

**ANALISIS KEIKUTSERTAAN SKRINING KANKER SERVIKS DENGAN
METODE INSPEKSI VISUAL DENGAN ASAM ASETAT (IVA)
PADA WANITA USIA SUBUR (WUS) DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BEROHOL KECAMATAN BAJENIS
KOTA TEBING TINGGI TAHUN 2012**

TESIS

Oleh

**SRI HERNAWATI SIRAIT
107032211/IKM**



**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA
MEDAN
2012**

**THE ANALYSIS OF CERVICAL CANCER SCREENING PARTICIPATION
BY USING VISUAL INSPECTION WITH ACETIC ACID (VIA) METHOD
AMONG THE WOMEN OF CHILDBEARING AGE IN THE WORKING
AREA OF PUBLIC HEALTH CENTER OF BEROHOL
BAJENIS SUBDISTRICT THE CITY OF TEBING TINGGI
IN 2012**

T H E S I S

By

**SRI HERNAWATI SIRAIT
107032211/IKM**



**MASTER OF PUBLIC HEALTH STUDY PROGRAM
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
UNIVERSITY OF SUMATERA UTARA
MEDAN
2012**

JURNAL

**THE ANALYSIS OF CERVICAL CANCER SCREENING PARTICIPATION
BY USING VISUAL INSPECTION WITH ACETIC ACID (VIA) METHOD
AMONG THE WOMEN OF CHILDBEARING AGE IN THE WORKING
AREA OF PUBLIC HEALTH CENTER OF BEROHOL
BAJENIS SUBDISTRICT THE CITY OF TEBING TINGGI
IN 2012**

**ANALISIS KEIKUTSERTAAN SKRINING KANKER SERVIKS DENGAN
METODE INSPEKSI VISUAL DENGAN ASAM ASETAT (IVA)
PADA WANITA USIA SUBUR (WUS) DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BEROHOL KECAMATAN BAJENIS
KOTA TEBING TINGGI TAHUN 2012**

Oleh

**SRI HERNAWATI SIRAIT
107032211/IKM**



**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA
MEDAN
2012**

**ANALISIS KEIKUTSERTAAN SKRINING KANKER SERVIKS DENGAN
METODE INSPEKSI VISUAL DENGAN ASAM ASETAT (IVA)
PADA WANITA USIA SUBUR (WUS) DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BEROHOL KECAMATAN BAJENIS
KOTA TEBING TINGGI TAHUN 2012**

TESIS

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
untuk Memperoleh Gelar Magister Kesehatan (M.Kes)
dalam Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat
Minat Studi Kesehatan Reproduksi
pada Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Sumatera Utara**

Oleh

**SRI HERNAWATI SIRAIT
107032211/IKM**

**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA
MEDAN
2012**

Judul Tesis : **ANALISIS KEIKUTSERTAAN SKRINING KANKER SERVIKS DENGAN METODE INSPEKSI VISUAL DENGAN ASAM ASETAT (IVA) PADA WANITA USIA SUBUR (WUS) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BEROHOL KECAMATAN BAJENIS KOTA TEBING TINGGI TAHUN 2012.**

Nama Mahasiswa : **Sri Hernawati Sirait**
Nomor Induk Mahasiswa : **107032211**
Program Studi : **S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat**
Minat Studi : **Kesehatan Reproduksi**

Menyetujui
Komisi Pembimbing

(Prof. dr. Sori Muda Sarumpaet, M.P.H)
Ketua

(dr. Ria Masniari Lubis, M.Si)
Anggota



(Dr. Drs. Surya Utama, M.S)

Tanggal Lulus : 30 Agustus 2012

Telah diuji

Pada tanggal : 30 Agustus 2012

PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : Prof. dr. Sori Muda Sarumpaet, M.P.H
Anggota : 1. dr. Ria Masniari Lubis, M.Si
2. Dr. Ir. Erna Mutiara, M.Kes
3. Dra. Syarifah, M.S

PERNYATAAN

ANALISIS KEIKUTSERTAAN SKRINING KANKER SERVIKS DENGAN METODE INSPEKSI VISUAL DENGAN ASAM ASETAT (IVA) PADA WANITA USIA SUBUR (WUS) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BEROHOL KECAMATAN BAJENIS KOTA TEBING TINGGI TAHUN 2012

TESIS

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Medan, Oktober 2012



**Sri Hernawati Sirait
107032211/IKM**

ABSTRAK

Globocan, International Agency for Research on Cancer (IARC) tahun 2008 memperkirakan hampir 90% kematian akibat kanker serviks terjadi di negara berkembang atau negara miskin, hal ini disebabkan karena kurangnya melakukan skrining prakanker dan tahap awal kanker serviks. Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara jumlah penderita kanker serviks pada tahun 2011 sebanyak 83 kasus dengan proporsi tertinggi pada usia 45 – 54 tahun.

Jenis penelitian deskriptif dengan rancangan *cross-sectional*, bertujuan untuk menjelaskan analisis keikutsertaan skrining kanker serviks dengan metode Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA) pada wanita usia subur di wilayah kerja Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi. Populasi adalah seluruh wanita usia subur yang sudah menikah dan mendapat penyuluhan tentang skrining kanker serviks di wilayah kerja Puskesmas Berohol sebanyak 336 orang. Besar sampel adalah sebanyak 250 orang yang diperoleh dengan menggunakan teknik *simple random sampling*. Analisis data meliputi tahapan analisis univariat, analisis bivariat dengan uji *chi square*, analisis multivariat dengan uji regresi logistik ganda dengan kemaknaan $p < 0,05$ dan CI 95%.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa faktor predisposisi yang berhubungan dengan keikutsertaan skrining kanker serviks yaitu : pendidikan ($p=0,001$; RP=0,27; 95% CI=0,14-0,54), pekerjaan ($p=0,001$; RP=4,21; 95% CI=3,08-5,76), status ekonomi ($p=0,001$; PR=1,88; 95% CI=1,40-2,53), pengetahuan ($p=0,001$; RP=3,05; 95% CI=2,03-4,57) dan sikap ($p=0,001$; RP=2,28; 95% CI=1,55-3,35). Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa variabel yang paling besar kontribusinya dalam keikutsertaan skrining kanker serviks dengan metode IVA yaitu pekerjaan (koefisien B = -2,57).

Kepada Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi dan Puskesmas Berohol perlu menggalakkan kembali program promosi tentang kanker serviks dan skrining kanker serviks dan meningkatkan kerja sama lintas sektoral dan tokoh-tokoh masyarakat dalam hal menggerakkan wanita usia subur untuk melakukan skrining kanker serviks. Bagi wanita usia subur yang tidak bekerja disarankan agar mengikuti program promosi tentang kanker serviks dan skrining kanker serviks dengan metode IVA di wilayah kerja Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi.

Kata Kunci : Keikutsertaan, Skrining Kanker Serviks, IVA, Wanita Usia Subur.

ABSTRACT

GLOBOCAN, International Agency for Research on Cancer (IARC) in 2008 estimated that almost 90% of cervical cancer deaths occurred in developing countries or poor countries, this was due to lack of screening of precancerous and early stages of cervical cancer. Data from the North Sumatra Provincial Health Office, the number of patients with cervical cancer in 2011 as many as 83 cases with the highest proportion at age 45-54 years.

The purpose of descriptive study with cross-sectional design, was to describe the analysis of cervical cancer screening participation by using visual inspection with acetic acid (VIA) method among the women of childbearing age in the working area of Berohol Public Health Center, Bajenis Subdistrict, the City of Tebing Tinggi. The population is all women of childbearing age who are married and have taken counseling about cervical cancer screening in the working area as many as 336 women. Sample size as many as 250 were obtained by using simple random sampling technique. Data analysis included stage of univariate, bivariate with chi square test, multivariate with multiple logistic regression at level of significance 5% and 95% CI.

The result of bivariate analysis showed that the predisposing factors associated with cervical cancer screening participation namely education ($p = 0,001$; $PR=0,27$; $95\% CI =0,14-0,54$), occupation ($p = 0,001$; $PR=4,21$; $95\% CI =3,08-5,76$), economic status ($p = 0,001$; $PR=1,88$; $95\% CI =1,40-2,53$), knowledge ($p = 0,001$; $PR=3,05$; $95\% CI =2,03-4,57$) and attitude ($p = 0,001$; $PR=2,28$; $95\% CI =1,55-3,35$). The result of multivariate analysis showed that the most contributed variable in cervical cancer screening participation by using VIA method was occupation (coefficient of $B = -2,57$).

The management of Tebing Tinggi City Health Office and Berohol Public Health Center need to re-promotion programe on cervical cancer and cervical cancer screening and improve cross-sectoral and community leaders collaboration in terms of moving the women of childbearing age to do cervical cancer screening. For women of childbearing age who do not work it is suggested to attend promotion program of about cervical cancer and cervical cancer screening by using IVA method in the working area of Berohol Public Health Center, Bajenis Subdistrict, the City of Tebing Tinggi.

Keywords: Participation, Servical Cancer Screening, VIA, Women of Childbearing Age.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Analisis Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks Dengan Metode Inspeksi Visual Dengan Asam Asetat (IVA) Pada Wanita Usia Subur (WUS) Di Wilayah Kerja Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi Tahun 2012”

Dalam penyusunan tesis ini, penulis banyak mendapat bantuan, dorongan, bimbingan dan kerjasama dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Prof. Dr. Dr. Syahril Pasaribu, DTM&H, M.Sc. (CTM), Sp.A(K), selaku Rektor Universitas Sumatera Utara.
2. Dr. Drs. Surya Utama, M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
3. Dr. Ir. Evawany Aritonang, M.Si, selaku Sekretaris Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
4. Prof. dr. Sori Muda Sarumpaet, M.P.H dan dr. Ria Masniari Lubis, M.Si, selaku ketua komisi pembimbing dan anggota komisi pembimbing yang telah

meluangkan waktu, pemikiran, arahan dan bimbingan hingga selesainya penulisan tesis ini.

5. Dr. Ir. Erna Mutiara, M.Kes dan Dra. Syarifah, M.S, selaku penguji yang telah memberikan bimbingan, kritik serta saran yang sangat membantu untuk kesempurnaan penulisan tesis ini.
6. Seluruh dosen pengajar Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Studi Kesehatan Reproduksi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara yang telah memberikan bekal ilmu dan pengetahuan.
7. Kepala Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi dan Kepala Puskesmas Berohol yang telah memberikan izin dan informasi kepada penulis untuk penelitian di lingkungan wilayah kerja Puskesmas Berohol.
8. Kedua orang tua, kakak, abang dan adik serta semua keluarga atas doa, dukungan dan bantuan selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Teman-teman seperjuangan di Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah bersedia menjadi teman berdiskusi untuk penyelesaian tesis ini.

Penulis berharap semoga Allah SWT membalas semua kebaikan dengan melimpahkan berkat dan rahmat-Nya dalam kehidupan selanjutnya.

Medan, September 2012

Penulis



Sri Hernawati Sirait

RIWAYAT HIDUP

Sri Hernawati Sirait, lahir pada tanggal 01 Januari 1977 di Sei Rampah, anak kelima dari sepuluh bersaudara dari pasangan ayahanda Pariaman Sirait dan ibunda Zubaidah Sitorus.

Pendidikan formal penulis dimulai dari Sekolah Dasar di SD Alwashliyah Sei Rampah, selesai tahun 1991, Sekolah Menengah Pertama di SMP Negeri Sei Rampah, selesai tahun 1994, Sekolah Menengah Atas di SMA Negeri Sei Rampah, selesai tahun 1996, D-III Akademi Keperawatan Dep.Kes RI Medan, selesai tahun 1999, dan SI Keperawatan Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, selesai tahun 2008.

Penulis bekerja di Program Studi Kebidanan Pematangsiantar, Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Medan tahun 2001 sampai sekarang.

Penulis mengikuti pendidikan lanjutan di Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Studi Kesehatan Reproduksi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara sejak tahun 2010.

DAFTAR ISI

	Halaman
ABSTRAK	i
ABSTRACT	ii
KATA PENGANTAR	iii
RIWAYAT HIDUP	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Permasalahan.....	9
1.3 Tujuan Penelitian.....	9
1.4 Hipotesis.....	9
1.5 Manfaat Penelitian.....	10
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Kanker Serviks.....	11
2.1.1 Pengertian Kanker Serviks.....	11
2.1.2 Etiologi Kanker Serviks.....	12
2.1.3 Faktor Risiko.....	12
2.1.4 Patofisiologi.....	19
2.1.5 Gejala dan Tanda Kanker Serviks.....	21
2.1.6 Penegakan Diagnosis.....	22
2.1.7 Stadium Kanker Serviks.....	22
2.1.8 Pencegahan dan Penanggulangan Kanker Serviks....	23
2.2 Skrining Kanker Serviks dengan Metode IVA.....	26
2.2.1 Hasil Pemeriksaan IVA.....	27
2.2.2 Akurasi Pemeriksaan IVA.....	27
2.2.3 Prinsip Dasar Skrining.....	29
2.2.4 Sasaran yang Menjalani Skrining.....	29
2.2.5 Interval Skrining Kanker Serviks.....	30
2.2.6 Persyaratan Pemeriksaan IVA.....	31
2.3 Kegiatan Sosialisasi Pelaksanaan Skrining Kanker Serviks dengan Metode IVA di Wilayah Kerja Puskesmas Berohol.....	31
2.4 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Wanita dalam Skrining Kanker Serviks.....	32

2.5 Perilaku.....	37
2.5.1 Perilaku Kesehatan.....	38
2.5.2 Teori Perilaku Kesehatan.....	40
2.5.3 Perilaku dalam Skrining Kanker Serviks.....	44
2.5.3.1 Pengetahuan (<i>Knowledge</i>).....	45
2.5.3.2 Sikap (<i>Attitude</i>).....	47
2.5.3.3 Tindakan (<i>Practice</i>).....	49
2.5.4 Landasan Teori.....	50
2.5.5 Kerangka Konsep.....	52
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	53
3.1 Jenis Penelitian	53
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	53
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	54
3.4 Metode Pengumpulan Data.....	55
3.4.1 Pengumpulan Data.....	55
3.4.2 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	56
3.5 Variabel dan Definisi Operasional.....	58
3.5.1 Variabel.....	58
3.6 Metode Pengukuran.....	58
3.7 Metode Analisis Data.....	60
BAB 4 HASIL PENELITIAN.....	62
4.1 Deskripsi Wilayah Kerja Puskesmas Berohol.....	62
4.1.1 Keadaan Geografis.....	62
4.1.2 Kondisi Demografi.....	62
4.2 Analisis Univariat.....	63
4.2.1 Distribusi Responden Berdasarkan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	63
4.2.2 Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Predisposisi (Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Status Ekonomi, Status Menikah, Paritas) di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	64
4.2.3 Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Predisposisi (Pengetahuan) di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	65
4.2.4 Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Predisposisi (Sikap) di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	68
4.2.5 Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Pemungkin (Jarak ke Tempat Pemeriksaan dan Biaya) di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	71

4.3 Analisis Bivariat.....	72
4.3.1 Hubungan Faktor Predisposisi (Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Status Ekonomi, Status Menikah, Paritas, Pengetahuan dan Sikap di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	72
4.3.2 Hubungan Faktor Pemungkin (Jarak ke Tempat Pemeriksaan dan Biaya) di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	77
4.4 Analisis Multivariat.....	78
BAB 5 PEMBAHASAN.....	82
5.1 Faktor Predisposisi dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012....	82
5.1.1 Umur dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	82
5.1.2 Pendidikan dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	84
5.1.3 Pekerjaan dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	87
5.1.4 Status Ekonomi dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	89
5.1.5 Status Menikah dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	90
5.1.6 Paritas dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	92
5.1.7 Pengetahuan dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	94
5.1.8 Sikap dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	96
5.2 Faktor Pemungkin dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012....	99
5.2.1 Jarak Rumah ke Tempat Pemeriksaan dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	99
5.2.2 Biaya dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	100
5.3 Keterbatasan Penelitian.....	102

BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN.....	103
	6.1 Kesimpulan.....	103
	6.2 Saran.....	103
DAFTAR PUSTAKA.....		105
LAMPIRAN.....		110

DAFTAR TABEL

No.	Judul	Halaman
2.1	Klasifikasi Kanker Serviks Menurut FIGO.....	22
3.1	Distribusi Populasi dan Sampel di Puskesmas Berohol.....	55
3.2	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian.....	57
3.3	Definisi Operasional dan Metode Pengukuran.....	58
4.1	Distribusi Responden Berdasarkan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	64
4.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Faktor Predisposisi (Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Status Ekonomi, Status Perkawinan, dan Paritas) di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	64
4.3	Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Predisposisi (Pengetahuan) di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	65
4.4	Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Predisposisi (Pengetahuan) di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	67
4.5	Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Predisposisi (Sikap) di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	68
4.6	Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Predisposisi (Sikap) di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	71
4.7	Distribusi Responden Berdasarkan faktor Pemungkin (Jarak Rumah ke Tempat Pemeriksaan dan Biaya) di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	71
4.8	Hubungan Faktor Predisposisi (Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Status Ekonomi, Status Menikah, Paritas, Pengetahuan dan Sikap) dengan Keikutsertaan WUS dalam Pemeriksaan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	76

4.9	Hubungan Faktor Pemungkin (Jarak Rumah ke Tempat Pemeriksaan dan Biaya) dengan Keikutsertaan WUS dalam Pemeriksaan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	78
4.10	Tahapan Pemodelan Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Analisis Keikutsertaan WUS dalam Pemeriksaan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012.....	79

DAFTAR GAMBAR

No.	Judul	Halaman
1.1	Insiden dan Angka Kematian Kanker Serviks.....	1
2.1	Organ Internal Wanita.....	11
2.2	Perjalanan Alamiah Kanker Serviks.....	19
2.3	Penyebaran Kanker Serviks.....	21
2.4	Kerangka Teori Lawrence Green.....	51
2.5	Kerangka Konsep Penelitian.....	52

DAFTAR LAMPIRAN

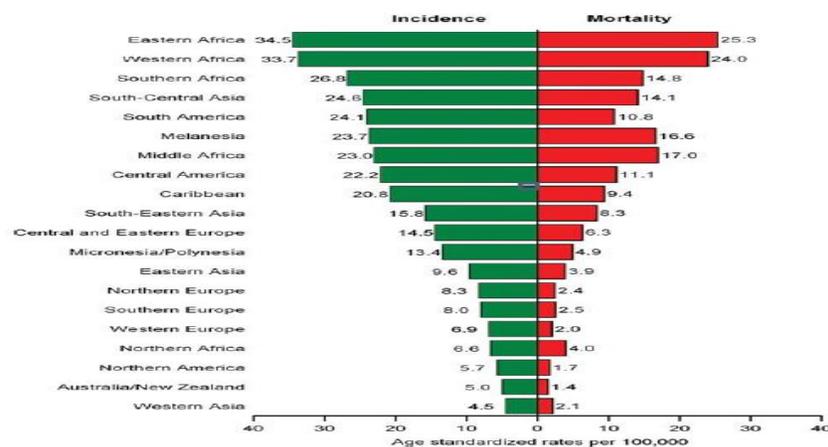
No.	Judul	Halaman
1	Kuesioner Analisis Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks Dengan Metode IVA pada WUS di Wilayah Kerja Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi Tahun 2012.....	110
2	Master Data.....	118
3	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	134
4	Tabel Frekuensi Pengetahuan.....	138
5	Tabel Frekuensi Variabel Kategorisasi	146
6	Hasil Analisis Bivariat.....	148
7	Crosstab Antar Variabel Independen.....	158
8	Probabilitas WUS Untuk Melakukan Skrining Kanker Serviks.....	188
9	Hubungan Sesama Faktor Independen.....	188
10	Hasil Analisis Multivariat.....	189
11	Surat Izin Penelitian.....	195
12	Surat Balasan Izin Penelitian.....	196
13	Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian.....	197

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker serviks merupakan penyebab paling umum kematian kanker pada wanita di Amerika. Berdasarkan data Globocan, *International Agency for Research on Cancer* (IARC) tahun 2008 diperkirakan kanker serviks berada pada peringkat ketiga kasus baru untuk kanker pada wanita yakni sebanyak 529.800 kasus. Kanker serviks ini juga merupakan penyebab keempat kematian kanker pada wanita di seluruh dunia setelah kanker payudara, kanker paru-paru dan kanker kolon dan rektum dengan kasus sebanyak 275.100 kematian. Insiden tertinggi terjadi di Sub-Sahara Afrika, Asia Selatan, Amerika Selatan, Melanesia, serta Karibia (Gambar 1) dan yang terendah di Asia Barat yaitu 4,5 per 100.000 wanita, Australia/Selandia Baru yaitu 5,0 per 100.000 wanita (Jemal, 2011).



