xiv
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1.    Latar Belakang	1
.....	
1.2.    Rumusan Masalah	6
.....	
1.3.    Tujuan Penelitian	6
.....	

1.4.	Kegunaan	7
	Penelitian.....	
<b>BAB II</b>	<b>KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS.....</b>	<b>8</b>
2.1	Kajian Pustaka.....	8
2.1.1	Kanker Payudara.....	8
2.1.2	Pengobatan Komplementer Alternatif.....	23
2.1.3	Sosiodemografi.....	32
2.2	Kerangka Pemikiran .....	38
2.3	Hipotesis .....	43
<b>BAB III</b>	<b>SUBJEK /OBJEK DAN METODE PENELITIAN .....</b>	<b>44</b>
3.1	Subjek dan Objek Penelitian .....	44
3.2	Metode Penelitian.....	45
3.2.1	Rancangan Penelitian.....	45
3.2.2	Identifikasi Variabel.....	45
3.2.3	Defenisi Operasional.....	45
3.2.4	Populasi dan Sampel.....	48
3.2.5	Tehnik Pengumpulan Data.....	49
3.2.6	Metode Pengolahan Data dan Analisis.....	51
3.2.7	Tempat dan Waktu Penelitian.....	53
3.2.8	Implikasi/Aspek Etik Penelitian .....	55

<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>58</b>
4.1 Hasil Penelitian.....	58
4.1.1 Data Kuantitatif.....	59
4.1.2 Data Kualitatif.....	70
4.2. Pengujian Hipotesis.....	79
4.3 Pembahasan Hasil Penelitian.....	81
4.3.1 Faktor Sosiodemografi.....	81
4.3.2 Pola Penggunaan PKA pada Pasien Kanker Payudara.....	95
4.3.3 Keterbatasan Penelitian.....	106
<b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>108</b>
5.1 Simpulan.....	108
5.1.1 Simpulan Umum.....	108
5.1.2 Simpulan Khusus.....	108
5.2 Saran.....	109
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>111</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel</b>	<b>Halaman</b>
2.1 Kanker Payudara berdasarkan Tipe dan Insidennya.....	11
3.1 Defenisi Operasional Variabel dan Cara Pengukurannya.....	46
4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Sosiodemografi Responden.....	60
4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Penggunaan PKA.....	62
4.3 Distribusi Frekuensi Penggunaan PKA berdasarkan Jenis PKA.....	63
4.4 Distribusi Frekuensi Penggunaan PKA berdasarkan Alasan Penggunaan.....	64
4.5 Distribusi Frekuensi Penggunaan PKA Berdasarkan Sumber informasi.....	65
4.6 Hubungan Sosiodemografi dengan Penggunaan PKA pada Pasien Kanker Payudara.....	67
4.7 Analisis Regresi Logistik Ganda Hubungan Sosiodemografi dengan Penggunaan PKA pada Pasien Kanker Payudara.....	70

4.8	Riwayat penggunaan PKA oleh responden.....	71
-----	--	----

### DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar</b>		<b>Halaman</b>
2.1	Hasil Histologi dari beberapa Keadaan Payudara.....	11
2.2	<i>Stage</i> atau Stadium/ Tahap Kanker Payudara.....	15
2.3	<i>In breast-sparing surgery</i> .....	17
2.4	<i>In total (simple) mastectomy</i> .....	18
2.5	<i>Modified radikal mastectomy</i> .....	19
2.6	Kerangka Pemikiran Penggunaan Pengobatan Komplementer Alternatif pada Pasien Kanker Payudara.....	41

**DAFTAR SINGKATAN**

<i>ACT</i>	: <i>Complementer –Alternatif Therapies</i>
<i>AHRQ</i>	: <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
<i>CAM</i>	: <i>Complementantary-Alternatif Medicine</i>
<i>CI</i>	: <i>Confidence Interval</i>
<i>DCIS</i>	: <i>Ductal Carsinoma in Situ</i>
<i>EECP</i>	: <i>Enhance Edexternal Counterpulsation</i>
<i>HIV</i>	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
<i>IARC</i>	: <i>International Agency for Research on Cancer</i>
<i>IC</i>	: <i>Inhibitory Concentration</i>
Menkes	: Menteri Kesehatan
<i>MLM</i>	: <i>Multi Level Marketing</i>
<i>MRI</i>	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
<i>NCCAM</i>	: <i>National Center for Complementary and Alternative Medicine</i>

<i>NHIS</i>	: <i>National Health Interview Survey</i>
PER	: Peraturan
PERMENKES	: Peraturan Menteri Kesehatan
PKA	: Pengobatan Komplementer-Alternatif
RS	: Rumah Sakit
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
RSUP	: Rumah Sakit Umum Pusat
R.S.3,17-01-2011,I	: Responden yang sedang menggunakan PKA, no urut responden dalam wawancara, tanggal wawancara dilakukan, kode untuk RS (RSUP H. Adam Malik Medan)
R.P.11,24-01-2011,II	: Responden yang pernah menggunakan PKA, no urut responden dalam wawancara, tanggal wawancara dilakukan, kode untuk RS (RSUD Dr. Pirngadi Medan)
SD	: Sekolah Dasar
SIK-TPKA	: Surat Izin Kerja Tenaga Pengobatan Komplementer-Alternatif
SLTA	: Sekolah Lanjutan Tingkat Atas
SLTP	: Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SK	: Surat Keputusan
SUMUT	: Sumatera Utara
SUSENAS	: Survei Sosial Ekonomi Nasional
<i>SQF</i>	: <i>Sheng Qi Formula</i>



<i>SPSS</i>	: <i>Statistical Products and Solution Services</i>
UMP	: Upah Minimum Provinsi
<i>WHO</i>	: <i>World Health Organization</i>

### **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1	Surat Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 2	Surat Pernyataan Persetujuan untuk Ikut Serta Dalam Penelitian ( <i>Informed Consent</i> )
Lampiran 3	Kuesioner Penelitian
Lampiran 4	Daftar Pertanyaan untuk Wawancara
Lampiran 5	Daftar Riwayat Hidup
Lampiran 6	<i>Ethical Clearance</i>
Lampiran 7	Surat Ijin Penelitian
Lampiran 8	Surat Keterangan selesai melakukan Penelitian
Lampiran 9	Hasil Analisis Data



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kanker payudara adalah kanker yang paling umum pada perempuan di Amerika Serikat dan negara-negara maju di Eropa. Insiden dan angka kematian karena kanker ini terus meningkat setiap tahun diseluruh dunia. Berdasarkan data Globocan, *International Agency for Research on Cancer (IARC)* tahun 2008 diperkirakan ada 1,38 juta kasus baru yang terdiagnosis (23% dari semua kanker). Tingkat insidennya bervariasi dari 19,3 per 100.000 perempuan di Afrika Timur, 89,9 per 100.000 perempuan di Eropa Barat, dan lebih dari 80 per 100.000 di negara maju di dunia kecuali Jepang. Negara Jepang dan disebagian besar negara berkembang tingkat insiden kanker ini kurang dari 40 per 100.000.<sup>1-4</sup>

Di seluruh dunia angka kematian akibat kanker payudara antara tahun 1993-2001 adalah 13,2 per 100.000, mulai dari 8,8 di Asia dan 19,7 di Eropa. Pada tahun 2008 kisaran angka kematian sekitar 6-19 per 100.000 dan kanker ini menempati peringkat kelima penyebab kematian dari keseluruhan kanker (458.000 kematian). Pada perempuan di negara berkembang kanker payudara masih menjadi penyebab kematian paling sering (268.000 kematian atau 12,7% dari total kematian).<sup>2,4</sup>

Insiden kanker di Indonesia masih belum diketahui secara pasti karena belum ada registrasi kanker berbasis populasi yang dilaksanakan. Tetapi berdasarkan data Globocan, *IARC* 2002, didapatkan estimasi insiden kanker payudara di Indonesia

sebesar 26 per 100.000 dan meningkat pada tahun 2008 menjadi 36,2 per 100.000 (39.831 kasus) dan 18,6 per 100.000 (20.052 kematian). Tujuh puluh persen pasien kanker payudara datang ke pelayanan kesehatan setelah stadium lanjut.<sup>4,5</sup>

Pengobatan kanker masih merupakan tantangan bagi dunia kedokteran, terutama pengobatan pasien kanker stadium sedang dan lanjut. Target pengobatan pada mulanya menekankan pada eradikasi sel kanker, dengan patokan penyusutan ukuran tumor. Namun belakangan ini patokan beralih ke hal yang lebih bertumpu pada kondisi pasien secara holistik, seperti masa bebas progresi (*progression free survival*), masa bebas gangguan (*event free survival*) dan masa bebas penyakit (*disease free survival*).<sup>6</sup>

Di seluruh dunia penggunaan pengobatan komplementer-alternatif pada pasien kanker cukup tinggi. Kebutuhan untuk menggunakan pengobatan komplementer-alternatif (PKA) didorong oleh pencarian terapi yang dianggap lebih sesuai dengan nilai-nilai yang dianut seseorang, keyakinan, dan orientasi filosofis terhadap kesehatan dan hidup serta pada metode konvensional yang dianggap telah gagal untuk menyediakan solusi untuk penyakit tertentu, seperti infeksi *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* dan kanker.<sup>7-9</sup>

Sebagian pasien kanker tidak menghendaki pengobatan konvensional seperti operasi, radioterapi, kemoterapi, sehingga memilih PKA. Diperkirakan bahwa 30% sampai 50% dari populasi orang dewasa di negara-negara industri menggunakan salah satu atau lebih bentuk PKA. Penelitian di negara industri mendokumentasikan proporsi pasien kanker yang menggunakan PKA sebanyak 7-83% .<sup>6,9</sup>

Di China, sistem pengobatan kombinasi antara PKA dan pengobatan konvensional sudah menjadi sistem tersendiri. Kebijakan kombinasi PKA dan pengobatan konvensional itu telah berlaku di seluruh China bukan hanya untuk pengobatan kanker, tapi di semua bidang pelayanan kesehatan. Penelitian di Singapura menunjukkan bahwa proporsi penggunaan PKA yang tinggi, yakni mencapai angka 54,7% diantara pasien kanker. Hasil penelitian di Nigeria mengungkapkan angka penggunaan PKA pada pasien kanker mencapai 65% dan didominasi oleh perempuan dengan kanker payudara, urogenital, saluran pencernaan dan kanker pada jaringan lunak.<sup>6,8,9</sup>

Secara umum diakui bahwa perempuan dengan kanker payudara, adalah pengguna PKA yang tinggi dan diperkirakan mencapai 75%. Tingkat penggunaan PKA sangat bervariasi dipengaruhi dengan stadium kanker ketika terdiagnosis dan faktor sosiodemografi pasien. Usia yang lebih muda, berpendidikan, dan dari status ekonomi yang tinggi merupakan faktor sosiodemografi yang selalu ditemukan berhubungan dengan penggunaan pengobatan komplementer-alternatif pada beberapa penelitian.<sup>10-19</sup>

Alasan utama untuk menggunakan PKA adalah meningkatkan kelangsungan hidup, mengurangi efek pengobatan konvensional, detoksifikasi tubuh, meningkatkan kekebalan, meningkatkan kualitas hidup, membantu pengobatan konvensional, punya pengalaman yang buruk dengan pengobatan konvensional dan karena ketidakpuasan kepada tenaga kesehatan. Meskipun bukti yang ada tentang kemanjuran PKA dalam mengobati kanker masih kurang, penelitian-penelitian sebelumnya telah

menunjukkan bahwa pasien dengan kanker payudara masih menggunakan pengobatan komplementer-alternatif dengan harapan bahwa hal itu bisa menyembuhkan kanker.<sup>11-15,17-19</sup>

Di Indonesia PKA sudah banyak dilakukan selama lebih dari satu dekade dan dijadikan bahan analisis kajian dan penentuan kebijakan lebih lanjut tentang keamanan dan efektivitas PKA. Berdasarkan hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) tentang penggunaan pengobatan tradisional termasuk di dalamnya PKA yang meningkat dari tahun ke tahun (digunakan oleh 40 % penduduk Indonesia).<sup>20</sup>

Untuk mendukung penyelenggaraan PKA, Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 1076/Menkes/SK/2003 tentang pengobatan tradisional dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 1109/Menkes/PER/IX/2007 tentang penyelenggaraan pengobatan komplementer-alternatif di fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan Surat Keputusan Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik telah ditetapkan 12 (dua belas) Rumah Sakit Pendidikan yang melaksanakan pelayanan pengobatan komplementer-alternatif.<sup>20,21</sup>

Studi pendahuluan telah dilakukan di RSUP H. Adam Malik dan didapatkan data: jumlah kasus kanker payudara pada Januari-Desember 2009 ada 215 kasus dan pada Januari-Juni 2010 ada 157 kasus. Hasil wawancara singkat kepada 8 pasien kanker payudara diketahui 3 orang dari mereka hanya menggunakan pengobatan konvensional. Lima orang lagi menyatakan selain menggunakan pengobatan konvensional mereka juga menggunakan pengobatan komplementer-alternatif berupa

obat dari sinthe dan mikro nutrient yang dijual dengan cara *Multi Level Marketing (MLM)*.

Berangkat dari permasalahan di atas, maka yang menjadi tema sentral dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Pengobatan penyakit kanker payudara telah berkembang, akan tetapi angka kematiannya masih tinggi. Di Indonesia estimasi insiden kanker payudara sebesar 36,2 per 100.000 dengan angka kematian 18,6 per 100.000 perempuan. PKA telah banyak digunakan di beberapa negara sekalipun belum banyak ditemukan bukti ilmiah mengenai keamanan dan efektivitasnya. Penggunaan PKA sangat bervariasi dipengaruhi oleh stadium kanker ketika terdiagnosis dan faktor sosiodemografi pasien. Penelitian tentang pola penggunaan PKA serta faktor sosiodemografi yang berhubungan dengan penggunaan PKA pada pasien kanker payudara perlu dilakukan. Hasil yang diperoleh dari penelitian ini dapat digunakan sebagai informasi awal dalam menyelenggarakan program PKA bersama-sama di fasilitas kesehatan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 1109/Menkes/PER/IX/2007. Selain itu, penelitian ini juga dapat menjadi bahan masukan untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan pengobatan yang terbukti secara ilmiah bermanfaat dan aman. Di Provinsi Sumatera Utara belum pernah dilakukan penelitian tentang hal ini, oleh karena itu penelitian akan dilakukan di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang sudah diuraikan di atas dapat diidentifikasi bahwa rumusan masalah dalam penelitian terdiri dari:

1. Bagaimanakah proporsi penggunaan pengobatan komplementer alternatif pada pasien kanker payudara di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan?
2. Bagaimanakah pola penggunaan pengobatan komplementer alternatif pada pasien kanker payudara di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan?
3. Apakah faktor sosiodemografi berhubungan dengan penggunaan PKA pada pasien kanker payudara di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan?
4. Faktor sosiodemografi yang manakah yang paling dominan berhubungan dengan penggunaan PKA pada pasien kanker payudara di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Berdasarkan rumusan permasalahan yang telah diuraikan diatas, maka dapat diidentifikasi tujuan pada penelitian ini adalah:

1. Mengetahui proporsi penggunaan pengobatan komplementer alternatif pada pasien kanker payudara di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan.



2. Mengetahui pola penggunaan pengobatan komplementer alternatif pada pasien kanker payudara di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan.
3. Menganalisis hubungan faktor sosiodemografi dengan penggunaan PKA pada pasien kanker payudara di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan.
4. Menganalisis faktor sosiodemografi yang paling dominan berhubungan dengan penggunaan PKA pada pasien kanker payudara di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan.

#### **1.4 Kegunaan Penelitian**

##### **1. Kegunaan ilmiah**

Penelitian ini dapat memberikan informasi yang positif sebagai bahan kajian bagi masyarakat ilmiah pada masalah penggunaan PKA dengan berbagai budaya dan persepsi yang berkembang dimasyarakat.

##### **2. Kegunaan praktis.**

Melalui penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan pertimbangan serta memberikan ide-ide yang bermanfaat bagi para pengambil kebijakan di RS tempat penelitian dilakukan serta, pihak Dinas Kesehatan Provinsi Sumut, khususnya dalam hal penggunaan PKA.

## **BAB II**

### **KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS**

#### **2.1 Kajian Pustaka**

##### **2.1.1 Kanker Payudara**

Kanker payudara adalah kanker yang terbentuk di jaringan payudara, biasanya pada duktus dan lobulus dari payudara. Hal ini terjadi baik pada pria maupun wanita, meskipun kanker payudara laki-laki jarang terjadi.<sup>22</sup>

Kanker payudara tampaknya menjadi kelompok penyakit heterogen. Sebelumnya diyakini berasal dari penyakit lokal dan menyebar secara progresif, dimulai dengan penyakit jinak, kemudian atypia, ke karsinoma in situ, diikuti oleh karsinoma invasif, dan akhirnya metastasis ke kelenjar getah bening di daerah aksila diikuti oleh metastasis jauh. Sebagai konsekuensinya, dianjurkan operasi radikal sebagai pilihan.<sup>22,23</sup>

Di dalam payudara wanita terdiri dari 15 sampai 20 bagian yang disebut lobus. Setiap lobus terbuat dari bagian yang lebih kecil yang disebut lobulus. Lobulus memiliki kelompok kelenjar kecil yang dapat membuat susu. Setelah bayi lahir, payudara seorang wanita memproduksi susu dari lobulus melalui duktus ke puting susu. Lemak dan jaringan berserat mengisi ruang antara lobulus dan duktus.

Payudara juga mengandung pembuluh getah bening. Pembuluh-pembuluh yang kecil tersebut terhubung ke massa jaringan yang disebut kelenjar getah bening.

Kelompok kelenjar getah bening terletak di aksila dekat payudara, di atas tulang selangka, dan di belakang tulang dada.<sup>22,24,25</sup>

### **1) Etiologi dan Faktor Risiko**

Etiologi kanker payudara juga tidak sepenuhnya dipahami. Berbagai faktor saling berhubungan, seperti genetik, hormon, lingkungan, sosio-biologi dan fisiologi dapat mempengaruhi perkembangannya. Faktor risiko lain seperti gangguan payudara proliferasi juga terkait dengan pengembangan kanker payudara, terutama jika biopsi menunjukkan hiperplasia khas. Namun, dari 70% penderita kanker payudara tidak ada faktor risiko yang dapat diidentifikasi.<sup>3,22,23,26</sup>

### **2) Patologi Payudara**

Secara klinis, diantara 100 pasien wanita berusia 40-65 tahun yang mengalami keluhan dengan payudara mungkin 30% tidak memiliki lesi pada payudara, 40% telah mengalami perubahan fibrokistik, 7% dengan diagnosis tumor jinak dan 10% sebagai karsinoma. Penyakit payudara dapat dibagi ke dalam kelompok berikut:<sup>3,23,26,27</sup>

#### **(1) Lesi inflamasi**

Ini adalah lesi payudara yang jarang, dapat terjadi secara akut atau kronis dan termasuk mastitis akut, saluran ektasia, lesi post trauma dan mastitis granulomatosa.

(2) Fibrokistik lesi jinak

Perubahan fibrokistik merupakan gangguan yang paling umum dari payudara dan terjadi lebih dari 40% dari semua operasi bedah pada payudara wanita. Kasus ini sering didiagnosis antara usia 20 dan 40 tahun, dan jarang berkembang setelah menopause. Hal ini sering dipengaruhi oleh ketidakseimbangan hormon.

(3) Penyakit/tumor jinak payudara

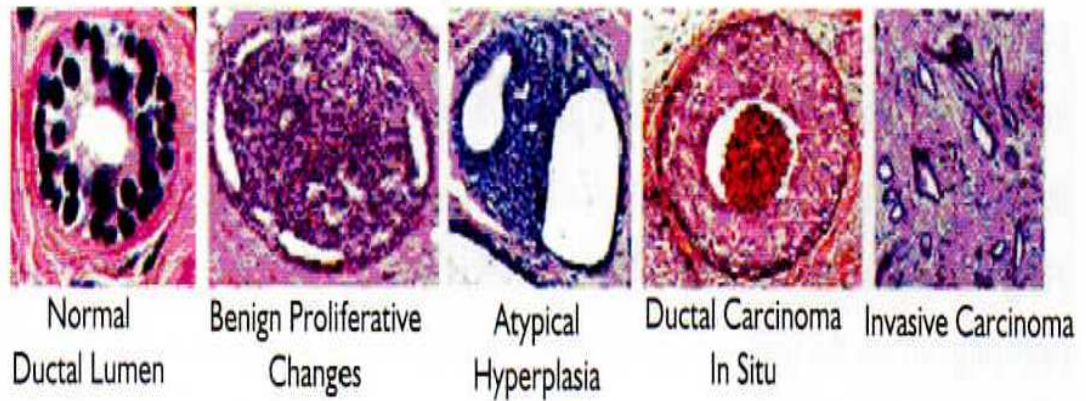
Ini adalah tumor langka, yang meliputi adenoma fibro, tumor phillodes dan saluran papiloma yang membesar.

(4) Gangguan proliferasi pada payudara

Studi epidemiologis telah mengidentifikasi perubahan pada payudara yang mengakibatkan peningkatan risiko karsinoma. Risiko ini disebabkan hiperplasia dengan atau tanpa atypia. Lesi ini sering disertai dengan perubahan fibrokistik juga.

(5) Karsinoma payudara

Kanker payudara dapat dibagi menjadi dua kelompok utama: non-invasif atau karsinoma in situ, dan invasif karsinoma.



Gambar 2.1 Hasil Histologi dari beberapa keadaan payudara  
Dikutip dari: Rasjidi,I.<sup>3</sup>

**Tabel 2.1 Kanker payudara berdasarkan tipe dan insidennya**

Tipe kanker payudara	Insiden (%)
Karsinoma insitu	15% -30%
Karsinoma duktal in situ	80%
Karsinoma lobular in situ	20%
Karsinoma invasif	70% -85%
Karsinoma duktal (tidak ada tipe khusus)	79%
Karsinoma lobular	10%
Karsinoma tubular/ berkisi	6%
Karsinoma musinosa	2%
Karsinoma meduler	2%
Karsinoma papiler	1%

Dikutip dari: WHO.<sup>26</sup>

### 3) *Stage/ Stadium Kanker Payudara*

Sistem *stage* ini sangat berguna karena dengan adanya sistem *staging* dapat diperkirakan prognosisnya dan juga memberikan informasi tentang pilihan terapi yang sesuai berdasarkan stadium. Adapun pembagian kanker payudara berdasarkan stadium adalah:<sup>3,22,23,26,27</sup>

#### (1) Stadium 0

Kadang-kadang digunakan untuk menggambarkan sel abnormal yang bukan kanker invasif. Sebagai contoh, Tahap 0 digunakan untuk *ductal carcinoma in situ (DCIS)*. *Ductal carcinoma in situ* didiagnosa ketika sel-sel abnormal pada lapisan saluran payudara ditemukan, tapi sel-sel yang abnormal tidak menginvasi jaringan payudara terdekat atau menyebar keluar saluran. Meskipun banyak dokter tidak menganggap *DCIS* menjadi kanker, *DCIS* kadang-kadang menjadi kanker payudara invasif jika tidak dirawat.

#### (2) Stadium I

Merupakan tahap awal kanker payudara invasif. Sel-sel kanker telah menginvasi jaringan di luar di mana kanker payudara dimulai, tetapi sel tidak menyebar di luar payudara. Tumor tidak lebih dari 2 cm (tiga-perempat inci).

#### (3) Stadium II adalah salah satu dari berikut:

- a. Tumor tidak lebih dari 2 cm (tiga-perempat inci). Kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening di bawah lengan.
- b. Tumor ini antara 2 dan 5 cm (tiga-perempat inci sampai 2 inci). Kanker belum menyebar ke kelenjar getah bening di bawah lengan.

- c. Tumor ini antara 2 dan 5 cm (tiga-perempat inci sampai 2 inci). Kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening di bawah lengan.
- d. Tumor ini lebih besar dari 5 cm (2 inci).  
Kanker belum menyebar ke kelenjar getah bening di bawah lengan.

#### (4) Stadium III

Merupakan kanker lanjut yang dibagi menjadi Tahap IIIA, IIIB, dan IIIC.