Gambar 1.1 Insiden dan Angka Kematian Kanker Serviks (Jemal, 2011)

Globocan, *International Agency for Research on Cancer (IARC)* tahun 2008 memperkirakan hampir 90% kematian akibat kanker serviks terjadi di negara berkembang atau negara miskin, hal ini disebabkan karena kurangnya melakukan skrining prakanker dan tahap awal kanker serviks. Jumlah kematian di Afrika yaitu 53.300, di Amerika Latin yaitu 31.700, dan di Asia yaitu 159.800. India, negara terpadat kedua di dunia, menyumbang 26% (72.800) dari kematian akibat kanker serviks (*American Cancer Society*, 2011).

Indonesia memiliki penduduk 79,14 juta wanita usia 15 tahun dan lebih tua yang berisiko terkena kanker serviks. Diperkirakan setiap tahun ada 13.762 wanita didiagnosis dengan kanker serviks dan 7493 meninggal karena penyakit tersebut. Kanker serviks menempati urutan sebagai kanker yang paling sering ke-3 pada wanita dengan usia antara 15 dan 44 tahun. Diperkirakan sekitar 31% terjadi infeksi HPV serviks pada wanita, dan 80,1% kanker serviks invasif terjadi karena HPV tipe 16 atau tipe 18 (WHO, 2010).

Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara jumlah penderita kanker serviks pada tahun 2011 sebanyak 83 kasus dengan proporsi tertinggi pada usia 45 - 54 tahun. Data dari RSUD dr. Pirngadi Medan jumlah penderita kanker serviks pada tahun 2008 sebanyak 25 kasus, tahun 2009 sebanyak 48 kasus, tahun 2010 sebanyak 40 kasus dan tahun 2011 sebanyak 51 kasus, dimana hampir 80% dari kasus ditemukan pada stadium akhir dan sekitar 75% berakibat kematian.

Penyebab utama kanker serviks adalah infeksi *Human Papilloma Virus* (HPV), virus umum yang menular melalui hubungan seksual. Risiko tinggi infeksi HPV paling sering terjadi pada perempuan muda, dengan prevalensi puncak setinggi 25 - 30% pada wanita di bawah usia 25 tahun. Diperlukan waktu 10 - 20 tahun virus HPV untuk lesi prekursor yang dapat berkembang menjadi kanker invasif. Oleh karena itu kanker serviks dapat dicegah dengan intervensi yang efektif yaitu skrining dan pengobatan lesi prakanker. Kanker serviks jarang terjadi pada wanita usia di bawah 30 tahun dan paling sering pada wanita usia lebih dari 40 tahun, dengan jumlah terbesar kematian biasanya terjadi pada usia 50-an dan 60-an (WHO, 2006).

Banyaknya kasus kanker serviks memerlukan kewaspadaan melalui deteksi dini (Novel, 2010). Hal ini berdasarkan fakta bahwa lebih dari 50% wanita yang terdiagnosis kanker serviks tidak pernah melakukan deteksi dini. Komponen deteksi dini terdiri dari penapisan (*screening*) dan edukasi tentang penemuan dini (*early diagnosis*) (Kemenkes RI, 2010).

Pemerintah telah melaksanakan program skrining kanker serviks dalam mengendalikan kanker serviks. Untuk melaksanakan program “*see and treat*” ini, Departemen Kesehatan telah menyelenggarakan pilot proyek deteksi dini kanker serviks di 6 Kabupaten yaitu Deli Serdang (Sumatera Utara), Gresik (Jawa Timur), Kebumen (Jawa Tengah), Gunung Kidul (DI Yogyakarta), Karawang (Jawa Barat), dan Gowa (Sulawesi Selatan). Deteksi dini kanker serviks ini dilakukan dengan menggunakan metode inspeksi visual dengan asam asetat (IVA) (Depkes RI, 2008).

Deteksi dini kanker serviks meliputi program skrining yang terorganisasi dengan target pada kelompok usia yang tepat dan sistem rujukan yang efektif di semua tingkat pelayanan kesehatan. Beberapa metode skrining yang dapat digunakan adalah dengan cara *Pap Smear* dan *Visual Inspection with Acetic Acid* (VIA) atau yang sering disebut dengan Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA). Metode IVA berpotensi menjadi alternatif metode skrining kanker serviks di daerah-daerah yang memiliki sumber daya terbatas. Efektifitas IVA sudah diteliti oleh banyak peneliti (Depkes RI, 2008).

Hasil akurasi tes IVA dalam penelitian menunjukkan bahwa sensitivitas untuk mendeteksi lesi prakanker berkisar 66 - 96% (rata-rata 84%); spesifitas berkisar 64 - 98% (rata-rata 82%); nilai prediktif positif antara 10 - 20% dan nilai prediksi negative berkisar 92 - 97%. Penelitian Cecchini dkk, (1993) di Itali mengatakan pemeriksaan IVA keakuratannya lebih sensitif dibandingkan sitologi, tapi kurang spesifik, dan IVA lebih hemat biaya daripada dengan servikografi (WHO, 2002).

Penelitian di Zimbabwe yang melibatkan 2.203 perempuan melaporkan bahwa skrining dengan metode IVA dapat mengidentifikasi sebagian besar lesi prakanker dan kanker. Sensitivitas IVA dibanding pemeriksaan sitologi (tes Pap) berturut-turut adalah 76,7% dan 44,3%. Meskipun begitu, dilaporkan juga bahwa metode IVA ini kurang spesifik, angka spesifisitas IVA hanya 64,1% dibanding sitologi 90,6% (Lancet, 1999).

Penelitian Iswara dkk, (2004) yang membandingkan akurasi diagnostik lesi prakanker serviks antara IVA dan tes Pap pada wanita dengan lesi serviks mendapatkan hasil sensitivitas untuk IVA adalah 92,5%; spesifisitas 42,9%; nilai prediksi positif (PPV) 75,5% dan nilai prediksi negatif (NPV) 75,0%; sedangkan untuk tes Pap nilai sensitivitasnya adalah 72,5%; spesifisitasnya 71,4%; nilai prediksi positif (PPV) 82,9% dan nilai prediksi negatif (NPV) 57,7%.

Pemeriksaan IVA dapat dilakukan di mana saja oleh tenaga kesehatan terlatih karena dalam pelaksanaannya alat yang digunakan sangat sederhana. Waktu yang diperlukan dalam pemeriksaan IVA dapat dikategorikan relatif singkat. Nyaman, karena prosedurnya tidak rumit, tidak memerlukan persiapan, dan tidak menyakitkan. Biaya yang diperlukan dalam menjalani pemeriksaan IVA tergolong relatif murah, sehingga pemeriksaan ini dapat dijalani oleh semua lapisan masyarakat. Beberapa karakteristik metode ini sesuai dengan kondisi Indonesia yang memiliki keterbatasan ekonomi dan keterbatasan sarana serta prasarana kesehatan (Depkes RI, 2008).

Deteksi dini perubahan lesi prakanker menjadi kanker dapat ditemukan pada wanita yang melakukan skrining kanker serviks. Wanita yang tidak melakukan skrining secara teratur memiliki risiko berkembangnya kanker serviks lima kali lebih tinggi dibandingkan dengan wanita yang melakukan skrining secara teratur. Semua wanita yang pernah melakukan hubungan seksual perlu melakukan skrining kanker serviks untuk mendeteksi abnormalitas serviks, sehingga pengobatan kanker serviks pada stadium dini lebih baik dan dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas (Depkes RI, 2008).

Keikutsertaan skrining kanker serviks merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan yang dalam pelaksanaannya tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Maksudnya bagi beberapa orang yang mendapat stimulus yang sama namun respon setiap orang berbeda (Notoatmodjo, 2007). Keikutsertaan untuk menjalani pemeriksaan skrining kanker serviks di Bali dipengaruhi oleh faktor sosial demografi, biaya, pengetahuan dan sikap wanita itu sendiri (Wulandari, 2010).

Hasil penelitian Nene dkk, (2007) di India menyatakan faktor sosial demografi berhubungan dengan melakukan skrining kanker serviks. Melakukan skrining kanker serviks paling sering dilakukan oleh wanita umur 30-39 tahun, pendidikan yang baik, wanita yang menikah dan sudah mempunyai anak, bahkan wanita dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi, pernah hamil dan sudah menikah lebih patuh dalam menjalani pengobatan lanjutan. Sutton (2005) mengadakan penelitian di Inggris menyatakan bahwa faktor sosial demografi yaitu umur, pendidikan, status perkawinan berhubungan dengan melakukan skrining kanker serviks.

Kendala sosial masyarakat berkaitan dengan konsep tabu. Kanker serviks merupakan kanker yang menyerang bagian sensitif dan tertutup perempuan. Bukan hal yang mudah untuk mendorong perempuan membuka diri dan mengizinkan pemeriksaan dilakukan oleh dokter atau paramedis laki-laki. Bagi masyarakat dengan pengetahuan yang cukup, maka tidak akan menjadi masalah, tapi bagi masyarakat

pedesaan bahkan pedalaman yang tingkat pengetahuannya masih kurang sulit untuk mempengaruhi wanita melakukan skrining (Emilia, 2010).

Pengetahuan dapat memengaruhi wanita untuk mengikuti pemeriksaan skrining kanker serviks. Memberikan informasi tentang kanker serviks dan skrining kanker serviks dapat meningkatkan jumlah wanita yang mengikuti skrining tersebut (Lee, 2008). Pengalaman dan penelitian membuktikan bahwa keikutsertaan yang didasari oleh pengetahuan akan lebih tahan lama dibandingkan dengan keikutsertaan yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2003).

Sikap dan keyakinan masyarakat dapat menjadi hambatan untuk keikutsertaan wanita melakukan skrining, masyarakat sering beranggapan bahwa kanker serviks merupakan penyakit yang tidak dapat diobati dan penyakit yang mematikan jadi tidak perlu di obati. Selain itu, organ kelamin wanita sering dianggap pribadi sehingga para wanita malu untuk mendiskusikan bila ada gejala kanker serviks (WHO, 2006).

Sikap positif terhadap kanker serviks yaitu melakukan skrining kanker serviks mendukung seorang wanita untuk mengikuti skrining kanker serviks. Sikap negatif yaitu tidak perlu mengikuti skrining kanker serviks jika tidak ada gejala, lebih baik menjalani hidup seperti biasa daripada khawatir akan sepuluh tahun ke depan dapat menjadi hambatan wanita untuk menjalani skrining kanker serviks (Nene dkk, 2007).

Biaya mempunyai dampak pada seseorang yang mengikuti pemeriksaan kesehatan. Adanya biaya yang harus dibayar dalam menjalani pemeriksaan skrining kanker serviks dapat menurunkan keikutsertaan masyarakat dalam pemeriksaan tersebut. Arevian (2006), dalam penelitiannya di Amerika mengatakan tidak adanya

biaya yang harus dibayar dalam mengikuti program skrining kanker serviks dapat meningkatkan masyarakat dalam mengikuti program skrining tersebut.

Survei awal telah dilakukan di Puskesmas Berohol Kota Tebing Tinggi, yang merupakan salah satu dari sembilan puskesmas yang melaksanakan pelayanan skrining kanker serviks dengan metode IVA (“program *see and treat*”) yang dilaksanakan mulai tahun 2009 sampai sekarang dan juga menjadi program unggulan di Puskesmas Berohol. Berdasarkan daftar kunjungan layanan IVA dari tahun 2009 sampai bulan Desember 2011 hanya 316 (7,4 %) wanita dari 4269 wanita usia subur di wilayah kerja Puskesmas Berohol yang ikut melakukan pemeriksaan IVA. Hal ini menunjukkan masih sedikit ibu yang mau menggunakan pelayanan IVA tersebut, meskipun dari pihak puskesmas sudah sering melakukan penyuluhan kesehatan untuk mengenalkan IVA serta menyebarkan leaflet tentang kanker serviks ke masyarakat setempat.

Menurut petugas Puskesmas umumnya alasan mereka tidak mau melakukan pemeriksaan IVA karena menganggap tidak ada masalah dengan kesehatan mereka. Sementara dari wawancara singkat kepada 6 orang diketahui 3 orang mengatakan malu karena organ intimnya harus diperiksa dan 1 orang mengatakan takut kalau ternyata hasil pemeriksaan nanti tidak normal, dan 2 orang mengatakan tidak perlu melakukan pemeriksaan IVA karena perilaku seksual mereka baik dan tidak pernah berganti-ganti pasangan.

Faktor-faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan skrining kanker serviks menurut WHO (2002), antara lain adalah faktor umur, pendidikan, pekerjaan, status

ekonomi, status perkawinan, paritas, jarak ke tempat pemeriksaan, biaya, pengetahuan dan sikap. Untuk meningkatkan cakupan WUS melakukan skrining kanker serviks dengan metode IVA maka perlu dilakukan penelitian tentang analisis keikutsertaan WUS dalam skrining kanker serviks dengan metode IVA di wilayah kerja Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi.

1.2 Permasalahan

Berdasarkan latar belakang di atas maka perlu dilakukan penelitian ini karena rendahnya keikutsertaan WUS dalam skrining kanker serviks dengan metode IVA di wilayah kerja Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi Tahun 2012.

1.3 Tujuan Penelitian

Untuk menganalisis keikutsertaan skrining kanker serviks dengan metode IVA pada WUS di wilayah kerja Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi Tahun 2012.

1.4 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini yaitu ada hubungan faktor predisposisi (umur, pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, status perkawinan, paritas, pengetahuan dan sikap) dan faktor pemungkin (jarak ke tempat pemeriksaan dan biaya) dengan keikutsertaan skrining kanker serviks dengan metode IVA pada WUS di wilayah kerja Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi Tahun 2012.

1.5 Manfaat Penelitian

1. Bagi Dinas Kesehatan, dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk meningkatkan pengelolaan program deteksi dini dan penanggulangan kanker serviks di wilayah Kota Tebing Tinggi.
2. Bagi tenaga kesehatan di puskesmas, sebagai bahan informasi tentang hambatan dalam pelaksanaan skrining kanker serviks sehingga dapat diketahui solusi yang tepat agar masyarakat mau mengikuti skrining kanker serviks khususnya dengan metode IVA.
3. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan keikutsertaan skrining kanker serviks dengan metode IVA untuk deteksi dini kanker serviks.

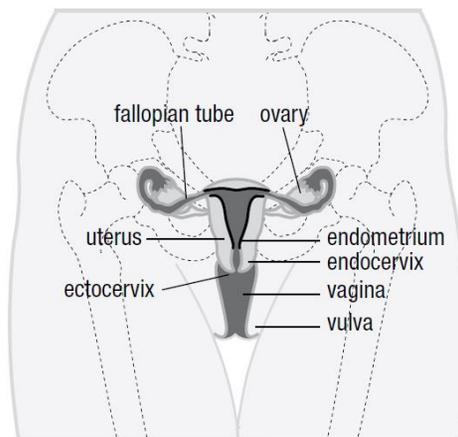
BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kanker Serviks

2.1.1 Pengertian Kanker Serviks

Serviks merupakan bagian bawah uterus (rahim). Serviks menghubungkan tubuh uterus dengan vagina. Bagian serviks yang paling dekat dengan badan uterus disebut dengan endoserviks, sedangkan yang dekat dengan vagina disebut dengan ektoerviks (Gambar 2.1). Permukaan serviks dibatasi oleh dua jenis epitel yaitu epitel skuamosa (pada ektoerviks) dan epitel kolumnar (di endoserviks). Tempat bertemu kedua bagian serviks ini disebut dengan zona transformasi. Sebagian besar kanker serviks dimulai pada zona transformasi (WHO, 2006).



Gambar 2.1 Organ Internal Wanita (WHO, 2006)

Kanker serviks adalah tumor ganas yang berasal dari sel epitel serviks. Penyakit ini berawal dari suatu proses yang erat kaitannya dengan displasia. Proses tersebut dimulai dari perubahan epitel di daerah sambungan skuamosa kolumnar (*squamocolumnar junction*), yaitu batas antara epitel yang melapisi ektoserviks (porsio) dan endoserviks kanalis servikalis (Bosch & Munoz, 2001).

2.1.2 Etiologi Kanker Serviks

Infeksi *Human Papilloma Virus* (HPV) terdeteksi pada 99,7% kanker serviks, sehingga infeksi HPV merupakan infeksi yang sangat penting pada perjalanan penyakit kanker serviks. Pada penelitian kasus kontrol, prevalensi infeksi HPV pada kanker serviks jenis karsinoma sel skuamosa dijumpai sejumlah 78,4-98,1% (metaanalisis 12 negara). Prevalensi infeksi HPV pada kanker serviks jenis adenokarsinoma dijumpai sejumlah 87,5-100% (Andrijono, 2009).

Berdasarkan hasil temuan pada penelitian epidemiologi, tipe HPV diklasifikasikan dalam 3 klasifikasi, yaitu:

- 1) Risiko tinggi : tipe 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 dan 59.
- 2) Kemungkinan risiko tinggi : tipe 26, 53, 66, 68, 73, 82.
- 3) Risiko rendah : tipe 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81.

2.1.3 Faktor Risiko Kanker Serviks

Menurut *American Cancer Society* (2012), beberapa faktor yang memengaruhi kanker serviks antara lain :

1) Infeksi HPV

Faktor risiko yang terpenting untuk kanker serviks adalah infeksi oleh HPV. Terdapat lebih dari 100 tipe HPV, namun hanya beberapa yang menyerang daerah anogenital. Tipe ini dibedakan menjadi tipe yang berisiko rendah yang dapat menyebabkan kutil pada daerah genital (yang paling sering tipe 6 dan 11) dan tipe yang berisiko tinggi (yang paling sering tipe 16, 18, 31, 33 dan 45). Sekitar dua pertiga dari semua kanker serviks disebabkan oleh HPV tipe 16 dan 18.

2) Merokok

Wanita yang merokok dua kali lebih mungkin untuk terserang kanker serviks daripada wanita yang tidak merokok. Merokok menyebabkan tubuh terpapar bahan kimia penyebab kanker yang mempengaruhi organ lain dari paru-paru. Zat-zat berbahaya diserap melalui paru-paru dan dibawa dalam aliran darah ke seluruh tubuh. Para peneliti percaya bahwa kerusakan zat DNA dari sel-sel leher rahim dan dapat berkontribusi pada perkembangan kanker serviks. Merokok juga membuat sistem kekebalan tubuh kurang efektif dalam memerangi infeksi HPV. Hubungan antara merokok dengan kanker serviks dipercaya berkaitan dengan efek karsinogen secara langsung pada serviks, bahwa merokok menekan respon imun lokal terhadap HPV dan mengakibatkan serviks mudah terkena infeksi.

Perokok, baik perokok aktif atau pasif, meningkatkan risiko kanker serviks. Analisa terhadap sepuluh penelitian kasus kontrol yang mengevaluasi hubungan antara merokok dengan kanker serviks menemukan pada wanita yang positif terinfeksi HPV, yang sedang atau pernah merokok meningkatkan risiko mengalami

karsinoma sel skuamosa (*odds ratio*: 2,30), namun tidak berhubungan dengan adenomakarsinoma serviks. Hubungan antara merokok dengan kanker serviks dipercaya berkaitan dengan efek karsinogen secara langsung pada serviks, bahwa merokok menekan respon imun lokal terhadap HPV, mengakibatkan serviks lebih mudah diserang infeksi (Plummer et.al. 2003).

3) Imunosupresi

Human immunodeficiency virus (HIV), virus penyebab AIDS, merusak sistem kekebalan tubuh dan wanita merupakan risiko tinggi untuk infeksi HPV. Para ilmuwan percaya bahwa sistem kekebalan tubuh penting dalam menghancurkan sel kanker dan memperlambat pertumbuhan dan penyebaran. Pada wanita dengan HIV, pra-kanker serviks mungkin berkembang menjadi kanker invasif lebih cepat dari biasanya. Kelompok lain dari wanita berisiko terkena kanker serviks adalah wanita yang minum obat untuk menekan respon kekebalan tubuh mereka, seperti yang sedang dirawat untuk penyakit autoimun (dimana sistem kekebalan tubuh melihat jaringan tubuh sendiri sebagai asing dan menyerang mereka, karena kuman) atau mereka yang telah memiliki transplantasi organ.

4) Infeksi Chlamydia

Chlamydia adalah jenis bakteri umum yang dapat menginfeksi sistem reproduksi. Hal ini menyebar melalui kontak seksual. Infeksi chlamydia dapat menyebabkan peradangan pada panggul, menyebabkan infertilitas. Beberapa studi melihat risiko yang lebih tinggi kanker serviks pada wanita yang hasil tes darahnya menunjukkan bukti chlamydia masa lalu atau saat terinfeksi (dibandingkan dengan

wanita yang memiliki hasil tes normal). Infeksi chlamydia sering tidak menimbulkan gejala pada wanita.

Oleivera et.al. (2008) menemukan infeksi chlamydia secara signifikan lebih besar terdapat pada pasien dengan serviks lesi intraepitel (80,0% PR = 5,60, 95% CI = 2,44-12,82) daripada pasien tanpa serviks lesi intraepitel (14,3%).

5) Diet

Wanita dengan diet rendah buah-buahan dan sayuran berisiko terkena kanker serviks. Juga wanita dengan kelebihan berat badan lebih mungkin untuk terkena adenokarsinoma dari serviks.

Azis, (1995) dalam Fatimah, (2009) mengatakan terjadinya peningkatan displasia ringan dan sedang berhubungan dengan defisiensi zat gizi seperti beta karotin, vitamin A dan asam folat. Banyak mengonsumsi sayuran dan buah-buahan yang mengandung bahan-bahan antioksidan seperti alpukat, brokoli, kol, wortel, jeruk, anggur, bawang, bayam dan tomat berkhasiat untuk mencegah terjadinya kanker. Dari beberapa penelitian melaporkan defisiensi terhadap asam folat, vitamin C, vitamin E, beta karotin, atau retinol di hubungkan dengan peningkatan risiko kanker serviks.

6) Kontrasepsi Oral (Pil KB)

Ada bukti bahwa menggunakan kontrasepsi oral untuk waktu yang lama meningkatkan risiko kanker serviks. Penelitian menunjukkan bahwa risiko kanker serviks meningkat pada wanita yang menggunakan kontrasepsi oral, tapi risikonya akan kembali turun lagi setelah kontrasepsi oral dihentikan. Dalam sebuah penelitian,

risiko kanker serviks dua kali lipat pada wanita yang menggunakan kontrasepsi oral lebih dari 5 tahun, tapi risikonya kembali normal 10 tahun setelah mereka berhenti.

Penggunaan kontrasepsi oral berhubungan dengan meningkatnya risiko kanker serviks. Berdasarkan kajian pustaka ditemukan bahwa wanita yang positif terinfeksi HPV, yang menggunakan kontrasepsi oral selama 5 tahun atau lebih risikonya meningkat (*relative risk: 2,5*) dibandingkan yang tidak menggunakan (Smith et.al. 2003).

7) Penggunaan Intra Uterin Device (IUD)

Wanita yang pernah menggunakan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) memiliki risiko lebih rendah untuk terkena kanker serviks, bahkan pada wanita yang menggunakan IUD kurang dari setahun, dan efek perlindungan tetap setelah IUD dilepas. IUD juga dapat menurunkan risiko kanker endometrium (rahim).

Lassise et.al. (2003) mengatakan risiko mengurangi kanker serviks tidak bermakna dikaitkan dengan penggunaan tembaga IUD, ditunjukkan dengan rasio odds (OR) 0,6 (95% CI: 0,3-1,2), tetapi efek hampir tidak ditemukan pada penggunaan AKDR inert (OR = 1,1 CI, 95%: 0,9-1,7). Risiko menurun dengan peningkatan durasi penggunaan AKDR tembaga yang mendukung efek perlindungan yang timbul dari penggunaan AKDR tembaga pada perkembangan kanker serviks invasif.

8) Paritas

Wanita yang 3 kali atau lebih melahirkan mengalami peningkatan risiko terkena kanker serviks. Satu teori mengatakan bahwa wanita yang melakukan

hubungan seks tanpa kondom, lebih terpapar HPV. Penelitian mengatakan perubahan hormon selama kehamilan membuat wanita lebih rentan terhadap infeksi HPV atau pertumbuhan kanker. Yang lain mengatakan sistem kekebalan tubuh ibu hamil mungkin lebih lemah, memungkinkan untuk terinfeksi HPV dan pertumbuhan kanker.

Paritas dapat meningkatkan insidensi kanker serviks, lebih banyak merupakan refleksi dari aktifitas seksual pertama kali daripada akibat trauma persalinan. Pada wanita dengan paritas 5 atau lebih mempunyai risiko terjadinya kanker serviks 2,5 kali lebih besar dibandingkan dengan wanita dengan paritas 3 atau kurang (Suwiyoga, 2007 dalam Fatimah, 2009).

9) Usia Muda pada Kehamilan Pertama

Pada wanita dengan usia kehamilan pertama < 17 tahun hampir 2 kali lebih mudah untuk terkena kanker serviks daripada wanita yang kehamilan pertama berusia 25 tahun atau lebih. Serviks pada remaja lebih rentan terhadap stimulus karsinogenik karena terdapat proses metaplasia skuamosa yang aktif yang terjadi dalam zona transformasi selama periode perkembangan. Metaplasia skuamosa ini biasanya merupakan suatu proses fisiologi, akan tetapi di bawah pengaruh karsinogen perubahan sel dapat terjadi sehingga menyebabkan suatu zona transformasi yang tidak khas. Perubahan yang tidak khas ini merupakan suatu proses yang disebut *cervical intraepithelial neoplasia* (CIN) yang merupakan fase prainvasif dari kanker serviks.

10) Kemiskinan

Kemiskinan juga merupakan faktor risiko untuk terkena kanker serviks. Banyak wanita dengan pendapatan rendah tidak memiliki akses ke pelayanan kesehatan, khususnya dalam deteksi dini kanker serviks.

11) Pemakaian Dietilstilbestrol (DES)

DES adalah obat hormonal yang diberikan kepada wanita untuk mencegah keguguran pada tahun 1940 dan 1971. DES menyebabkan sel adenokarsinoma pada vagina atau serviks. Risiko ini lebih tinggi pada wanita yang ibunya menggunakan obat selama 16 minggu kehamilan pertama. Rata-rata usia wanita ketika didiagnosis dengan DES yang berhubungan dengan sel adenokarsinoma yaitu usia 19 tahun. Ada sekitar 1 kasus dari jenis kanker pada setiap 1.000 wanita yang ibunya minum DES selama kehamilan. Anak dari wanita yang menggunakan DES mungkin juga terkait dengan HPV sehingga terjadi peningkatan risiko mengembangkan kanker sel skuamosa dan pra-kanker serviks

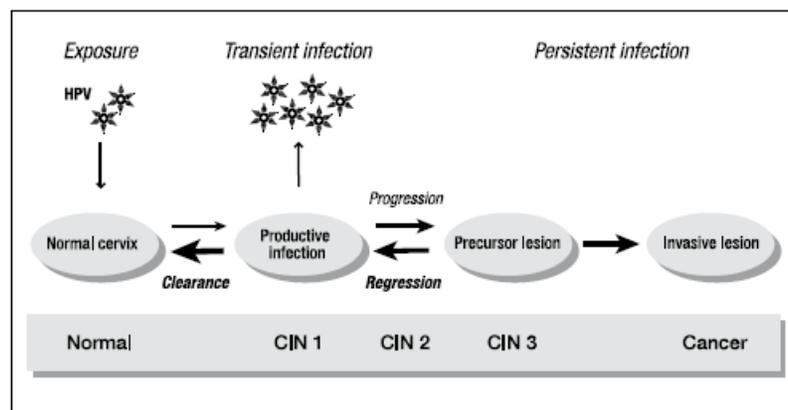
12) Riwayat Keluarga Menderita Kanker Serviks

Jika ibu atau saudara wanita menderita kanker serviks, peluang untuk terkena kanker serviks 2 sampai 3 kali lebih tinggi daripada orang yang dalam keluarganya tidak memiliki penderita kanker serviks. Beberapa peneliti menduga bahwa beberapa contoh kecenderungan menurun disebabkan oleh kondisi yang membuat beberapa wanita kurang mampu melawan infeksi HPV daripada yang lain.

2.1.4 Patofisiologi

Epitel skuamosa menutupi serviks untuk memberikan perlindungan dari zat racun dan infeksi. Dalam keadaan normal, lapisan atas terus-menerus sekarat dan terjadi peluruhan agar integritas lapisan tetap dipertahankan maka selalu terjadi pembentukan sel baru pada lapisan basal. Namun bila terjadi infeksi HPV dan kofaktor lainnya, sel-sel skuamosa mengalami metaplastic akibat dari zona transformasi yang mengalami perubahan abnormal menjadi prakanker (displasia). Sel ini kemudian berkembang dengan mengalami perubahan untuk menghasilkan karsinoma sel skuamosa.

Selama awal masa remaja dan kehamilan pertama, ketika metaplasia skuamosa terjadi, infeksi HPV dapat menyebabkan perubahan pada sel-sel baru, dengan virus partikel sedang dimasukkan ke dalam DNA sel. Jika virus tetap, dapat menyebabkan prakanker, kemudian berubah menjadi kanker dengan mengganggu pertumbuhan sel (Gambar 2.2).

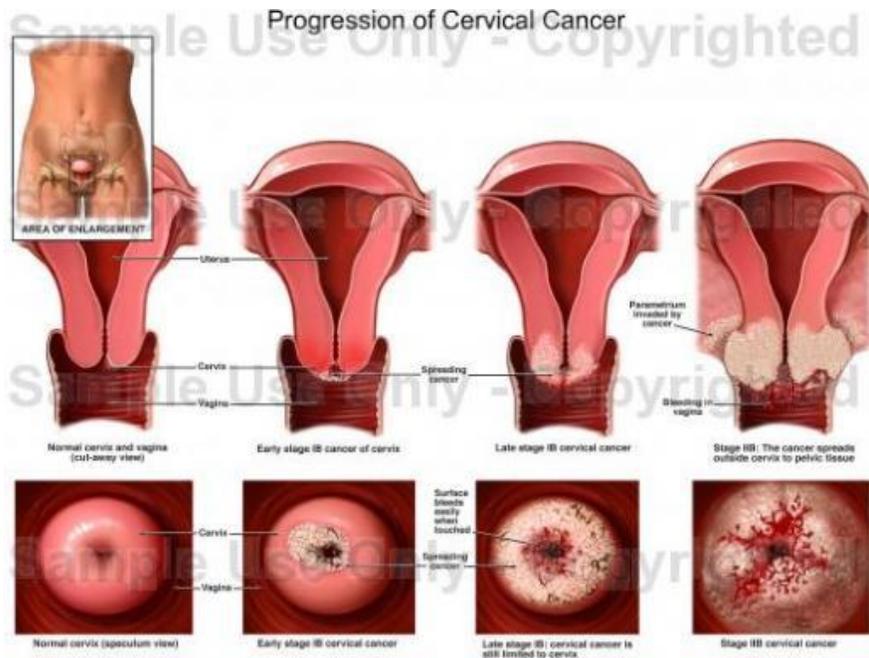


Gambar 2.2 Perjalanan Alamiiah Kanker Serviks (WHO, 2006)

Ada 2 jenis kanker serviks yaitu karsinoma sel skuamosa dan adenokarsinoma. Sekitar 80% sampai 90% kanker serviks adalah karsinoma sel skuamosa. Klasifikasi dengan sisten *squamous intraepithelial lesion* (CIN) menggambarkan perubahan displastik prekursor kanker. CIN I menggambarkan displasia ringan atau perubahan atipi pada epitelium serviks, CIN II menggambarkan displasia sedang atau perubahan yang melibatkan 2/3 ketebalan epitelium dan CIN III menggambarkan displasia berat atau lesi yang melibatkan seluruh epitelium.

Perubahan dari prakanker sampai menjadi kanker serviks biasanya memakan waktu beberapa tahun, tetapi bisa terjadi dalam waktu kurang dari setahun. Bagi kebanyakan wanita, sel prakanker akan hilang tanpa pengobatan. Namun, pada beberapa wanita prakanker berubah menjadi kanker (invasif). Melakukan deteksi dini dan pengobatan lesi prakanker dapat dilakukan sehubungan dengan lamanya perkembangan dari prakanker menjadi kanker (*American Cancer Society, 2012*).

Nasiel et.al. dalam Depkes RI (2008) mengatakan waktu yang dibutuhkan untuk progresivitas lesi tipe NIS 2 menjadi karsinoma insitu paling cepat terjadi pada kelompok wanita usia 26-50 tahun yaitu 40-41 bulan, sementara pada kelompok wanita usia dibawah 25 tahun dan diatas 50 tahun berturut-turut adalah 54-60 bulan, dan 70-80 bulan.



Gambar 2.3 Penyebaran Kanker Serviks (Wikipedia, 2010)

2.1.5 Gejala dan Tanda Kanker Serviks

Lesi prakanker dan kanker stadium dini biasanya asimtomatik dan hanya dapat terdeteksi dengan pemeriksaan sitologi. Boon dan Suurmeijer melaporkan bahwa sebanyak 76% kasus tidak menunjukkan gejala sama sekali. Jika sudah terjadi kanker akan timbul gejala yang sesuai dengan tingkat penyakitnya, yaitu dapat lokal atau tersebar. Gejala yang timbul dapat berupa perdarahan pasca senggama atau dapat juga terjadi perdarahan di luar masa haid dan pasca menopause. Jika tumornya besar, dapat terjadi infeksi dan menimbulkan cairan berbau yang mengalir keluar dari vagina. Bila penyakitnya sudah lanjut, akan timbul nyeri panggul, gejala yang berkaitan dengan kandung kemih dan usus besar (Depkes RI, 2008).

2.1.6 Penegakan Diagnosis

Diagnosis definitif harus didasarkan pada konfirmasi histopatologi dari hasil biopsi lesi sebelum pemeriksaan dan tatalaksana lebih lanjut dilakukan. Tindakan penunjang diagnostik dapat berupa kolposkopi, biopsi terarah, dan kuretase endoservikal.

2.1.7 Stadium Kanker Serviks

Stadium kanker serviks berdasarkan *International Federation of Gynecologists and Obstetrician* (FIGO) pada tahun 2000 menetapkan stadium kanker serviks sebagai berikut :

Tabel 2.1 Klasifikasi Kanker Serviks Menurut FIGO

Stadium	Uraian
0	Lesi belum menembus membrana basa
I	Lesi tumor masih terbatas di leher rahim
IA1	Lesi telah menembus membrana basalis < 3 mm dengan diameter permukaan tumor <7 mm
IA2	Lesi telah menembus membrana basalis > 3 mm tetapi < 5 mm dengan diameter permukaan tumor < 7 mm
IB1	Lesi terbatas di leher rahim dengan ukuran lesi primer < 4 mm
IB2	Lesi terbatas di leher rahim dengan ukuran lesi primer >4 mm
II	Lesi telah keluar dari leher rahim (meluas ke parametrium dan sepertiga proksimal vagina)
IIA	Lesi telah meluas ke sepertiga proksimal vagina
IIB	Lesi telah meluas ke parametrium tetapi tidak mencapai dinding panggul
III	Lesi telah keluar dari leher rahim (menyebar ke parametrium dan atau sepertiga vagina distal)
IIIA	Lesi menyebar ke sepertiga vagina distal
IIIB	Lesi menyebar ke parametrium sampai dinding panggul
IV	Lesi menyebar ke luar organ genitalia
IVA	Lesi meluas ke rongga panggul, dan atau menyebar ke mukosa vesika urinaria
IVB	Lesi meluas ke mukosa rektum dan atau meluas ke organ jauh

Dikutip dari : Depkes RI, 2008

2.1.8 Pencegahan dan Penanggulangan Kanker Serviks

Pencegahan dan penanggulangan kanker serviks di mulai dari penyampaian informasi tentang faktor risiko dan bagaimana menghindari faktor risiko dimaksud, deteksi dini untuk mendapatkan lesi prakanker serviks dan melakukan pengobatan segera.