- a. Tahap IIIA adalah salah satu dari berikut:
  - a) Tumor tidak lebih dari 5 cm (2 inci). Kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak yang melekat satu sama lain atau struktur lainnya, atau kanker mungkin telah menyebar ke kelenjar getah bening di belakang tulang dada.
  - b) Keseluruhan tumor besarnya lebih dari 5 cm. Kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak atau melekat satu sama lain atau telah menyebar ke struktur lainnya, atau kanker mungkin telah menyebar ke kelenjar getah bening di belakang tulang dada.
- b. Tahap IIIB adalah tumor dari berbagai ukuran yang telah tumbuh ke dalam dinding dada atau kulit payudara. Ini mungkin terkait dengan pembengkakan payudara atau dengan nodul (benjolan) di kulit payudara:
  - a) Kanker mungkin telah menyebar ke kelenjar getah bening di bawah lengan.
  - b) Kanker mungkin telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak yang melekat pada setiap struktur lainnya, atau kanker mungkin telah menyebar ke kelenjar getah bening di belakang tulang dada.

c) Inflamasi kanker payudara adalah jenis yang jarang dari kanker payudara. Payudara tampak merah dan bengkak karena sel-sel kanker menahan pembuluh getah bening di kulit payudara. Ketika dokter mendiagnosa kanker payudara inflamasi, itu setidaknya sudah pada *stage* IIIB, tapi bisa juga lebih.

c. Tahap IIIC

Tumor dari berbagai ukuran, telah menyebar di salah satu bagian berikut:

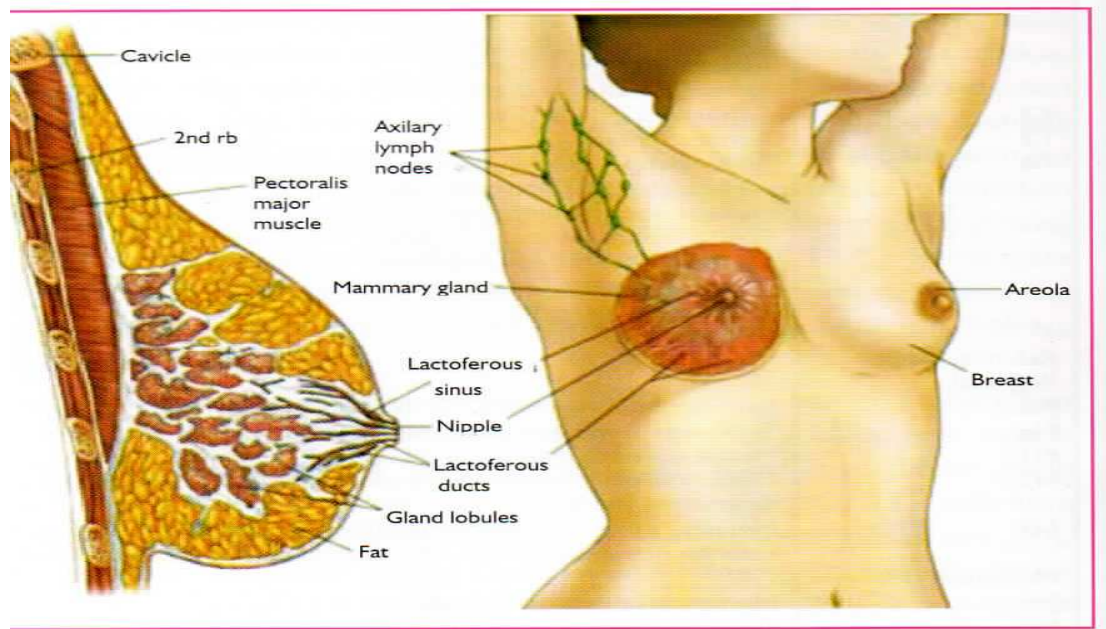
- a) Kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening di belakang tulang dada dan di bawah lengan.
- b) Kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening di atas atau di bawah tulang selangka.

(5) Stadium IV

Kanker dengan metastasis jauh, telah menyebar ke bagian lain dari tubuh, seperti tulang atau hati

Kanker berulang adalah kanker yang telah kembali setelah jangka waktu ketika tidak bisa terdeteksi, bahkan ketika kanker tampaknya benar-benar hancur. Kanker ini dapat kembali di dinding payudara atau dada atau mungkin juga kembali pada bagian lain dari tubuh, seperti tulang, hati, paru-paru, atau otak.<sup>22,23</sup>





Gambar 2.2. *Stage* atau stadium/tahap kanker payudara

Dikutip dari: Rasjidi, I.<sup>3</sup>

#### 4) Pencegahan

Meskipun kanker payudara tidak dapat dicegah, risiko terkena kanker payudara dapat diminimalkan melalui kegiatan pencegahan khusus. Ini termasuk perubahan meliputi gaya hidup, diet, karakteristik fisik secara keseluruhan dan obesitas, serta intervensi untuk wanita berisiko tinggi. Secara umum ada dua pendekatan yang dapat digunakan dalam menurunkan insiden kanker payudara yaitu profilaktik mastektomi atau menggunakan tamoxifen.<sup>3,22,23,26</sup>

## **5) Deteksi dini dan Diagnosis**

Bagian yang paling penting dan bermanfaat adalah kegiatan deteksi dini kanker payudara (skrining). Diagnosis kanker payudara pada tahap awal penyakit mempunyai hubungan yang positif dengan penurunan mortalitas dan morbiditas penyakit. Ada beberapa pendekatan untuk pemeriksaan kanker payudara, yakni: pemeriksaan payudara sendiri, pemeriksaan payudara secara klinis, dan pemeriksaan payudara dengan mammografi.

Biopsi adalah pengangkatan jaringan untuk mencari sel-sel kanker. Biopsi adalah satu-satunya cara untuk diagnosa pasti kanker. Biopsi dilakukan jika ada daerah yang abnormal ditemukan. Sebuah daerah yang abnormal mungkin dirasakan selama pemeriksaan payudara klinis tetapi tidak terlihat pada mammogram atau, daerah yang abnormal dapat dilihat pada mammogram tetapi tidak dirasakan selama pemeriksaan payudara klinis. Dalam hal ini, dokter dapat menggunakan prosedur pencitraan (seperti mammogram, ultrasound, atau MRI) untuk membantu melihat daerah tersebut dan hapusan jaringan.<sup>3,23,25-27</sup>

## **6) Pengobatan**

Perempuan dengan kanker payudara memiliki banyak pilihan pengobatan. Perlakuan yang terbaik untuk satu perempuan mungkin tidak baik bagi orang lain. Pilihannya adalah tindakan operasi atau pembedahan, terapi radiasi, terapi hormon, kemoterapi, dan terapi target.<sup>22,23,25,28</sup>

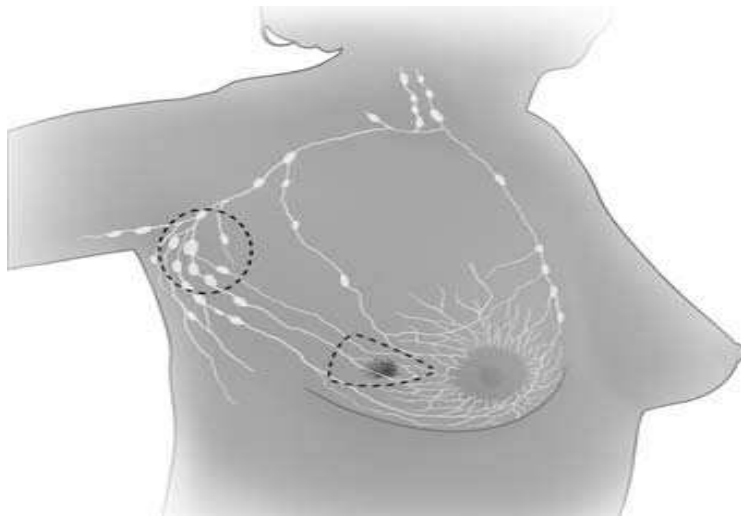
### a. Tindakan operasi

Operasi adalah pengobatan yang paling umum untuk kanker payudara. Masing-masing jenis operasi mempunyai manfaat dan risiko. Jenis operasi pada kanker payudara adalah: <sup>22,23,25,28</sup>

#### a) Operasi payudara-*sparing*

Ini adalah operasi untuk menghilangkan kanker tanpa mengangkat payudara, disebut juga operasi payudara-*conserving*. Hal ini dapat menjadi *lumpectomy* atau mastektomi segmental (juga disebut mastektomi parsial).

Pembedahan dilakukan untuk mengangkat kanker di payudara dan beberapa jaringan normal di sekitarnya. Pembedahan juga dapat mengangkat kelenjar getah bening di bawah lengan dan dapat pula mengangkat beberapa lapisan otot atas dada di bawah tumor.



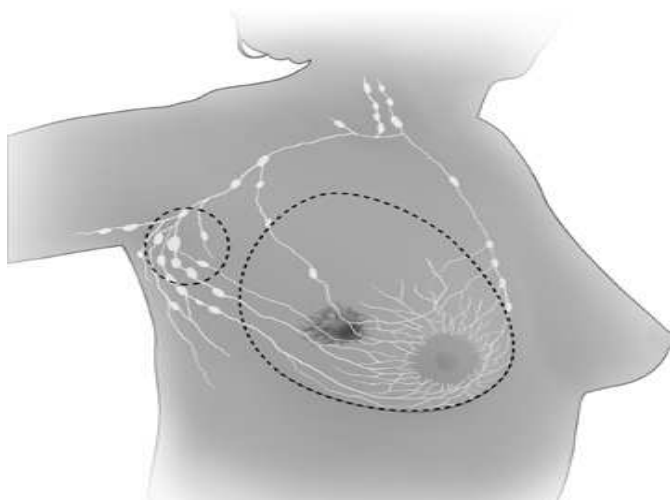
Gambar 2.3: *In breast-sparing surgery*  
Dikutip dari: *National Cancer Institute*.<sup>22</sup>

## b) Mastektomi

Ini adalah operasi untuk mengangkat seluruh payudara (sebanyak mungkin jaringan payudara). Pembedahan biasanya dilakukan untuk mengangkat satu atau lebih kelenjar getah bening dari bawah lengan untuk memeriksa sel-sel kanker. Jika sel kanker ditemukan di kelenjar getah bening, pengobatan kanker lainnya akan diperlukan.

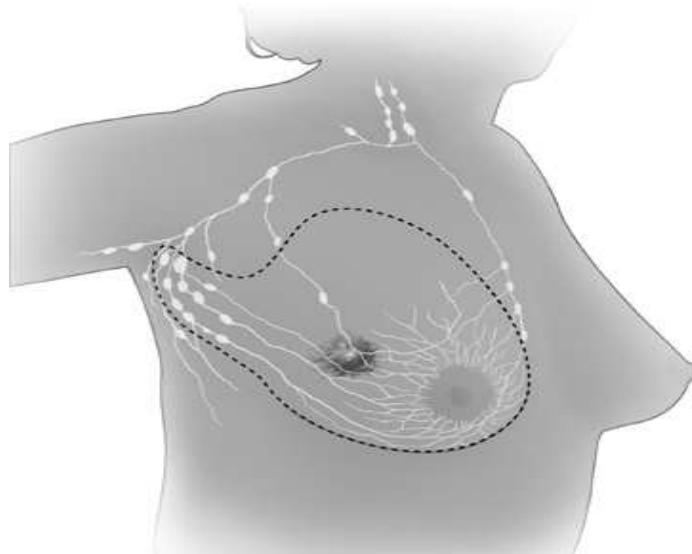
Saat ini pasien juga dapat memilih untuk melakukan rekonstruksi payudara. Ini adalah operasi plastik untuk memperbaiki kembali bentuk payudara. Operasi ini dapat dilakukan pada waktu yang sama dengan operasi kanker atau setelahnya.

Pada mastektomi total (sederhana), ahli bedah akan mengangkat seluruh payudara. Beberapa kelenjar getah bening di bawah lengan mungkin juga diangkat.



Gambar 2.4 : *In total (simple) mastectomy*  
Dikutip dari: *National Cancer Institute*.<sup>22</sup>

Dalam mastektomi modifikasi, ahli bedah mengangkat seluruh payudara dan sebagian besar atau seluruh kelenjar getah bening di bawah lengan. Seringkali, lapisan atas otot-otot dada ikut diangkat juga.



Gambar 2.5 *Modified radikal mastectomy*  
Dikutip dari: *National Cancer Institute*<sup>22</sup>

### **b. Terapi radiasi**

Terapi radiasi (radioterapi) adalah pengobatan dengan menggunakan sinar berenergi tinggi untuk membunuh sel-sel kanker. Ini mempengaruhi sel-sel hanya di bagian tubuh yang diobati. Terapi radiasi dapat digunakan setelah operasi untuk menghancurkan sel-sel kanker payudara yang masih ada di daerah tersebut. Ada dua jenis terapi radiasi untuk mengobati kanker payudara. Beberapa perempuan mendapatkan kedua jenis radiasi ini: <sup>22,23,25,28</sup>

- a) Terapi radiasi eksternal: radiasi berasal dari sebuah mesin besar di luar tubuh. Perawatan biasanya 5 hari seminggu selama 4 sampai 6 minggu. Radiasi eksternal adalah jenis yang paling umum digunakan untuk kanker payudara.
- b) Terapi radiasi internal (radiasi terapi implan atau *brachytherapy*).
- c) Radiasi dilakukan dengan menempatkan satu atau lebih tabung tipis di dalam payudara melalui sayatan kecil. Suatu zat radioaktif yang dimasukkan ke dalam tabung. Sesi pengobatan mungkin berlangsung selama beberapa menit, dan zat radioaktif tersebut akan diangkat. Ketika diangkat, reaksi radioaktivitas tidak ada lagi dalam tubuh. Terapi radiasi internal dapat diulang setiap hari selama seminggu.

#### **c. Terapi hormon**

Terapi hormon juga dapat disebut pengobatan anti-hormon. Jika tes laboratorium menunjukkan bahwa tumor di payudara tersebut memiliki reseptor hormon, maka terapi hormon bisa menjadi pilihan. Terapi hormon biasanya diberikan berbeda untuk pasien yang menderita kanker payudara sebelum menopause atau sesudahnya.<sup>22,23,25,28</sup>

#### **d. Kemoterapi**

Kemoterapi suatu upaya untuk membunuh sel-sel kanker dengan menggunakan obat-obatan. Pada kanker payudara biasanya obat diberikan melalui pembuluh darah (intravena) atau bisa juga dalam bentuk tablet. Pemberian pengobatan bisa juga dalam bentuk kombinasi. Efek samping tergantung pada obat dan dosis yang

diberikan. Kemoterapi membunuh sel kanker yang cepat tumbuh, tetapi obat ini juga dapat membahayakan sel-sel normal lainnya seperti sel darah, sel-sel pada akar rambut dan sel-sel yang melapisi saluran pencernaan.<sup>22,23,25,28</sup>

**e. Terapi target**

Beberapa wanita dengan kanker payudara mungkin menerima obat yang disebut terapi bertarget. Terapi ini menggunakan obat-obatan yang menghambat pertumbuhan sel kanker payudara. Sebagai contoh, terapi ditargetkan untuk menghalangi aksi protein abnormal (seperti HER2) yang merangsang pertumbuhan sel-sel kanker payudara.<sup>22,23,25,28</sup>

**7) Kualitas hidup**

Beberapa dekade terakhir ini, fokus dari praktek klinis dan penelitian dalam menilai hasil pengobatan pada kanker payudara dititikberatkan dengan kualitas hidup pasien. Di sisi lain peningkatan keberhasilan dalam deteksi dini juga menyebabkan kelangsungan hidup pasien meningkat. Di negara-negara maju, kanker payudara paling sering terdiagnosis sejak dari stadium I sehingga keberhasilan pengobatan cukup baik.<sup>29,30</sup>

Indeks kelangsungan hidup bagi pasien kanker payudara terus membaik selama lebih dari 20 tahun. Institut Penelitian Kanker di Inggris juga menyampaikan bahwa lebih dari dua-pertiga dari perempuan dengan kanker payudara yang didiagnosis pada tahap awal diharapkan untuk bertahan hidup setidaknya selama 20 tahun. Banyak penelitian mulai menyelidiki apakah memodifikasi/memperbaiki faktor risiko untuk

kanker dapat berperan dalam meningkatkan ketahanan hidup dan menurunkan kekambuhan dari kanker payudara pada perempuan.<sup>30,31</sup>

Pencarian dari sumber literatur pada tahun 2003-2008 tentang berbagai aspek kualitas hidup pada pasien dengan kanker payudara dalam database elektronik "Medline" menunjukkan bahwa mayoritas penelitian tentang kualitas hidup difokuskan pada manifestasi gejala, aspek lain dari kualitas hidup; misalnya yang berkaitan untuk perawatan bedah, kemoterapi sistemik, terapi hormon, atau umur pasien. Kualitas hidup yang dinilai meliputi kemampuan fungsi fisik, fungsi peran, fungsi emosional, fungsi kognitif dan fungsi sosial.<sup>29,30</sup>

Penelitian telah menunjukkan bahwa perawatan kanker payudara, termasuk mastektomi, *lumpectomy regional*, dan kemoterapi dapat menekan respon kekebalan tubuh pasien. Mengatur diet dengan banyak memakan buah dan sayuran, aktivitas fisik secara teratur dan menjaga berat badan yang sehat akan berkorelasi positif mengurangi risiko kambuhnya kanker payudara serta meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan. Beberapa studi intervensi mendapatkan efek positif dari olahraga dengan kualitas hidup. Olahraga menyebabkan fungsi fisik yang lebih baik karena meningkatkan fungsi kekebalan tubuh, menurunkan estrogen yang beredar dan menurunkan protein C-reaktif pada pasien kanker payudara. Penelitian lain mendapatkan hasil olahraga juga mempengaruhi efek psikososial.<sup>31,32</sup>



### **2.1.2 Pengobatan Komplementer-Alternatif (PKA)**

Di Indonesia semua jenis PKA merupakan bagian dari pengobatan tradisional. Perbedaan dari keduanya adalah pengobatan komplementer-alternatif sudah berlandaskan ilmu pengetahuan biomedik sedangkan pengobatan tradisional masih merupakan pengobatan dan/atau perawatan dengan cara, obat dan pengobatannya yang mengacu kepada pengalaman, keterampilan turun temurun, dan/atau pendidikan/pelatihan, dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku dalam masyarakat.<sup>21,33</sup>

Penyelenggaraan PKA harus sinergi dan terintegrasi dengan pelayanan pengobatan konvensional dengan tenaga pelaksanaannya dokter, dokter gigi dan tenaga kesehatan lainnya yang memiliki pendidikan dalam bidang PKA. Jenis pengobatan komplementer-alternatif yang dapat diselenggarakan secara sinergi dan terintegrasi harus ditetapkan oleh Menteri Kesehatan setelah melalui pengkajian.<sup>20,21</sup>

Berdasarkan Surat Keputusan Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik telah ditetapkan 12 (dua belas) Rumah Sakit Pendidikan yang melaksanakan pelayanan pengobatan komplementer-alternatif: RS Kanker Dharmas Jakarta, RSUP Persahabatan Jakarta, RSUD Dr. Soetomo Surabaya, RSUP Prof. Dr. Kandau Manado, RSUP Sanglah Denpasar, RSUP Dr. Wahidin Sudiro Husodo Makassar, RS TNI AL Mintoharjo Jakarta, RSUD Dr. Pirngadi Medan, RSUD Saiful Anwar Malang, RS Orthopedi Prof. Dr. R. Soeharso Solo, RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dan RSUP Dr. Suraji Tirtonegoro Klaten.<sup>20</sup>

### 1) Pengertian dan Jenis Pengobatan Komplementer-Alternatif

Istilah dan pengertian yang digunakan oleh para peneliti dalam mempelajari penggunaan praktik terapi dan produk yang tidak dianggap menjadi bagian dari pengobatan konvensional sangat bervariasi dan belum ada istilah yang diterima secara internasional. Sementara banyak diskusi mengacu kepada pengobatan komplementer dan alternatif.<sup>15</sup>

Pengobatan komplementer-alternatif adalah pengobatan non konvensional yang ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang diperoleh melalui pendidikan terstruktur dengan kualitas, keamanan dan efektifitas yang tinggi yang berlandaskan ilmu pengetahuan biomedik, yang belum diterima dalam kedokteran konvensional.<sup>20,21</sup>

Menurut *National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)*, *Complementary-Alternatif Medicine (CAM)* atau pengobatan komplementer-alternatif adalah setiap sistem medis, praktek, atau produk yang tidak dianggap sebagai perawatan/pengobatan standar. Standar perawatan medis adalah perawatan yang didasarkan pada bukti ilmiah.<sup>34,35</sup>

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 1109/Menkes/PER/IX/2007 jenis PKA yang berlandaskan ilmu pengetahuan biomedik meliputi:<sup>20,21</sup>

- (1) Intervensi tubuh dan pikiran ( *Mind and body intervention*): Hipnoterapi, mediasi, penyembuhan spiritual, doa dan yoga.
- (2) Sistem pelayanan pengobatan alternatif : akupunktur, akupresur, naturopati, homeopati, aromaterapi, ayurveda.

- (3) Cara penyembuhan manual (*Manual healing methods*): *chiropractice, healing touch*, tuina, shiatsu, osteopati, pijat urut.
- (4) Pengobatan farmakologi dan biologi (*Pharmacologic dan biologic traetments*): jamu, herbal, guruh.
- (5) Diet dan nutrisi untuk pencegahan dan pengobatan (*Dieat and nutritions the prevention and treatment of disease*): diet makro nutrient, mikro nutrient.
- (6) Cara lain dalam diagnosa dan pengobatan (*Unclassified diagnostic and treatment methods*): terapi ozon, hiperbarik, *Enhanced External Counter Pulsation (EECP)*.

*NCCAM* mengelompokkan pengobatan komplementer-alternatif ke dalam lima kategori yaitu.<sup>34-36</sup>

- (1) *Alternative medical system*; sistem ini berkembang sebelum ditemukannya metode pengobatan konvensional. Misalnya pengobatan oriental Ayurveda dan Naturopathi
- (2) Intervensi pikiran tubuh (*mind-body intervention*). Contohnya meditasi, hipnotis berdoa, dan *mental healing*.
- (3) *Biological-based treatment*; meliputi metode pengobatan alamiah dan biologi seperti ramuan herbal (tumbuhan), diet khusus, dan *orthomoleculer remedies*.
- (4) *Manipulative and body-based method*; antara lain *chiropractic* dan *osteopathic manipulative therapy*, terapi pijat (*massage therapy*)

- (5) Terapi energi; terapi ini menggunakan energi yang berasal dari dalam dan luar tubuh untuk mengobati penyakit. Contoh: *biofield therapy* (Qi Qong, Reiki, dan terapi sentuhan/*therapy touch*) dan terapi bio-elektromagnetik.

## 2) Penggunaan Pengobatan Komplementer-Alternatif

Penggunaan PKA di Indonesia diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 1109/Menkes/PER/IX/2007 yang bertujuan agar memberikan perlindungan kepada pasien, mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan memberikan kepastian hukum kepada masyarakat dan tenaga PKA. Tempat pelaksanaan PKA dapat dilakukan di fasilitas kesehatan apabila PKA tersebut terbukti aman, bermanfaat, bermutu dan terjangkau serta memiliki hasil pengkajian yang dilakukan oleh institusi yang berwenang sesuai ketentuan yang berlaku.<sup>21</sup>

Di berbagai belahan dunia penggunaan PKA merupakan sistem penyembuhan dan kepercayaan yang telah berevolusi dari waktu ke waktu dalam budaya yang berbeda. Ayurvedik yang merupakan sebuah sistem pengobatan yang berasal dari India, menekankan keseimbangan antara tubuh, pikiran, dan semangat. Obat Cina, dibuat berdasarkan pada pandangan bahwa kesehatan adalah keseimbangan dalam tubuh dari dua kekuatan yang disebut yin dan yang.

Akupunktur adalah praktek umum dalam pengobatan Cina yang merangsang titik-titik tertentu pada tubuh untuk meningkatkan kesehatan, atau mengurangi gejala penyakit dan efek samping pengobatan. Homeopati adalah penggunaan zat tertentu dengan dosis yang sangat kecil untuk memicu tubuh sehingga mampu

menyembuhkan dirinya sendiri. Obat naturopathik adalah pengobatan dengan menggunakan berbagai metode yang membantu tubuh secara alami menyembuhkan dirinya sendiri.<sup>35,36</sup>

Menurut hasil *National Health Interview Survey (NHIS)* 2007, lebih dari sepertiga orang dewasa sekitar 38% telah menggunakan beberapa bentuk PKA. Sebuah analisis khusus dari data *NHIS* tahun 2002 menemukan bahwa penggunaan PKA pada penderita kanker lebih umum di kalangan orang-orang yang sebelum terdiagnosis kankerpun sudah menggunakan PKA. Sekitar 40% penderita kanker dilaporkan menggunakan PKA dan 18% diantaranya telah menggunakan beberapa jenis PKA.<sup>36,37</sup>

Secara umum diakui bahwa pasien kanker payudara, adalah pengguna PKA yang tinggi dan diperkirakan mencapai 75%. Tingkat penggunaan PKA sangat bervariasi dipengaruhi dengan stadium kanker ketika terdiagnosis dan faktor sosiodemografi pasien. Beberapa penelitian melaporkan bahwa usia perempuan, tingkat pendidikan, status pernikahan, pekerjaan dan status ekonomi berhubungan dengan perilaku penggunaan PKA. Responden yang usianya lebih muda, lebih banyak menggunakan PKA jenis vitamin dan produk herbal.<sup>10-18</sup>

Penggunaan PKA sangat bervariasi baik jenis maupun alasan penggunaannya. Ada pasien kanker yang menggunakan PKA tidak berharap untuk menyembuhkan penyakit mereka tetapi, mereka berharap untuk meningkatkan sistem kekebalan tubuh mereka, mengurangi rasa sakit, atau mengelola efek samping yang mereka alami dari

penyakit atau pengobatan konvensional. Beberapa pasien kanker mengatakan mereka menggunakan PKA karena mereka kecewa dengan pengobatan standar mereka.<sup>37</sup>

Pada perempuan dengan kanker payudara yang menggunakan PKA juga memiliki alasan yang sangat bervariasi diantaranya adalah:<sup>12-18</sup>

- (1) Mengobati kanker
- (2) Meningkatkan sistem kekebalan tubuh
- (3) Mengurangi efek samping dari pengobatan konvensional
- (4) Memberikan perasaan nyaman, merasa lebih tenang dan menghindari stress
- (5) Mengurangi gejala yang ditimbulkan oleh kanker
- (6) Mencegah kanker kambuh kembali

Suplemen Botani (pengobatan herbal) adalah salah satu pendekatan pengobatan komplementer-alternatif yang paling umum digunakan oleh pasien kanker. Hasil penelitian Singh menemukan dua jenis utama pengobatan komplementer-alternatif pada masyarakat India dari Chatsworth yaitu herbal/obat-obatan alami termasuk vitamin 48,1% dan penyembuhan dengan spiritual 42,9%. *National Health Interview Survey* tahun 2007 menemukan bahwa 17,7% orang dewasa Amerika telah menggunakan produk alami sebagai pengobatan komplementer alternatif.<sup>37,38</sup>

Pada beberapa penelitian penggunaan PKA pada perempuan dengan kanker payudara juga menemukan bahwa penggunaan jenis PKA yang terbanyak adalah vitamin, mineral serta herbal. Angka penggunaannya cukup tinggi di Shanghai dan Jerman yang mencapai 77% dari seluruh jenis PKA yang digunakan dan yang

terendah di Texas yaitu hanya 26% saja. Sebuah penelitian yang dilakukan pada pasien dengan kanker payudara stadium IV di enam fasilitas pengobatan di New England mendapatkan hasil: dari 173 peserta, 78% menggunakan setidaknya satu jenis pengobatan komplementer-alternatif, 43% menggunakan dua jenis atau lebih, dan 23% digunakan tiga jenis atau lebih, termasuk praktek-praktek spiritual dan latihan fisik.<sup>10-18</sup>

Sebuah tinjauan literatur penelitian tahun 2008 menyimpulkan bahwa beberapa tumbuhan yang digunakan dalam pengobatan Ayurvedik dan obat tradisional Cina mungkin memiliki peran dalam pengobatan kanker. Namun, bukti ilmiah ini masih terbatas pada pengobatan kanker pada tahap awal. Penelitian ini juga mencatat bahwa PKA dapat memiliki efek samping dan dapat berinteraksi satu sama lain dengan obat kanker, obat pengencer darah dan obat-obat lainnya.<sup>37</sup>

Beberapa penelitian telah melaporkan manfaat dari penggunaan antioksidan untuk kanker tetapi tidak ada cukup bukti ilmiah untuk mendukung penggunaannya. Sebuah tinjauan penelitian oleh *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* tahun 2003 terkait tiga antioksidan (vitamin C dan E, dan koenzim Q10) pada kanker menemukan bukti ilmiah bahwa hanya sedikit saja manfaatnya pada pengobatan kanker. Penggunaan antioksidan pada pasien kanker saat menjalani kemoterapi atau terapi radiasi belum diteliti dengan baik. Namun, tinjauan dari riset tahun 2008 yang dipublikasikan menunjukkan bahwa suplemen antioksidan dapat menurunkan efektivitas kemoterapi dan terapi radiasi.<sup>36,37</sup>

Konsep bahwa pikiran adalah penting dalam pengobatan penyakit merupakan bagian integral dari pendekatan penyembuhan pengobatan Cina tradisional dan pengobatan Ayurvedik, sejak lebih dari 2.000 tahun yang lalu. Hippocrates juga mencatat aspek-aspek moral dan spiritual penyembuhan dan percaya bahwa pengobatan dapat terjadi hanya dengan pertimbangan sikap, pengaruh lingkungan, dan solusi alami.<sup>37</sup>

*National Health Interview Survey* menemukan PKA dengan pendekatan intervensi tubuh-pikiran merupakan salah satu dari 10 peringkat teratas yang digunakan orang dewasa. Sebagai contoh, survei menemukan bahwa 12,7% orang dewasa telah menggunakan latihan pernafasan, kemudian 9,4% telah berlatih meditasi, dan 6,1% telah berlatih yoga. Hasil penelitian pada pasien kanker di RS Nigeria mendapatkan bahwa hanya 6,7% saja yang menggunakan pengobatan jenis meditasi sebagai pengobatan komplementer-alternatif.<sup>9,37</sup>

Penyembuhan dengan cara spiritual merupakan salah satu PKA dari jenis intervensi pikiran tubuh yang paling banyak digunakan oleh perempuan dengan kanker payudara dibandingkan yoga, meditasi, dukungan psikologis maupun hypnotis. Angka penggunaannya 35% pada hasil penelitian di Kanada dan 40% di Texas. Cara penyembuhan yang lain yang termasuk intervensi pikiran tubuh yang juga cukup tinggi adalah meditasi, penelitian di Australia menemukan pasien dengan kanker payudara 39% menggunakan cara ini sedangkan di Amerika dan Turki masing-masing hanya 11% dan 2% saja.<sup>10,12,14.</sup>



Cara penyembuhan manual (*Manual healing methods*): telah digunakan sejak zaman Yunani kuno dan dimasukkan ke dalam pengobatan *chiropractic* dan *osteopathic* di akhir abad 19. Referensi untuk memijat muncul dalam tulisan-tulisan dari Cina kuno, Jepang, India, negara-negara Arab, Mesir, Yunani dan Roma. Hasil NHIS, menemukan bahwa 8,6% orang dewasa dan 2,8% anak-anak telah menggunakan manipulasi *chiropractic* atau *osteopathic*, dan 8,3% orang dewasa dan 1% dari anak-anak telah menggunakan pijat.<sup>35,36</sup>

Sebuah penelitian yang dilakukan pada 380 pasien dengan kanker stadium lanjut menyimpulkan bahwa pengobatan pijat mungkin menawarkan beberapa bantuan segera bagi para pasien. Pengobatan pijat atau sentuhan sederhana dengan menempatkan kedua tangan di bagian tubuh tertentu akan sangat membantu. Pengobatan pijat ini dapat dilakukan oleh anggota keluarga dan relawan.<sup>37</sup>

Akupunktur adalah serangkaian prosedur yang melibatkan rangsangan pada titik-titik tertentu dari tubuh dengan menggunakan berbagai teknik, seperti menembus kulit dengan jarum yang kemudian dimanipulasi dengan tangan atau dengan stimulasi listrik. Ini adalah salah satu komponen kunci dari pengobatan Cina tradisional, dan merupakan salah satu praktek-praktek penyembuhan tertua di dunia.<sup>35-37</sup>

Tujuh puluh persen perempuan dengan kanker payudara di Cina menggunakan pengobatan dengan akupunktur, di Amerika juga cukup tinggi hingga mencapai 40% dan di Australia 14%. Sebuah penelitian di Columbia menemukan bahwa pengobatan

dengan akupunktur dapat mengurangi rasa nyeri dan kekakuan otot dan fungsi lengan pada perempuan dengan kanker payudara.<sup>10,39</sup>

Penggunaan akupunktur akan bermanfaat dalam mengelola muntah pada beberapa pasien kanker terkait kemoterapi yang didapatkannya. Meskipun penelitian tentang akupunktur untuk mengendalikan rasa sakit kanker dan untuk penanganan gejala kanker lainnya terbatas, beberapa studi telah menunjukkan efek menguntungkan yang memerlukan penyelidikan lebih lanjut. Sebuah penilaian tahun 2008 berdasarkan bukti klinis untuk mengelola mual dan muntah pada pasien kanker mencatat *electroacupuncture* sebagai pilihan untuk dipertimbangkan.<sup>37</sup>

Sumber informasi tentang penggunaan PKA untuk wanita dengan kanker payudara sangat bervariasi, termasuk teman-teman, anggota keluarga, profesional kesehatan konvensional, penyedia PKA, media, dan perusahaan asuransi kesehatan. Hasil penelitian di Australia menemukan dari jenis media internet adalah sumber informasi yang tertinggi, sedangkan dari praktisi adalah dokter. Ini dapat ditafsirkan sebagai hal positif karena mereka menggunakan berbagai sumber informasi untuk pengambilan keputusan kesehatan mereka.<sup>10,15</sup>

### **2.1.3 Sosiodemografi**

Demografi sebagai salah satu disiplin ilmu telah berkembang sejak tiga abad yang lalu. Demografi merupakan istilah yang berasal dari dua kata Yunani, yaitu *demos* yang berarti rakyat atau penduduk dan *grafein* yang berarti menggambar atau menulis. Demografi dapat diartikan sebagai tulisan atau gambaran tentang penduduk.

Demografi memberikan gambaran menyeluruh tentang perilaku penduduk, baik secara *agregat* maupun kelompok.<sup>40,41</sup>

Berdasarkan pengertian dan sejarah perkembangan demografi maka demografi saat ini tidak hanya dipelajari secara murni, tetapi juga dipelajari secara luas dengan mengindahkan variabel-variabel nondemografis (sosial, ekonomi, budaya, lingkungan dan politik). Demografi bukan lagi merupakan disiplin ilmu yang tersendiri, tetapi lebih merupakan ilmu yang bersifat interdisipliner.<sup>40</sup>

### **1) Komposisi Penduduk**

Penduduk dapat dikelompokkan menurut karakteristik tertentu, seperti kelompok umur, karakteristik sosial-ekonomi, dan persebaran atau distribusi tempat tinggalnya. Pengelompokan ini sangat berguna untuk berbagai maksud dan tujuan. Berikut ini adalah pengelompokan penduduk berdasarkan berbagai karakteristik:<sup>40,41</sup>

#### **(1) Karakteristik demografi**

Ciri demografi yang pertama adalah umur dan jenis kelamin. Dalam demografi ada kesepakatan bahwa umur seseorang dihitung menurut ulang tahunnya yang terakhir. Pengelompokan penduduk menurut distribusi umur dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan. Karakteristik ini mempunyai pengaruh penting, baik terhadap tingkah laku demografis maupun sosial ekonomi.

## (2) Karakteristik sosial

Komposisi penduduk menurut karakteristik sosial dapat dikelompokkan berdasarkan tingkat pendidikan dan status perkawinan.

Tingkat pendidikan diukur dari jumlah penduduk umur 10 tahun ke atas menurut status tamat sekolah. Tamat sekolah didefinisikan telah selesainya seseorang mengikuti pelajaran pada kelas tertinggi suatu jenjang sekolah sampai akhir dengan mendapatkan tanda tamat belajar atau ijazah, baik dari sekolah negeri maupun swasta.

Berdasarkan status perkawinan, penduduk 10 tahun ke atas dapat dikelompokkan sebagai berikut: belum kawin, kawin, cerai, dan janda atau duda. Status perkawinan merupakan suatu karakteristik demografi yang tidak hanya mencakup aspek sosial tetapi juga aspek ekonomi, biologis, hukum dan agama. Perkawinan adalah penyatuan legal antara dua orang yang berlainan jenis kelamin sehingga menimbulkan hak dan kewajiban akibat perkawinan.

## (3) Karakteristik ekonomi

Menurut karakteristik ekonomi, penduduk dapat dikelompokkan berdasarkan lapangan usaha, jenis pekerjaan, dan status pekerjaan. Sejak usia 20 tahun, partisipasi perempuan di pasar kerja hanya sekitar 60% dari seluruh penduduk perempuan pada usia yang sama. Kemungkinan besar hal ini terkait dengan kesibukan dan tanggung jawab serta peran perempuan sebagai pengelola rumah tangga.

## 2) Hubungan Sosiodemografi dengan Penggunaan PKA.

Banyak faktor yang mungkin berhubungan pemilihan tempat/cara pengobatan yang digunakann seseorang ketika sakit. Faktor sosiodemografi yang berhubungan dengan penggunaan PKA antara lain adalah:

### (1) Umur

Ketika wanita dengan umur yang masih muda terkena kanker payudara, maka ada kecenderungan perkembangan kanker tersebut lebih agresif dibandingkan wanita dengan umur yang sudah tua. Hal inilah yang mungkin menjelaskan mengapa angka harapan hidup pada wanita yang berumur muda lebih rendah dan juga menyebabkan penggunaan PKA juga lebih tinggi pada umur yang lebih muda. Penelitian di Iran: menemukan bahwa kanker payudara mempengaruhi perempuan Iran setidaknya satu dekade lebih muda daripada wanita di negara maju, dengan umur rata-rata berkisar 47,1-48,8 tahun.<sup>3,22,26,42</sup> Hasil beberapa penelitian melaporkan bahwa umur perempuan yang mengalami kanker payudara berhubungan dengan penggunaan PKA, pasien kanker payudara yang berumur lebih muda lebih banyak menggunakan PKA ( $p < 0,001$ ). Rata-rata perempuan dengan kanker payudara yang paling banyak menggunakan PKA pada kelompok umur 50-59 tahun. Umur ini termasuk kelompok umur muda bila dilihat dari trend umur pada perempuan dengan kanker payudara di beberapa negara yang memang banyak terjadi pada umur > 50 tahun.<sup>10-12,14-18</sup>

## (2) Pendidikan

Berdasarkan data dari biro pemberdayaan perempuan Provinsi Sumatera Utara (SUMUT), angka buta huruf perempuan 1,5%, tamat SD yang tidak melanjutkan pendidikannya lagi 26,6%, sehingga perempuan yang melanjutkan ke jenjang SLTP lebih sedikit. Untuk yang tamat SLTP 18,9% sedangkan untuk tamat SLTA hanya 20,4%.<sup>43</sup>

Beberapa penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa perempuan dengan kanker payudara yang memiliki pendidikan tinggi lebih banyak menggunakan PKA dibandingkan dengan yang memiliki pendidikan kurang ( $p < 0,001$ ). Selain itu, penelitian ini juga menunjukkan bahwa perempuan dengan pendidikan tinggi kira-kira lima kali lebih besar untuk menggunakan PKA yang tersedia, tiga kali lebih mungkin untuk menggunakan terapi yang bertujuan untuk kesehatan mental/psikologis, dan dua kali lebih mungkin untuk menggunakan suplemen diet bila dibandingkan dengan pasien yang memiliki pendidikan kurang.<sup>10-12,15-18</sup>

## (3) Status pernikahan

Kanker payudara tidak hanya terjadi pada perempuan yang menikah saja dan perempuan dengan nullipara mempunyai risiko 30% untuk berkembang menjadi kanker dibandingkan dengan wanita yang multipara. Perempuan yang sudah menikah dengan kanker payudara mungkin merasa takut bahwa perubahan pada tubuhnya karena pengobatan tidak hanya mempengaruhi cara pandangnya tetapi juga cara pandang orang lain terutama pasangannya.

Mereka juga mungkin khawatir bahwa kanker payudara dan pengobatannya akan mempengaruhi hubungan seksualnya.<sup>3,22</sup>

Beberapa penelitian melaporkan bahwa perempuan dengan kanker payudara yang menggunakan PKA berhubungan dengan status pernikahan ( $p < 0,015$ ).<sup>11,12,14.</sup>

#### (4) Pekerjaan

Wanita yang bekerja secara formal erat kaitannya dengan tingkat pendidikan dan status ekonomi. Wanita yang bekerja juga mempunyai akses yang lebih banyak untuk mendapatkan informasi tentang berbagai pelayanan kesehatan. Hasil dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa perempuan yang bekerja mempunyai hubungan yang sangat signifikan dengan penggunaan PKA ( $p = 0,001$ ).<sup>10,11,15</sup>

#### (5) Penghasilan keluarga

Tingkat pertumbuhan ekonomi Provinsi Sumatera Utara relatif masih rendah sehingga tingkat kesejahteraan masyarakat secara rata-rata juga rendah. Jumlah penduduk miskin di bawah garis kemiskinan di Sumatera Utara pada Maret 2010 sebesar 1.490.900 orang (11,31%). Upah Minimum Provinsi (UMP) Sumut tahun 2010 adalah Rp.965.000/bulan dan di beberapa kota/kabupaten pada kisaran Rp.1.000.000.<sup>44</sup>

Beberapa penelitian melaporkan bahwa wanita dengan kanker payudara yang memiliki penghasilan yang lebih tinggi lebih mungkin untuk menggunakan PKA daripada mereka yang memiliki penghasilan rendah ( $p < 0,01$ ).<sup>11,15</sup>

## (6) Agama

Agama memiliki fungsi yang strategis untuk menjadi sumber kekuatan moral bagi pasien dalam proses penyembuhan. Agama menjadi sumber sugesti dan motivasi yang kuat dalam diri pasien untuk hidup secara positif. Berdoa, meditasi dan yoga adalah contoh dari jenis PKA intervensi pikiran tubuh (*mind-body intervention*) yang berhubungan dengan agama. Berdoa, meditasi dan yoga diyakini dapat mengurangi stress dan memberikan ketenangan pada pasien dengan kanker payudara. Persentase penggunaan PKA yang berhubungan dengan agama (doa, meditasi dan yoga) di beberapa penelitian cukup tinggi yakni pada kisaran 20-40% dan umumnya penggunaan jenis PKA ini digunakan bersama-sama dengan jenis PKA lainnya.<sup>35,11,15</sup>

## 2.2 Kerangka Pemikiran

Peningkatan angka insiden kanker payudara tidak hanya terjadi di negara-negara maju. Estimasi insiden kanker payudara di Indonesia pada tahun 2002 adalah 26 per 100.000 perempuan dan meningkat pada tahun 2008 menjadi 36,2 per 100.000 (39.831 kasus) dan 18,6 per 100.000 (20.052 kematian).<sup>2,4</sup> Insiden kanker payudara di Provinsi Sumut juga diperkirakan meningkat jika dilihat dari rata-rata kasus kanker payudara yang datang untuk mendapatkan pengobatan di RSUP H. Adam Malik Medan. Pada periode Januari-Desember 2009 rata-rata jumlah kunjungannya adalah 20 kasus/bulan sedangkan pada periode Januari-Juni 2010 menjadi 26 kasus/bulan.



Pengobatan kanker masih merupakan tantangan bagi dunia kedokteran, terutama pengobatan pasien kanker stadium sedang dan lanjut. Tujuh puluh persen pasien kanker payudara datang ke pelayanan kesehatan setelah stadium lanjut. Sebagian pasien kanker tidak menghendaki pengobatan konvensional seperti operasi, radioterapi, kemoterapi, sehingga memilih PKA.<sup>4,5,7</sup> Perempuan dengan kanker payudara di Indonesia atau di Provinsi Sumut kemungkinan besar juga menggunakan PKA karena jika dilihat dari PERMENKES 1109 tahun 2007 PKA adalah bagian dari pengobatan tradisional Indonesia yang sudah dikenal secara turun temurun.

Umur yang lebih muda, berpendidikan, bekerja, dan dari status penghasilan yang tinggi merupakan faktor sosiodemografi yang selalu ditemukan berhubungan dengan penggunaan pengobatan komplementer-alternatif pada beberapa penelitian.<sup>1018</sup> Pasien dengan kanker payudara di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan yang menggunakan PKA mungkin mempunyai faktor sosiodemografi yang berbeda mengingat trend umur penderita yang berbeda, tingkat pendidikan perempuan dan pendapatan penduduk di Provinsi Sumut yang masih rendah dibandingkan dengan penelitian-penelitian yang sudah dilakukan di negara maju.

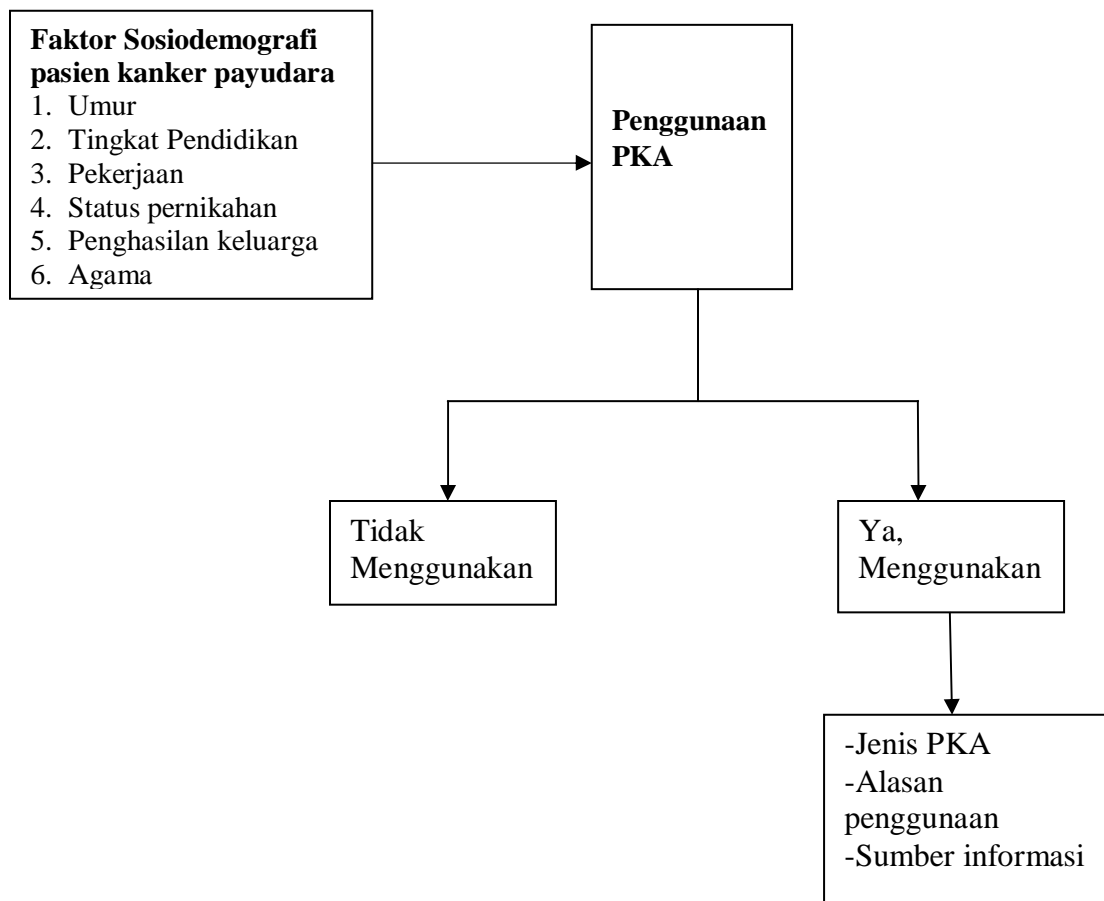
Alasan utama untuk menggunakan PKA adalah meningkatkan kelangsungan hidup, mengurangi efek pengobatan konvensional, detoksifikasi tubuh, meningkatkan kekebalan, meningkatkan kualitas hidup, membantu pengobatan konvensional, punya pengalaman yang buruk dengan pengobatan konvensional dan karena ketidakpuasan kepada tenaga kesehatan.<sup>8-10</sup> Pasien dengan kanker payudara di RSUP H. Adam

Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan yang menggunakan PKA mungkin mempunyai alasan yang sama, tetapi alasan yang mana lebih dominan tentu akan berbeda karena alasan penggunaan pengobatan ini erat kaitannya dengan faktor pengetahuan, sikap, kepercayaan dan budaya.

Penggunaan PKA pada perempuan dengan kanker payudara juga menemukan bahwa penggunaan jenis PKA yang terbanyak adalah vitamin, mineral serta herbal diikuti dengan intervensi pikiran-tubuh obat (misalnya, meditasi, doa, penyembuhan mental).<sup>10-18</sup> Jenis PKA yang digunakan oleh pasien kanker payudara di RSUP H.Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan mungkin sangat bervariasi. Jenis PKA seperti : akupunktur, akupresur, shiatsu, osteopati, pijat urut dan penggunaan jamu serta ramuan tradisional cina (herbal) sudah dikenal masyarakat di Provinsi Sumut secara umum.

Sumber informasi tentang penggunaan PKA untuk wanita dengan kanker payudara sangat bervariasi, termasuk teman-teman, anggota keluarga, profesional kesehatan konvensional, penyedia PKA, media, kelompok, dan perusahaan asuransi kesehatan. Ini dapat ditafsirkan sebagai hal positif karena mereka menggunakan berbagai sumber informasi untuk pengambilan keputusan kesehatan mereka.<sup>10,15</sup> Pasien dengan kanker payudara di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan yang menggunakan PKA mungkin juga memiliki beragam sumber informasi. Sumber informasi ini mungkin berhubungan dengan status sosial dan lingkungan dimana ia tinggal.

Berdasarkan latar belakang diatas, faktor sosiodemografi mempunyai hubungan dengan penggunaan PKA. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara faktor sosiodemografi (umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, penghasilan keluarga dan agama) dengan penggunaan PKA (jenis, alasan penggunaan, sumber informasi) yang tampak pada bagan berikut:



Gambar 2.6 : Kerangka pemikiran penggunaan PKA pada pasien kanker payudara

Selanjutnya, berdasarkan sejumlah teori yang telah dikemukakan diatas, maka dapat dirumuskan premis-premis terkait dengan penelitian yaitu:

- 1) Sebagian pasien kanker tidak menghendaki pengobatan konvensional sehingga memilih PKA. Perempuan dengan kanker payudara merupakan pengguna PKA yang paling tinggi dibandingkan jenis kanker yang lain.<sup>7-9</sup>
- 2) Stadium ketika terdiagnosis dan faktor sosiodemografi memiliki peranan dalam penggunaan PKA pada pasien kanker payudara.<sup>10,15</sup>
- 3) Perempuan dengan kanker payudara yang berumur lebih muda dan mempunyai tingkat pendidikan tinggi mungkin lebih banyak menggunakan PKA dibandingkan dengan yang berumur lebih tua dan tingkat pendidikan yang rendah.<sup>10-13,15-19</sup>
- 4) Status pernikahan pada perempuan dengan kanker payudara memiliki peran dalam penggunaan PKA.<sup>10-12,14,19,22</sup>
- 5) Penghasilan keluarga pada perempuan dengan kanker payudara mempunyai peranan dalam penggunaan PKA.<sup>10-12</sup>
- 6) Perempuan dengan kanker payudara yang bekerja memiliki penghasilan, interaksi sosial dan sumber informasi yang lebih beragam sehingga mungkin memiliki peluang menggunakan PKA lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak bekerja.<sup>10,11,15</sup>
- 7) Penggunaan PKA yang berhubungan dengan agama cukup tinggi dan umumnya penggunaan jenis PKA ini digunakan bersama-sama dengan jenis PKA lainnya.<sup>35,11,15</sup>

### **2.3 Hipotesis**

Dua dari rumusan masalah dijawab dengan deskriptif dan tidak dijawab dalam hipotesis, dari uraian premis di atas maka dapat dideduksi hipotesis untuk menjawab rumusan masalah yang ketiga dan keempat sebagai berikut:

- 1) Terdapat hubungan faktor sosiodemografi dengan penggunaan PKA pada pasien dengan kanker payudara.(Premis 1-7)
- 2) Terdapat faktor sosiodemografi yang dominan berhubungan dengan penggunaan PKA pada pasien dengan kanker payudara. (Premis 2-7)

## BAB III

### SUBJEK /OBJEK DAN METODE PENELITIAN

#### 3.1 Subjek dan Objek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini adalah semua pasien dengan diagnosis kanker payudara yang mendapat perawatan/pengobatan di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi serta bersedia menjadi responden penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Perempuan yang menderita kanker payudara dan di rawat di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan.
- 2) Berdomisili di wilayah Provinsi Sumatera Utara

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah pasien yang tidak mampu memberikan informasi yang dibutuhkan baik disebabkan oleh kondisi fisik atau mental dan tidak memiliki keluarga yang mendampingi dan mengetahui pengobatan serta hasil pengobatan yang digunakan pasien.