Menurut Kemenkes RI (2010) ada tiga tingkatan pencegahan, yaitu :

1) Pencegahan Primer

Pencegahan primer dimaksudkan untuk mengeliminasi dan meminimalisasi pajanan penyebab dan faktor risiko kanker serviks. Selain faktor risiko, ada faktor protektif yang akan mengurangi seseorang terserang kanker. Pendekatan pencegahan ini memberikan peluang besar dan sangat *cost-effective* dalam pengendalian kanker tetapi membutuhkan waktu yang lama.

Memberikan edukasi tentang perilaku gaya hidup sehat (termasuk konsumsi buah dan sayur lebih dari 500 gram per hari, mengurangi konsumsi lemak dan lain-lain), mempromosikan anti rokok termasuk menurunkan risiko terpajan asap rokok, perilaku seksual yang aman, serta pemberian vaksin HPV, merupakan contoh kegiatan pencegahan.

2) Pencegahan Sekunder

Deteksi Dini dan Pengobatan Segera

Ada dua komponen deteksi dini yaitu penapisan (*screening*) dan edukasi tentang penemuan dini (*early diagnosis*).

- a) Penapisan atau skrining, adalah upaya pemeriksaan atau tes yang sederhana dan mudah yang dilaksanakan pada populasi masyarakat sehat, yang bertujuan untuk membedakan masyarakat yang sakit atau berisiko terkena penyakit diantara masyarakat yang sehat. Upaya penapisan dikatakan adekuat bila tes dapat mencakup seluruh atau hampir seluruh populasi sasaran, untuk itu dibutuhkan kajian jenis pemeriksaan yang mampu laksana pada kondisi sumber daya terbatas seperti di Indonesia. Sebagai contoh : pemeriksaan sitologi untuk memeriksa lesi prakanker serviks telah dilaksanakan di negara-negara maju, tetapi di negara berkembang seperti Thailand, Zimbabwe, El Salvador, Ghana, Malawi dan Peru memakai IVA sebagai cara untuk pemeriksaan lesi prakanker serviks.
- b) Penemuan dini (*early diagnosis*), adalah upaya pemeriksaan pada masyarakat yang telah merasakan adanya gejala. Oleh karena itu edukasi untuk meningkatkan kesadaran tentang tanda-tanda awal kemungkinan kanker di antara petugas kesehatan, kader masyarakat, maupun masyarakat secara umum merupakan kunci utama keberhasilannya.
- Agar dapat mengurangi jumlah wanita yang tidak mendapat tindak lanjut penatalaksanaan setelah deteksi dini, diupayakan pengobatan segera dengan menggunakan pendekatan “kunjungan sekali”, yaitu mengaitkan IVA dengan pengobatan krioterapi. Krioterapi merupakan metode rawat jalan untuk menghancurkan jaringan dengan cara membekukan sel-sel menggunakan gas CO₂ atau N₂O cair. Kelebihan krioterapi antara lain sangat efektif untuk

mengobati lesi derajat rendah (CIN 1) dan derajat tinggi (CIN II-III), mempunyai tingkat komplikasi rendah, tidak memerlukan anestesi, tidak membutuhkan listrik, mudah digunakan serta tidak mahal. Semua wanita yang mendapat hasil IVA positif perlu segera diobati untuk mencegah agar tidak berkembang menjadi kanker serviks.

3) Pencegahan Tersier

Diagnosis kanker serviks membutuhkan kombinasi antara kajian klinis dan investifikasi diagnostik. Sekali diagnosis ditegakkan harus dapat ditentukan stadiumnya agar dapat mengevaluasi besaran penyakit dan melakukan terapi yang tepat. Tujuan dari pengobatan adalah menyembuhkan, memperpanjang harapan hidup, dan meningkatkan kualitas hidup.

Prioritas pengobatan harus ditujukan pada kanker dengan stadium awal dan yang lebih berpotensi untuk sembuh. Standar pengobatan kanker meliputi: operasi (*surgery*), radiasi, kemoterapi, dan hormonal yang disesuaikan dengan indikasi patologi.

Hampir di seluruh dunia, pasien kanker terdiagnosis pada stadium lanjut dan pengobatan harus terpadu termasuk pendekatan psikososial, rehabilitasi dan terkoordinasi dengan pelayanan paliatif untuk memastikan peningkatan kualitas hidup pasien kanker.

2.2 Skrining Kanker Serviks dengan Metode IVA

IVA merupakan pemeriksaan skrining alternatif dari Pap smear karena murah, praktis, sangat mudah untuk dilakukan dengan peralatan sederhana, dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan selain dokter ginekologi.

Pemeriksaan ini dengan cara melihat serviks yang telah diberi asam asetat (3-5%) secara inspekulo. Zat ini meningkatkan osmolaritas cairan ekstraseluler epitel abnormal. Cairan ekstraseluler yang bersifat hipertonik ini akan menarik cairan dari intraseluler sehingga membran akan kolaps dan jarak antar sel semakin dekat. Akibatnya jika permukaan epitel disinari maka sinar tersebut tidak akan diteruskan ke stroma namun akan di pantulkan dan permukaan epitel abnormal akan berwarna putih (*acetowhite*).

Daerah metaplasia yang merupakan daerah peralihan juga akan berwarna putih juga setelah pengusapan asam asetat tetapi dengan intensitas yang kurang dan cepat menghilang, ini yang membedakannya dengan proses prakanker di mana epitel putih lebih tajam dan lebih lama menghilang karena asam asetat berpenetrasi lebih dalam sehingga terjadi koagulasi protein lebih banyak.

Jika makin putih dan makin jelas, makin tinggi derajat kelainan histologiknya. Demikian pula makin tajam batasnya, makin tinggi derajat jaringannya, sehingga dengan pemberian asam asetat akan didapatkan hasil gambaran serviks yang normal (merah homogen) dan bercak putih (*displasia*). Dibutuhkan 1-2 menit untuk dapat melihat perubahan-perubahan pada epitel. Serviks yang diberi 5% larutan asam asetat akan merespon lebih cepat daripada larutan 3%. Efek akan hilang setelah sekitar

50-60 detik. Lesi yang tampak sebelum aplikasi larutan asan asetat bukan merupakan epitel putih namun dikatakan suatu leukoplasia (Novel, 2010).

2.2.1 Hasil Pemeriksaan IVA

Menurut Depkes RI (2008), hasil pemeriksaan dapat digolongkan sesuai kategori berikut:

- 1) IVA negatif, yaitu serviks tampak licin, merah muda, bentuk porsi normal.
- 2) IVA radang, yaitu serviks dengan radang (servisititis), banyak fluor atau kelainan jinak lainnya (polip serviks).
- 3) IVA positif, yaitu ditemukannya bercak putih (*aceto white epithelium*), plak putih atau ulkus. Kelompok ini menjadi sasaran temuan deteksi dini kanker serviks dengan metode IVA karena temuan ini mengarah pada diagnosis prakanker leher rahim (CIN I, II, III atau kanker insitu).
- 4) IVA kanker serviks, yaitu ditemukannya pertumbuhan seperti bunga kol dan pertumbuhan mudah berdarah.

2.2.2 Akurasi Pemeriksaan IVA

Beberapa penelitian menunjukkan sensitivitas IVA lebih baik daripada sitologi. Claeys et.al. dalam Depkes RI (2008) melaporkan penelitiannya di Nikaragua, bahwa metode IVA dapat mendeteksi kasus LTD (Lesi Derajat Tinggi) dan kanker invasif 2 kali lebih banyak daripada tes Pap.

Penelitian lainnya mengambil sampel 1997 wanita di daerah pedesaan di Cina, dilakukan oleh Belinson et.al. untuk menilai sensitivitas metode IVA pada lesi prakanker tahap NIS II atau yang lebih tinggi, dikonfirmasi dengan kolposkopi dan

biopsi serviks. Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka sensitivitas IVA untuk NIS II atau yang lebih tinggi adalah 71%, sementara angka spesivitas 74%.

Sementara Doh et.al. (2005) melaporkan hasil penelitian di Kamerun terhadap 4813 wanita yang menjalani skrining dengan metode IVA dan tes Pap. Hasil penelitian menunjukkan sensitivitas IVA dibanding tes Pap 70,4% dan 47,7%, sedangkan spesivitas IVA dan tes Pap berturut-turut 77,6% dan 94,2%, nilai prediksi negatif (NPV/*Negative Predictive Value*) untuk IVA dan tes Pap berturut-turut adalah 91,3% dan 87,8% (Depkes RI, 2008).

Iswara et.al. (2004) melaporkan hasil penelitian terhadap 61 wanita dengan lesi serviks menjalani pemeriksaan tes Pap dan pemeriksaan IVA di RS Sanglah Denpasar. Hasil penelitian menunjukkan sensitivitas IVA (92,5%) lebih tinggi dari tes Pap (72,5%) sedangkan spesivitas dan nilai prediksi positif IVA lebih rendah dari tes Pap yaitu masing-masing 42,9% vs 71,4% dan 75,5% vs 82,9%.

Berbagai penelitian telah membuktikan bahwa skrining dengan metode IVA lebih mudah, lebih sederhana, lebih mampu laksana, maka skrining dapat dilakukan dengan cakupan yang lebih luas, diharapkan temuan kanker serviks dini akan lebih banyak (Nuranna, 2001).

2.2.3 Prinsip Dasar Skrining

Menurut Kemenkes RI (2010) penapisan kanker serviks berpedoman pada tiga kunci dasar yaitu:

- 1) Penapisan adalah proses seleksi dengan tujuan mengidentifikasi individu yang berisiko cukup tinggi. Hal ini biasanya sebuah proses awal untuk melakukan diagnosis dan jika diperlukan dilakukan pengobatan
- 2) Penapisan secara sistematis ditawarkan kepada masyarakat yang belum mendapatkan akses kesehatan terkait penapisan penyakit yang sedang dilakukan.
- 3) Tujuan penapisan diharapkan dapat bermanfaat bagi individu yang dilakukan penapisan.

2.2.4 Sasaran yang Menjalani Skrining

WHO (2006) mengindikasikan skrining dilakukan pada kelompok berikut :

- 1) Setiap wanita yang berusia antara 25-35 tahun, yang belum pernah menjalani tes Pap sebelumnya, atau pernah mengalami tes Pap 3 tahun sebelumnya atau lebih.
- 2) Wanita yang pernah mengalami lesi abnormal pada pemeriksaan tes Pap sebelumnya.
- 3) Wanita yang mengalami mengalami perdarahan abnormal pervaginam, perdarahan pasca senggama atau perdarahan pasca menopause atau mengalami tanda dan gejala abnormal lainnya.
- 4) Wanita yang ditemukan ketidaknormalan pada serviksnya.

Dalam penerapan skrining kanker serviks di Indonesia, usia target saat ini adalah antara usia 30-50 tahun, meskipun begitu pada perempuan usia 50-70 tahun yang belum pernah diskriming sebelumnya masih perlu diskriming untuk menghindari lolosnya kasus kanker serviks. Begitu juga dengan semua wanita yang pernah melakukan aktivitas seksual perlu menjalani skrining kanker serviks.

WHO tidak merekomendasikan wanita yang sudah menopause menjalani skrining dengan metode IVA karena zona transisional serviks pada kelompok ini biasanya berada pada endoheler rahim dalam kanalis servikalis sehingga tidak bisa dilihat dengan inspeksi spekulum. Namun untuk pelaksanaan di Indonesia, wanita yang sudah mengalami menopause tetap dapat diikut sertakan dalam program skrining, untuk menghindari terlewatnya penemuan kasus kanker serviks. Perlu di sertakan *informed consent* pada wanita golongan ini, mengingat alasan diatas. Tidak ditemukannya lesi prakanker tidak berarti tidak ada lesi prakanker (Depkes RI, 2008).

2.2.5 Interval Skrining Kanker Serviks

American Cancer Society merekomendasikan idealnya skrining dimulai 3 tahun setelah di mulainya hubungan seksual melalui vagina. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa risiko munculnya lesi prakanker baru terjadi setelah 3-5 tahun setelah paparan HPV yang pertama.

Interval yang ideal untuk dilakukan skrining adalah 3 tahun. Skrining 3 tahun sekali memberi hasil yang hampir sama dengan metode tes Pap konvensional atau 2 tahun sekali bila menggunakan pemeriksaan sitologi cairan (*liquid-based cytology*), setelah skrining yang pertama. Setelah wanita berusia 30 tahun, atau setelah 3 kali

berturut-turut skrining dengan hasil negatif, skrining cukup dilakukan 2-3 tahun sekali. Bila dana sangat terbatas skrining dapat dilakukan tiap 10 tahun atau sekali seumur hidup dengan tetap memberikan hasil yang signifikan.

2.2.6 Persyaratan Pemeriksaan IVA

Menurut Kemenkes RI (2010) persyaratan untuk melaksanakan pemeriksaan IVA yaitu:

- 1) Sudah mendapat penyuluhan tentang kanker serviks
- 2) Tidak sedang datang bulan/haid
- 3) Tidak sedang hamil
- 4) 24 jam sebelumnya tidak melakukan hubungan seksual

2.3 Kegiatan Sosialisasi Pelaksanaan Skrining Kanker Serviks dengan Metode IVA di Wilayah Kerja Puskesmas Berohol

Skrining kanker serviks dengan metode IVA (“program *see and treat*”) merupakan program unggulan di wilayah kerja Puskesmas Berohol yang telah dilaksanakan sejak tahun 2009 dengan area kegiatan meliputi pelatihan, penyuluhan kesehatan dan pelayanan IVA. Penyuluhan tentang skrining IVA dilaksanakan di masing-masing desa wilayah kerja Puskesmas Berohol disertai dengan menyebarkan leaflet tentang kanker serviks. Namun sejak tahun 2010 kegiatan penyuluhan tentang IVA tidak dilaksanakan lagi berhubungan dengan tidak tersedianya dana akan tetapi pelayanan IVA masih tetap berjalan 2 kali seminggu yaitu setiap hari Selasa dan Kamis.

2.4 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Wanita dalam Skrining Kanker Serviks

Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku wanita dalam skrining kanker serviks yaitu:

1) Umur

Umur secara signifikan merupakan faktor paling dominan yang berhubungan dengan keikutsertaan wanita dalam skrining kanker serviks (Sutton, 2005). Kelompok umur 29-39 tahun lebih banyak untuk ikut skrining kanker serviks dibandingkan kelompok umur yang lebih tua. Pada wanita yang lebih tua kurang berpartisipasi dan kurang responsif dalam skrining kanker serviks karena mereka beranggapan bahwa deteksi dan pengobatan tidak membuat perbedaan untuk kesehatan mereka (Nene dkk, 2007).

Penelitian Wulandari (2010) di Bali menemukan bahwa umur 20-39 tahun banyak yang menjalani pemeriksaan IVA, sedangkan umur 40 tahun ke atas banyak yang tidak menjalani pemeriksaan IVA. Ini menunjukkan bahwa wanita yang lebih muda tingkat partisipasi dalam skrining kanker serviks lebih tinggi dibandingkan dengan wanita yang lebih tua.

2) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan mendorong seseorang untuk ikut berpartisipasi dalam melakukan skrining kanker serviks. Wanita dengan masa pendidikan yang lama yaitu antara 15-18 tahun secara signifikan berhubungan dengan perilaku skrining kanker serviks (Sutton, 2005). Wanita dengan tingkat pendidikan yang lebih

tinggi cenderung untuk melakukan skrining kanker serviks dan lebih aktif untuk menjalani perawatan lanjutan (Nene dkk, 2007).

Pendidikan dapat meningkatkan kemampuan berfikir seseorang lebih terarah dan bertindak lebih rasional. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi memungkinkan seseorang mempunyai pengetahuan yang lebih luas. Pengetahuan merupakan ranah yang sangat penting dalam pembentukan perilaku (Notoatmodjo, 2007).

3) Pekerjaan

Pekerjaan menjadi faktor penyebab seseorang untuk berperilaku terhadap kesehatannya. Hal ini disebabkan karena pekerjaan menjadi faktor risiko seseorang untuk mengalami sakit maupun penyakitnya. Pada penelitian Sakanti (2007) menunjukkan bahwa wanita yang tidak bekerja lebih banyak melakukan pemeriksaan Pap smear daripada wanita yang bekerja, hal tersebut berkaitan dengan waktu dan pelayanan kesehatan (Fatimah, 2009).

Wanita yang bekerja memiliki kesempatan yang lebih banyak untuk mendapatkan informasi tentang kanker serviks dan cara pencegahannya. Wanita yang bekerja secara signifikan berhubungan dengan keikutsertaan dalam menjalani skrining kanker serviks (Lee, 2008).

4) Status Ekonomi

Status ekonomi memengaruhi seseorang dalam mencari pelayanan kesehatan berupa pengobatan. Orang-orang dengan status ekonomi kurang mengalami kesulitan untuk memprioritaskan aktifitas pencegahan dan skrining karena lebih mengutamakan kebutuhan kelangsungan hidup yang diperlukan seperti makanan,

pakaian, perumahan. Status ekonomi kurang dan tidak adanya asuransi kesehatan adalah salah satu faktor dalam meningkatkan insiden dan kematian karena kanker.

Penelitian menemukan partisipasi dalam skrining kanker serviks dikaitkan dengan status ekonomi lebih tinggi. Status ekonomi yang tinggi memudahkan seseorang untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan, salah satunya adalah pelayanan dalam skrining kanker serviks (Nene dkk, 2007).

Di Indonesia, penilaian status ekonomi atau garis kemiskinan menggunakan data pengeluaran yang dipandang lebih tepat karena dalam survei data pengeluaran lebih tepat dilaporkan dibandingkan dengan angka penghasilan. Garis kemiskinan adalah besarnya nilai rupiah pengeluaran perkapita setiap bulan untuk memenuhi kebutuhan dasar minimum makanan dan non makanan yang dibutuhkan oleh seorang individu untuk tetap berada pada kehidupan yang layak (Safira, 2008 dalam Sajogyo, 1996).

Garis kemiskinan dinilai dari ekuivalen nilai tukar beras (kg/orang/bulan) yang dinyatakan dalam bentuk rupiah sesuai dengan nilai tukar beras saat itu. Keluarga dikategorikan miskin apabila pengeluaran orang perbulan pertahun \leq 480 kg beras atau 40 kg beras/orang/bulan atau \leq Rp : 280.000 (Safira, 2008 dalam Sajogyo, 1996).