Objek dalam penelitian ini adalah faktor sosiodemografi yang meliputi: umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, penghasilan keluarga, agama dan penggunaan PKA. Bagi responden yang menggunakan PKA akan ditanyakan pula jenis pengobatan, alasan menggunakan pengobatan dan sumber informasi tentang pengobatan tersebut.

## **3.2. Metode Penelitian**

### **3.2.1 Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan rancangan kuantitatif dan kualitatif dengan studi *cross-sectional*. Rancangan kuantitatif yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara beberapa variabel bebas dan variabel tergantung pada penelitian dengan melakukan pengukuran sesaat. Rancangan kualitatif dilakukan dengan teknik wawancara mendalam sebagai tambahan untuk mendeskripsikan hal-hal yang tidak dapat dijelaskan secara kuantitatif terutama untuk menjawab rumusan pertanyaan yang ke-2 dari penelitian ini yaitu tentang pola penggunaan PKA.<sup>45-47</sup>

### **3.2.2 Identifikasi Variabel**

Dalam penelitian ini variabel penelitiannya adalah:

- 1) Variabel bebas yaitu: faktor sosiodemografi yang meliputi: umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, penghasilan keluarga dan agama.
- 2) Variabel terikat yaitu penggunaan pengobatan komplementer-alternatif pada pasien kanker payudara yakni: menggunakan atau tidak menggunakan.

### **3.2.3 Definisi Operasional**

Dalam penelitian ini definisi operasional variabel penelitian adalah sebagaimana yang tampak pada tabel berikut ini:

**Tabel 3.1 Defenisi operasional variabel dan cara pengukurannya**

<b>No</b>	<b>Variabel</b>	<b>Defenisi operasional</b>	<b>Kategori</b>	<b>Alat ukur</b>	<b>Skala</b>
1.	Umur	Usia responden pada saat penelitian yang dihitung mulai dari lahir sampai ulang tahun terakhir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 20-29 tahun</li> <li>- 30-39 tahun</li> <li>- 40-49 tahun</li> <li>- 50-59 tahun</li> <li>- 60-69 tahun</li> <li>- <math>\geq</math> 70 tahun</li> </ul>	Kuesioner	Ordinal
2.	Tingkat Pendidikan	Pendidikan terakhir yang pernah diselesaikan sampai dengan tamat oleh responden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak bersekolah</li> <li>- Pendidikan Dasar (SD dan SMP)</li> <li>- Pendidikan menengah (SMA)</li> <li>- Perguruan Tinggi</li> </ul>	Kuesioner	Ordinal
3.	Pekerjaan	Segala aktifitas responden untuk mendapatkan penghasilan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kerja</li> <li>- tidak bekerja</li> </ul>	Be Ti Kuesioner	Nominal
4.	Status Pernikahan	Status seseorang yang terkait dengan kehidupannya pernikahannya	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak menikah (lajang)</li> <li>- Menikah</li> <li>- Janda</li> </ul>	Kuesioner	Nominal
5.	Penghasilan keluarga	Penghasilan keluarga dengan nilai terendah berdasarkan UMP di Prov. Sumut (Rp.1.000.000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt; Rp.1.000.000</li> <li>- Rp.1.000.000</li> <li>- &gt; Rp.1.000.000-Rp.2.000.000</li> <li>- &gt;Rp.2.000.000-Rp.3000.000</li> </ul>	Kuesioner	Ordinal
6.	Agama	Kepercayaan dan keyakinan yang dianut responden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Islam</li> <li>- Kristen Protestan</li> <li>- Katolik</li> <li>- Hindu</li> <li>- Budha</li> </ul>	Kuesioner	Nominal



Lanjutan tabel 3.1

No	Variabel	Defenisi operasional	Kategori	Alat ukur	Skala
7.	Penggunaan PKA	Upaya responden sebagai orang sakit yang menggunakan pengobatan untuk kesembuhannya	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menggunakan PKA</li> <li>- Tidak menggunakan PKA</li> </ul>	Kuesioner	Nominal
8.	Jenis PKA	Pengelompokan PKA yang digunakan responden berdasarkan Permenkes 1109 tahun 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi tubuh dan pikiran</li> <li>- Sistem pelayanan pengobatan alternatif</li> <li>- Cara penyembuhan manual.</li> <li>- Pengobatan farmakologi dan biologi</li> <li>- Diet dan nutrisi untuk pencegahan dan pengobatan</li> <li>- Cara lain dalam diagnosa dan pengobatan</li> </ul>	Kuesioner	Nominal
9.	Alasan penggunaan PKA	Hal yang mendasari responden menggunakan PKA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengobati kanker</li> <li>- Meningkatkan sistem kekebalan tubuh</li> <li>- Mengurangi efek samping dari pengobatan konvensional</li> <li>- Memberikan perasaan nyaman, merasa lebih tenang dan menghindari stress</li> <li>- Mengurangi gejala yang ditimbulkan oleh kanker</li> </ul>	Kuesioner	Nominal
10.	Sumber informasi tentang PKA	Media atau orang yang menginformasikan tentang PKA yang digunakan responden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Media: internet, majalah, koran, televisi, radio, dll</li> <li>- Orang: Tenaga kesehatan, teman, perempuan lain yang juga mengalami kanker payudara, keluarga, praktisi PKA, dll</li> </ul>	Kuesioner	Nominal

### 3.2.4 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah semua perempuan dengan diagnosa kanker payudara yang mendapatkan perawatan/pengobatan di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan pada periode penelitian.

Pada penelitian ini jumlah sampel dihitung dengan menggunakan rumus besar sampel untuk penelitian *cross sectional* dengan jumlah populasi yang tidak diketahui, yaitu:

$$n = \frac{Z^2 \alpha pq}{d^2} \quad \text{atau} \quad n = \frac{Z^2 p(1-p)}{d^2}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel minimal

Z $\alpha$  = derajat kepercayaan

p = proporsi pasien kanker payudara yang menggunakan PKA

q = 1- p

d = limit dari *error* atau presisi absolut

Berdasarkan derajat kepercayaan 95% (Z $\alpha$  = 1,96) dengan proporsi yang menggunakan PKA 78% (0,78) dan presisi absolut 10% (0,1), maka diperoleh jumlah n= 66 orang. Untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan seperti *missing* data maka peneliti mengatasi dengan menambah besar sampel sebanyak 10% sehingga sampel penelitian menjadi 73 orang.

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan *consecutive sampling*, yaitu semua subyek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan dalam penelitian sampai subyek yang diperlukan terpenuhi. *Consecutive sampling* merupakan jenis *non-probability sampling* yang paling baik, sering merupakan cara termudah dan sebagian besar digunakan pada penelitian klinis.<sup>45-47</sup>

Pemilihan responden untuk wawancara mendalam dilakukan secara *purposive sampling* dengan memperhatikan kelompok umur, riwayat penggunaan PKA, dan kekooperatifan responden sewaktu wawancara untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan pada kuesioner (pengumpulan data primer tahap I). Jumlah responden untuk wawancara mendalam tidak ditentukan tetapi dilakukan sampai semua tujuan dari penelitian dapat terjawab.

### **3.2.5 Teknik Pengumpulan Data**

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder dan data primer. Pengumpulan data diawali dari data sekunder yaitu dengan melihat hasil pendokumentasian untuk mengetahui pasien-pasien dengan diagnosa kanker payudara yang sedang dirawat di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan. Setelah itu baru dapat dilakukan pengumpulan data primer.

Pengumpulan data primer dilakukan dengan 2 (dua) tahap. Tahap I data dikumpulkan dengan melakukan wawancara terstruktur menggunakan kuesioner. Pertanyaan pada lembar kuesioner disusun oleh peneliti berdasarkan variabel

penelitian dengan kalimat yang mudah dipahami dan dijawab oleh responden sehingga terjadi persamaan interpretasi antara responden dan peneliti.

Kuesioner yang disusun terdiri dari 10 butir soal, 6 soal untuk sosiodemografi (umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, penghasilan keluarga dan agama) dan 4 soal untuk penggunaan PKA (menggunakan atau tidak, jenis, alasan penggunaan dan yang menjadi sumber informasi). Seluruh pertanyaan yang disusun dalam bentuk pertanyaan tertutup, artinya jawaban sudah disediakan. Selanjutnya kuesioner ini juga dilengkapi dengan 17 pertanyaan tentang pola penggunaan PKA yang disusun dalam bentuk pertanyaan terbuka. Pembuatan kuesioner didasarkan pada kuesioner penelitian sejenis dari studi kepustakaan. Kuesioner penelitian ini juga telah diuji dengan teknik *test-retest (stability)*.

Tahap II dari pengumpulan data primer adalah dengan melakukan wawancara dengan pertanyaan semi-terstruktur. Pertanyaan yang diajukan merupakan penggalian mendalam dari pertanyaan terbuka yang ada pada kuesioner. Jenis wawancara ini sudah termasuk dalam kategori *in-dept interview* (wawancara mendalam). Responden pada wawancara mendalam ini adalah pasien kanker payudara dari RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan yang menggunakan PKA. Supaya hasil wawancara dapat terekam dengan baik dan peneliti memiliki bukti telah melakukan wawancara kepada responden atau sumber data, maka diperlukan bantuan alat-alat seperti buku catatan dan *tape-recorder*. Seluruh pengumpulan data, baik pada tahap I dan tahap II dilakukan oleh peneliti langsung.

### 3.2.6 Metode Pengolahan Data dan Analisis

#### 1) Pengolahan Data

##### (1) Data kuantitatif

Pengolahan data adalah suatu proses dalam memperoleh data ringkasan atau angka ringkasan dengan menggunakan cara-cara atau rumus tertentu. Langkah pertama pengolahan data ini adalah edit data (*editing*). Data yang sudah ada pada kuesioner dikoreksi kelengkapan dan kejelasannya. Apabila ditemukan kesalahan maka dilakukan konfirmasi untuk memperoleh data yang sebenarnya.

Setelah data yang terkumpul di edit maka dilanjutkan dengan langkah kedua yakni pemberian kode (*coding*). Pada langkah ini data diklasifikasikan menurut masing-masing kategori. Setiap kategori jawaban yang berbeda diberi kode yang berbeda untuk mempermudah pengolahan data.

Pemrosesan data (*processing*) adalah langkah ketiga dari pengolahan data. Setelah data yang terkumpul diberi kode maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah dimasukkan dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara memasukkan data dari kuesioner ke paket program komputer. Langkah terakhir setelah pemrosesan data adalah pengecekan data (*cleaning*). Pengecekan data yang sudah dimasukkan untuk memastikan bahwa data telah bersih dari kesalahan-kesalahan seperti pengkodean ataupun kesalahan dalam membaca kode.

## (2) Data kualitatif

Catatan yang lengkap merupakan kunci awal keberhasilan analisis data dan juga kualitas data yang dikumpulkan untuk data kualitatif. Pengolahan data dilakukan dengan melengkapi catatan harian menjadi transkrip. Ciri-ciri catatan lengkap adalah catatan tersebut dapat dibaca oleh siapa saja, dapat dipahami oleh yang membaca, dapat diedit untuk akurasi datanya, dapat diberi komentar dan akhirnya dapat dianalisis.

## 2) Metode Analisis Data

### (1) Analisis data kuantitatif

Dalam analisis kuantitatif menggunakan 3 tahapan analisis yaitu analisis univariabel, bivariabel dan multivariabel. Seluruh data yang diperoleh, dicatat dan ditabulasi (univariabel). Data hasil penelitian akan dianalisis dengan uji *chi-square* untuk melihat hubungan antara variabel bebas (umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, penghasilan keluarga dan agama) dengan variabel terikat yaitu penggunaan PKA pada pasien kanker payudara.

Selanjutnya dilakukan analisis multivariabel yang bertujuan untuk melihat hubungan beberapa variabel bebas dengan variabel terikat. Proses analisis multivariabel dengan menghubungkan beberapa variabel bebas dengan satu variabel terikat pada waktu yang bersamaan. Uji yang dilakukan adalah regresi logistik. Selanjutnya pengolahan data dilakukan dengan menggunakan piranti lunak SPSS versi 16,0 *for windows*.

## (2) Analisis data kualitatif

Cara untuk menganalisis data kualitatif secara sistematis adalah dengan melakukan koding. Koding adalah suatu proses yang kreatif untuk memecah data menjadi unit yang lebih kecil (kode), memahami unit-unit tersebut, dan kemudian merangkum kembali unit-unit tersebut (dalam bentuk kategori dan hubungan antar kategori). Unit dapat berupa kata, kalimat, atau paragraf, atau bagian dari data yang mempunyai makna tersendiri.

Koding tahap pertama disebut *open coding*, karena sifatnya sangat dekat dengan data aslinya. Kode-kode yang dihasilkan selanjutnya dikelompokkan ke dalam kategori. Setelah melakukan *open coding*, langkah selanjutnya adalah mencari hubungan antar kategori-kategori tersebut untuk menghasilkan *theoretical codes*. Langkah terakhir adalah menetapkan kategori utama (*main category*).<sup>46,47</sup>

### **3.2.7 Tempat dan Waktu Penelitian**

Adapun tempat dan waktu yang digunakan untuk pelaksanaan penelitian ini adalah sebagai berikut:

#### **1) Tempat Penelitian**

Penelitian ini akan dilaksanakan di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan. Alasan pemilihan RS ini menjadi tempat penelitian adalah karena di RS tersebut belum pernah dilakukan penelitian untuk mengetahui hubungan faktor sosiodemografi dengan penggunaan PKA pada pasien dengan kanker payudara.

RSUP H. Adam Malik Medan berlokasi di Jalan Bunga Lau no. 17, kelurahan Kemenangan Tani, kecamatan Medan Tuntungan. Rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit kelas A sesuai dengan SK Menkes No. 355/ Menkes/ SK/ VII/ 1990. Mulai berfungsi sejak tanggal 17 Juni 1991 dengan pelayanan rawat jalan, sedangkan untuk pelayanan rawat inap baru dimulai tanggal 2 Mei 1992.

RSUP H. Adam Malik Medan telah memiliki fasilitas kesehatan yang memenuhi standar dan tenaga kesehatan yang kompeten. Selain itu, RSUP H. Adam Malik Medan juga merupakan rumah sakit rujukan untuk wilayah pembangunan A yang meliputi Sumatera Utara, Aceh, Sumatera Barat dan Riau sehingga dapat dijumpai pasien dengan latar belakang yang sangat bervariasi tetapi pada penelitian ini responden hanya yang berdomisili di provinsi Sumut saja. Penelitian ini dilakukan di Instalasi Rindu B tepatnya di Ruang Rindu B2 (kelas I-II dan kelas III).

RSUD Dr. Pirngadi Medan adalah 1 dari 12 RS Pendidikan di Indonesia yang melaksanakan pelayanan pengobatan komplementer-alternatif berdasarkan Surat Keputusan Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik. RS ini merupakan salah satu dari RSU kelas B yang ada di Prov Sumatera Utara. RS ini milik Pemerintahan Kota Medan yang berlokasi di Jl. Prof. H. M. Yamin, SH No.47 Medan Sumatera Utara. Rumah Sakit Umum Dr. Pirngadi ini mulai didirikan pada tahun 1928 oleh Pemerintah Hindia Belanda dan selesai pada tahun 1930 dengan nama *Gementee Zieken Huis* atau Rumah Sakit Kota, lalu pada tahun 1979 berubah menjadi Rumah Sakit Dr. Pirngadi Medan.



RSUD Dr. Pirngadi Medan telah memiliki pengalaman memberikan pelayanan 83 tahun dan memiliki fasilitas kesehatan yang memenuhi standar dan tenaga kesehatan yang kompeten. RS ini juga merupakan rumah sakit rujukan dari berbagai daerah di Provinsi Sumut dan sekitarnya. Penelitian ini dilakukan di SMF Bedah tepatnya di Ruang IX dan ada juga pengambilan data yang dilakukan di Unit Akupunktur.

## **2) Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di RSUP H.Adam malik dan RSUD Dr.Pirngadi Medan pada bulan Januari-Maret 2011

### **3.2.8 Implikasi/Aspek Etik Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan setelah mendapat surat kelayakan etik penelitian dari Komite Etik Penelitian Kesehatan FK. UNPAD/RS. Dr. Hasan Sadikin Bandung. Selanjutnya, peneliti mengajukan permohonan izin penelitian kepada masing-masing Direktur RS tempat melakukan penelitian melalui bagian penelitian dan pengembangan di masing-masing RS. Setelah memperoleh izin barulah melakukan penelitian di ruang perawatan kasus-kasus onkologi dan memilih subyek penelitian berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan.

Pada penelitian ini akan menerapkan 3 prinsip dasar etik penelitian yaitu:

1) *Respect for persons* (menghormati harkat dan martabat manusia)

Subjek penelitian diberikan informasi mengenai penelitian yang akan dilakukan meliputi: tata cara/prosedur, risiko dan ketidaknyamanan, manfaat, kesukarelaan, kerahasiaan data, penyulit dan kompensasi serta petugas/*contact person* yang bisa dihubungi bila ada yang perlu didiskusikan sehubungan dengan penelitian.

Subjek penelitian bebas menentukan keikutsertaannya dalam penelitian ini, jika bersedia maka kesedian subjek penelitian harus dinyatakan secara tertulis dengan menandatangani lembar persetujuan sebagai responden. Langkah selanjutnya adalah melakukan wawancara/wawancara mendalam oleh peneliti dengan menggunakan kuesioner/daftar pertanyaan wawancara mendalam yang telah disiapkan. Nama subjek dalam penelitian ini akan disamarkan dan penelitian ini dilakukan secara rahasia sehingga tidak mungkin diketahui orang lain.

2. *Beneficence dan male-eficience* (memenuhi persyaratan ilmiah bermanfaat dan tidak merugikan)

Risiko dan ketidaknyamanan secara fisik sebenarnya tidak ada, hanya mungkin ketika melakukan wawancara harus memperhatikan kondisi fisik dan waktu istirahat responden, karena wawancara yang dilakukan akan menyita waktu responden.

Keuntungan dari penelitian ini tidak dapat dirasakan langsung oleh responden tetapi kesediaannya menjadi responden dalam penelitian ini sangat berarti untuk mendapatkan informasi awal yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam membuat kebijakan berkaitan dengan penggunaan PKA.

3. *Justice* (Keadilan).

Semua subjek penelitian yang memenuhi kriteria inklusi mendapatkan kesempatan yang sama untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Seluruh responden akan mendapatkan perlakuan yang sama sesuai dengan moral dan hak mereka sebagai subjek penelitian. Setelah pengisian kuesioner/wawancara selesai, responden akan diberi cenderamata sebagai kompensasi waktu yang telah diberikan. Selanjutnya, apabila terdapat hal yang perlu didiskusikan oleh subjek penelitian, boleh menghubungi peneliti.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil Penelitian**

Informasi dalam penelitian ini membahas mengenai uraian analisis data yang diperoleh pada penelitian tentang faktor sosiodemografi dan pola penggunaan PKA pada pasien kanker payudara. Variabel yang akan dianalisis pada penelitian ini adalah faktor sosiodemografi responden yang meliputi: umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan keluarga, status pernikahan dan agama dalam penggunaan PKA.

Statistik yang digunakan untuk menganalisis hubungan faktor sosiodemografi dengan penggunaan PKA menggunakan *chi-square* ( $x^2$ ), selanjutnya hubungan antar beberapa variabel dianalisis dengan uji regresi logistik ganda. Pada penelitian ini juga dilakukan analisis data kualitatif yang dilakukan secara deskriptif untuk melengkapi data kuantitatif.

Penyajian data kualitatif dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel dan kutasi. Penyajian data kualitatif dalam bentuk tabel mempunyai perbedaan dengan penyajian data tabel pada penelitian kuantitatif. Perbedaan yang utama terletak pada isi tabel yang tidak menyajikan angka-angka seperti dalam penelitian kuantitatif. Kutasi adalah menyajikan data sesuai dengan pernyataan asli responden. Cara ini akan membantu para pembaca memasuki situasi dan pemikiran subjek penelitian secara langsung, dan mengkaitkannya dengan interpretasi peneliti.

Penelitian ini dilakukan pada semua perempuan dengan diagnosa kanker payudara yang mendapatkan perawatan/pengobatan di RSUP H. Adam Malik dan RSUD Dr. Pirngadi Medan pada periode penelitian yang memenuhi kriteria inklusi. Sampel yang diambil berjumlah 73 orang, terdiri dari 54 orang dari RSUP H. Adam Malik dan 19 orang dari RSUD Dr. Pirngadi Medan.

#### **4.1.1 Data Kuantitatif**

##### **1) Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sosiodemografi**

Berikut ini disajikan hasil analisis univariabel yang mencakup gambaran karakteristik sosiodemografi responden yang meliputi: umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, penghasilan keluarga dan agama.

**Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sociodemografi (n=73)**

No	Variabel	n	Persentase (%)
<b>1</b>	<b>Umur</b>		
	- 20-29 tahun	2	2,7
	- 30-39 tahun	13	17,9
	- 40-49 tahun	29	39,7
	- 50-59 tahun	26	35,6
	- 60-69 tahun	3	4,1
<b>2</b>	<b>Tingkat Pendidikan</b>		
	- Pendidikan Dasar (SD dan SLTP)	33	45,2
	- Pendidikan menengah (SLTA)	25	34,2
	- Perguruan Tinggi	15	20,6
<b>3</b>	<b>Pekerjaan</b>		
	- Bekerja	22	30,1
	- Tidak bekerja	51	69,9
<b>4</b>	<b>Status pernikahan</b>		
	- Tidak menikah/lajang	5	6,8
	- Menikah	57	78,1
	- Janda	11	15,1
<b>5</b>	<b>Penghasila keluarga</b>		
	- < Rp.1.000.000	21	28,8
	- Rp.1.000.000- Rp.2.000.000	16	21,9
	- > Rp.2.000.000-Rp.3.000.000	16	21,9
	- > Rp.3.000.000	20	27,4
<b>6</b>	<b>Agama</b>		
	- Islam	38	77,6
	- Kristen Protestan	15	20,5
	- Katolik	2	2,7

Hasil analisis faktor sociodemografi seperti tampak pada tabel 4.1. dapat dijelaskan bahwa dari 73 responden yang diteliti, responden tertinggi pada kelompok umur 40-49 tahun yaitu 29 orang (39,7%) dan terendah pada kelompok umur 20-29 tahun yaitu 2 orang (2,27%). Untuk variabel tingkat pendidikan, responden yang terbanyak dengan tingkat pendidikan dasar (SD dan SLTP) yaitu 33 orang (45,2%)

dan yang sedikit dengan tingkat pendidikan Perguruan Tinggi yaitu 15 orang (20,6%).

Menurut variabel pekerjaan responden, diketahui dari 73 responden ada 51 orang (69,9%) yang tidak bekerja sedangkan yang bekerja hanya 22 orang (30,1%). Status pernikahan responden yang tertinggi dengan status menikah yaitu 57 orang (78,1%) dan yang terendah dengan status pernikahan belum menikah yaitu 5 orang (6,8%).

UMP Propinsi Sumut tahun 2010 merupakan dasar dalam menentukan klasifikasi penghasilan keluarga responden. Hasil yang didapatkan tertinggi dengan penghasilan lebih dari UMP sebanyak 52 orang (71,2 %) dan yang terendah dengan penghasilan kurang dari UMP yaitu 21 orang (28,8%). Menurut variabel agama, diketahui bahwa responden yang tertinggi dengan agama Islam sebanyak 56 orang (76,7%) dan yang terendah dengan agama Katolik 2 orang (2,7%).

## **2) Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Penggunaan PKA**

Banyak penelitian yang memperoleh hasil bahwa penggunaan PKA pada pasien kanker payudara cukup tinggi. Berikut ini adalah hasil analisis univariabel responden berdasarkan penggunaan PKA.

**Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Penggunaan PKA**

<b>Pengguna PKA</b>	<b>n</b>	<b>Persentase (%)</b>
- Ya	49	67,1
- Tidak	24	32,9

Hasil analisis untuk proporsi penggunaan PKA pada pasien dengan kanker payudara seperti tampak pada tabel 4.2 dapat menjelaskan bahwa penggunaan PKA cukup tinggi yakni ada 49 orang (67,1%) sedangkan yang tidak menggunakan hanya 24 orang (32,9%).

### **3) Distribusi Frekuensi Responden yang menggunakan PKA berdasarkan jenis PKA**

Jenis pengobatan komplementer alternatif berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 1109/Menkes/PER/IX/2007 ada 6 jenis. Berikut ini adalah analisis univariabel responden yang menggunakan PKA berdasarkan jenis PKA.



**Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden yang menggunakan PKA berdasarkan jenis PKA (n= 49)**

Variabel	n	(%)
Intervensi tubuh dan pikiran ( <i>Mind and body intervetion</i> ): Hipnoterapi, mediasi, penyembuhan spiritual, doa dan yoga.	3	6,1
Sistem pelayanan pengobatan alternatif : akupuntur, akupresur, naturopati, homeopati, aromaterapi, ayurveda.	5	10,2
Cara penyembuhan manual ( <i>Manual healing methods</i> ): <i>chiropractice, healing touch</i> , tuina, shiatsu, osteopati, pijat urut.	4	8,2
Pengobatan farmakologi dan biologi ( <i>Pharmacologic dan biologic traetments</i> ): jamu, herbal, gurah.	46	93,9
Diet dan nutrisi untuk pencegahan dan pengobatan ( <i>Diet and nutritions the prevention and treatment of desease</i> ): diet makro nutrient, mikro nutrient.	43	87,7
Cara lain dalam diagnosa dan pengobatan ( <i>Unclassified diagnostic and treatment methods</i> ): terapi ozon, hiperbarik, EECF.	0	0

Keterangan: responden boleh memilih jenis PKA lebih dari satu pilihan

Berdasarkan tabel tabel 4.3 diatas dapat dilihat bahwa jenis pengobatan komplementenr alternatif yang paling banyak digunakan adalah jenis pengobatan farmakologi dan biologi dengan menggunakan herbal sebanyak 46 orang (93,9%), diikuti dengan jenis pengobatan diet dan nutrisi untuk pencegahan dan pengobatan sebanyak 43 orang (87,7%) sedangkan yang menggunakan jenis cara lain dalam diagnosa tidak ada. Hasil dari tabel ini juga dapat diketahui bahwa ada beberapa responden yang menggunakan lebih dari satu jenis PKA pada waktu yang bersamaan.

### 3) Distribusi Frekuensi Responden yang menggunakan PKA berdasarkan alasan penggunaan.

Ketika seseorang memilih suatu pengobatan yang akan digunakannya pada saat sakit tentu memiliki alasan tertentu. Meskipun sama-sama sebagai pasien kanker payudara yang menggunakan PKA tetap saja responden memiliki alasan yang berbeda. Berikut ini adalah analisis univariabel responden yang menggunakan PKA berdasarkan alasan penggunaan PKA.

**Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden yang menggunakan PKA berdasarkan alasan penggunaan (n= 49)**

Alasan Penggunaan PKA	n	(%)
Mengobati kanker	39	79,6
Meningkatkan system kekebalan tubuh	9	18,4
Mengurangi efek samping dari pengobatan konvensional	2	4,1
Memberikan perasaan nyaman, merasa lebih tenang dan menghindari stress	1	2,0
Mengurangi gejala yang ditimbulkan oleh kanker	5	10,2
Mencegah kanker kambuh kembali	1	2,0
Dan lain-lain	0	0

Keterangan: responden boleh memilih alasan penggunaan PKA lebih dari satu pilihan

Hasil analisis berdasarkan alasan penggunaan pengobatan komplementer alternatif seperti yang tertera pada tabel 4.4 diatas diketahui bahwa alasan responden menggunakan PKA yang tertinggi untuk mengobati kanker sebanyak 39 orang (79,6%) dan yang terendah yaitu untuk memberikan perasaan nyaman, merasa lebih tenang dan menghindari stress dan untuk mencegah kanker kambuh kembali masing-

masing sebanyak 1 orang (2,0%). Hasil pada tabel ini juga menggambarkan bahwa ada beberapa responden yang memiliki beberapa alasan ketika menggunakan PKA.

#### 5) Distribusi Frekuensi Responden yang menggunakan PKA berdasarkan Sumber Informasi (n= 49)

Sumber informasi adalah hal yang penting untuk membantu seseorang memilih jenis pengobatan yang akan digunakan ketika ia sakit. Berikut ini adalah analisis univariabel responden yang menggunakan PKA berdasarkan alasan penggunaan PKA.

**Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Penggunaan PKA berdasarkan Sumber Informasi**

Sumber Informasi Penggunaan PKA	n	Persentase (%)
<b>Media</b>		
Internet	0	0
Majalah	2	4,1
Koran	2	4,1
Televisi	2	4,1
Radio	0	0
<b>Praktisi</b>		
Tenaga kesehatan	2	4,1
Teman	22	44,9
Keluarga	29	59,2
Perempuan lain dengan kanker payudara	7	14,3
Praktisi PKA	1	2,0

Keterangan: responden boleh memilih jawaban lebih dari satu pilihan

Berdasarkan tabel 4.5 dapat dilihat bahwa sumber informasi yang diperoleh responden lebih banyak melalui praktisi dibandingkan dengan yang melalui media. Sumber informasi yang diperoleh melalui praktisi yang tertinggi yaitu dari keluarga sebanyak 29 orang (59,2%) dan terendah dari praktisi PKA yaitu 1 orang (2,0%). Untuk sumber informasi melalui media hanya dari majalah, koran dan televisi masing-masing 2 orang (4,1%). Hasil dari tabel ini juga menggambarkan ada beberapa responden yang memperoleh informasi tentang PKA yang ia gunakan lebih dari satu sumber informasi.

**6) Hubungan Sosiodemografi dengan Penggunaan PKA pada pasien kanker payudara.**

Analisis bivariabel digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan variabel dependen, untuk masing-masing variabel independen yang diperhitungkan. Pada penelitian ini menggunakan 6 variabel independen dan 1 variabel dependen, sehingga dilakukan 6 analisis bivariabel yang disajikan dalam satu bentuk tabel. Hasil analisis bivariabel juga memuat nilai *chi-square* untuk menyimpulkan pasangan hipotesis yang ada.

**Tabel 4.6 Hubungan Sociodemografi Responden dengan Penggunaan PKA  
(n= 73)**

Sociodemografi	Penggunaan PKA pada pasien kanker payudara						x <sup>2</sup>	Nilai p	
	Ya		Tidak		Total				
	n	%	n	%	n	%			
<b>Umur</b>									
- 20-29 tahun	2	100	0	0	2	100	3,993	0,046*	
- 30-39 tahun	9	69,2	4	30,8	13	100			
- 40-49 tahun	22	75,9	7	24,1	29	100			
- 50-59 tahun	16	61,5	10	38,5	26	100			
- 60-69 tahun	0	0	3	100	3	100			
<b>Tingkat Pendidikan</b>									
- Pendidikan Dasar (SD dan SMP)	23	69,7	10	30,3	33	100	0,086	0,769	
- Pendidikan menengah (SLTA)	16	64	9	36	25	100			
- Perguruan Tinggi	10	66,7	5	33,3	15	100			
<b>Pekerjaan</b>									
-	Be	14	63,6	8	36,4	22	100	0,173	0,677
-	Ti	35	68,2	16	31,8	51	100		
<b>Status Pernikahan</b>									
- Tidak menikah (lajang)	4	80	1	20	5	100	1,208	0,547	
- Menikah	39	68,4	18	31,6	57	100			
- Janda	6	54,5	5	45,5	11	100			
<b>Penghasilan keluarga</b>									
- < Rp.1.000.000 (< UMP)	13	61,9	8	38,1	21	100	0,011	0,917	
- Rp.1.000.000- Rp.2.000.000	12	75	4	25	16	100			
- > Rp.2.000.000-Rp.3.000.000	12	75	4	25	16	100			
- > Rp.3.000.000	12	60	8	40	20	100			
<b>Agama</b>									
- Islam	38	67,9	18	32,1	56	100	0,059	0,809	
- Kristen Protestan	10	66,6	5	33,4	15	100			
- Katolik	1	50	1	50	2	100			

Keterangan: Nilai p dihitung berdasarkan uji *chi-square*

Pada tabel 4.6 menunjukkan bahwa responden dengan kelompok umur 20-29 tahun ada 2 orang dan seluruhnya (100%) menggunakan PKA, sedangkan pada kelompok umur 60-69 tahun ada 3 orang dan seluruhnya juga tidak menggunakan

PKA. Perhitungan dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan ( $p < 0,05$ ) antara umur dengan penggunaan PKA.

Penggunaan PKA dilihat dari tingkat pendidikan responden persentasenya cukup merata ( $> 60\%$ ) pada setiap tingkat pendidikan. Responden yang paling banyak menggunakan PKA adalah responden dengan tingkat pendidikan dasar (SD dan SLTP) yakni 23 orang (69,7%). Perhitungan dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan ( $p > 0,05$ ) antara tingkat pendidikan dengan penggunaan PKA.

Persentase penggunaan PKA dilihat dari status pekerjaan responden cukup merata yakni: yang bekerja 14 orang (63,6%) dengan yang tidak bekerja 35 orang (68,2%). Perhitungan dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan ( $p > 0,05$ ) antara status pekerjaan dengan penggunaan PKA.

Empat orang responden (80%) yang belum menikah menggunakan PKA. Kelompok yang tidak menggunakan PKA paling banyak ditemukan pada responden dengan status cerai/janda yakni 5 orang (45,5%). Perhitungan dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan ( $p > 0,05$ ) antara status pernikahan dengan penggunaan PKA.

Responden yang penghasilan keluarganya lebih dari UMP banyak yang menggunakan PKA yakni 36 orang (69,2%), tetapi responden dengan penghasilan keluarga kurang dari UMP, juga cukup tinggi dalam penggunaan PKA yakni 13 orang (61,9%). Perhitungan dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan tidak

terdapat hubungan yang signifikan ( $p > 0,05$ ) antara tingkat pendidikan dengan penggunaan PKA.

Agama merupakan variabel yang juga diteliti karena ada dari jenis PKA yang berkaitan dengan agama. Secara keseluruhan responden lebih banyak yang beragama Islam tetapi untuk penggunaan PKA semua agama (Islam, Kristen Protestan dan Katolik) masing-masing mempunyai persentase yang hampir merata. Perhitungan dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan ( $p > 0,05$ ) antara agama dengan penggunaan PKA.

#### **7) Hubungan variabel sosiodemografi responden dengan penggunaan PKA yang bermakna.**

Analisis multivariabel dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel independen (sosiodemografi) dan variabel dependen (penggunaan PKA pada pasien kanker payudara). Uji hipotesis yang digunakan adalah uji regresi logistik dengan tingkat kemaknaan sebesar  $p < 0,05$  dan *Confidence Interval (CI)* 95%. Pada analisis multivariabel dimasukkan semua variabel yang pada analisis bivariat mempunyai nilai  $p < 0,25$ . Pada penelitian ini semua variabel pada sosiodemografi responden memiliki nilai  $p > 0,25$  kecuali variabel umur.

#### 4.7 Analisis Regresi Logistik Ganda Hubungan Sosiodemografi dengan Penggunaan PKA pada pasien kanker payudara

Varabel	Koefisien(B)	SE(B)	Nilai p	OR (CI 95%)
Umur	-0,702	0,352	0,046*	0,495 (0,248-0,987)
Konstanta	3,861	3,121		

Pada tabel 4.7 dapat dilihat hasil analisis menunjukkan hubungan yang bermakna antara variabel umur dengan variabel penggunaan PKA pada pasien kanker OR=0,495 (95% CI= 0,248-0,987,  $p < 0,05$ ).

#### 4.1.3 Data Kualitatif

Pada penelitian ini, pengumpulan data kualitatif diperoleh dengan wawancara mendalam pada 12 orang responden dari 49 responden yang menggunakan PKA. Tujuh orang responden dari 29 responden mempunyai riwayat menggunakan PKA tetapi saat dilakukan wawancara sudah tidak menggunakannya lagi. Lima orang responden dari 20 responden masih menggunakan PKA sampai dilakukannya penelitian ini.

Hal-hal yang digali dalam wawancara mendalam lebih berkaitan dengan pola penggunaan PKA yang dikembangkan menjadi beberapa sub topik sesuai dengan tujuan penelitian dan dilakukan langsung oleh peneliti. Hasil pengumpulan data kualitatif dilakukan untuk mendukung dan memperkuat hasil analisis kuantitatif.



Hasil wawancara mendalam untuk setiap sub topik yang telah dilakukan adalah sebagai berikut:

### 1) Riwayat penggunaan PKA

Riwayat penggunaan PKA oleh responden sangat bervariasi dilihat dari lama penggunaan, jenis, cara memperolehnya, dosis/frekuensi penggunaannya serta manfaat yang dirasakan. Semua hal tersebut terangkum dalam tabel berikut ini:

**Tabel 4.8 Riwayat Penggunaan PKA oleh responden (n= 12)**

<b>Deskripsi</b>	<b>Jenis, cara dan dosis/frekuensi PKA yang digunakan</b>	<b>Manfaat yang dirasakan</b>
(1) Umur 45 tahun PKA digunakan bersama-sama dengan pengobatan konvensional. Lama penggunaan PKA 6 bulan, di peroleh dari MLM	Menggunakan herbal dalam bentuk liquid, dikonsumsi 3x 2 sendok makan/hari Mengonsumsi berbagai jus buah dan susu kedelai	Merasa lebih segar Mengurangi mual setelah kemo Mempertahankan nafsu makan tetap baik Merawat rambut tidak rontok
(2) Umur 43 tahun Menggunakan PKA bersama-sama dengan pengobatan konvensional. Lama penggunaan PKA 3 bulan, di peroleh dari MLM	Menggunakan jus buah noni, dikonsumsi 2 sloki setiap 1 jam sebelum makan pagi dan makan malam Mengonsumsi jus buah beet yang dibuat sendiri 3 hari sebelum kemo	Merasa lebih kuat Mengurangi nyeri Mengurangi kerontokan rambut
(3) Umur 38 tahun Menggunakan PKA bersama-sama dengan pengobatan konvensional. Lama menggunakan PKA 2 tahun, diperoleh dari keluarga	Menggunakan rebusan air benalu kopi, dan rosela. Tidak ada dosis yang pasti tentang banyak benalu kopi dan rosela yang digunakan. Meminumnya 3x1-2 gelas / hari sebelum makan	Meningkatkan Hb Meningkatkan nafsu makan

Lanjutan Tabel. 4.8

Deskripsi	Jenis, cara dan dosis/frekuensi PKA yang digunakan	Manfaat yang dirasakan
(4) Umur 45 tahun Menggunkan PKA bersama-sama dengan pengobatan konvensional. Lama menggunakan PKA sudah 1 tahun lebih, diperoleh dari keluarga dan tenaga PKA	Menggunakan rebusan air benalu kopi dan kulit manggis, diminum sesering mungkin tanpa memperhatikan waktu. Selain itu juga menggunakan air yang telah didoakan jika merasa gelisah	Merasa tetap segar Meningkatkan nafsu makan Memberikan rasa tenang
(5) Umur 40 tahun Menggunkan PKA bersama-sama dengan pengobatan konvensional. Lama menggunakan PKA 1 minggu, diperoleh dari keluarga	Menggunakan ramuan dan di dalam ramuan itu ada mengandung benalu kopi. Ramuan direbus menggunakan tempat yang terbuat dari tembikar. Meminumnya 3x 1 gelas/ hari sebelum makan	Mengurangi nyeri Meningkatkan nafsu makan
(6) Umur 29 tahun Pernah menggunakan PKA selama 2 bulan, di peroleh dari tenaga PKA	Menggunakan akupunktur 3x/ minggu Menggunakan ramuan herbal dalam bentuk tablet 3x5 tablet/hari Mengkonsumsi jus kentang, buah beet dan tomat	Merasa lebih segar Nafsu makan meningkat Mengurangi nyeri Merasa lebih nyenyak sewaktu tidur
(7) Umur 59 tahun Pernah menggunakan PKA < 1 bulan, di peroleh dari tenaga PKA	Menggunakan herbal dalam bentuk sirup dan tablet. Dosis untuk sirup 3x 2 sendok makan/hari, tablet: 3x 7 tablet/hari	Tidak ada merasakan manfaat dari PKA yang digunakan
(8) Umur 37 tahun Pernah menggunakan PKA < 1 bulan, di peroleh dari tenaga PKA	Menggunakan herbal dalam bentuk sirup dan tablet. Dosis untuk sirup 3x 2 sendok makan/hari, tablet: 3x 5 tablet/hari Mengkonsumsi jus wartel, jeruk, dan buah beet setiap hari	Tidak ada merasakan manfaat dari PKA yang digunakan
(9) Umur 42 tahun Pernah menggunakan PKA 6 bulan, di peroleh dari MLM	Menggunakan herbal dalam bentuk sirup dan tablet. Dosis untuk sirup 3x2 sloki/hari, tablet: 2x 2 tablet hari	Mengurangi mual setelah kemo, mengurangi kerontokan rambut dan membuat kulit tidak kering

Lanjutan Tabel 4.8

Deskripsi	Jenis, cara dan dosis/frekuensi PKA yang digunakan	Manfaat yang dirasakan
(10) Umur 35 tahun Pernah menggunakan PKA 5 bulan, di peroleh dari tenaga PKA	Menggunakan pijat urut dan herbal dalam bentuk ramuan. Pijat dilakukan 3x/minggu Ramuan diminum 3x1 gelas/hari	Mengurangi nyeri Mengurangi ukuran tumor
(11) Umur 55 tahun Pernah menggunakan PKA 1 tahun, di peroleh dari tenaga PKA	Menggunakan pijat urut. Herbal dalam bentuk ramuan dan pil. Pijat dilakukan 1x/minggu Ramuan diminum 3x2 gelas/hari Tablet 3x5 tablet/hari	Tidak ada merasakan manfaat dari PKA yang digunakan
(12) Umur 42 tahun Pernah menggunakan PKA 2 bulan, di peroleh dari keluarga dan MLM	Menggunakan herbal dalam bentuk <i>softgel</i> dan tablet. Dosis: untuk <i>softgel</i> dioleskan 2x/hari, tablet: 2x 2 tablet hari	Tidak ada merasakan manfaat dari PKA yang digunakan

Hasil dari tabel 4.8 menggambarkan bahwa lama penggunaan PKA pada pasien dengan kanker payudara ada yang sudah bertahun-tahun tetapi ada pula yang baru beberapa minggu. Lama penggunaan ini berhubungan dengan manfaat yang dirasakan dari PKA dan lama pasien sudah terdiagnosa.

Ada responden yang menggunakan pengobatan konvensional setelah gagal dengan pengobatan PKA dan ada pula pengobatan PKA yang digunakan bersamaan dengan pengobatan konvensional. Selain itu informasi tentang frekuensi penggunaan PKA dan cara responden menggunakan PKA tersebut juga sangat bervariasi.

PKA yang digunakan oleh responden ada yang diperoleh dari tenaga PKA, ada dari MLM dan ada pula dari teman, pasar atau keluarga. Responden yang menggunakan PKA dari tenaga PKA tidak mengetahui tentang perizinan yang dimiliki oleh tenaga PKA tersebut ada atau tidak. Umumnya manfaat yang dirasakan responden dari PKA yang digunakan adalah merasa lebih sehat/segar, mengurangi nyeri, meningkatkan nafsu makan, mengurangi kerontokan rambut, dll. Seluruh responden menyatakan tidak ada mengalami efek yang tidak diinginkan.

## **2) Kepuasan tentang PKA yang pernah/sedang digunakan.**

Ada responden yang menyatakan sangat puas, puas dan ada pula yang kecewa dengan penggunaan PKA yang pernah atau sedang mereka gunakan. Responden yang menyatakan puas adalah responden yang menggunakan PKA untuk mengurangi efek samping dari pengobatan secara konvensional, sedangkan responden yang menyatakan kecewa umumnya responden yang merasa gagal dengan PKA yang mereka gunakan dengan alasan penggunaan PKA untuk menyembuhkan kanker yang mereka alami. Berikut ini adalah pernyataan beberapa responden:

*.....saya agak puas dengan pengobatan alternatif yang saya gunakan ini, karena setidaknya saya merasa lebih sehat dan tidak mual setelah di kemo.  
(R.S.2, 17-01-2011, I)*

Hasil yang berbeda didapatkan dari pernyataan ke-2 responden berikut ini:

*Saya merasa kecewa....., saya udah bayar mahal tapi hasilnya bukannya sembuh malah tambah parah. (R.P.11, 02-02-2011, I)*

*Saya belum bisa mengatakan puas atau tidak dengan pengobatan alternatifnya karena baru beberapa hari menggunakannya... (R.S.5, 11-01-2011, II)*

Pernyataan responden diatas dapat menggambarkan kepuasan mereka dengan PKA yang pernah/sedang mereka gunakan. Perasaan puas atau kecewa ini menyebabkan mereka merekomendasikan atau tidak, PKA yang mereka gunakan kepada perempuan lain yang menderita kanker payudara. Berikut adalah pernyataan responden:

*Kalau untuk menyarankan pengobatan alternatif ini ke perempuan lain yang juga menderita kanker payudara saya tidak mau .... (R.S.2, 17-01-2011, I)*

Keengganan untuk menyarankan PKA yang ia gunakan juga terlihat dari pernyataan responden berikut ini:

*Kalau menyarankan saya tidak mau..... tapi kalau ada yang menanyakan kenapa saya kelihatannya lebih sehat? saya akan kasih tahu. (R.S.1, 11-01-2011,I)*

Pernyataan responden diatas menggambarkan baik yang merasa kecewa bahkan yang merasa puas pun tidak mempunyai keyakinan untuk merekomendasikan pengobatan alternatif yang mereka gunakan.

Keputusan responden dengan PKA yang mereka gunakan tidak menyurutkan niat mereka untuk tetap menggunakan pengobatan konvensional. Berikut ini adalah pernyataan responden tentang rencana pengobatan konvensional yang sedang mereka dapatkan:

*Saya tidak mungkin meninggalkan pengobatan yang di RS, rasanya ini juga pengobatan yang benar. (R.S.2, 17-01-2011, I)*

*Kenapa harus berhenti? Obat alternatif itu mahalpun kita usahakan, mana mungkin berobat di RS yang sudah digratiskan pemerintah tidak kita terima. (R.S.1, 11-01-2011, II)*

*Berhasil atau tidak dengan pengobatan alternatif ini, pengobatan di RS tetap akan saya jalani sampai selesai. (R.S.5, 11-01-2011, II)*

Seluruh responden tidak ada yang berniat meninggalkan pengobatan konvensional yang mereka gunakan walaupun diantara mereka ada yang merasa puas dengan PKA yang mereka gunakan.

### **3) Memberitahukan PKA pada Tenaga Kesehatan yang memberikan perawatan**

Tanggapan responden tentang perlu atau tidaknya memberitahukan PKA yang mereka gunakan cukup bervariasi.. Berikut ini adalah pernyataan dari responden:

*Saya tidak pernah memberitahukan tentang PKA yang saya gunakan karena tidak pernah ditanya, tapi walaupun ditanya mungkin saya tidak akan bilang sama dokter atau perawatnya karena takut dilarang untuk menggunakannya lagi. (R.S.1, 11-01-2011, I)*

*Tidak ada ditanyakan sama saya tentang pengobatan alternatif yang saya gunakan. Saya juga tidak pernah bilang kepada dokter atau perawat yang merawat saya di RS karena takut mereka jadi marah. (R.P.12, 02-02-2011, II)*

Namun, ada juga responden yang cukup terbuka untuk menyampaikan PKA yang ia gunakan sebagaimana pernyataan yang disampaikan oleh responden berikut ini:

*Saya bilang ke dokter dan perawat, obat-obat alternatif yang pernah saya gunakan, mana tahu itu perlu supaya pengobatan yang diberikan sekarang jadi lebih sesuai dengan kondisi saya. (R.P.11, 02-02-2011, II)*

Pernyataan diatas dapat menggambarkan bahwa para responden lebih banyak tidak menyampaikan tentang PKA yang pernah/sedang mereka gunakan karena tidak ditanyakan oleh petugas kesehatan.

#### **4) Dana untuk PKA yang digunakan.**

Besar dana yang dibayarkan oleh responden yang menggunakan PKA cukup bervariasi, ada yang hanya membayar seikhlas hati, tapi ada juga yang harus membayar 2-8 juta untuk 1 paket pengobatan. Berikut ini adalah pernyataan responden tentang biaya yang mereka keluarkan:

*... untuk 1 pakatnya saya harus bayar 2 juta, 1 paket itu hanya cukup untuk 10 hari jadi kalau 1 bulan sudah 6 juta. (R.P.7, 17-01-2011, II)*

Tingginya biaya yang harus dikeluarkan responden untuk pembelian PKA juga disampaikan oleh responden lainnya, seperti pernyataannya berikut ini:

*Setiap minggu saya menggunakan 1 botol obat alternatif itu dan harganya 420 ribu, jadi kalau 1 bulan saya harus mengeluarkan uang 1 juta 680 ribu. (R.S.2, 17-01-2011, I)*

Pernyataan yang berbeda didapatkan dari responden berikut ini:

*Saya hanya membayar seikhlas hati..., jadi tidak memberatkan kami. (R.S.4, 11-01-2011,II)*

Pernyataan responden diatas dapat menggambarkan bahwa biaya yang harus mereka keluarkan untuk pembelian PKA lebih banyak dengan harga yang cukup mahal sehingga memberatkan mereka.

##### **5) Harapan ibu yang berhubungan dengan penggunaan PKA.**

Hanya 3 orang dari 12 responden yang dilakukan wawancara mendalam yang dapat menyampaikan harapannya berkaitan dengan PKA. Harapan dari ke-3 responden ini kesemuanya berbeda, berikut ini adalah pernyataannya:

*Harapan saya, maunya di RS juga disediakan pengobatan alternatif, tapi yang benar-benar sudah terbukti bermanfaat dan kalau boleh biayanya juga bisa ditanggung Pemerintah. (R.S.2, 17-01-2011, I)*

*Harapan saya,... adalah kepastian obat-obat alternatif yang mana yang memang bermanfaat, jangan harga obatnya udah mahal tetapi tidak terbukti khasiatnya. (R.P.6, 17-01-2011, I)*



*.... harapan saya semoga adalah peraturan yang melindungi pasien ketika berobat di pengobatan alternatif. Kami ini sudah bayar mahal tapi ketika pengobatannya gagal kami tidak bisa bilang apa-apa. (R.S.3, 17-01-2011, I)*

Pernyataan responden diatas menggambarkan harapan mereka tentang PKA pada masa yang akan datang. Mereka menginginkan PKA itu benar-benar terbukti mempunyai manfaat yang nyata seperti pengobatan konvensional, dapat diberikan juga di RS dan ada perlindungan bagi konsumennya.

## **4.2 Pengujian Hipotesis**

### **1) Hipotesis 1:**

Terdapat hubungan antara faktor sosiodemografi dengan penggunaan PKA pada pasien kanker payudara.

#### **Penunjang:**

Berdasarkan hasil uji statistik *chi-square* yang tertera pada tabel 4.6 menunjukkan terdapat hubungan antara umur dengan penggunaan PKA pada pasien kanker payudara ( $p < 0,05$ ).

#### **Yang tidak menunjang:**

Pada variabel tingkat pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, status ekonomi dan agama nilai  $\chi^2$  hitung lebih kecil daripada  $\chi^2$  tabel, akan tetapi nilai p pada variabel tingkat pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, status ekonomi dan agama ( $p > 0,05$ ), dengan demikian tidak terdapat hubungan antara tingkat

pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, penghasilan keluarga dan agama dengan penggunaan PKA.