5) Status Perkawinan

Wanita dengan status menikah lebih tinggi tingkat partisipasinya dalam menjalani penapisan kanker serviks dibandingkan dengan status perkawinan lainnya. Hal ini di karenakan wanita yang telah menikah mungkin lebih sering

mendapatkan informasi dari dokter kandungan membuat mereka lebih responsif terhadap kesehatan reproduksi. Selain itu kunci keputusan mereka untuk berpartisipasi dalam skrining karena mendapat dukungan emosional dari suami. Wanita yang tidak menikah (sudah bercerai/menikah tapi hidup terpisah) sering merasa tidak perlu menjalani penapisan kanker serviks karena tidak melakukan hubungan seksual. Hal ini merupakan suatu persepsi yang tidak benar dan dapat meningkatkan risiko menderita kanker serviks (Nene dkk, 2007).

6) Paritas

Wanita yang mempunyai banyak anak cenderung untuk melakukan skrining kanker serviks dibandingkan dengan wanita yang belum memiliki anak. Semakin sering seorang wanita hamil dan melahirkan maka perilaku untuk melakukan skrining semakin tinggi, ini disebabkan karena seringnya melahirkan maka dapat meningkatkan risiko untuk terkena kanker serviks. Selain itu wanita yang lebih sering melahirkan maka lebih sering berhubungan dengan tenaga kesehatan sehingga kemungkinan untuk mendapatkan informasi terkait dengan kesehatannya dapat meningkatkan kesadaran, membuat wanita tersebut lebih responsif terhadap skrining kanker serviks (Nene dkk, 2007).

7) Akses terhadap Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor penting dalam perilaku skrining kanker serviks. Tersedianya sumber-sumber daya berupa fasilitas kesehatan skrining kanker serviks, waktu atau jadwal skrining, petugas kesehatan

yang siap sedia melakukan skrining kanker serviks dapat mempengaruhi seseorang untuk melakukan skrining kanker serviks (Notoatmodjo, 2007).

Penelitian menunjukkan bahwa adanya akses dengan sistem pelayanan kesehatan meningkatkan kemungkinan seorang wanita untuk menjalani penapisan. Nascimento dan Sankaranarayanan menyatakan kontak dengan sistem layanan kesehatan menjadi salah satu faktor penentu utama dalam keberhasilan penapisan kanker serviks (WHO, 2006).

Penelitian yang dilakukan Susanti (2002) mengatakan bahwa sebagian besar responden tidak melakukan pemeriksaan pap smear karena mereka tidak mengetahui adanya pemeriksaan pap smear, lokasi pemeriksaan pap smear yang disebabkan karena adanya hambatan/kendala seperti tidak adanya informasi, jarak yang jauh dan biaya transport (Fatimah, 2009).

8) Biaya

Biaya memengaruhi seseorang untuk berperilaku dalam mendapatkan pengobatan. Apabila biaya yang harus dikeluarkan mahal maka ia cenderung untuk tidak mencari pengobatan, sedangkan bila harga pelayanan kesehatan murah ataupun terjangkau maka individu tersebut mencari pelayanan kesehatan untuk mengobati penyakitnya. Apalagi bila ada pengobatan gratis maka akan semakin banyak masyarakat untuk berobat (Notoatmodjo, 2007).

Beberapa penelitian menyatakan tidak adanya biaya yang dikeluarkan untuk pemeriksaan maka keikutsertaan masyarakat dalam program skrining akan semakin tinggi (WHO, 2002). Biaya mempunyai hubungan yang cukup kuat

dengan keikutsertaan wanita dalam pemeriksaan IVA. Tidak adanya biaya yang harus dikeluarkan dalam menjalani pemeriksaan dapat meningkatkan keikutsertaan wanita dalam menjalani pemeriksaan IVA (Wulandari, 2010).

9) Jarak Rumah ke Tempat Pemeriksaan

Faktor pendukung seseorang untuk melakukan pemeriksaan IVA adalah jarak rumah ke tempat pemeriksaan kesehatan. Menurut teori Snehandu (1983) terjangkaunya informasi dapat memengaruhi seseorang untuk bertindak dalam mencari pengobatan (Notoatmodjo, 2007). Sedangkan Green (1980) dalam Notoatmodjo (2007) menganalisis bahwa keterjangkauan sarana dan prasarana kesehatan yaitu jarak menjadi faktor pemungkin seseorang untuk dapat merubah perilakunya dalam mencari pengobatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan.

Penelitian Wulandari (2010) di Bali menunjukkan bahwa jarak rumah yang dekat ke tempat pemeriksaan menyebabkan wanita cenderung untuk menjalani pemeriksaan IVA (52,8%) dan terdapat hubungan yang sangat signifikan ($p=0,008$) antara jarak dengan keikutsertaan wanita dalam pemeriksaan IVA.

2.5 Perilaku

Perilaku adalah segala sesuatu yang dapat dikerjakan oleh seseorang baik secara langsung ataupun tidak langsung. Pengertian perilaku secara umum adalah perbuatan atau tindakan yang dilakukan makhluk hidup, sedangkan menurut ensiklopedia Amerika perilaku adalah suatu aksi dan reaksi organisme terhadap lingkungannya (Notoatmodjo, 2007).

Skinner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap rangsangan dari luar (stimulus). Proses perubahan perilaku merupakan hasil dari suatu yang kompleks, memerlukan waktu yang cukup lama (Notoatmodjo, 2005). Proses tersebut terdiri dari 4 tahap, yaitu:

- 1) Pengetahuan (*knowledge*) yaitu subyek yang mulai mengenal ide baru dan baru dapat memahaminya.
- 2) Persuasi yaitu individu yang membentuk sikap positif atau negatif dari ide baru tersebut.
- 3) Mengambil keputusan yaitu individu dapat aktif dalam menentukan keputusan untuk menerima atau menolak ide tersebut.
- 4) Konfirmasi yaitu individu mulai mencari dukungan dari orang-orang disekitar terhadap keputusan yang dibuatnya.

2.5.1 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat sakit, penyakit dan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan seperti lingkungan, makanan, minuman dan pelayanan kesehatan. Dengan kata lain perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat ataupun tidak dapat diamati yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan. Perilaku seseorang dalam pemeriksaan IVA merupakan salah satu bentuk dari perilaku kesehatan. Pemeliharaan ini menyangkut mencegah atau melindungi diri dari

penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

Perilaku kesehatan pada dasarnya dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

1) Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat

Perilaku ini disebut perilaku sehat yang mencakup perilaku-perilaku dalam mencegah atau menghindar dari penyakit atau penyebab penyakit dan perilaku dalam mengupayakan meningkatnya kesehatan.

2) Perilaku orang sakit untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatannya.

Perilaku ini disebut perilaku pencarian pelayanan kesehatan. Perilaku ini mencakup tindakan-tindakan yang diambil seseorang untuk memperoleh kesembuhan atau terlepas dari masalah kesehatan yang dideritanya. Tempat pencarian kesembuhan ini adalah tempat pelayanan kesehatan.

Becker (1979), yang dikutip dari Notoatmodjo (2007) membuat klasifikasi perilaku kesehatan sebagai berikut : a) perilaku sehat (*healthy behavior*), yaitu perilaku untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya b) perilaku sakit (*illness behavior*), yaitu tindakan seseorang untuk mengatasi masalah kesehatannya untuk mencari pengobatan c) perilaku peran orang sakit (*the sick role behavior*) yaitu adanya hak dan kewajiban yang dimiliki orang sakit.

Perilaku kesehatan menurut Kosa dan Robertson yaitu perilaku seseorang yang dipengaruhi dengan kepercayaan mengenai kondisi kesehatannya. Adanya

perbedaan dari setiap individu dalam mengambil tindakan tersebut diambil berdasarkan dari penilaian sendiri maupun dibantu orang lain.

Faktor-faktor yang dapat memegang peranan di dalam pembentukan perilaku dapat dibedakan menjadi dua yakni faktor internal dan eksternal. Faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat given atau bawaan, misalnya : tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya. Faktor eksternal yakni lingkungan, baik fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

2.5.2 Teori Perilaku Kesehatan

Model perilaku kesehatan telah disampaikan beberapa ahli, antara lain:

1. Teori Lawrence Green

Green (1980) menganalisis faktor perilaku ditentukan oleh tiga faktor utama, yaitu:

a) Faktor Predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor yang memotivasi suatu perilaku atau mempermudah terjadinya perilaku seseorang. Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap seseorang terhadap kesehatan, kepercayaan terhadap hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai di masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan sebagainya.

b) Faktor Pemungkin (*enabling factor*)

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas pelayanan kesehatan. Keterjangkauan sarana dan prasarana pendukung untuk

berperilaku sehat, yaitu perilaku skrining kanker serviks. Wanita yang akan menjalani skrining kanker serviks tidak hanya karena dia tahu dan sadar manfaat skrining, melainkan wanita tersebut dengan mudah mendapatkan fasilitas untuk melakukan skrining yang mendukung terwujudnya perilaku kesehatan.

c) Faktor Penguat (*reinforcing factor*)

Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama dan petugas kesehatan, termasuk undang-undang, peraturan yang terkait dengan kesehatan serta program pemerintah yang sedang berjalan.

2. Teori Anderson

Menurut Anderson (1974) dalam Notoatmodjo (2007) ada tiga kategori utama yang bisa mempengaruhi perilaku kesehatan, yaitu:

a) Faktor Predisposisi (*predisposing factors*)

Karakteristik ini menggambarkan bahwa setiap individu cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda karena adanya perbedaan demografi serta keyakinan bahwa pelayanan kesehatan tersebut dapat menolongnya menyembuhkan penyakit (termasuk didalamnya sikap terhadap pelayanan kesehatan dan pengetahuan tentang penyakit).

b) Faktor Pendukung (*enabling factors*)

Faktor ini menggambarkan kemampuan individu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, termasuk didalamnya sumber daya keluarga (tingkat pendapatan keluarga, ada/tidaknya asuransi kesehatan dan lainnya) serta

sumber daya masyarakat (ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, kemudahan mendapatkan pelayanan kesehatan).

c) Faktor Kebutuhan (*need factors*)

Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung menggunakan pelayanan kesehatan bila faktor predisposisi dan pendukung ada. Komponen kebutuhan dibagi menjadi 2 kategori yaitu *perceived need* (persepsi seseorang terhadap kesehatannya) dan *evaluated* (gejala dan diagnosa penyakit).

3. Health Belief Model

Berdasarkan model kepercayaan kesehatan atau sering disebut *Health Belief Model* yang dikemukakan kembali oleh Sheeran dan Abraham dalam Notoatmodjo (2003) ada beberapa faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan.

- a) Keyakinan tentang dampak penyakit dan konsekuensinya (persepsi ancaman) yang tergantung pada persepsi kerentanan atau keyakinan tentang betapa rentannya seseorang menganggap dirinya untuk terkena suatu penyakit dan persepsi keparahan penyakit serta konsekuensinya.
- b) Motivasi kesehatan atau kesiapan dalam memperhatikan hal-hal kesehatan.
- c) Keyakinan tentang konsekuensi dari praktek kesehatan dan tentang kemungkinan usaha untuk membuat individu melakukan praktek kesehatan. Evaluasi perilaku tergantung pada persepsi manfaat tindakan preventif dan terapeutik serta persepsi hambatan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut.

- d) Isyarat atau tanda yang meliputi faktor internal dan eksternal yang memengaruhi tindakan, misalnya peran media massa, nasihat, anjuran teman atau keluarga dari orang yang sakit.
- e) Kepercayaan dan motivasi kesehatan dikondisikan oleh variabel-variabel demografi (sosial demografi, usia dan sebagainya) dan oleh karakteristik psikologis dari individu (kepribadian, tekanan kelompok).

4. Teori Snehandu B. Karr

Snehandu (1983) sebagaimana dikutip Notoatmodjo (2007) mengklasifikasikan terbentuknya perilaku menjadi 5 tahap yaitu:

- a) Adanya niat dari individu tersebut untuk bertindak terhadap stimulus atau objek di luar dirinya.
- b) Adanya dukungan yang diberikan, baik dukungan tersebut berasal dari orang terdekat seperti keluarga, teman maupun dukungan dari petugas kesehatan sehingga dapat mendorong terjadinya perubahan perilaku pada individu tersebut.
- c) Terjangkaunya informasi yang diperolehnya yang berkaitan dengan masalah kesehatannya seperti tersedianya informasi yang terkait dengan tindakan yang akan diambil seseorang.
- d) Adanya otonomi atau kebebasan pribadi untuk mengambil keputusan mengenai masalah kesehatannya.
- e) Adanya kondisi dan situasi yang memungkinkan yaitu fasilitas kesehatan dan kemampuan individu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

5. Teori *World Health Organization* (WHO)

Notoatmodjo (2007) mengutip WHO (1984) menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu karena adanya 4 alasan pokok yaitu:

- a) Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), yaitu adanya pertimbangan-pertimbangan dari diri sendiri untuk bertindak dan berperilaku.
- b) Adanya acuan atau referensi dari seseorang untuk merubah perilaku seseorang berupa informasi yang berkenaan dengan sakit dan penyakitnya.
- c) Sumber daya (*resources*) dapat memengaruhi perilaku seseorang atau masyarakat. Pengaruh sumber daya bersifat positif atau negatif, misalnya tersedianya sarana dan prasarana, uang, waktu, tenaga dan sebagainya.
- d) Sosial budaya (*culture*), sosial budaya secara tidak langsung menjadi faktor eksternal untuk terbentuknya perilaku seseorang.

2.5.3 Perilaku dalam Skrining Kanker Serviks

Perilaku wanita dalam skrining kanker serviks merupakan masalah yang sangat penting karena keberhasilan program skrining tidak hanya ditentukan berdasarkan efektifitas skrining tetapi juga berapa banyak wanita yang melakukan skrining. Perilaku, menurut Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2007) merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Stimulus skrining kanker serviks bisa dari fasilitas-fasilitas yang ada yang memudahkan untuk skrining sehingga diharapkan lebih banyak wanita yang melakukan skrining kanker serviks.

Berdasarkan pembagian domain oleh Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2007), dan untuk kepentingan pendidikan praktis, dikembangkan menjadi tingkatan ranah perilaku sebagai berikut :

2.5.3.1 Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang.

Green (1980) menyatakan bahwa pengetahuan merupakan faktor awal dari suatu perilaku yang diharapkan dan pada umumnya berkorelasi positif dengan perilaku. Pengetahuan mengenai suatu hal menyebabkan seseorang melakukan kegiatan yang berkaitan dengan hal yang diketahuinya. Pengetahuan dapat diperoleh dengan melihat atau mendengar (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai tingkatan yang berbeda-beda. Pengetahuan dibagi menjadi 6 tingkatan, yaitu:

1) Tahu (*Know*)

Mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya dan disimpan dalam ingatan. Mengingat merupakan pengetahuan yang paling dasar.

2) Memahami (*Understand*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya.

3) Menerapkan (*Application*)

Menerapkan diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada kondisi yang sebenarnya.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lainnya. Kemampuan analisis dilihat dari penggunaan kata seperti dapat menggambarkan, membedakan dan sebagainya.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain kemampuan untuk menyusun kembali unsur-unsur ke dalam suatu struktur pola yang baru.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek atau materi. Penilaian-penilaian ini didasarkan

pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengalaman dan penelitian membuktikan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih melekat daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan tentang skrining kanker serviks dapat meningkatkan partisipasi masyarakat (Notoatmodjo, 2003).

Di Meksiko, perempuan yang tahu manfaat skrining kemungkinan untuk menjalani skrining adalah 3 kali dibandingkan dengan wanita yang tidak tahu, sedangkan di Swedia wanita yang direkomendasikan untuk melakukan skrining meningkatkan probabilitas kehadiran. Selain itu, wanita cenderung menghadiri pemeriksaan jika mereka mengetahui bahwa skrining itu diperlukan dan bermanfaat (Wulandari, 2010). Wanita yang memperoleh informasi tentang deteksi dini mempengaruhi wanita tersebut untuk ikut serta menjalani deteksi dini (Lee, 2008).

2.5.3.2 Sikap (*Attitude*)

Thurstone (1928) dalam Azwar (2009) mengatakan sikap adalah suatu bentuk dari evaluasi atau reaksi perasaan, yaitu perasaan mendukung atau memihak (*favourable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavourable*) pada objek tersebut. Pengertian sikap lebih spesifik didefinisikan sebagai derajat afek positif atau afek negatif terhadap suatu objek psikologis.

Sikap merupakan kemampuan internal yang sangat berperan dalam mengambil tindakan, terlebih apabila terbuka berbagai kemungkinan untuk

bertindak. Orang yang memiliki sikap yang jelas mampu untuk memilih secara tegas di antara beberapa pilihan yang ada.

Sikap sosial terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu. Interaksi sosial meliputi hubungan antara individu dengan lingkungan fisik maupun lingkungan psikologis di sekelilingnya. Faktor-faktor yang berperan dalam membentuk sikap manusia antara lain adalah pengalaman pribadi, pengaruh kebudayaan, pengaruh orang lain yang dianggap penting, media massa, lembaga pendidikan dan agama serta pengaruh faktor emosional (Azwar, 2009).

Struktur sikap terdiri atas tiga komponen yang saling menunjang, yaitu: (1) komponen kognitif (*cognitive*), merupakan representasi apa yang dipercayai atau diyakini oleh individu pemilik sikap, misalnya seseorang mempunyai sikap yang positif terhadap skrining kanker serviks karena orang tersebut menyatakan bahwa dia percaya pelaksanaan skrining kanker serviks secara dini mempunyai manfaat yang besar dalam mencegah terjadinya kanker serviks (2) komponen afektif (*affective*), merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional, misalnya perasaan seseorang tentang pentingnya wanita untuk ikut menjalani skrining kanker serviks. Umumnya reaksi emosional dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang dipercayai sebagai sesuatu yang benar dan berlaku bagi objek tersebut (3) komponen konatif (*conative*), menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek yang sedang dihadapinya. Kecenderungan berperilaku secara konsisten, selaras dengan kepercayaan dan perasaan ini membentuk sikap individual.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung atau secara tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden (Notoatmodjo, 2003).

Banyak penelitian menyatakan meningkatnya kecemasan menyebabkan rendahnya wanita dalam melakukan skrining. Di Amerika Serikat sikap positif kanker (kecemasan dan keputusasaan yang rendah dan kesiapan menerima) merupakan penentu melakukan skrining. Ketakutan terhadap kanker serviks, kecemasan dan pengetahuan tentang skrining kanker serviks merupakan kunci hambatan dalam pelaksanaan skrining.

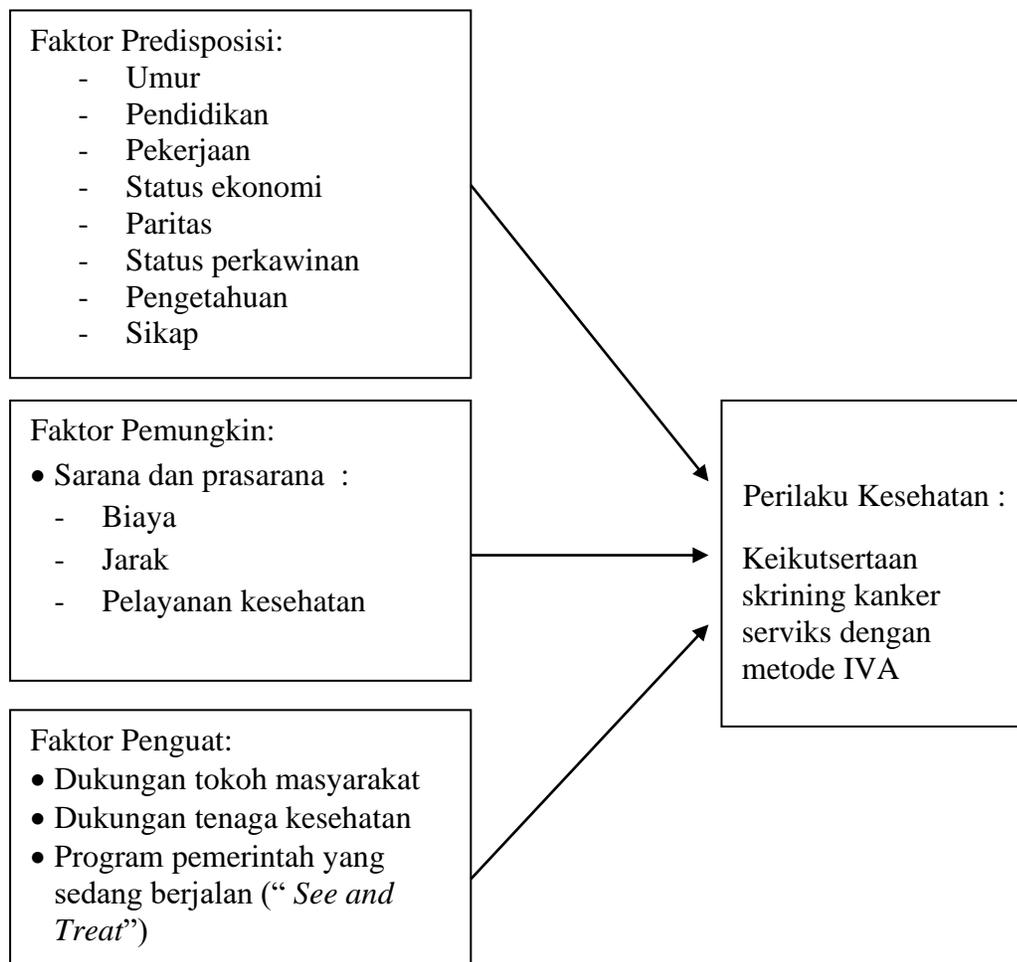
Sikap wanita yang menyatakan tidak perlu menjalani skrining apabila tidak terdapat gejala kanker serviks dapat menghambat upaya skrining itu sendiri, sedangkan wanita yang merasa bahwa skrining sangat bermanfaat dapat menunjang perilaku untuk ikut menjalani skrining (Notoatmodjo, 2007).

2.5.3.3 Tindakan (*Practice*)

Seperti telah disebutkan di atas bahwa sikap adalah kecenderungan untuk bertindak (praktek). Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain antara lain adanya fasilitas atau sarana dan prasarana. Sikap wanita yang positif terhadap skrining kanker serviks yang telah memperoleh informasi dari petugas kesehatan tentang skrining kanker serviks dan adanya sarana atau fasilitas yang ada melalui program “*see and treat*” memengaruhi wanita tersebut untuk ikut serta melakukan skrining kanker serviks.

2.5.4 Landasan Teori

Landasan teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah teori Lawrence Green, yang mengkaji masalah perilaku manusia yaitu keikutsertaan dalam skrining kanker serviks dengan metode skrining alternatif IVA dengan menghubungkan ketiga faktor utama, yaitu faktor predisposisi yang mempermudah seseorang untuk merubah perilakunya misalnya dilihat dari umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, status perkawinan, paritas, pengetahuan dan sikap yang dimiliki tentang kesehatan. Faktor pemungkin merupakan faktor yang memungkinkan seseorang untuk terjadinya perubahan perilaku seperti keterjangkauan sarana dan prasarana kesehatan misalnya dari biaya kesehatan, jarak ke tempat pemeriksaan kesehatan dan pelayanan kesehatan yang tersedia. Sedangkan untuk faktor penguat berupa adanya dukungan atau pengaruh yang cukup besar sehingga perilaku orang tersebut dapat dilakukan. Dukungan yang diberikan tidak hanya dari tokoh masyarakat saja tapi dari orang-orang yang mempunyai pengaruh terhadap kesehatannya seperti petugas kesehatan dan program pemerintah yang sedang berjalan yaitu program “*see and treat*”. Perilaku keikutsertaan pemeriksaan skrining dengan metode IVA dapat digambarkan dalam kerangka teori sebagai berikut :

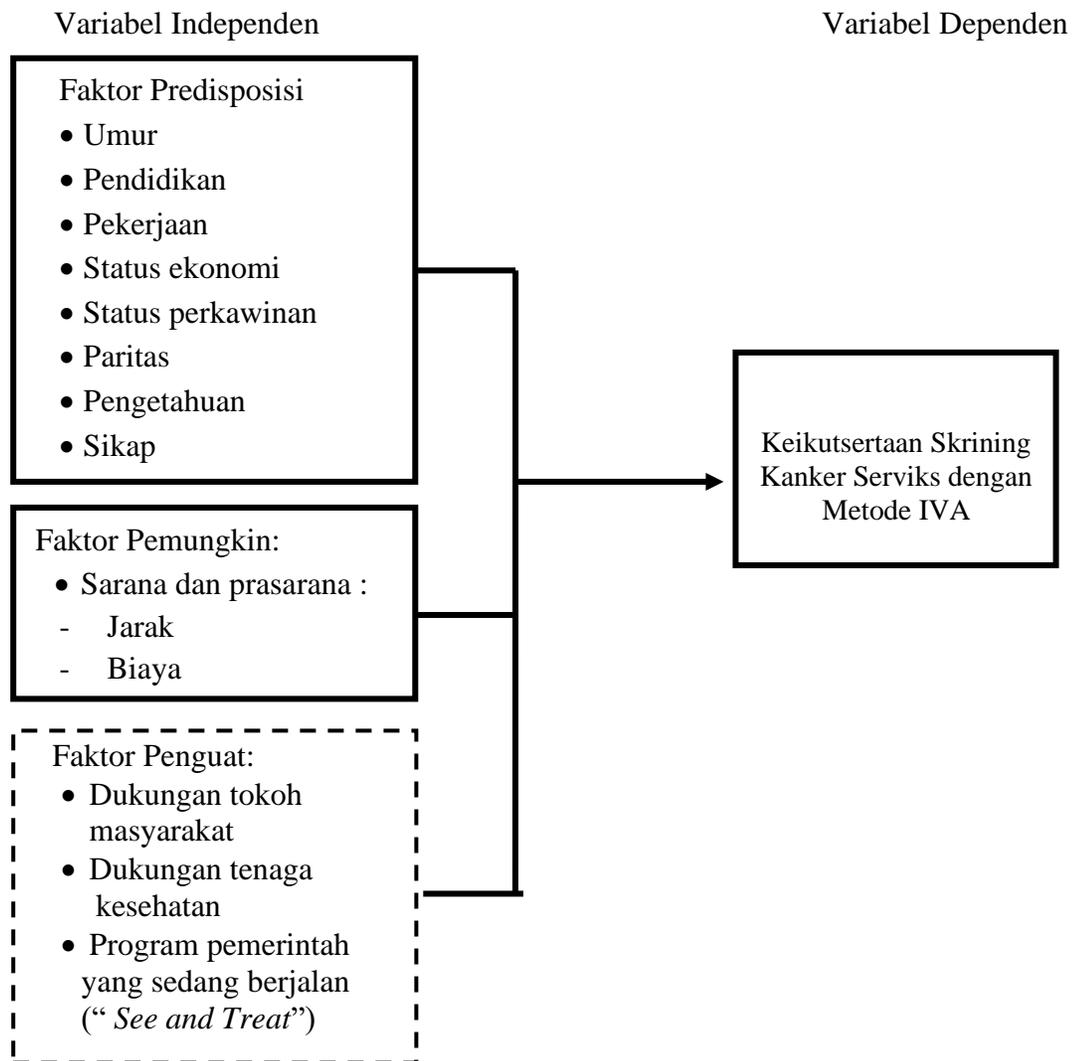


Gambar 2.4 Kerangka Teori Lawrence Green

Sumber : Notoatmodjo, (2007) dan Pengembangan Penulis

2.5.5 Kerangka Konsep

Berdasarkan landasan teori dari Green (1980) dalam Notoatmodjo (2007), maka kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2.5 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

- : Variabel yang diteliti
 : Variabel yang tidak diteliti

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan jenis penelitian survei dengan rancangan *cross-sectional*, bertujuan untuk menjelaskan analisis keikutsertaan skrining kanker serviks dengan metode IVA pada WUS di wilayah kerja Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi dengan lokasi di wilayah kerja Puskesmas Berohol, karena Puskesmas Berohol sedang melaksanakan program pemeriksaan IVA dan di daerah ini belum pernah dilakukan penelitian tentang analisis keikutsertaan WUS melakukan skrining kanker serviks dengan metode IVA. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi (2012) diketahui cakupan pemeriksaan IVA dari tahun 2009 sampai dengan Desember 2011 hanya 316 (7,4 %) wanita dari 4269 WUS di wilayah kerja Puskesmas Berohol yang mau memeriksakan diri.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan sejak bulan Februari sampai Juli 2012.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah WUS yang sudah menikah dan telah mendapat penyuluhan tentang skrining kanker serviks dengan metode IVA di wilayah kerja Puskesmas Berohol yang berjumlah 336 orang.

3.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini yaitu seluruh WUS yang sudah menikah dan telah mendapat penyuluhan tentang skrining kanker serviks dan terpilih menjadi responden. Penentuan besarnya sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus besar sampel untuk uji hipotesis proporsi 1 populasi menurut Lemeshow dkk, (1997) sebagai berikut:

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{P_o (1 - P_o)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_a (1 - P_a)} \right\}^2}{(P_a - P_o)^2}$$

Keterangan:

n : Besar sampel minimal

α : Taraf kemaknaan 5%

$Z_{1-\alpha/2}$: Nilai distribusi baku normal pada α 5 % sebesar 1,96

$Z_{1-\beta}$: Nilai distribusi baku normal pada β 20 % sebesar 0,842

P_o : Proporsi cakupan pemeriksaan IVA oleh petugas kesehatan berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi (0,074).

Pa : Proporsi cakupan pemeriksaan IVA oleh petugas kesehatan yang diharapkan (0,124).

Pa – Po : Perkiraan selisih proporsi yang diteliti dengan proporsi di populasi 0,05.

Berdasarkan perhitungan didapatkan besar sampel yang diteliti sebesar 250 orang. Untuk mengambil sampel pada masing-masing desa dilakukan secara proportional sebanding dengan jumlah populasi yang tersebar di 3 desa di wilayah Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi. Dari hasil perhitungan besar sampel yang dilakukan maka diperoleh distribusi sampel seperti pada tabel berikut :

Tabel 3.1 Distribusi Populasi dan Sampel di Puskesmas Berohol

No	Desa	Populasi	Proporsi	Sampel
1.	Berohol	151	$151/336 \times 250$	112
2.	Bandar Sakti	95	$95/336 \times 250$	71
3.	Bulian	90	$90/336 \times 250$	67
	Total	336		250

Tabel 3.1 Distribusi Populasi dan Sampel di Poltekkes Kemenkes Medan

No	Nama Jurusan	Populasi	Proporsi	Sampel
1.	Analisis	298	$298/2794 \times 638$	68
2.	Farmasi	284	$284/2794 \times 638$	65
3.	Kesling	289	$289/2794 \times 638$	66
4.	Keperawatan	339	$339/2794 \times 638$	78
5.	Gizi	352	$352/2794 \times 638$	80
6.	Perawat Gigi	295	$295/2794 \times 638$	67
7.	Keb. Medan	370	$370/2794 \times 638$	85
8.	Keb. P.Siantar	298	$298/2794 \times 638$	68
9.	Keb. P.Sidempuan	269	$269/2794 \times 638$	61
Total		2794		638

Metode penarikan sampel dilakukan secara acak menggunakan tabel angka acak sampai memenuhi besar sampel yang diinginkan yaitu 250 WUS.

3.4 Metode Pengumpulan Data

3.4.1 Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan data primer dengan alat bantu kuesioner. Jenis pertanyaan yang diajukan adalah pertanyaan tertutup. Sebelumnya kuesioner telah diuji coba terlebih dahulu oleh peneliti pada populasi yang memiliki karakteristik yang sama di tempat yang berbeda.

3.4.2 Uji Validitas dan Reliabilitas

Sebelum data dikumpulkan terlebih dahulu dilakukan uji coba kuesioner (instrumen) yang bertujuan untuk mengukur validitas dan reliabilitas. Uji coba kuesioner dilakukan pada 30 orang wanita yang melakukan pemeriksaan IVA di

Puskesmas Teluk Karang Kecamatan Bajenis yang memiliki karakteristik yang sama dengan wanita usia subur di tempat penelitian.

Uji validitas bertujuan untuk mengetahui sejauh mana alat ukur atau nilai yang menunjukkan tingkat kehandalan atau kesahihan suatu alat ukur dengan cara mengukur korelasi antara masing-masing item pertanyaan dengan skor total yang ditunjukkan dengan skor item *correct correlation* pada analisis *reliability*, dari hasil analisis dibandingkan dengan nilai r tabel pada α 5% df 28 (0,361). Jika nilai r hitung $> 0,361$ maka pertanyaan dinyatakan valid atau sebaliknya (Sugiono, 2009).

Uji reliabilitas bertujuan untuk menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat menunjukkan ketepatan dan dapat dipercaya dengan menggunakan metode *Cronbach Alpha*, yaitu menganalisis reliabilitas alat ukur dari satu kali pengukuran, dengan ketentuan jika r alpha $> 0,6$ (Sugiono, 2009), maka dinyatakan reliabel. Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner penelitian dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.2 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian

Variabel	Butir Pertanyaan	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	Status	<i>Cronbach Alpha</i>	Status
Pengetahuan	1	0,523	Valid		
	2	0,473	Valid		
	3	0,417	Valid		
	4	0,387	Valid		
	5	0,442	Valid		
	6	0,381	Valid		

	7	0,414	Valid	0,798	Reliabel
	8	0,425	Valid		
	9	0,405	Valid		
	10	0,417	Valid		
	11	0,453	Valid		
	12	0,431	Valid		
	13	0,431	Valid		
Sikap	1	0,481	Valid		
	2	0,525	Valid		
	3	0,508	Valid		
	4	0,418	Valid		
	5	0,462	Valid		
	6	0,545	Valid		
	7	0,500	Valid		
	8	0,429	Valid		
	9	0,504	Valid		
	10	0,532	Valid		
	11	0,476	Valid	0,858	Reliabel
	12	0,476	Valid		
	13	0,455	Valid		
	14	0,483	Valid		
	15	0,487	Valid		
	16	0,412	Valid		
	17	0,519	Valid		
	18	0,430	Valid		
	19	0,455	Valid		
	20	0,465	Valid		

3.5 Variabel dan Definisi Operasional

3.5.1 Variabel

Variabel dependen dalam penelitian ini yaitu keikutsertaan WUS dalam pemeriksaan IVA dan variabel independen yaitu umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, status perkawinan, paritas, pengetahuan, sikap, jarak rumah ke tempat pemeriksaan dan biaya,.

3.6. Metode Pengukuran

Metode pengukuran dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.3 Definisi Operasional dan Metode Pengukuran Variabel

No	Nama Variabel	Definisi Operasional	Kategori	Skala Ukur
1.	Keikutsertaan WUS dalam pemeriksaan IVA	Tindakan responden terhadap kegiatan pemeriksaan skrining kanker serviks dengan metode IVA	0 : Melakukan skrining 1 : Tidak melakukan skrining	Nominal
2.	Umur	Usia responden yang dihitung pada saat penelitian mulai dari lahir sampai ulang tahun terakhir.	0 : 20-29 tahun 1 : 30-39 tahun 2 : 40-49 tahun	Interval
3.	Pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang pernah diselesaikan oleh responden sampai tamat	0 : Tinggi (Lulus SMA dan perguruan tinggi) 1 : Menengah (Lulus SMP) 2 : Rendah (Tidak sekolah dan lulus SD)	Ordinal
4.	Pekerjaan	Segala aktivitas keluarga yang dilakukan untuk mendapatkan penghasilan	0 : Bekerja 1 : Tidak bekerja	Nominal

Tabel 3.3 (Lanjutan)

No	Nama Variabel	Definisi Operasional	Kategori	Skala Ukur
5.	Status ekonomi	Pengeluaran rata-rata perbulan dalam rumah tangga diukur berdasarkan pernyataan responden berupa bahan makanan dan bukan bahan makanan. Miskin: pengeluaran orang perbulan \leq 40 kg beras atau Rp. \leq 280.000;/orang/bulan. Tidak miskin: pengeluaran orang perbulan $>$ 40 kg beras atau	0 : Cukup ($>$ Rp.280.000) 1 : Kurang (\leq Rp 280.000;	Nominal

6.	Status menikah	> Rp. 280.000;/orang/bulan Status responden yang terkait dengan kehidupan pernikahan	0 : Menikah 1 : Janda	Nominal
7.	Paritas	Jumlah keseluruhan kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim atau usia kehamilan lebih dari 28 minggu	0 : > 2 1 : ≤ 2	Ordinal
8.	Pengetahuan	Kemampuan responden dalam mengemukakan secara benar hal-hal yang berhubungan dengan kanker serviks dan skrining kanker serviks	0 : Baik (skor :8-13) 1 : Kurang baik (skor : 1-7)	Ordinal
9.	Sikap	Sikap responden terhadap kanker serviks dan skrining kanker serviks diukur melalui pertanyaan-pertanyaan yang mengandung aspek perasaan, pemikiran, dan kecenderungan bertindak	0 : Positif (skor: 60-100) 1 : Negatif (skor: 20-59)	Ordinal
10.	Jarak	Persepsi responden tentang jarak tempat tinggal responden ke tempat pemeriksaan IVA	0 : Dekat (bila berjalan kaki menempuh jarak < 1 km atau naik sepeda motor menempuh waktu > 30 menit) 1 : Jauh (bila berjalan kaki menempuh jarak > 1 km atau naik sepeda motor menempuh waktu > 30 menit)	Nominal
11.	Biaya	Persepsi biaya yang dikeluarkan oleh wanita dalam menjalani pemeriksaan IVA	0 : Gratis 1 : Bayar	Nominal

Pertanyaan untuk pengetahuan bersifat tertutup, artinya jawaban sudah disediakan dan berjumlah 13 item pertanyaan. Penilaian pengetahuan dilakukan dengan cara memberikan nilai satu (1) pada jawaban yang benar, sedangkan jawaban salah mendapat nilai nol (0). Jumlah skor minimum adalah 0 dan maksimum 13.