**Kesimpulan:** Hipotesis ditolak

## **2) Hipotesis 2:**

Terdapat faktor sosiodemografi yang paling dominan berhubungan dengan penggunaan PKA pada pasien dengan kanker payudara.

### **Penunjang:**

Berdasarkan hasil uji statistik *chi-square* yang tertera pada tabel 4.6 dan hasil analisis multivariat yang tertera pada tabel 4.7 menunjukkan hanya variabel umur saja yang memiliki hubungan signifikan dengan penggunaan PKA pada pasien kanker payudara  $OR=0,495(95\% CI= 0,248-0,987, p < 0,05)$ . Sedangkan untuk variabel lainnya (tingkat pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, penghasilan keluarga dan agama) tidak ada yang berhubungan dengan penggunaan PKA pada pasien kanker payudara.

### **Yang tidak menunjang:**

Tidak ada

**Kesimpulan:** Hipotesis teruji dan diterima.

### 4.3 Pembahasan Hasil Penelitian

Analisis yang telah dilakukan memberikan hasil kebermaknaan hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat serta hasil regresi logistik untuk menduga atau memprediksi hubungan sosiodemografi dan penggunaan pengobatan PKA pada pasien kanker payudara. Selain itu pada analisis ini juga, memberikan hasil berupa deskripsi atau gambaran tentang pola penggunaan PKA yang dilengkapi dengan data kualitatif yang diperoleh melalui wawancara mendalam.

#### 4.3.1 Faktor Sosiodemografi

##### 1) Umur

Hasil penelitian ini menemukan responden yang menderita kanker payudara lebih banyak pada kelompok umur 40-49 tahun (39,7%), hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Indrati di Semarang, Leong di Malaysia dan Tarawneh di Jordania serta yang dilakukan Sadjadi di Iran. Temuan yang sama juga telah dilaporkan di beberapa negara Asia seperti Pakistan dan Lebanon.<sup>42,48-50</sup>

Sebaliknya, di negara-negara maju seperti di Amerika Serikat umur perempuan yang menderita kanker payudara lebih tinggi, angka kejadian tertinggi adalah di kalangan perempuan yang berumur 75-79 tahun dan di Canada pada umur > 70 tahun.<sup>11,12</sup> Di Australia angka kejadian tertinggi ditemukan pada kelompok umur 60-69 tahun dan di New England kanker payudara menjadi lebih umum, sekitar (80%) kasus terjadi pada wanita di atas umur 50 tahun.<sup>10,15</sup>

Umur pasien telah terbukti berulang kali menjadi indikator untuk prognosis dari risiko kekambuhan kanker baik secara *locoregional* maupun metastasis jauh pada

pasien dengan kanker payudara.<sup>51</sup> Seperti di negara-negara berkembang lainnya di Asia, persentase perempuan dengan kanker payudara pada kelompok umur yang muda dan tergolong juga pada usia pre-menopause dalam penelitian ini lebih tinggi dibandingkan dengan di negara maju. Hal ini mungkin terjadi karena struktur umur penduduk di Indonesia dianggap penduduk muda.

Penduduk suatu wilayah dianggap penduduk muda apabila penduduk yang berumur dibawah 15 tahun mencapai (40%) atau lebih dari jumlah seluruh penduduk. Sebaliknya penduduk disebut penduduk tua apabila jumlah penduduk yang berumur 65 tahun keatas diatas 10% dari total penduduk.<sup>52</sup> Menetapkan definisi "muda" pada pasien dengan kanker payudara telah menjadi hal yang kontroversi. Kanker payudara pada wanita  $\leq 40$  tahun relatif jarang, sebahagian hasil penelitian mendefinisikan bahwa perempuan "35 sampai 40 tahun atau lebih muda" yang didefinisikan kelompok umur "usia muda". Penelitian lain juga menyarankan umur  $< 35$  tahun mungkin paling sesuai digunakan untuk mendefinisikan "muda" pada pasien kanker payudara.<sup>51</sup>

Pada hasil penelitian ini didapatkan responden pada kelompok umur 20-29 tahun (2,7%). Hasil penilitian Indarti dan Kremser mendapatkan persentase yang lebih kecil, masing- masing (1,9%) dan (2,2%).<sup>15,48</sup> Azamris di Padang mendapatkan responden pada kelompok umur  $< 35$  sebanyak (17,1%), hasil penelitian Abahssain di Morocco (8%) dan hasil penelitian Yang di Cina (13,7%). Di Amerika Serikat, perempuan berusia 35 tahun atau lebih muda hanya mewakili (2,7%) dari kasus baru.<sup>53-55</sup>

Jika dilihat dari kelompok umur premenopause pada hasil penelitian ini mencapai (60,2%). Hasil penelitian ini hampir sama dengan hasil penelitian Azamris di Padang (62,8%) dan Indarti di Semarang (61,6%).<sup>48,53</sup> Hasil yang lebih tinggi diperoleh dari penelitian Elgaili di Sudan (74%). Persentase yang lebih rendah didapatkan dari hasil penelitian Tarawneh di Jordania (47,7%) dan Kremser di Australia 36,5%.<sup>15,54,56</sup>

Hasil penelitian di Rabat Maroko, berdasarkan 409 perempuan dengan kanker payudara pada umur < 35 tahun ada (< 10%) yang memiliki riwayat keluarga dengan kanker payudara.<sup>54</sup> Sebuah penelitian di Cina mendapatkan hasil perempuan dengan kanker payudara pada umur <35 tahun akan mengalami metastase yang lebih cepat dibandingkan dengan yang berumur  $\geq 35$  tahun.<sup>55</sup> Riwayat keluarga dengan kanker payudara adalah hal yang penting sebagai indikasi risiko kanker payudara pada umur muda.<sup>54</sup>

Beberapa hasil penelitian menunjukkan prognosis yang buruk pada perempuan muda dibandingkan dengan perempuan yang lebih tua. Alasan ini karena kekambuhannya lebih tinggi. Beberapa penelitian telah mengevaluasi perbedaan biologis potensial yang menjelaskan mengapa kanker payudara pada perempuan muda lebih memiliki tingkat kekambuhan lebih tinggi. Perempuan muda cenderung memiliki lebih banyak triple-negatif, lebih sedikit luminal A dan B pada kanker payudara, stadium kanker yang lebih tinggi, memiliki komponen *intraductal* lebih luas, memiliki lebih banyak ruang *lymphovascular invasi*, dan mungkin lebih banyak reseptor estrogen (ER)-negative.<sup>51,53-55</sup>

Hasil analisis bivariabel menunjukkan variabel umur mempunyai hubungan yang signifikan dengan pola penggunaan PKA pada pasien kanker payudara dengan nilai  $p$  0,046 ( $p < 0,05$ ), sedangkan analisis multivariabel juga menunjukkan adanya hubungan yang signifikan  $OR = 0,495$  (95%  $CI = 0,248-0,987$ ,  $p < 0,05$ ) antara umur dengan penggunaan PKA. Semakin muda umur seseorang dengan kanker payudara semakin tinggi kemungkinannya untuk menggunakan pengobatan komplementer alternatif.

Hasil penelitian ini sesuai dengan beberapa hasil penelitian sebelumnya. Penelitian di New England mengatakan semakin muda umur pasien dengan kanker payudara semakin tinggi peluangnya untuk menggunakan PKA ( $p < 0,009$ ).<sup>10</sup> Hasil penelitian di Canada juga mendapatkan hasil yang sama bahwa penggunaan PKA lebih banyak pada pasien dengan umur yang muda.<sup>12</sup> Hasil penelitian di Australia mengatakan angka penggunaan PKA menurun dengan penambahan umur ( $p < 0,030$ ).<sup>15</sup>

Di Toronto Canada, umur sangat signifikan dengan penggunaan PKA, umur yang lebih muda lebih banyak yang menggunakan PKA ( $p < 0,001$ ).<sup>18</sup> Penelitian di Turki juga mendapatkan penggunaan PKA pada umur yang muda sangat signifikan ( $p = 0,001$ ).<sup>14</sup> Penggunaan PKA yang tinggi pada umur yang lebih muda juga diperoleh dari hasil penelitian yang dilakukan di Eropa.<sup>17</sup> Sebuah penelitian di Florida menemukan hasil yang berbeda karena tidak ada didapatkan hubungan antara umur dengan penggunaan PKA.<sup>16</sup>

Ketika perempuan dengan umur yang masih muda terkena kanker payudara, maka pengobatan secara konvensional dengan radiasi, kemoterapi ataupun dengan pemberian hormon akan mempengaruhi ovarium sehingga akan berpengaruh pula pada fungsi reproduksinya. Penanganan dengan pembedahan juga merupakan hal yang sangat dihindari oleh mereka terkait dengan masalah estetika.<sup>50,55,57,58</sup>

Mempertahankan fungsi reproduksi dan mempertahankan bentuk payudara yang tetap utuh dan menarik mungkin merupakan hal yang menjadi dasar penggunaan PKA lebih tinggi pada umur yang muda. Penggunaan PKA berhubungan dengan umur yang muda pada penelitian ini juga tidak menutup kemungkinan karena perempuan dengan kanker payudara terdiagnosis pada usia yang masih muda.

Beberapa dekade terakhir ini, fokus dari praktek klinis dan penelitian dalam menilai hasil pengobatan pada kanker payudara dititikberatkan dengan kualitas hidup pasien. Di sisi lain peningkatan keberhasilan dalam deteksi dini juga menyebabkan kelangsungan hidup pasien meningkat. Di negara-negara maju, kanker payudara paling sering terdiagnosis sejak dari stadium I sehingga keberhasilan pengobatan cukup baik.<sup>29,30</sup>

Indeks kelangsungan hidup bagi pasien kanker payudara terus membaik selama lebih dari 20 tahun. Institut Penelitian Kanker di Inggris juga menyampaikan bahwa lebih dari dua-pertiga dari perempuan dengan kanker payudara yang didiagnosis pada tahap awal diharapkan untuk bertahan hidup setidaknya selama 20 tahun. Banyak penelitian mulai menyelidiki apakah memodifikasi pengobatan atau memperbaiki

faktor risiko untuk kanker dapat berperan dalam meningkatkan ketahanan hidup dan menurunkan kekambuhan dari kanker payudara pada perempuan.<sup>30,31</sup>

Penelitian telah menunjukkan bahwa perawatan kanker payudara, termasuk mastektomi, *lumpectomy regional*, dan kemoterapi dapat menekan respon kekebalan tubuh pasien. Mengatur diet dengan banyak memakan buah dan sayuran, aktivitas fisik secara teratur dan menjaga berat badan yang sehat akan berkorelasi positif mengurangi risiko kambuhnya kanker payudara serta meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan.<sup>31,32</sup>

## **2) Tingkat Pendidikan**

Tingkat pendidikan responden yang terbanyak pada penelitian ini adalah pendidikan dasar (SD dan SLTP) yaitu 33 orang (45,2%), diikuti SLTA sebanyak 25 orang (34,2%), sedangkan dengan tingkat pendidikan perguruan tinggi hanya 15 orang (20,5%). Penelitian lain yang dilakukan di Padang mendapatkan hasil persentase pasien kanker payudara dengan pendidikan SD dan SLTP (52,8%) bahkan ada (12,8%) dengan buta aksara.<sup>53</sup>

Penelitian di Turki mendapatkan hasil yang sama yaitu (41%) responden yang terbanyak dengan tingkat pendidikan dasar.<sup>14</sup> Penelitian di Cyprus juga mendapatkan responden dengan pendidikan dasar juga agak tinggi (37,7%).<sup>59</sup> Berbeda dengan beberapa hasil penelitian seperti di Australia, Canada, Eropa, dan New England yang mendapatkan bahwa pasien kanker payudara yang menjadi responden pada penelitian tersebut lebih banyak memiliki tingkat pendidikan tinggi.<sup>10,12,15,17,18</sup>



Banyaknya responden dengan tingkat pendidikan dasar sesuai dengan data yang diperoleh dari biro pemberdayaan perempuan Provinsi Sumut. Angka buta huruf perempuan (1,5%), tamat SD yang tidak melanjutkan pendidikannya lagi (26,6%), sehingga perempuan yang melanjutkan ke jenjang SLTP lebih sedikit. Untuk yang tamat SLTP (18,9%) sedangkan untuk tamat SLTA hanya (20,4%).<sup>43</sup>

Tingkat pendidikan responden yang rendah mempengaruhi persepsi responden tentang penyakitnya sehingga mereka datang ke pelayanan kesehatan sudah pada stadium lanjut.<sup>53</sup> Di negara-negara maju meskipun insiden kanker payudara lebih tinggi daripada negara-negara berkembang tetapi karena pasien terdeteksi sejak stadium dini dan mendapatkan penanganan yang tepat maka angka kematian karena kanker payudara lebih tinggi di negara-negara berkembang.<sup>1-4</sup>

Hasil analisis bivariat pada penelitian ini mendapatkan variabel tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan penggunaan PKA pada pasien kanker payudara dengan nilai  $p$  0,769 ( $p > 0,05$ ). Pada penelitian di Turki dan di Toronto Canada juga mendapatkan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan penggunaan PKA.<sup>12,14</sup>

Beberapa penelitian mendapatkan hasil yang berbeda dengan penelitian ini. Penelitian di Australia mengatakan semakin tinggi tingkat pendidikan pasien dengan kanker payudara semakin tinggi peluangnya untuk menggunakan PKA ( $p < 0,001$ ).<sup>15</sup> Hasil penelitian di New England juga mendapatkan hasil yang sama bahwa penggunaan PKA lebih banyak pada pasien dengan tingkat pendidikan tinggi

( $p < 0,002$ ).<sup>11</sup> Hasil penelitian di Florida dan Eropa juga memperoleh hasil yang berbeda dengan hasil penelitian ini.<sup>16,17</sup>

Peluang untuk memperoleh pendidikan bagi perempuan diseluruh dunia semakin baik, maka pada perempuan yang berusia muda umumnya memiliki pendidikan lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan usia tua. Di negara-negara maju tingkat pendidikan perempuan memang mayoritas sudah dengan tingkat pendidikan tinggi. Praktisi PKA dinegara-negara maju memang memiliki latar belakang pendidikan kedokteran dan PKA yang mereka pilih untuk digunakan merupakan PKA yang sudah memiliki bukti ilmiah yang bermanfaat. Hal-hal tersebut merupakan dasar perempuan dengan kanker payudara yang memiliki pendidikan tinggi berhubungan dengan penggunaan PKA untuk beberapa hasil penelitian di negara maju.

Pada hasil penelitian ini ada (46,9%) responden dengan tingkat pendidikan dasar yang menggunakan PKA. Rendahnya tingkat pendidikan responden menyebabkan mereka tidak mendapatkan informasi yang benar tentang obat maupun tempat pelayanan PKA yang mereka gunakan. Pengumpulan data secara kualitatif juga menggambarkan bahwa para responden tidak mengetahui dengan pasti manfaat PKA yang mereka gunakan. Responden tetap menggunakan PKA tertentu walaupun PKA tersebut tidak memiliki bukti ilmiah yang jelas untuk pengobatan kanker payudara.

### 3) Pekerjaan

Ada 51 responden (69,9%) pada penelitian ini yang tidak memiliki pekerjaan. Beberapa penelitian seperti di Australia, Florida, New England, dan Canada mendapatkan hasil yang berbeda, persentase yang tidak bekerja pada penelitian tersebut hanya pada kisaran (11,3%) sampai (31%).<sup>15-18</sup> Tingkat pendidikan yang tinggi memberikan peluang lebih besar kepada seseorang untuk memperoleh pekerjaan formal.

Pekerjaan, akan mempengaruhi status ekonomi seseorang/keluarga. Status ekonomi yang baik akan meningkatkan daya beli keluarga dan merubah pola hidup. Perempuan yang tidak bekerja mempunyai akses yang kurang untuk mendapatkan informasi tentang berbagai pelayanan kesehatan sehingga kurang maksimal untuk mengobati penyakitnya. Hal ini didukung dengan data yang diperoleh secara kualitatif.

Hasil analisis bivariat pada penelitian ini mendapatkan variabel pekerjaan tidak berhubungan dengan penggunaan PKA pada pasien kanker payudara dengan nilai  $p$  0,677 ( $p > 0,05$ ). Pada penelitian di Turki, Florida, German dan Eropa serta penelitian Helyer di Toronto Canada, juga mendapatkan tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan penggunaan PKA.<sup>12-14,16,17</sup>

Pada hasil penelitian Rakovitch mendapatkan variabel pekerjaan berhubungan secara signifikan dengan penggunaan PKA ( $p < 0,001$ ). Penelitian Kremser juga memperoleh hasil bahwa pekerjaan berhubungan dengan penggunaan PKA pada

pasien dengan kanker payudara ( $p = 0,001$ ). Hasil penelitian di Toronto Canada dan Australia tersebut berbeda dengan hasil yang ditemukan pada penelitian ini.<sup>15,18</sup>

Hampir (70%) responden pada penelitian ini adalah ibu rumah tangga. Perempuan yang tidak bekerja dan tidak memanfaatkan berbagai media cetak ataupun elektronik serta tidak berkonsultasi dengan tenaga kesehatan dalam mendapatkan informasi tentang penyakitnya cenderung tidak mengupayakan pengobatan/perawatan yang tepat. Hasil pengumpulan data secara kualitatif menggambarkan responden mendapatkan informasi tentang PKA yang terbanyak dari keluarga.

Informasi yang diperoleh dari keluarga menyebabkan responden merasa segan jika harus menanyakan secara rinci tentang PKA tersebut karena khawatir dianggap tidak percaya dengan informasi yang diberikan oleh keluarga. Helyer menemukan orang-orang Asia lebih cenderung menggunakan PKA. Dukungan sosial dari keluarga ataupun masyarakat sangat menentukan keputusan pasien untuk mendapatkan perawatan/pengobatan.<sup>12</sup>

#### **4) Status Pernikahan**

Status pernikahan responden yang terbanyak dengan status menikah yaitu 57 orang (78,1%) sedangkan pada responden yang tidak menikah ada 5 orang (6,8%). Penelitian di Padang menemukan hasil yang sama, (80%) pasien kanker payudara yang menjadi respondennya dengan status menikah. Beberapa penelitian lain diluar negeri juga mendapatkan hasil yang sama bahwa pasien kanker payudara

yang ditemukan mayoritas dengan status menikah. Di New England (70%), di Toronto Canada (68%), di Turki (67%) dan di Cyprus (83,1%).<sup>10,12,14,59</sup>

Kanker payudara tidak hanya terjadi pada perempuan yang menikah saja, perempuan dengan nullipara mempunyai risiko 30% untuk berkembang menjadi kanker dibandingkan dengan perempuan yang multipara.<sup>3</sup> Pernikahan akan memperkecil risiko perempuan untuk mengalami kanker payudara jika dilihat dari faktor risiko: paritas, usia pertama melahirkan dan menyusui. Perempuan yang sudah menikah dengan kanker payudara mungkin merasa takut bahwa perubahan pada tubuhnya karena pengobatan tidak hanya mempengaruhi cara pandangnya tetapi juga cara pandang orang lain terutama pasangannya.

Hasil analisis bivariat pada penelitian ini mendapatkan variabel status pernikahan tidak berhubungan dengan penggunaan PKA pada pasien kanker payudara dengan nilai  $p$  0,547 ( $p > 0,05$ ). Pada penelitian di Australia, Florida, German, New England dan Eropa serta penelitian Rakovitch di Toronto Canada, juga mendapatkan tidak ada hubungan antara status pernikahan dengan penggunaan PKA.<sup>12-14,16,17</sup>

Beberapa penelitian mendapatkan hasil yang berbeda dengan penelitian ini. Penelitian di Turki menemukan perempuan dengan kanker payudara yang menikah lebih banyak yang menggunakan PKA daripada yang tidak menggunakan ( $p < 0,015$ ).<sup>15</sup> Hasil penelitian Helyer di Toronto Canada juga memperoleh hasil yang berbeda dengan hasil penelitian ini.<sup>12</sup>

Pada penelitian ini responden yang menikah maupun yang tidak menikah cukup tinggi persentasenya pada usia muda atau pre-manopause. Mempertahankan fungsi reproduksi dan mempertahankan payudara untuk tidak dilakukan mastektomi merupakan harapan responden. Penggunaan PKA merupakan solusi yang dianggap responden paling tepat, sehingga pada responden yang belum menikah maupun yang sudah persentase penggunaan PKA cukup tinggi.

### **5) Penghasilan keluarga**

Hasil penelitian ini mendapatkan responden dengan penghasilan keluarga <Rp.1.000.000,- ada 21 orang (28,8%), selebihnya (71,2%) dengan penghasilan keluarga  $\geq$  Rp.1.000.000. Tingkat pertumbuhan ekonomi Provinsi Sumut relatif masih rendah sehingga tingkat kesejahteraan masyarakat secara rata-rata juga rendah. Jumlah penduduk miskin di bawah garis kemiskinan di Sumut pada Maret 2010 sebesar 1.490.900 orang (11,31%). Upah Minimum Provinsi (UMP) Sumut tahun 2010 adalah Rp.965.000/bulan dan di beberapa kota/kabupaten pada kisaran Rp.1.000.000.<sup>44</sup>

Beberapa penelitian dinegara maju melaporkan hasil yang berbeda. Di Australia perempuan yang mengalami kanker payudara dengan penghasilan < \$20.000 hanya (8,9%).<sup>15</sup> Di New England hanya (8,1%) dengan penghasilan < US\$ 15.000.<sup>10</sup> Begitu pula dengan hasil penelitian di Florida dan Canada mendapatkan persentase perempuan yang mengalami kanker payudara dengan penghasilan keluarga yang rendah hanya sedikit.<sup>12,16</sup>

Pola hidup masyarakat di negara-negara maju dengan sosial ekonomi yang tinggi, umumnya mengkonsumsi makanan yang berlemak lebih sering. Di provinsi Sumut meskipun (28,8%) responden dengan penghasilan keluarga kurang dari UMP tidak menutup kemungkinan konsumsi makanan berlemaknya juga cukup tinggi. Asupan lemak yang tinggi serta pola hidup yang tidak sehat akan meningkatkan paparan faktor risiko kanker payudara.

Hasil analisis bivariat pada penelitian ini mendapatkan variabel penghasilan keluarga tidak berhubungan dengan penggunaan PKA pada pasien kanker payudara dengan nilai  $p$  0,917 ( $p > 0,05$ ). Beberapa penelitian lain juga melaporkan hasil yang sama seperti penelitian yang dilakukan di Australia, Florida, Eropa, New England dan Canada.<sup>10,12,15-17</sup>

Hasil penelitian di Vermont, China, San Fransisco serta Texas mendapatkan hasil yang berbeda. Pada penelitian tersebut responden yang memiliki penghasilan keluarga yang tinggi lebih banyak menggunakan PKA.<sup>11</sup> Helyer juga melaporkan hasil penelitiannya bahwa penghasilan keluarga yang tinggi berhubungan dengan penggunaan PKA.<sup>12</sup>

Pada penelitian ini persentase responden yang menggunakan PKA cukup merata pada setiap tingkat penghasilan. Hal ini dapat disebabkan dana yang dikeluarkan responden untuk mendapatkan PKA cukup bervariasi. Berdasarkan hasil pengumpulan data secara kualitatif diketahui, dana yang dikeluarkan responden untuk PKA yang mereka gunakan ada yang cukup dibayar seikhlas hati tapi ada pula yang

mencapai 8 juta rupiah untuk 1 paket pengobatan yang hanya digunakan untuk 10 hari.

## 6) Agama

Diketahui mayoritas agama responden yaitu agama Islam sebanyak 56 orang (76,7%) sedangkan yang beragama Kristen Protestan dan Katolik masing-masing 15 responden (20,5%) dan 2 responden (2,7%). Agama memiliki fungsi yang strategis untuk menjadi sumber kekuatan moral bagi pasien dalam proses penyembuhan. Agama menjadi sumber sugesti dan motivasi yang kuat dalam diri pasien untuk hidup secara positif. Hasil analisis bivariat pada penelitian ini mendapatkan variabel agama tidak berhubungan dengan penggunaan PKA pada pasien kanker payudara dengan nilai  $p$  0,809 ( $p > 0,05$ ).

Berdoa, meditasi dan yoga adalah contoh dari jenis PKA intervensi pikiran tubuh (*mind-body intervention*) yang berhubungan dengan agama. Berdoa, meditasi dan yoga diyakini dapat mengurangi stress dan memberikan ketenangan pada pasien dengan kanker payudara. Persentase penggunaan PKA yang berhubungan dengan agama (doa, meditasi dan yoga) di beberapa penelitian cukup tinggi yakni pada kisaran 20-40% dan umumnya penggunaan jenis PKA ini digunakan bersama-sama dengan jenis PKA lainnya.<sup>35,11,15</sup>

Pada penelitian ini responden yang menggunakan penyembuhan dengan cara spiritual hanya (3%) saja. Penyembuhan dengan cara spiritual merupakan salah satu PKA dari jenis intervensi pikiran tubuh yang paling banyak digunakan oleh



perempuan dengan kanker payudara dibandingkan yoga, meditasi, dukungan psikologis maupun hypnosis. Angka penggunaannya (35%) pada hasil penelitian di Kanada dan (40%) di Texas. Cara penyembuhan yang lain yang termasuk intervensi pikiran tubuh yang juga cukup tinggi adalah meditasi, penelitian di Australia menemukan pasien dengan kanker payudara (39%) menggunakan cara ini sedangkan di Amerika dan Turki masing-masing hanya (11%) dan (2%) saja.<sup>10,12,14.</sup>

#### **4.3.2 Pola Penggunaan PKA pada Pasien Kanker Payudara**

Pada pengumpulan data pola penggunaan PKA pada pasien kanker payudara sebahagian data dikumpulkan secara kuantitatif dan sebahagian lagi dikumpulkan secara kualitatif. Pembahasan tentang pola PKA ini disusun sesuai dengan cara pengumpulan data yang telah dilakukan.