Pertanyaan untuk mengukur sikap menggunakan skala Likert. Pertanyaan positif (nomor : 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 14, 15, 17 dan 20) dengan skala 5= sangat

setuju, 4=setuju, 3=ragu-ragu, 2=tidak setuju dan 1=sangat tidak setuju. Pertanyaan negatif (nomor : 4, 8, 9, 12, 13, 16, 18 dan 19) dengan skala 5=sangat tidak setuju, 4=tidak setuju, 3=ragu-ragu, 2=setuju dan 1=sangat setuju. Jumlah skor minimum adalah 20 dan maksimum 100.

3.7 Metode Analisis Data

Data yang telah dikumpulkan akan dilakukan analisis statistik dengan menggunakan tahapan analisis sebagai berikut :

1. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti dengan menggunakan distribusi frekuensi dan proporsi masing-masing variabel yang diteliti dan ditampilkan dalam bentuk tabel.

2. Analisis bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat ada tidaknya hubungan antara satu variabel independen dengan variabel dependen. Analisis dilakukan dengan menggunakan uji *chi square* (χ^2) dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$ dan rasio prevalen dengan 95 % *CI (Confidence Interval)*.

3. Analisis multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk melihat hubungan antara beberapa variabel independen secara bersama-sama dengan variabel dependen. Bila hasil uji pada analisis bivariat

mempunyai nilai $p < 0,25$ maka variabel tersebut dimasukkan dalam analisis multivariat dengan menggunakan uji regresi logistik ganda kategori/dikotomus (Murti, 2003).

BAB 4

HASIL PENELITIAN

4.1 Deskripsi Wilayah Kerja Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi

4.1.1. Keadaan Geografis

Wilayah kerja Puskesmas Berohol terletak di jalan LKMD 1 Kelurahan Berohol, Kecamatan Bajenis. Berdasarkan Peraturan Daerah Kota Tebing Tinggi No. 15 tahun 2006 tentang pembentukan kecamatan dan kelurahan, maka Kecamatan Bajenis berbatasan langsung : sebelah utara berbatasan dengan Perkebunan Rambutan dan Kecamatan Rambutan, sebelah timur berbatasan dengan Perkebunan Tebing Tinggi Kota, sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Padang Hilir dan sebelah barat berbatasan dengan Perkebunan Bandar Bejambu. Secara administrasi wilayah kerja Puskesmas Berohol membawahi 3 desa dan 3 kelurahan yaitu : Kelurahan Berohol, Kelurahan Bulian dan Kelurahan Bandar Sakti. Dengan luas wilayah 4,75 km².

4.1.2 Kondisi Demografi

Wilayah kerja Puskesmas Berohol merupakan sebagian wilayah dari Kecamatan Bajenis berdasarkan BPS Kota Tebing Tinggi tahun 2010 jumlah penduduk 16,676 jiwa laki-laki yaitu laki-laki 8,256 jiwa dan perempuan 8,420 jiwa. Jarak desa terjauh dari puskesmas yaitu 3 km dengan waktu tempuh ±15 menit.

Jumlah petugas di Puskesmas Berohol terdiri dari 2 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi, 6 orang perawat, 13 orang bidan, 1 orang ahli gizi, 2 orang perawat gigi, 3 orang sanitarian, 1 orang pengelola obat, 1 orang tenaga laboratorium, dan 1 orang tenaga lainnya. Jumlah tenaga kesehatan yang telah mendapatkan pelatihan IVA adalah sebanyak 1 orang dokter, 5 orang bidan dan 2 orang perawat. Jumlah kader di wilayah kerja Puskesmas Berohol adalah sebanyak 80 orang yang tersebar di 16 posyandu.

4.2 Analisis Univariat

Analisis univariat pada penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi variabel yang diteliti yaitu variabel dependen dan variabel independen yang meliputi faktor predisposisi (umur, pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, status menikah, paritas, pengetahuan dan sikap), faktor pemungkin (jarak dan biaya). Berikut disajikan gambaran masing-masing variabel.

4.2.1 Distribusi Responden Berdasarkan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Responden dalam penelitian ini berjumlah 250 WUS yang sudah menikah dan telah mendapat penyuluhan tentang skrining kanker serviks dengan metode IVA di wilayah kerja Puskesmas Berohol. Dari Tabel 4.1 dapat diketahui responden lebih banyak yang tidak melakukan pemeriksaan IVA yaitu 153 orang (61,2%).

Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Keikutsertaan skrining IVA	Frekuensi	Persentase
Melakukan	97	38,8
Tidak melakukan	153	61,2

4.2.2 Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Predisposisi (Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Status Ekonomi, Status Menikah dan Paritas) di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Dari Tabel 4.2 dapat diketahui responden lebih banyak berumur 30-39 tahun yaitu 118 orang (47,2%). Tingkat pendidikan responden lebih banyak dengan pendidikan menengah (SMP) yaitu 97 orang (38,8%). Responden lebih banyak yang tidak bekerja yaitu 176 orang (70,4%). Status ekonomi lebih banyak yang kurang yaitu 180 orang (72%). Status pernikahan responden lebih banyak dengan status menikah yaitu 228 orang (91,2%). Berdasarkan paritas lebih banyak dengan paritas \leq 2 sebanyak 147 orang (58,8%).

Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Predisposisi (Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Status Ekonomi, Status Menikah, dan Paritas) di Puskesmas Berohol Tahun 2012

No	Variabel	Frekuensi	Persentase
1.	Umur		
	20-29 tahun	75	30,0
	30-39 tahun	118	47,2
	40-49 tahun	57	22,8
2.	Pendidikan		
	Tinggi	89	35,6
	Menengah	97	38,8
	Rendah	64	25,6
3	Pekerjaan		
	Bekerja	74	29,6
	Tidak bekerja	176	70,4

Tabel 4.2 (Lanjutan)

No	Variabel	Frekuensi	Persentase
4.	Status ekonomi		
	Baik (> Rp.280.000)	70	28,0
	Kurang (\leq Rp.280.00)	180	72,0
5.	Status menikah		
	Menikah	228	91,2
	Janda	22	8,8
6.	Paritas		
	> 2	103	41,2
	\leq 2	147	58,8

4.2.3 Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Predisposisi (Pengetahuan) di Puskesmas Berohol Tahun 2012.

Berdasarkan Tabel 4.3 didapat hasil pengetahuan responden bahwa jawaban responden tertinggi pada kuesioner nomor 12 yaitu tentang tempat pemeriksaan IVA dilakukan terbanyak menjawab “Puskesmas” yaitu 235 orang (94%) dan yang terendah jawaban pada kuesioner nomor 6 tentang apakah alat kontrasepsi berisiko tinggi terhadap kanker serviks yang menjawab “ya” ada 98 orang (39,2%).

Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Predisposisi (Pengetahuan) di Puskesmas Berohol Tahun 2012

No	Pernyataan	f	Persentase
1.	Apakah yang dimaksud dengan kanker serviks ?		
	a. Penyakit tumor ganas di leher rahim yang ditandai dengan gejala dini seperti keputihan, perdarahan dari kemaluan diluar siklus haid dan perdarahan setelah kontak bersenggama.	185	74,0
	b. Suatu kanker terjadi pada organ reproduksi wanita yang ditandai dengan keputihan dan perdarahan.	45	18,0
	c. Merupakan suatu penyakit ganas pada wanita yang ditandai keputihan dan perdarahan.	20	8,0

Tabel 4.3 (Lanjutan)

No	Pernyataan	f	Persentase
2.	Penyebab kanker serviks adalah :		
	a. Infeksi virus <i>Human Papilloma Virus</i> (HPV)	128	51,2
	b. Infeksi jamur	74	29,6
	c. Infeksi bakteri	48	19,2
3.	Proses terjadinya kanker serviks memerlukan waktu :		
	a. 1 - 3 tahun	65	26,0
	b. 3 - 5 tahun	70	28,0
	c. 5 – 10 tahun	115	46,0
4.	Faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit kanker serviks yaitu:		
	a. Keputihan yang gatal dan tidak berbau	107	42,8
	b. Sosial ekonomi yang rendah dan kebersihan kurang	28	11,2
	c. Pasangan seksual yang berganti-ganti	115	46,0
5.	Gejala awal dari penyakit kanker serviks adalah?		
	a. Rasa sakit perut bagian bawah	71	28,4
	b. Keputihan dan menimbulkan bau, bau ini karena adanya infeksi	125	50,0
	c. Perdarahan	54	21,6
6.	Menurut ibu apakah alat kontrasepsi berisiko tinggi terhadap kanker serviks ?		
	a. Ya	98	39,2
	b. Ragu-ragu	61	24,4
	c. Tidak	91	36,4
7.	Kepada siapakah sebaiknya pemeriksaan IVA ditujukan		
	a. Semua wanita yang sudah menikah / > 30 tahun	86	34,4
	b. Semua wanita dewasa	143	57,2
	c. Tidak tahu	21	8,4
8.	Apakah ibu mengetahui kapan harus menjalani pemeriksaan IVA ?		
	a. Sebaiknya tidak dalam keadaan haid	45	18,0
	b. Kapan saja dalam siklus menstruasi, pada masa kehamilan, nifas atau		
	c. Tidak tahu	68	27,2
9.	Berapa lama sebaiknya interval/jarak pemeriksaan IVA dilakukan ?		
	a. Secara berkala, setahun sekali	99	36,9
	b. 3 tahun / 5 tahun sekali	113	45,2
	c. Tidak tahu	38	15,2

Tabel 4.3 (Lanjutan)

No	Pernyataan	f	Persentase
10.	Menurut ibu apakah manfaat dari pemeriksaan IVA ?		
	a. Untuk mengetahui penyakit	71	28,4
	b. Dapat mengetahui kelainan pra kanker leher rahim secara dini atau lanjut, sehingga dapat dicegah dan ditangani dengan segera.	153	61,2
	c. Tidak tahu	26	10,4
11.	Siapa yang dapat melakukan pemeriksaan IVA ?		
	a. Dokter kandungan	28	11,2
	b. Bidan	206	82,4
	c. Perawat	16	6,4
12.	Dimana saja pemeriksaan IVA dapat dilakukan ?		
	a. Puskesmas	235	94,0
	b. Praktek dokter/bidan	8	3,2
	c. Rumah sakit	7	2,8
13.	Apabila dalam pemeriksaan IVA hasilnya negatif, apakah kita tetap perlu untuk melaksanakan pemeriksaan berikutnya ?		
	a. Ya	181	72,4
	b. Ragu-ragu	27	10,8
	c. Tidak	42	16,8

Hasil penelitian menunjukkan responden lebih banyak yang memiliki pengetahuan yang baik tentang kanker serviks dan manfaat skrining kanker serviks yaitu 132 orang (52,8%) yang dapat dilihat pada Tabel 4.4 berikut ini.

Tabel 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Predisposisi (Pengetahuan) di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Variabel	Frekuensi	Persentase
Pengetahuan		
Baik	132	52,8
Kurang baik	118	47,2

4.2.4 Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Predisposisi (Sikap) di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Sikap responden tentang kanker serviks dan skrining kanker serviks ada 20 pernyataan. Dari seluruh pernyataan yang berisi sikap tentang kanker serviks dapat menyerang setiap wanita, lebih dari separoh responden (76,4%) bersikap tidak setuju.

Tabel 4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Predisposisi (Sikap) di Puskesmas Berohol Tahun 2012

No	Pertanyaan	Jawaban	f	Persentase
1.	Kanker serviks merupakan penyakit yang mematikan	1. Sangat setuju	0	0,0
		2. Setuju	1	0,4
		3. Ragu-ragu	5	2,0
		4. Tidak setuju	177	70,8
		5. Sangat tidak setuju	67	26,8
2.	Kanker serviks dapat menyerang setiap wanita	1. Sangat setuju	1	0,4
		2. Setuju	3	1,2
		3. Ragu-ragu	7	2,8
		4. Tidak setuju	191	76,4
		5. Sangat tidak setuju	48	19,2
3.	Kanker serviks merupakan penyakit yang dapat dicegah	1. Sangat setuju	0	0,0
		2. Setuju	1	0,4
		3. Ragu-ragu	13	5,2
		4. Tidak setuju	167	66,8
		5. Sangat tidak setuju	69	13,7
4.	Pemeriksaan IVA yang menyebutkan hasilnya normal berarti tidak terdapat risiko terkena kanker serviks	1. Sangat tidak setuju	9	3,6
		2. Tidak setuju	92	36,8
		3. Ragu-ragu	48	19,2
		4. Setuju	95	38,0
		5. Sangat setuju	6	2,4
5.	Risiko terserang kanker serviks semakin tinggi pada wanita dengan banyak anak, apalagi dengan jarak persalinan yang terlalu pendek	1. Sangat setuju	0	0,0
		2. Setuju	39	15,6
		3. Ragu-ragu	88	35,2
		4. Tidak setuju	105	42,0
		5. Sangat tidak setuju	18	7,2

Tabel 4.5 (Lanjutan)

No	Pertanyaan	Jawaban	f	Persentase
6.	Semakin dini menjalani pemeriksaan IVA maka manfaatnya akan semakin besar	1. Sangat setuju	0	0,0
		2. Setuju	52	20,8
		3. Ragu-ragu	56	22,4
		4. Tidak setuju	98	39,2
		5. Sangat tidak setuju	44	17,6
7.	Pemeriksaan IVA penting untuk menjaga kesehatan saya	1. Sangat setuju	5	2,0
		2. Setuju	49	19,6
		3. Ragu-ragu	41	16,4
		4. Tidak setuju	120	48,0
		5. Sangat tidak setuju	35	14,0
8.	Saya merasa malu untuk ikut menjalani pemeriksaan IVA karena organ intimnya diperiksa	1. Sangat tidak setuju	14	5,6
		2. Tidak setuju	102	40,8
		3. Ragu-ragu	46	18,4
		4. Setuju	78	31,2
		5. Sangat setuju	10	4,0
9.	Saya merasa takut untuk ikut menjalani pemeriksaan IVA	1. Sangat tidak setuju	18	7,2
		2. Tidak setuju	93	37,2
		3. Ragu-ragu	46	18,4
		4. Setuju	73	29,2
		5. Sangat setuju	20	8,0
10.	Melakukan pencegahan kanker lebih baik daripada mengobati	1. Sangat setuju	1	0,4
		2. Setuju	33	13,2
		3. Ragu-ragu	42	16,8
		4. Tidak setuju	145	58,0
		5. Sangat tidak setuju	29	11,6
11.	Sebelum menjalani pemeriksaan saya siap terhadap hasil apapun yang ditemukan dalam pemeriksaan	1. Sangat setuju	3	1,2
		2. Setuju	39	15,6
		3. Ragu-ragu	62	24,8
		4. Tidak setuju	131	52,4
		5. Sangat tidak setuju	15	6,0
12.	Ikut menjalani pemeriksaan IVA dapat membahayakan kesehatan saya	1. Sangat tidak setuju	22	8,8
		2. Tidak setuju	72	28,8
		3. Ragu-ragu	50	20,0
		4. Setuju	91	36,4
		5. Sangat setuju	15	6,0
13.	Pemeriksaan IVA akan menyebabkan rasa sakit pada saat pemeriksaan.	1. Sangat tidak setuju	7	2,8
		2. Tidak setuju	82	32,8
		3. Ragu-ragu	52	20,8
		4. Setuju	93	37,2
		5. Sangat setuju	16	6,4

Tabel 4.5 (Lanjutan)

No	Pertanyaan	Jawaban	f	Persentase
14	Pengobatan lanjutan sangat perlu dilakukan jika ditemukan ada kelainan serviks.	1. Sangat setuju	16	6,4
		2. Setuju	47	18,8
		3. Ragu-ragu	66	26,4
		4. Tidak setuju	91	36,4
		5. Sangat tidak setuju	30	12,0
15.	Menghindari merokok dapat mengurangi risiko terkena kanker serviks	1. Sangat setuju	11	4,4
		2. Setuju	51	20,4
		3. Ragu-ragu	56	22,4
		4. Tidak setuju	115	46,0
		5. Sangat tidak setuju	17	6,8
16.	Wanita yang dinyatakan normal dalam pemeriksaan IVA tidak perlu menjalani pemeriksaan IVA ulangan karena tidak bermanfaat	1. Sangat tidak setuju	13	5,2
		2. Tidak setuju	70	28,0
		3. Ragu-ragu	30	12,0
		4. Setuju	66	26,4
		5. Sangat setuju	71	28,4
17.	Wanita yang pernah melakukan hubungan senggama harus menjalani pemeriksaan deteksi dini kanker serviks	1. Sangat setuju	17	6,8
		2. Setuju	58	23,2
		3. Ragu-ragu	45	18,0
		4. Tidak setuju	123	49,2
		5. Sangat tidak setuju	7	2,8
18.	Saya tidak pernah berganti-ganti pasangan, oleh karena itu tidak perlu menjalani pemeriksaan IVA	1. Sangat tidak setuju	10	4,0
		2. Tidak setuju	78	31,2
		3. Ragu-ragu	60	24,0
		4. Setuju	89	35,6
		5. Sangat setuju	13	5,2
19.	Wanita yang pernah melakukan hubungan senggama tetapi sekarang tidak aktif lagi (status janda atau cerai) tidak perlu menjalani pemeriksaan	1. Sangat tidak setuju	4	1,6
		2. Tidak setuju	78	31,2
		3. Ragu-ragu	61	24,4
		4. Setuju	95	38,0
		5. Sangat setuju	12	4,8
20.	Wanita perlu menjalani pemeriksaan IVA walaupun tidak ada tanda-tanda kanker serviks	1. Sangat setuju	1	0,4
		2. Setuju	29	11,6
		3. Ragu-ragu	75	30,0
		4. Tidak setuju	131	52,4
		5. Sangat tidak setuju	14	5,6

Hasil penelitian menunjukkan responden lebih banyak yang memiliki sikap positif tentang kanker serviks dan manfaat skrining kanker serviks yaitu 143 orang (57,2%). Dapat dilihat pada Tabel 4.6

Tabel 4.6 Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Predisposisi (Sikap) di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Sikap	Frekuensi	Persentase
Positif	143	57,2
Negatif	107	42,8

4.2.5 Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Pemungkin (Jarak ke Tempat Pemeriksaan dan Biaya) di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Responden lebih banyak mempunyai jarak rumah dengan tempat pemeriksaan yang dekat yaitu 241 orang (96,4 %). Responden lebih banyak menyatakan gratis dalam melakukan pemeriksaan IVA yaitu 217 orang (86,8%).