##### **1). Proporsi, jenis, alasan dan sumber informasi penggunaan PKA**

Pada hasil penelitian ini dapat menjelaskan bahwa penggunaan PKA cukup tinggi yakni ada 49 responden (67,1%). Proporsi pengguna PKA pada pasien kanker payudara pada penelitian ini lebih tinggi jika dibandingkan dengan hasil penelitian Rakovitch di Toronto Canada yang hanya menemukan (43%) dan Molassiotis yang melakukan penelitian di 11 negara Eropa dengan hasil (44,7%).<sup>17,18,19</sup>

Boon melakukan penelitian di Canada dan mendapatkan hasil bahwa pada tahun 1998 proporsi penggunaan PKA pada pasien kanker payudara ada (66,7%) dan meningkat pada tahun 2005 menjadi (81,9%).<sup>19</sup> Masih di negara Canada Helyer

juga mendapatkan hasil proporsi yang lebih tinggi dari hasil penelitian ini yakni (89%).<sup>12</sup> Proporsi yang lebih tinggi juga didapatkan dari hasil penelitian Gross di New England dan hasil penelitian Kremser di Australia masing-masing (78%) dan (87%).<sup>10,15</sup>

Penggunaan PKA di Indonesia diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 1109/Menkes/PER/IX/2007 yang bertujuan agar memberikan perlindungan kepada pasien, mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan memberikan kepastian hukum kepada masyarakat dan tenaga PKA.<sup>21</sup> Pengobatan komplementer-alternatif adalah pengobatan non konvensional yang ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang diperoleh melalui pendidikan terstruktur dengan kualitas, keamanan dan efektifitas yang tinggi yang berlandaskan ilmu pengetahuan biomedik, yang belum diterima dalam kedokteran konvensional.<sup>20,21</sup>

Jenis PKA yang paling banyak digunakan dalam penelitian ini adalah pengobatan farmakologi dan biologi (*Pharmacologic dan biologic treatments*) herbal (93,9%). Hasil penelitian Golluoglu di Turki dan Molassiotis di Eropa juga menemukan herbal sebagai jenis PKA yang paling banyak digunakan, dengan proporsi masing-masing (68%) dan (46%).<sup>14,17</sup> Hasil penelitian Hann dalam Wanchai mendapatkan penggunaan herbal bukan merupakan PKA yang paling banyak digunakan tetapi tetap saja proporsi penggunaannya cukup tinggi yakni (44%).<sup>11</sup>

Penggunaan akupunktur oleh responden dalam penelitian ini hanya (10,2%) dan diperoleh dari luar RS tempat pasien dirawat. Walaupun di RSUD Dr. Pirngadi

Medan sudah memiliki unit akupunktur namun tidak ada dari responden yang menggunakan fasilitas tersebut. Di RSUP H. Adam Malik belum memiliki unit PKA sehingga semua responden pada penelitian ini menggunakan PKA diluar dari RS tempat mereka mendapatkan pengobatan dan perawatan. Proporsi penggunaan akupunktur ini tidak jauh berbeda bila dibandingkan dengan hasil penelitian yang dilakukan Kremser dan Molassiotis yang mendapatkan hasil masing-masing (14%) dan (10%).<sup>15,17</sup>

Akupunktur adalah serangkaian prosedur yang melibatkan rangsangan pada titik-titik tertentu dari tubuh dengan menggunakan berbagai teknik, seperti menembus kulit dengan jarum yang kemudian dimanipulasi dengan tangan atau dengan stimulasi listrik. Ini adalah salah satu komponen kunci dari pengobatan Cina tradisional, dan merupakan salah satu praktek-praktek penyembuhan tertua di dunia.<sup>35-37</sup>

Selain herbal dan akupunktur ada juga responden pada penelitian ini yang menggunakan penyembuhan dengan cara spritual dan pijat urut tetapi persentasenya kecil. Pada penelitian ini juga menemukan ada (18,4%) responden yang menggunakan lebih dari satu jenis PKA dalam waktu yang sama dan ada (57%) responden yang memiliki riwayat telah menggunakan PKA lebih dari satu macam. Hasil ini juga didukung dengan data kualitatif.

Diet dan nutrisi untuk pencegahan dan pengobatan seperti: diet makro nutrient, dan mikro nutrient merupakan jenis PKA yang juga memiliki persentase yang besar pada penelitian ini yakni (87,7%). Tanpa mengkonsultasikan makanan dan minuman

yang harus mereka konsumsi kepada ahli gizi, pada umumnya responden menggunakan berbagai jus seperti: buah beet, kentang, nenas, jeruk, wartel dan berbagai sayuran hijau. Sebagian responden juga mengkonsumsi susu kedelai.

Penelitian yang dilakukan Helyer di Toronto Canada juga menemukan bahwa diet dengan mengkonsumsi vitamin dan mineral merupakan salah satu jenis PKA yang banyak digunakan.<sup>12</sup> Pasien kanker memiliki kebutuhan mikro nutrien yang meningkat untuk dikonsumsi. Pola makan yang sehat dan seimbangpun umumnya belum mampu memenuhi kebutuhan mikronutrien yang penting ini. Hal ini terjadi karena pasien kanker yang menjalani pengobatan kanker secara konvensional umumnya mengalami efek samping seperti nafsu makan berkurang, mual, muntah, diare, dan keringat.<sup>60</sup>

Tingginya proporsi penggunaan PKA pada pasien kanker payudara dalam penelitian ini tidak terlepas dari alasan responden bahwa PKA dapat menyembuhkan kanker yang mereka alami (68,4%). Alasan yang sama juga ditemukan pada hasil penelitian di Australia sebanyak (38,6%).<sup>15</sup> Berbeda dengan hasil penelitian Molassiotis yang mendapatkan alasan tertinggi penggunaan PKA pada pasien kanker payudara adalah untuk meningkatkan kemampuan tubuh melawan kanker (56,8%) sedangkan pada penelitian ini untuk alasan tersebut hanya (8,8%).<sup>17</sup>

Meningkatkan sistem kekebalan tubuh, mengurangi efek samping dari pengobatan konvensional, memberikan perasaan nyaman, merasa lebih tenang dan menghindari stress, serta mencegah kanker kambuh kembali merupakan alasan penggunaan PKA yang juga ditemukan dalam penelitian ini walaupun dengan

persentase yang kecil. Alasan yang sama juga ditemukan dari beberapa hasil penelitian seperti yang dilakukan di Eropa, Toronto, Australia dan New England.<sup>10,12,15,18</sup>

Pemilihan jenis dan tempat PKA yang digunakan responden tidak terlepas dari sumber informasi yang mereka peroleh. Pada penelitian ini responden lebih banyak mendapatkan informasi dari praktisi (keluarga) yaitu (59,2%) sedangkan dari media hanya (12,2%). Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian di Australia yang menemukan jenis media internet adalah sumber informasi yang tertinggi, sedangkan dari praktisi adalah dokter.<sup>15</sup>

Sumber informasi yang digunakan ini mungkin juga dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, ilmu pengetahuan yang dimiliki responden dan ketersediaan berbagai media informasi di lingkungannya. Masih dekatnya sistem perkerabatan responden juga mempengaruhi sumber informasi ini. Hasil penelitian ini juga menemukan bahwa responden mendapatkan informasi lebih dari satu sumber. Ini dapat ditafsirkan sebagai hal positif karena mereka menggunakan berbagai sumber informasi untuk pengambilan keputusan kesehatan mereka.

## **2) Lama penggunaan PKA, cara memperoleh dan menggunakan PKA, biaya untuk PKA dan harapan tentang PKA.**

Penggunaan PKA oleh pasien kanker payudara dalam penelitian ini umumnya digunakan begitu pasien merasakan ada benjolan pada payudaranya atau setelah mereka mengetahui terdiagnosa dengan penyakit atau tersebut sehingga mereka

menunda pengobatan ke RS. Setelah responden merasa gagal dengan PKA yang mereka gunakan lalu beralih ke jenis PKA yang lainnya atau ke pengobatan konvensional. Keberhasilan atau kegagalan responden menggunakan PKA akan berpengaruh juga dengan lamanya responden menggunakan jenis PKA tersebut. Ada responden yang menggunakan PKA lebih dari satu tahun dan ada yang hanya beberapa minggu.

Hasil penelitian kualitatif juga menggambarkan rasa kecewa sebahagian besar responden. Penundaan pengobatan secara konvensional menyebabkan pasien-pasien tersebut datang ke RS dengan stadium lanjut dan keadaan umum pasien yang buruk. Hal yang sama tentang keterlambatan pasien untuk mendapatkan pengobatan ke RS juga ditemukan pada hasil penelitian Indrati di RSUP Kariadi Semarang dan hasil penelitian Leong di Sabah Malaysia.<sup>48,49</sup>

Sumber untuk mendapatkan PKA pada penelitian ini diperoleh responden dari berbagai sumber, seperti dari MLM, keluarga, teman, dan tenaga PKA. Para responden yang mendapatkan PKA dari tenaga PKA semuanya tidak tahu dengan perizinan yang dimiliki mereka seperti hasil yang diperoleh dari pengumpulan data kualitatif. Pemberian izin praktik bagi tenaga PKA di Indonesia diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 1109/Menkes/PER/IX/2007. Surat Izin Kerja Tenaga PKA (SIK-TPKA) adalah bukti tertulis yang diberikan kepada tenaga PKA dalam rangka pelaksanaan praktik PKA.<sup>21</sup>

Pelaksana PKA adalah dokter dan dokter gigi, serta tenaga kesehatan lain yang teregistrasi dan memiliki SIK-TPKA sesuai ketentuan yang berlaku, memiliki

sertifikat kompetensi sesuai bidang keahliannya, dan mendapat rekomendasi dari organisasi profesi terkait.<sup>21</sup> PKA tidak boleh digunakan sebagai pengganti untuk pengobatan/perawatan kanker secara konvensional.<sup>60</sup> Penggunaan PKA haruslah sinergi dengan pengobatan/perawatan secara konvensional sehingga diharapkan mampu memberikan manfaat/khasiat pengobatan yang lebih baik dibandingkan dengan manfaat satu jenis pengobatan saja.<sup>21</sup>

Pada penelitian ini responden yang mendapatkan PKA dari tenaga PKA ada yang hanya melakukan kunjungan satu kali saja, untuk pengobatan selanjutnya hanya membeli obat lanjutan. Tenaga PKA hanya melakukan anamnesa dan pemeriksaan denyut nadi sebelum menentukan obat yang akan diberikan. Responden yang menggunakan akupunktur atau pijat menemui tenaga PKA yang memberikan pelayanan tersebut 2-3x/minggu. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1109/Menkes/PER/IX/2007 telah mengatur bahwa dalam pelaksanaan PKA harus sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan kesehatan komplementer-alternatif dengan melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, diagnosa, terapi, dan proses rujukan.<sup>21</sup>

Pengobatan Komplementer-Alternatif yang diperoleh dari tenaga PKA, dari MLM maupun dari keluarga lebih banyak dari jenis herbal. Herbal yang digunakan responden dalam penelitian ini mempunyai variasi bentuk sajian berupa: ramuan, jus dalam bentuk kemasan, herbal yang sudah diolah dalam bentuk liquid atau sirup serta ada pula dikemas dalam bentuk tablet. Benalu kopi (*loranthus parasiticus*) merupakan ramuan/bagian dari ramuan yang digunakan oleh sebahagian besar

responden. Selain benalu kopi ada juga beberapa responden yang menggunakan kulit buah manggis dan daun buah sirsak.

Hasil dari pengumpulan data kualitatif bahwa responden yang menggunakan benalu kopi atau ramuan yang direbus tidak mempunyai ukuran yang jelas tentang berapa banyak benalu kopi atau ramuan yang mereka gunakan, mereka hanya menggunakan intuisi semata. Benalu kopi/ramuan tersebut direbus dengan air sebanyak 6 gelas belimbing (1200 cc), dibiarkan mendidih sampai air rebusan tersebut diperkirakan hanya tinggal 3 gelas saja. Air hasil rebusan ini diminum 3x sehari masing-masing 1 gelas.

Benalu adalah tumbuhan semi parasit dan di Indonesia sudah sejak lama dikenal sebagai obat anti kanker.<sup>61,62</sup> Agar penggunaan herbal dari jenis benalu kopi ini lebih rasional dan ilmiah mungkin perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai kandungan kimia, efektifitas dan keamanannya sebagaimana yang telah dilakukan pada benalu nangka. Uji anti kanker invitro menunjukkan bahwa ekstrak benalu nangka memiliki aktivitas anti kanker terhadap sel kanker payudara T47 dengan  $IC_{50}$  (*Inhibitory Concentration*) =  $\mu\text{g/ml}$ . Selain itu telah dilakukan pula formulasi ekstrak air benalu nangka menjadi sediaan dalam bentuk tablet dan tablet *effervescent*.<sup>62</sup>

Jus buah mengkudu (*Morinda citrifolia*) juga merupakan produk herbal yang banyak digunakan responden dengan tujuan untuk mengurangi efek samping dari kemoterapi. Beberapa responden menggunakan jus buah mengkudu ini sudah dalam bentuk kemasan siap saji yang juga mengandung buah bluebery dan anggur. Ada



yang mengkonsumsinya 60 cc 2x sehari pada pagi dan malam hari 1 jam sebelum makan. Ada juga responden yang menggunakannya dengan dosis 30 cc 2x sehari. Hasil penelitian ini didukung dengan data kualitatif. Berdasarkan hasil laporan NCI tentang CAM tahun 2006 menyatakan bahwa jus buah noni kaya akan anti oksidan dan merupakan nutrisi suplemen yang mengandung anti inflamasi.<sup>63</sup>

Penelitian Gulluoglua di Turki menemukan herbal yang paling banyak digunakan adalah jelatang (*Urticae dioica/U. urens*).<sup>14</sup> Para ilmuwan dari NCI dan para peneliti dari Cina juga sedang melakukan penelitian obat herbal yang disebut *Sheng Qi Formula (SQF)*. *Sheng Qi Formula* ini merupakan ekstrak dari air akar *milkweed vetch* dan akar ginseng China untuk mengurangi efek samping dari kemoterapi.<sup>64</sup>

Perempuan lain dengan kanker payudara juga dapat menjadi sumber informasi dalam penggunaan PKA dan pada penelitian ini, dari semua responden yang menggunakan PKA tidak ada yang berniat untuk menginformasikan PKA yang ia gunakan kepada perempuan lain yang mengalami kanker payudara. Keengganan ini bisa ditafsirkan bahwa para responden yang menggunakan PKA merasa kecewa atau belum yakin dengan manfaat dari PKA tersebut.

Harapan responden manfaat dari PKA yang mereka gunakan adalah dapat menyembuhkan kanker yang mereka alami. Namun, dari berbagai jenis PKA yang telah digunakan oleh responden dalam penelitian ini umumnya hanya memberikan manfaat untuk meningkatkan kesehatan fisik dan mengurangi efek samping dari pengobatan konvensional sebagaimana hasil yang diperoleh dari data kualitatif. Para

responden juga menyatakan mereka tidak ada merasakan efek yang tidak diinginkan dari PKA yang telah mereka gunakan.

Ada sedikit bukti ilmiah yang menyatakan bahwa beberapa penggunaan PKA mungkin berguna dalam mengelola beberapa gejala kanker dan efek samping pengobatan. Sampai saat ini, tidak ada bukti yang meyakinkan mengenai penggunaan PKA dalam mencegah atau mengobati kanker.<sup>65</sup> Semestinya sebelum seseorang memutuskan akan menggunakan PKA haruslah mendapatkan informasi yang benar dan cukup tentang PKA tersebut. Informasi yang kedengarannya terlalu bagus untuk menjadi kenyataan, misalnya, mengklaim bahwa PKA tersebut dapat menyembuhkan kanker bukan merupakan dasar untuk mengurangi kehati-hatian dalam memutuskan untuk menggunakan PKA tersebut.

Pada penelitian banyak responden yang enggan untuk menyampaikan kepada petugas kesehatan tentang PKA yang pernah atau sedang mereka gunakan. Hasil data kualitatif mengatakan informasi tersebut tidak mereka sampaikan karena tidak ditanyakan oleh tenaga kesehatan. Hasil penelitian Kremser mendapatkan angka yang cukup tinggi untuk diskusi yang dilakukan oleh respondennya dengan tenaga kesehatan yang merawatnya terkait dengan PKA yang digunakan.<sup>15</sup> Sebelum menggunakan PKA, semestinya responden yang telah didiagnosa menderita kanker payudara harus berbicara dengan tenaga kesehatan yang merawat mereka, untuk memastikan bahwa semua aspek dari perawatan kanker yang mereka terima tidak saling bertentangan.<sup>60</sup>

Pasien-pasien dengan kanker selalu ingin melakukan segala sesuatu yang bisa mereka lakukan untuk memerangi penyakit, mengelola gejala, dan mengatasi efek samping pengobatan yang sedang mereka gunakan. Penggunaan PKA selalu menjadi pilihan tanpa memandang apakah PKA sudah terbukti secara ilmiah bermanfaat atau tidak. Biaya yang harus dikeluarkan oleh responden juga sangat bervariasi mulai dari hanya dibayar seikhlas hati sampai dengan jumlah yang cukup besar sehingga sangat memberatkan responden.

Harapan responden dalam penelitian ini terkait tentang PKA seperti tentang: manfaat ketersediaan PKA di pelayanan kesehatan, pembiayaan PKA jika diberikan bersama-sama di pelayanan kesehatan, dan perlindungan terhadap pasien yang menggunakan PKA sebenarnya sudah diatur pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 1109/Menkes/PER/IX/2007. Menteri Kesehatan juga telah mengarahkan bahwa RS pendidikan vertikal harus ada pengobatan komplementer tradisional – alternatif yaitu ramuan jamu sedangkan herbal yang lain bisa setelah itu.<sup>20</sup> RSUP H. Adam Malik adalah RS pendidikan vertikal yang ada di Provinsi Sumut, tetapi di RS ini belum memiliki unit PKA. Pasien kanker payudara yang menggunakan PKA dan dirawat di RS ini memperoleh pengobatan/ pelayanan PKA dari luar RS.

Berdasarkan Surat Keputusan Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik telah ditetapkan bahwa RSUD Dr. Pirngadi Medan merupakan satu dari 12 (dua belas) Rumah Sakit Pendidikan yang melaksanakan pelayanan pengobatan komplementer tradisional – alternatif. Unit pengobatan komplementer yang sudah ada di RS ini adalah unit akupunktur. Sejak tahun 2006 unit akupunktur sudah memberikan

pelayanan dan pada tahun 2008 unit ini juga sudah menerima pasien yang menggunakan jasa askes. Pasien kanker payudara yang mendapatkan perawatan di RSUD Dr. Pirngadi tidak ada yang memperoleh informasi bahwa di RS ini sudah memiliki unit akupunktur dan informasi tentang manfaat yang dapat diperoleh dari penggunaan akupunktur.

Sebuah penelitian di Columbia menemukan bahwa pengobatan dengan akupunktur dapat mengurangi rasa nyeri, kekakuan otot dan fungsi lengan pada perempuan dengan kanker payudara.<sup>10,39</sup> Penggunaan akupunktur akan bermanfaat dalam mengelola muntah pada beberapa pasien kanker terkait kemoterapi yang didapatkannya.<sup>37</sup>

Jenis pelayanan PKA dapat dilakukan di Indonesia dan dapat diintegrasikan di fasilitas pelayanan kesehatan ditetapkan dengan Keputusan Menteri. Integrasi pelayanan adalah penyatuan/penggabungan sebagian atau seluruh PKA pada pelayanan kesehatan disemua tingkatan fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk aspek regulasi, pembiayaan, serta kebijakan mengenai penyelenggaraan pelayanan dan obat yang digunakan.

#### **4.3.3 Keterbatasan Penelitian**

Pada penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan antara lain:

- 1) Penelitian ini hanya mencari hubungan faktor sosiodemografi dengan pola penggunaan PKA sehingga kemungkinan adanya variabel lain yang berhubungan dengan penggunaan PKA tidak diteliti pada penelitian ini.

- 2) Pada penelitian ini, hasil kualitatif yang didapatkan kemungkinan tidak bisa digeneralisasikan pada populasi wanita dengan kanker payudara di daerah yang lain.
- 3) Peneliti tidak dapat mengkonfirmasi informasi responden tentang PKA yang sedang/pernah mereka gunakan, karena mayoritas PKA yang sedang digunakan tidak dibawa ke Rumah Sakit.
- 4) Penelitian ini hanya dilakukan di Rumah Sakit sehingga tidak bisa digeneralisasikan pada pasien kanker payudara yang menggunakan PKA di populasi.
- 5) Pengumpulan data kualitatif pada penelitian ini hanya dilakukan dengan wawancara mendalam pada pasien kanker payudara yang menggunakan PKA bersama-sama dengan pengobatan konvensional sehingga tidak dapat menginformasikan tanggapan pasien kanker payudara yang hanya menggunakan PKA saja, serta tanggapan tenaga kesehatan, tenaga PKA, dan pejabat pengambil kebijakan, tentang penggunaan PKA pada pasien kanker payudara.

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Simpulan**

##### **5.1.1 Simpulan Umum**

1. Faktor sosiodemografi: tingkat pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, penghasilan keluarga dan agama tidak berhubungan dengan penggunaan PKA kecuali faktor umur.
2. Umur merupakan faktor sosiodemografi yang paling dominan berhubungan dengan penggunaan PKA

##### **5.1.2 Simpulan Khusus**

1. Proporsi penggunaan PKA pada pasien kanker payudara adalah 67,1 %.
2. Herbal adalah jenis PKA yang paling banyak digunakan yakni 93,9%, alasan penggunaan PKA yang paling banyak disampaikan pasien kanker payudara adalah untuk mengobati kanker yaitu 79,6%, sedangkan sumber informasi yang paling banyak diperoleh adalah dari keluarga yaitu 59,2%.
3. Pasien kanker payudara lebih banyak ditemukan pada kelompok umur 40-49 tahun yaitu 39,7%.
4. Pasien kanker payudara yang menggunakan PKA tidak mendapatkan informasi yang lengkap dan benar tentang PKA yang mereka gunakan.

5. Tenaga PKA yang memberikan pelayanan belum sesuai dengan peraturan yang mengatur tentang penyelenggaraan PKA.
6. Pasien kanker payudara yang menggunakan PKA pada umumnya tidak mau mengkomunikasikan tentang PKA yang mereka gunakan kepada tenaga kesehatan yang memberikan perawatan/pengobatan kepada mereka.
7. Di RSUD Dr. Pirngadi Medan sudah tersedia unit PKA walaupun hanya untuk pelayanan akupunktur tetapi, pasien kanker payudara yang menggunakan akupunktur memperoleh pelayanan ini dari luar RS.
8. Di RSUP H. Adam Malik belum tersedia unit PKA dan seluruh pasien yang menggunakan PKA mendapatkannya dari luar RS.

## **5.2 Saran**

1. Hendaknya pihak Dinas Kesehatan Provinsi Sumut memfasilitasi adanya suatu pusat informasi tentang PKA sehingga PKA yang digunakan oleh masyarakat pada umumnya dan pasien kanker payudara pada khususnya merupakan PKA yang mempunyai manfaat dan terbukti secara klinis.
2. Diharapkan kepada pihak yang terkait dalam penerbitan izin praktik bagi tenaga PKA dan penyelenggaraan PKA mengacu kepada peraturan yang berlaku.
3. Diharapkan kepada petugas kesehatan untuk menanyakan PKA yang digunakan oleh pasien kanker payudara sebelum memberikan pengobatan/perawatan.
4. Hendaknya RSUD Dr. Pirngadi Medan yang sudah mempunyai unit pelayanan PKA untuk memanfaatkan fasilitas ini bagi pasien dengan kanker payudara.

5. Diharapkan RSUP H. Adam Malik Medan yang belum mempunyai unit pelayanan PKA dapat melakukan telaah tentang peluang PKA untuk dapat diberikan bersama-sama di fasilitas ini.
6. Perlu dilakukan penelitian lanjutan dengan variabel penelitian yang berbeda, lebih lengkap dan memperoleh data kualitatif dari berbagai sumber atau dengan cara yang berbeda.



**DAFTAR PUSTAKA**

1. Katanoda K, Suketomo HY. Comparison of time trends in breast cancer mortality (1990–2006) in the world, from the WHO mortality database. *Jpn J Clin Oncol* [online serial]. 2010 [diunduh 10 November 2010];40(2):182-8. Tersedia dari: <http://jjco.oxfordjournals.org/content/40/2/182.full>
2. Porter PL. Global trends in breast cancer incidence and mortality. *Salud Publica Mex.* 2009;51 Suppl 2:S141-6.
3. Rasjidi I, Hartanto A. Kanker payudara. Dalam: Rasjidi I, editor. Deteksi dini dan pencegahan kanker pada wanita. Jakarta: Sagung Seto; 2009.h.51-91.
4. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer.* 2010;127(Pt 12):2893–917.
5. Pusat komunikasi publik setjen depkes. Deteksi kanker leher rahim dan kanker payudara [document on the Internet]. Lokabaturaja: Litbang depkes; 2008 [diunduh 25 Oktober 2010]. Tersedia dari: <http://www.lokabaturaja.litbang.depkes.go.id>
6. Japaries W, Zhesheng W. Karakteristik pasien dan kinerja unit onkologi komplementer medis – TCM RS Harapan Bunda Jakarta. *Makara kesehatan.* 2006;10(Pt1):24-8.
7. Spadacio C, Barros NF. Use of complementary and alternative medicine by cancer patients: systematic review. *Rev Saúde Pública* [online serial]. 2008 [diunduh 10 November 2010];42(1):[sekitar 7 halaman]. Tersedia dari: [www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/en\\_6114.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/en_6114.pdf)
8. Chow WH, Chang P, Lee SC, Wong A, Shen HM, Verkooijen HM. Complementary and alternative medicine among Singapore cancer patients. *Ann Acad Med Singapore.* 2010;39(2):129-35.
9. Ezeome ER, Anarado AN. Use of complementary and alternative medicine by cancer patients at the University of Nigeria teaching hospital, Enugu, Nigeria. *BMC Complementary and Alternative Medicine* [online serial]. 2007 [diunduh 3 November 2010];7(28):[sekitar 8 halaman]. Tersedia dari: <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/7/28>

10. Gross AM, Liu Q, Wu SB. Prevalence and predictors of complementary therapy use in advanced-stage breast cancer patients. *J of Oncology Practice*. 2007;6:294-5.
11. Wanchai A, Armer JM, Stewart BR. Complementary and alternative medicine use among women with breast cancer: a systematic review. *CJON*. 2010;14(Pt4):E45-5.
12. Helyer LK, Chin S, Chui BK, Fitzgerald B, Verma S, Rakovitch E, *et al*. The use of complementary and alternative medicines among patients with locally advanced breast cancer – a descriptive study. *BMC Cancer [online serial]*. 2006[diunduh 3 November 2010];6(39):[sekitar 8 halaman]. Tersedia dari: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/6/39>
13. Fasching PA, Thiel F, Murmann KN, Rauh C, Engel J, Lux MP, *et al*. Association of complementary methods with quality of life and life satisfaction in patients with gynecologic and breast malignancies. *Support Care Cancer*. 2007;15:1277-84.
14. Gulluoglua BM, Tebessum AC, Barlasb CA. Patients in northwestern Turkey prefer herbs as complementary medicine after breast cancer diagnosis. *Breast Care*. 2008;3:269-73.
15. Kremser T, Evans A, Moore A, Luxford K, Begbie S, Bensoussan A, *et al*. Use of complementary therapies by Australian women with breast cancer. *The Breast [serial online]*. 2008 [diunduh 3 November 2010];17:387-94. Tersedia dari: [www.elsevier.com/locate/breast](http://www.elsevier.com/locate/breast).
16. Lengacher CA, Bennett MP, Kip KE, Gonzalez L, Jacobsen P, Cox CE. Relief of symptoms, side effects, and psychological distress through use of complementary and alternative medicine in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2006;33(Pt 1):1-9.
17. Molassiotis A, Scott JA, Kearney N, Pud D, Magri M, Selvekerova S, *et al*. Complementary and alternative medicine use in breast cancer patients in Europe. *Support Care Cancer*. 2006;14:260-7.
18. Rakovitch E, Pignol JP, Chartier C, Ezer M, Verma S, Dranitsaris G, *et al*. Complementary and alternative medicine use is associated with an increased perception of breast cancer risk and death. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2005; 90:139-48.

19. Boon HS, Olatunde F, Zick SM. Trends in complementary/alternative medicine use by breastcancer survivors: Comparing survey data from 1998 and 2005. *BMC Women's Health [online serial]*. 2007 [diunduh 23 Oktober 2010];7(4): [sekitar 7 halaman]. Tersedia dari: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/7/4>
20. Departemen kesehatan RI. Pengobatan Komplementer Tradisional– Alternatif [document on the Internet]. Jakarta: Depkes; 2010 [diunduh 23 Oktober 2010]. Tersedia dari: <http://www.yanmedik.depkes.go.id>
21. Departemen Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1109/Menkes/PER/IX/2007 tentang penyelenggaraan pengobatan komplementer-alternatif di fasilitas pelayanan kesehatan. Jakarta: Depkes; 2007.
22. National Cancer Institute. What you need to know a bout breast cancer [*e-book*]. U.S. Department Of Health And Human Services;2005 [diunduh 3 November 2010]. Tersedia dari: <http://www.cancer.gov>
23. Shirley OE. Buku saku keperawatan onkologi kanker payudara. EGC Jakarta, 2005.
24. Veralis S. Anatomi dan fisiologi terapan dalam kebidanan. Cetakan II. Jakarta: EGC; 2003.
25. National Cancer Institute. Understanding breast changes [*e-book*]. U.S. Department Of Health And Human Services. 2005 [diunduh 3 November 2010]. Tersedia dari: <http://www.cancer.gov>
26. World Health Organisation. Guidelines for the early detection and screening of breast cancer. Series 30 [*e-book*].Cairo: EMRO Technical Publications ; 2006 [diunduh 10 Oktober 2010]. Tersedia dari: <http://www.emro.who.int/dsaf/dsa696.pdf>
27. Davey P. At glance Medicine. Jakarta: Erlangga; 2005.
28. World Health Organisation. Guidelines managementof breast cancer. Series 31 [*e-book*].Cairo: EMRO Technical Publications ; 2006 [diunduh 10 Oktober 2010]. Tersedia dari: <http://www.emro.who.int/dsaf/dsa696.pdf>
29. Montazeri A, Vahdaniel M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer [online serial]*. 2008[diunduh 11 Desember 2010];8(330):[sekitar 6 halaman].Tersedia dari: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/8/330>

30. Ivanauskienė R, Kregždytė R, Padaiga Z. Evaluation of health-related quality of life in patients with breast cancer. *Medicina (Kaunas)*. 2010;46(5):351-9.
31. Weiner JG, Jordan TR, Thompson AJ, Fink BN. Analysis of the Relationship Between Diet and Exercise Beliefs and Actual Behaviors Among Breast Cancer Survivors in Northwest Ohio. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research* 2010;4:5–13.
32. Smith AW, Alfano CM, Reeve BB, Irwin ML, Bernstein L, Baumgartner K, *et al.* Race/Ethnicity, Physical Activity, and Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009;18(2):656-63.
33. Departemen Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1076/Menkes/SK/VII/2003 Tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional. Jakarta: Depkes; 2003.
34. Sudarma M. *Sosiologi untuk kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika; 2008.
35. National Institutes of Health. *Thinking about Complementary and alternative medicines*. Mariland: NIH Publication; 2005 [diunduh 10 Oktober 2010]. Tersedia dari: <http://nccam.nih.gov/health>
36. National center for complementary and alternative medicine. *What is complementary and alternative medicine (CAM)?* [document on the Internet]. Mariland: NCCAM; 2010 [diunduh 3 November 2010]. Tersedia dari: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/D347.pdf>
37. National center for complementary and alternative medicine: *Cancer alternative medicine (CAM)?* [document on the Internet]. Mariland: NCCAM; 2005 [diperbarui Juli 2010; diunduh 3 November 2010]. Tersedia dari: <http://nccam.nih.gov/health/cancer/camcancer.pdf>
38. Singh V, Raidoo DM, Harries CS. The prevalence, patterns of usage and people's attitude towards complementary and alternative medicine (CAM) among the Indian community in Chatsworth, South Africa. *BMC Complementary and Alternative Medicine* [online serial]. 2004 [diunduh 5 November 2010];4(3): [sekitar 7 halaman]. Tersedia dari: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6882-4-3.pdf>

39. National Institutes of Health. NCI CAM News: Acupuncture Reduces Joint Pain in Some Women with Breast Cancer. NIH Publication [serial on the Internet]. 2010 [diunduh 30 Oktober 2010];5(1):10. Tersedia dari: <http://nccam.nih.gov>
40. Adioetomo SM, Samosir OB. Dasar-dasar demografi 2. Edisi ke-2. Jakarta: Salemba empat; 2010. h. 3, 22-7.
41. Prayoga AD. Dasar-dasar demografi. Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia; 2007. h.1-6, 19-21, 55-6, 83-4,113-4.
42. Sadjadi A, Nouraie M, Ghorbani A, Alimohammadian M, Malekzadeh R. Epidemiology of breast cancer in the Islamic Republic of Iran: first results from a population-based cancer registry. Eastern Mediterranean Health Journal. 2009;15(6):1426-31.
43. Biro Pemberdayaan Perempuan Prov. SUMUT. Kebijakan pembangunan pemberdayaan perempuan [document on the Internet]. Medan: Pem.Prov SUMUT; 2007 [diunduh 15 November 2010]. Tersedia dari: <http://www.sumutprov.go.id/skpd/biopemper/index.php?>
44. Tim EKPD USU. Laporan akhir Evaluasi Kinerja Pembangunan Daerah (EKPD) Prov. SUMUT tahun 2009 [document on the Internet]. Medan: Deputi bidang evaluasi kinerja pembangunan kementerian Negara PPN/ BAPENAS dengan USU; 2010 [diunduh 15 November 2010]. Tersedia dari: <http://www.slideshare.net/ekpd/lap-akhir-ekpd-09-sumut-sumut>
45. Sudigdo S, Ismail S. Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Ed.3. Jakarta: Sagung Seto; 2008.
46. Sugiyono. Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & D. Bandung: CV Alfabeta; 2009.
47. Utarini A. Metode penelitian kualitatif. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
48. Indrati R, Setyawan H, Handojo D. Faktor-faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian kanker payudara [document on the Internet]. Semarang: RS Kariadi Semarang bagian bedah; 2006 [diunduh 24 Februari 2011]. Tersedia dari: [www.pdfactory.com](http://www.pdfactory.com)
49. Leong B D K, Chuah J A, Kumar V M, Rohamini S, Siti ZS, Yip CH. Trends of breast cancer treatment in Sabah, Malaysia: a problem with lack of awareness. Singapore J. 2009;50(8):772-6.

50. Tarawneh M, Nimri O. Cancer Incidence in Jordan 2007. The Hashemite Kingdom of Jordan Ministry of Health [*document on the Internet*]. 2008 [diunduh 10 Oktober 2010]. Tersedia dari: [www.moh.gov.jo](http://www.moh.gov.jo)
51. Beadle BM, Woodward WA, Buchholz TA. The Impact of Age on Outcome in Early-Stage Breast Cancer. *Semin Radiat Oncol*. 2011; 21(1): 26–34.
52. Data Statistik Indonesia. Penduduk Muda dan Penduduk Tua [*document on the Internet*]. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2011 [diunduh 7 Maret 2011]. Tersedia dari: <http://www.datastatistik-indonesia.com/content/view/210/210/1/2/>
53. Azamris. Analisis faktor risiko pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit Dr.M.Jamil Padang. *Cermin Dunia Kedokteran*. 2006;152:53-6.
54. Abahssain H, Issam Lalya I, Rabet FZ, Ismaili N, Razine R, Tazi MA, *et al*. Breast cancer in moroccan young women: a retrospective study. *BMC Research Notes [online serial]*. 2010 [diunduh 10 Maret 2011]; 3(286):[sekitar 9 halaman]. Tersedia dari: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/3/286>
55. Yang H, Wang SY, Ou W, Sun HB, Fang Q. Clinical characteristics and prognosis of very young patients with breast cancer in the southern of China. *Chinese J of Cancer*. 2009; 28(Pt12):71-7.
56. Elgaili EM, Abuidris DO, Rahman M, Michalek AM, Mohammed SI. Breast cancer burden in central Sudan. *International J of Women's Health*. 2010;2:77-82.
57. Hulvat MC, Jeruss JS. Maintaining Fertility in Young Women with Breast Cancer. *Curr Treat Options Oncol*. 2009; 10(5-6): 308–17.
58. Lee MC, Gray J, MD, Han HS, Plosker S. Fertility and Reproductive Considerations in Premenopausal Patients With Breast Cancer. *Cancer Control*. 2010;17(3):162-72.
59. Hadjisavvas A, Loizidou MA, Middleton N, Michael T, Papachristoforou R, Kakouri E, *et al*. An investigation of breast cancer risk factors in Cyprus: a case control study. *BMC Cancer [online serial]*. 2010 [diunduh 13 Maret 2011];10: [sekitar 10 halaman]. Tersedia dari: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/10/447>

60. Beuth J. Evidence-Based Complementary Medicine in Breast. *Breast Care*. 2009;4:8-12.
61. Primadona I, Udin LZ, Andriani R. Prospek tumbuhan Indonesia sebagai anti kanker. Prosiding seminar nasional IPTEK solusi kemandirian bangsa; 2006 Agustus 2-3; Yogyakarta: 2006.
62. Arianti N, Meyanto E, Arsyadi, Hanafi M, Dewiyanti ID, Darmawan A, *et al.* Laporan akhir program penelitian dan pengembangan IPTEK riset kompetitif LIPI tahun anggaran 2006: Pengembangan senyawa potensial anti kanker dari benalu; Serpong 2006. Pusat penelitian kimia, DIPA biro perencanaan dan keuangan LIPI, dan Pusat penelitian kimia-LIPI.
63. National Institutes of Health. NCI's Annual Report on Complementary and Alternative Medicine Fiscal Year 2006. U.S. Department Of Health And Human Services; Publication No. 07-6117;2008 [diunduh 3 November 2010]. Tersedia dari: <http://www.cancer.gov>
64. National Institutes of Health. NCI's Annual Report on Complementary and Alternative Medicine Fiscal Year 2007. U.S. Department Of Health And Human Services; Publication No. 08-6409;2009 [diunduh 3 November 2010]. Tersedia dari: <http://www.cancer.gov>
65. National Center for Complementary and Alternative Medicine: Cancer and CAM: At a Glance [*document on the Internet*]. Mariland: NCCAM; 2005 [diperbarui Juli 2010; diunduh 3 November 2010]. Tersedia dari: <http://nccam.nih.gov/health/cancer/camcancer.pdf>



FAKULTAS KEDOKTERAN UNPAD-RSUP dr. HASAN SADIKIN BANDUNG  
 FACULTY OF MEDICINE UNPAD - dr. HASAN SADIKIN GENERAL HOSPITAL BANDUNG

**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**  
**HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE**

Jl. Prof. Eijkman No. 38 Bandung 40161



Lampiran 1

**SURAT PERMOHONAN MENJADI  
 RESPONDEN**

Kepada  
 Yth. Ibu.....  
 Di RS.....  
 Medan

Dengan Hormat,

Dalam rangka penelitian yang bertujuan untuk menganalisis “Hubungan Faktor sosiodemografi dengan penggunaan pengobatan komplementer-alternatif pada pasien kanker payudara” maka bersama ini saya mohon bantuan ibu untuk bersedia menjawab beberapa pertanyaan yang akan saya ajukan (sesuai kuesioner) dengan keadaan yang sebenarnya (obyektif), karena kebenaran data sangat saya butuhkan. Kerahasiaan data terjamin, hasil penelitian hanya digunakan untuk penyusunan tesis dan tidak akan mempengaruhi perawatan/pengobatan yang sedang ibu dapatkan di RS saat ini.

Demikian permohonan ini disampaikan, atas bantuannya saya sampaikan terima kasih.

Medan, Januari 2011  
 Hormat saya,

Tengku Sri Wahyuni  
 NPM 131020090030





FAKULTAS KEDOKTERAN UNPAD-RSUP dr. HASAN SADIKIN  
BANDUNG  
FACULTY OF MEDICINE UNPAD - dr. HASAN SADIKIN GENERAL  
HOSPITAL BANDUNG



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**  
**HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE**  
Jl. Prof. Eijkman No. 38 Bandung 40161

Lampiran2

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN  
UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN  
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

N a m a :  
U s i a :  
Alamat :  
Pekerjaan :  
No. KTP/lainnya:

Dengan sesungguhnya menyatakan bahwa:

setelah memperoleh penjelasan sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dan membatalkan dari keikutsertaannya, maka saya **setuju/tidak setuju** \*) diikutsertakan dan bersedia berperan serta dalam penelitian yang berjudul:

**“Hubungan Faktor Sosiodemografi dengan Penggunaan Pengobatan Komplementer-Alternatif pada Pasien Kanker Payudara”**

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sesungguhnya dan tanpa paksaan.

Mengetahui,  
Penanggung jawab penelitian,

Bandung,  
Yang menyatakan  
Peserta penelitian,

(Tengku Sri Wahyuni,S.Si.T)  
Saksi-saksi:

( )

1. .... ( )

2. .... ( )

\*) coret yang tidak perlu

## Lampiran 3

**KUESIONER PENELITIAN**  
**HUBUNGAN FAKTOR SOSIODEMOGRAFI DENGAN PENGGUNAAN**  
**PENGOBATAN KOMPLEMENTER-ALTERNATIF PADA**  
**PASIE KANKER PAYUDARA**

1.	Inisial Ibu/ No	<input type="text"/>
2.	Umur ibu 1) 20-29 th 2) 30-39 th 3) 40-49 th 4) 50-59 th 5) 60-69 th 6) $\geq$ 70 th	Th <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/>
3.	Pendidikan Ibu: 1) Tidak bersekolah 2) Pendidikan dasar (SD dan SMP) 3) Pendidikan menengah ( SMA) 4) Perguruan Tinggi	<input type="text"/>
4.	Pekerjaan ibu 1) Bekerja 2) Tidak bekerja	<input type="text"/>
5.	Status Pernikahan: 1) Tidak Menikah 2) Menikah 3) Berpisah/Janda	<input type="text"/>
6.	Penghasilan perbulan: 1) < Rp.1.000.000 2) Rp. 1.000.000 3) > Rp.1000.000-Rp.2.000.000 4) > Rp.2.000.000-Rp.3.000.000	<input type="text"/>
7.	Agama: 1) Islam 2) Kristen Protestan 3) Kristen Katolik 4) Hindu 5) Budha	<input type="text"/>
8.	Apakah selain menggunakan pengobatan/perawatan yang diberikan dari RS, ibu ada menggunakan PKA? ( <i>Sebutkan contoh PKA</i> ), jika ada lanjut ke pertanyaan berikut. Jika tidak pertanyaan untuk ibu telah selesai 1) Ya 2) Tidak  <b>Jika jawaban responden Tidak, wawancara selesai.</b> <b>Jika jawaban responden Ya, lanjutkan wawancara untuk pertanyaan selanjutnya.</b>	<input type="text"/>

9.	<p>Berikut ini adalah jenis pengobatan yang termasuk komplementer-alternatif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Intervensi tubuh dan pikiran (mind and body interventions) : Hipnoterapi, mediasi, penyembuhan spiritual, doa dan yoga</li> <li>2) Sistem pelayanan pengobatan alternatif : akupuntur, akupresur, naturopati, homeopati, aromaterapi, ayurveda</li> <li>3) Cara penyembuhan manual : chiropractice, healing touch, tuina, shiatsu, osteopati, pijat urut</li> <li>4) Pengobatan farmakologi dan biologi : jamu, herbal, guruh</li> <li>5) Diet dan nutrisi untuk pencegahan dan pengobatan : diet makro nutrient, mikro nutrient</li> <li>6) Cara lain dalam diagnosa dan pengobatan : terapi ozon, hiperbarik, EECP.</li> </ol> <p>Yang mana sajakah yang pernah/sedang ibu gunakan setelah ibu dinyatakan menderita kanker payudara?  <b>Jawaban boleh lebih dari 1</b></p>	<input data-bbox="1409 365 1490 411" type="text"/>
10	<p>Untuk apa ibu menggunakan PKA?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengobati kanker</li> <li>2) Meningkatkan system kekebalan tubuh</li> <li>3) Mengurangi efek samping dari pengobatan konvensional</li> <li>4) Memberikan perasaan nyaman, merasa lebih tenang dan menghindari stress</li> <li>5) Mengurangi gejala yang ditimbulkan oleh kanker</li> <li>6) Mencegah kanker kambuh kembali</li> <li>7) Dan lain-lain</li> </ol> <p><b>Jawaban boleh lebih dari 1</b></p>	<input data-bbox="1393 894 1474 940" type="text"/>
11	<p>Dari manakah ibu mendapatkan informasi tentang PKA yang ibu gunakan?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Media</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Internet</li> <li>b. Majalah</li> <li>c. Koran</li> <li>d. Televisi</li> <li>e. Radio</li> </ol> </li> <li>2) <b>Praktisi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tenaga kesehatan</li> <li>b. Teman</li> <li>c. Keluarga</li> <li>d. Perempuan lain dengan kanker payudara</li> <li>e. Praktisi PKA</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Jawaban boleh lebih dari satu</b></p>	<input data-bbox="1393 1293 1474 1339" type="text"/>

## Lampiran 4

**DAFTAR PERTANYAAN UNTUK WAWANCARA TENTANG  
HUBUNGAN FAKTOR SOSIODEMOGRAFI DENGAN PENGGUNAAN  
PENGOBATAN KOMPLEMENTER-ALTERNATIF PADA  
PASIEN KANKER PAYUDARA**

<b>PENGOBATAN KOMPLEMENTER-ALTERNATIF</b>	
No Responden	No Informan
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.	Sudah berapa lama menggunakan pengobatan komplementer alternatif tersebut?
2.	Seberapa sering ibu menggunakan pengobatan komplementer-alternatif tersebut? 1) Harian 2) Mingguan 3) Kadang-kadang 4) Hanya sekali saja
3.	Manakah dari kalimat berikut ini menjelaskan bagaimana ibu telah menggunakan pengobatan komplementer-alternatif dan pengobatan konvensional? 1) Ibu memulai pengobatan konvensional setelah ibu berhenti menggunakan pengobatan komplementer-alternatif 2) Ibu menggunakan pengobatan komplementer-alternatif bersama-sama dengan pengobatan konvensional sehingga keduanya akan bekerja saling membantu 3) Selesai pengobatan konvensional
4.	Dari mana ibu mendapatkan pengobatan komplementer-alternatif yang ibu gunakan? 1) Teman 2) Pasar 3) Multi level marketing 4) Tenaga pengobatan komplementer-alternatif 5) Tempat ibadah 6) Yang lain, sebutkan.....  <b>Jika jawabannya selain point ke-4 langsung melanjutkan pertanyaan ke no 7.</b>
5.	Apakah ibu mendapatkan pengobatan komplementer-alternatif dari tenaga yang sudah mendapatkan izin dari dinas kesehatan setempat? 1) Ya 2) Tidak 3) Tidak tahu

6.	Seberapa sering ibu menemui tenaga pengobatan komplementer-alternatif 1) 1-3 x dalam seminggu 2) Sering (> 3x) dalam seminggu	<input type="checkbox"/>
7.	Manfaat apa yang ibu harapkan dari pengobatan komplementer alternatif yang digunakan saat ini? 1) Bisa langsung mengobati / menyembuhkan kanker ibu 2) Meningkatkan kemampuan tubuh ibu untuk melawan kanker 3) Memungkinkan ibu untuk bisa istirahat / tidur 4) Membersihkan luka akibat dari kanker 5) Meringankan gejala pengobatan konvensional yang ibu terima 6) Meringankan gejala kanker 7) Meningkatkan psikologis ibu /optimisme 8) Melakukan setiap hal yang mungkin untuk melawan kanker 9) Meningkatkan kesehatan fisik ibu 10) Lainnya, sebutkan..... <b>Jawaban boleh lebih dari 1</b>	<input type="checkbox"/>
8	Apakah ibu ada mendapatkan manfaat yang telah ibu rasakan dari pengobatan komplementer alternatif yang ibu gunakan? 1) Ya 2) Tidak <b>Jika Ya, sebutkan!</b>	<input type="checkbox"/>
9.	Apakah ibu ada mengalami efek yang tidak diinginkan dari pengobatan komplementer alternatif yang digunakan? 1) Ada 2) Tidak ada <b>Jika ada sebutkan!</b>	<input type="checkbox"/>
10.	Seberapa puaskah ibu dengan pengobatan komplementer-alternatif yang sekarang ibu gunakan? 1) Sangat puas 2) Puas 3) Kecewa	<input type="checkbox"/>
11.	Apakah ibu akan menyarankan pengobatan komplementer-alternatif yang ibu gunakan kepada orang lain yang juga menderita kanker payudara? 1) Ya 2) Tidak	<input type="checkbox"/>
12.	Apakah ibu akan meninggalkan pengobatan konvensional setelah ibu menggunakan pengobatan komplementer-alternatif ini? 1) Ya 2) Tidak <b>Jika Ya, sebutkan alasannya!</b>	<input type="checkbox"/>

13.	<p>Apakah ibu memberitahukan kepada dokter/tenaga kesehatan yang merawat ibu tentang pengobatan komplementer-alternatif yang ibu gunakan?</p> <p>1) Ya 2) Tidak</p> <p><b>Jelaskan alasannya!</b></p>	<input type="checkbox"/>
14.	<p>Berapakah kira-kira dana yang sudah ibu keluarkan untuk pengobatan komplementer-alternatif tersebut? (3 bulan terakhir)</p>	
15.	<p>Apakah ada hal-hal/aspek-aspek tertentu dipengobatan komplementer-alternatif yang ingin ibu dapatkan di pengobatan konvensional? <b>Sebutkan!</b></p>	
16.	<p>Apakah ada sesuatu/seseorang yang mengawasi/membimbing ibu dalam menggunakan pengobatan komplementer-alternatif tersebut? <b>Sebutkan!</b></p>	
17.	<p>Apa harapan ibu yang berhubungan dengan PKA? <b>Jelaskan!</b></p>	

## Lampiran 5

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP****I. Identitas**

Nama : Tengku Sri Wahyuni  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Tempat/Tanggal Lahir : Kuala, 24 April 1974  
 Alamat Rumah : Jln. Pane no 36 Pematangsiantar  
 Alamat Kantor : Jln. Pane no 36 Pematangsiantar  
 Agama : Islam

**II. Pendidikan**

Sekolah Dasar : SDN No.054942 Tegal Rejo, 1981–1987  
 Sekolah Menengah Pertama : SMPN 2Binjai, 1987–1990  
 Sekolah Menengah Atas : SPK Pemda Tk.II Lab. Batu, 1990–1993  
 Pendidikan Diploma :  
 1. Diploma I Program Pendidikan Bidan  
 Depkes Medan, 1993-1994  
 2. Akademi Kebidanan Depkes Medan,  
 1997–2000  
 3. Diploma IV Bidan Pendidik Universitas  
 Gadjah Mada, Yogyakarta, 2000–2001  
 Pendidikan Magister : Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran  
 Universitas Padjadjaran Bandung, 2009–2011

**III. Pekerjaan**

Tahun 1994–1997 :Bidan PTT di desa Pekan Kuala, Kec.Kuala,  
 Kab.Langkat  
 Tahun 2001-sekarang :Dosen di Program Studi Kebidanan Pematangsiantar  
 Jurusan Kebidanan Medan  
 Poltekkes Kemenkes Medan