Tabel 4.7 Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Pemungkin (Jarak ke Tempat Pemeriksaan dan Biaya) di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Variabel	Frekuensi	Persentase
Jarak		
Dekat	241	96,4
Jauh	9	3,6
Biaya		
Gratis	217	86,8
Bayar	33	13,2

4.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan dua variabel yaitu antara satu variabel independen dengan satu variabel dependen. Pada analisis bivariat digunakan uji *chi square*, masing-masing variabel independen dan dependen yang sudah dikategorikan diuji apakah ada hubungan antara variabel independen (umur, pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, status menikah, paritas, pengetahuan, sikap, jarak ke tempat pemeriksaan, dan biaya) dengan variabel dependen keikutsertaan skrining kanker serviks dengan IVA. Hasil uji dinyatakan ada hubungan yang bermakna secara statistik jika diperoleh nilai $p < 0,05$.

4.3.1 Hubungan Faktor Predisposisi (Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Status Ekonomi, Status Menikah, Paritas, Pengetahuan dan Sikap) dengan Keikutsertaan WUS dalam Pemeriksaan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Hubungan umur dengan keikutsertaan WUS dalam pemeriksaan IVA diperoleh data bahwa dari 75 orang kelompok umur 20-29 tahun, ada 26 (34,7%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Sedangkan dari 118 orang kelompok umur 30-39 tahun, ada 53 (44,9%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA dan dari 57 orang kelompok umur 40-49 tahun ada 18 (31,6%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,169$ dan $0,710$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA.

Hubungan pendidikan dengan keikutsertaan WUS dalam pemeriksaan IVA diperoleh data bahwa dari 89 orang dengan pendidikan tinggi ada sebanyak 51 (57,3%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Dari 97 orang dengan pendidikan menengah ada 36 (37,1%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Sedangkan dari 64 orang dengan pendidikan rendah ada 10 (15,6%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Hasil uji *chi-square* didapat nilai $p = 0,046$ dan $0,001$ artinya ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA. Rasio prevalensi didapat sebesar 0,27 dengan 95% CI 0,14-0,54, artinya kemungkinan WUS dengan pendidikan menengah melakukan pemeriksaan IVA 0,27 kali lebih besar dibandingkan WUS dengan pendidikan rendah.

Hubungan pekerjaan dengan keikutsertaan WUS dalam pemeriksaan IVA diperoleh data dari 74 orang yang bekerja ada 62 (83,8%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Sedangkan dari 176 orang yang tidak bekerja ada 35 (19,9%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai $p = 0,001$, artinya ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA. Rasio prevalensi didapat sebesar 4,21 dengan 95% CI : 3,08-5,76, artinya kemungkinan WUS yang bekerja melakukan pemeriksaan IVA 4,21 kali lebih besar dibandingkan WUS yang tidak bekerja.

Hubungan status ekonomi dengan keikutsertaan WUS dalam pemeriksaan IVA diperoleh data dari 70 orang dengan status ekonomi cukup ada 41 (58,6%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Sedangkan dari 180 orang dengan status ekonomi kurang ada 56 (31,1%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,001$, artinya ada hubungan yang signifikan antara status ekonomi dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA. Rasio prevalensi didapat sebesar 1,88 dengan 95% *CI* : 1,40-2,53, artinya kemungkinan WUS dengan status ekonomi baik melakukan pemeriksaan IVA 1,88 kali lebih besar dibandingkan WUS dengan status ekonomi kurang.

Hubungan status menikah dengan keikutsertaan WUS yang sudah menikah dalam melakukan pemeriksaan IVA yaitu dari 228 orang dengan status menikah ada 93 (40,8%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Sedangkan dari 22 orang dengan status janda ada 4 (18,2%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,064$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara status menikah dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA.

Hubungan paritas dengan keikutsertaan WUS dalam pemeriksaan IVA diperoleh data dari 103 orang dengan paritas > 2 ada 41 (40,8%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Sedangkan dari 147 orang dengan paritas ≤ 2 ada 55 (37,4%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Hasil uji statistik *chi-square*

didapat nilai $p = 0,685$ artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA.

Hubungan pengetahuan dengan keikutsertaan WUS yang sudah menikah dalam pemeriksaan IVA diperoleh data dari 132 orang dengan pengetahuan baik ada 75 (56,8%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Sedangkan dari 118 orang dengan pengetahuan kurang baik ada 22 (18,6%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,001$, artinya ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA. Rasio prevalensi didapat sebesar 3,05 dengan 95% *CI* : 2,03-4,57, artinya kemungkinan WUS dengan pengetahuan baik melakukan pemeriksaan IVA sebesar 3,05 kali lebih besar dibandingkan WUS dengan pengetahuan kurang baik.

Hubungan sikap dengan keikutsertaan WUS dalam pemeriksaan IVA diperoleh dari 143 orang dengan sikap baik ada 73 (51,0%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Sedangkan dari 107 orang dengan sikap negatif ada 24 (22,4%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,001$, artinya ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan keikutsertaan WUS dalam pemeriksaan IVA. Rasio prevalensi didapat sebesar 2,28 dengan 95% *CI* : 1,55-3,35, artinya kemungkinan WUS dengan sikap positif melakukan pemeriksaan IVA sebesar 2,276 kali lebih besar dibandingkan WUS dengan sikap negatif .

Tabel 4.8 Hubungan Faktor Predisposisi (Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Status Ekonomi, Status Menikah, Paritas, Pengetahuan dan Sikap) dengan Keikutsertaan WUS dalam Pemeriksaan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Faktor Predisposisi	Keikutsertaan WUS dalam Pemeriksaan IVA						Nilai <i>p</i>	RP 95% CI
	Melakukan		Tidak Melakukan		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Umur								
20-29 tahun	26	34,7	49	65,3	75	100,0		1
30-39 tahun	53	44,9	65	55,1	118	100,0	0,169	1,30 (0,90-1,87)
40-49 tahun	18	31,6	39	68,4	57	100,0	0,710	0,91 (0,56-1,50)
Pendidikan								
Tinggi	51	57,3	38	42,7	89	100,0		1
Menengah	36	37,1	61	62,9	97	100,0	0,046	0,65 (0,42-0,99)
Rendah	10	15,6	54	84,4	64	100,0	0,001	0,27 (0,14-0,54)
Pekerjaan								
Bekerja	62	83,8	12	16,2	74	100,0	0,001	4,21(3,08-,76)
Tidak bekerja	35	19,9	141	80,1	176	100,0		
Status ekonomi								
Cukup (> Rp. 280.000)	41	58,6	29	21,4	70	100,0	0,001	1,88 (1,40-,53)
Kurang (≤ Rp. 280.000)	56	3,11	124	68,9	180	100,0		
Status menikah								
Menikah	93	40,8	135	59,2	228	100,0	0,064	2,24 (0,91-,52)
Janda	4	18,2	18	81,8	22	100,0		
Paritas								
> 2	42	40,8	61	59,2	103	100,0	0,685	1,09 (0,80-,49)
≤ 2	55	37,4	92	62,6	147	100,0		
Pengetahuan								
Baik	75	56,8	57	43,2	132	100,0	0,001	3,05 (2,03-,57)
Kurang baik	22	18,6	96	81,4	118	100,0		
Sikap								
Positif	73	51,0	70	49,0	143	100,0	0,001	2,28 (1,55-,35)
Negatif	24	22,4	83	77,6	107	100,0		

4.3.2 Hubungan Faktor Pemungkin (Jarak Rumah ke Tempat Pemeriksaan dan Biaya) dengan Keikutsertaan WUS dalam Pemeriksaan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Hubungan jarak dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA diperoleh data dari 241 orang dengan jarak yang dekat ada 94 (39,0%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Sedangkan dari 9 orang dengan jarak yang jauh ada 3 (33,3%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai p 1,000 artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara jarak rumah dengan tempat pemeriksaan dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA. Rasio prevalensi didapat sebesar 1,17 dengan 95% *CI* : 0,46-2,99, artinya kemungkinan WUS dengan jarak dekat melakukan pemeriksaan IVA sebesar 0,46-2,99 kali lebih besar dibandingkan WUS dengan jarak jauh.

Hubungan biaya dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA diperoleh data dari 217 orang yang menyatakan gratis ada 83 (38,2%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Sedangkan dari 33 orang yang menyatakan bayar ada 14 (42,4%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,790$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara biaya dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA. Rasio prevalensi didapat sebesar 0,90 dengan 95% *CI* : 0,59-1,39, artinya kemungkinan WUS yang menyatakan gratis melakukan pemeriksaan IVA sebesar 0,90 kali lebih besar dibandingkan WUS yang menyatakan bayar. Dapat dilihat pada Tabel 4.9.

Tabel 4.9 Hubungan Faktor Pemungkin (Jarak Rumah ke Tempat Pemeriksaan dan Biaya) dengan Keikutsertaan WUS dalam Pemeriksaan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Faktor Pemungkin	Keikutsertaan WUS dalam Pemeriksaan IVA						Nilai <i>P</i>	RP 95% CI
	Melakukan		Tidak Melakukan		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Jarak								
Dekat	94	39,0	147	61,0	241	100,0	1,000	1,17 (0,46-2,99)
Jauh	3	33,3	6	66,7	9	100,0		
Biaya								
Gratis	83	38,2	134	61,8	217	100,0	0,790	0,90 (0,59-1,39)
Bayar	14	42,4	19	57,6	33	100,0		

4.4 Analisis Multivariat

Pada penelitian ini, variabel independen yang memenuhi kriteria $p < 0,25$ pada analisis bivariat dimasukkan ke dalam analisis multivariat dengan menggunakan uji regresi logistik berganda, yaitu variabel umur, pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, status menikah, pengetahuan dan sikap. Untuk mendapatkan faktor yang paling dominan, semua kandidat diuji secara bersama-sama dengan menggunakan metode *enter*. Faktor yang terbaik akan dipertimbangkan dengan melihat nilai p . Pada setiap tahapan seleksi variabel yang tidak signifikan ($p > 0,05$) dikeluarkan satu persatu mulai dari p yang terbesar. Setiap tahapan seleksi selanjutnya dilakukan dengan cara yang sama hingga seleksi terakhir diperoleh variabel yang seluruhnya berhubungan signifikan ($p < 0,05$), seperti terlihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 4.10 Tahapan Pemodelan Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda
Model Analisis Keikutsertaan WUS dalam Pemeriksaan IVA
di Puskesmas Berohol Tahun 2012**

Variabel	<i>Coefficient</i>	Nilai <i>p</i>	Rasio Prevalen	95% <i>CI for Exp(B)</i>	
Model 1					
Umur_1	- 0,319	0,742	1,09	0,66	1,78
Umur_2	- 3,002	0,062	2,27	0,96	5,35
Pendidikan_1	- 0,391	0,756	1,09	0,64	1,86
Pendidikan_2	2,445	0,177	0,47	1,16	1,41
Pekerjaan	- 2,582	0,001	2,69	1,57	4,60
Status ekonomi*	- 0,476	0,803	1,06	0,67	1,69
Status menikah	- 1,396	0,339	1,67	0,58	4,77
Pengetahuan	- 1,944	0,013	2,04	1,16	3,58
Sikap	- 1,384	0,063	1,61	1,97	2,68
<i>Constant</i>	5,045	-	-	-	-
<i>Pseudo R² = 0,43</i>					
Model 2					
Umur_1	- 0,371	0,727	1,09	0,67	1,79
Umur_2	- 3,249	0,045	2,33	1,02	5,34
Pendidikan_1	- 0,264	0,790	1,07	0,63	1,82
Pendidikan_2	2,585	0,166	0,46	1,16	1,38
Pekerjaan	- 2,697	0,001	2,74	1,64	4,59
Status menikah*	- 1,329	0,346	1,65	0,58	4,72
Pengetahuan	- 1,959	0,012	2,05	1,17	3,59
Sikap	- 1,385	0,063	1,62	1,97	2,68
<i>Constant</i>	4,897	-	-	-	-
<i>Pseudo R² = 0,43</i>					
Model 3					
Umur_1	- 0,258	0,805	1,06	0,65	1,74
Umur_2	- 3,154	0,059	2,21	0,97	5,04
Pendidikan_1*	- 0,217	0,833	1,06	0,62	1,79
Pendidikan_2*	2,755	0,142	0,44	1,15	1,33
Pekerjaan	- 2,587	0,001	2,67	1,60	4,45
Pengetahuan	- 1,938	0,011	2,07	1,18	3,63
Sikap	- 1,432	0,031	1,72	1,05	2,81
<i>Constant</i>	3,526	-	-	-	-
<i>Pseudo R² = 0,42</i>					

* Variabel yang akan dikeluarkan dalam setiap step

Tabel 4.10 (Lanjutan)

Variabel	Coefficient	Nilai <i>p</i>	Rasio Prevalen	95% <i>CI for Exp(B)</i>	
Model 4					
Umur_1*	- 0,177	0,949	1,02	0,63	1,63
Umur_2*	- 0,775	0,236	1,46	0,78	2,73
Pekerjaan	- 2,642	0,001	2,86	1,78	4,61
Pengetahuan	- 2,013	0,001	2,41	1,41	4,12
Sikap	- 1,489	0,026	1,76	1,07	2,88
Constant	3,542	-	-	-	-
<i>Pseudo R² = 0,39</i>					
Model 5					
Pekerjaan	- 2,571	0,001	2,75	1,71	4,43
Pengetahuan	- 1,851	0,003	2,20	1,32	3,69
Sikap	- 1,485	0,027	1,75	1,07	2,87
Constant	3,153	-	-	-	-
<i>Pseudo R² = 0,38</i>					

* Variabel yang akan dikeluarkan dalam setiap step

Dari hasil seleksi terakhir diperoleh tiga variabel yang berhubungan yaitu pekerjaan, pengetahuan dan sikap karena memiliki nilai $p < 0,05$. Berdasarkan nilai koefisien dapat dilihat bahwa variabel pekerjaan merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA. Besar hubungan variabel tersebut dapat dilihat dari rasio prevalensi sebesar 2,75 dengan 95% *CI* : 1,71-4,43, artinya peluang WUS untuk melakukan pemeriksaan IVA pada WUS yang bekerja 2,75 kali lebih besar dibandingkan dengan WUS yang tidak bekerja. Ketepatan model diperoleh sebesar 38% yang artinya variabel pekerjaan, pengetahuan dan sikap bisa menjelaskan hubungannya dengan

keikutsertaan WUS melakukan pemeriksaan IVA sebesar 38%, sedangkan sisanya sebesar 62% dipengaruhi oleh faktor lain seperti faktor umur, pendidikan, status ekonomi, status menikah, paritas, jarak ke tempat pemeriksaan dan biaya.

Berdasarkan hasil analisis uji *binary logistic regression* dengan metode tersebut dapat ditentukan model persamaan *binary logistic regression* yang dapat memprediksi keikutsertaan WUS dalam skrining kanker serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi adalah sebagai berikut :

$$f(z) = \frac{1}{1 + e^{-(3,153 - 2,571(Pk) - 1,851(Pt) - 1,485(Si))}}$$

Keterangan:

F(z) : Probabilitas keikutsertaan skrining kanker serviks

α : Konstanta

β_1, β_i : Koefisien regresi

Pk : Pekerjaan

Pt : Pengetahuan

Si : Sikap

$$f(z) = \frac{1}{1 + e^{-(3,153 - 2,571(1) - 1,851(1) - 1,485(1))}}$$

f(Z) = 96 %.

Hasil analisis didapatkan bahwa jika WUS bekerja (1), pengetahuan tentang kanker serviks dan skrining kanker serviks baik (1), memiliki sikap positif (1) terhadap skrining kanker serviks, maka prediksi probabilitas WUS untuk melakukan skrining kanker serviks sebesar 96 %.

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1 Faktor Predisposisi dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Faktor predisposisi dalam penelitian ini yaitu : umur, pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, status menikah, paritas, pengetahuan dan sikap.

5.1.1 Umur dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok umur 20-29 tahun dan kelompok umur 30-39 tahun banyak yang melakukan pemeriksaan IVA, sedangkan kelompok umur 40-49 tahun banyak yang tidak melakukan pemeriksaan IVA. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,169$ dan $0,710$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara umur responden dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA, begitu juga pada hasil uji regresi logistik ganda menunjukkan tidak ada hubungan umur responden dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Wulandari (2010) yang menyatakan bahwa umur 20-39 tahun banyak yang melakukan pemeriksaan IVA, sedangkan umur 40 tahun ke atas banyak yang tidak melakukan pemeriksaan IVA. Ini menunjukkan bahwa wanita yang lebih muda tingkat keikutsertaan dalam skrining kanker serviks lebih tinggi di dibandingkan dengan wanita yang lebih tua.

Skrining kanker serviks sangat dianjurkan dilakukan wanita pada umur yang masih muda. Semakin dini seorang wanita melakukan skrining kanker serviks maka

manfaat yang didapat akan semakin besar. WHO merekomendasikan agar setiap wanita yang berusia antara 25-35 tahun melakukan skrining kanker serviks setiap 3-5 tahun, skrining setiap 5 tahun bagi wanita umur 50-64 tahun dan skrining pada wanita umur 65 tahun ke atas hanya untuk wanita yang belum pernah melakukan skrining kanker serviks untuk menghindari lolosnya kasus kanker serviks (Depkes RI, 2008).

Tidak adanya hubungan antara umur dengan keikutsertaan skrining kanker serviks disebabkan karena pada umur 40-49 tahun tidak ada dengan pendidikan tinggi. Disamping itu juga dari hasil tabulasi silang antara umur dengan pengetahuan didapatkan bahwa dari 57 orang responden umur 40-49 tahun, hanya ada 15 orang (26,3%) dengan pengetahuan baik sedangkan dengan pengetahuan kurang baik ada 42 orang (73,7%). Namun yang ikut melakukan skrining IVA lebih banyak pada umur 30-39 tahun, ini disebabkan karena pada umur 30-39 tahun lebih banyak dengan paritas >2 (56,3%) sementara pada umur 20-29 tahun dengan paritas >2 hanya 1,9%.

Hasil tabulasi silang antara tingkat pendidikan dan umur didapat bahwa tingkat pendidikan tinggi hanya pada umur 20-29 tahun (50,6%) dan umur 30-39 tahun (49,4%) sedangkan umur 40-49 tahun tidak ada dengan pendidikan tinggi. Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara umur dan tingkat pendidikan ($p=0,001$). Ini menunjukkan bahwa semakin muda umur maka tingkat pendidikan semakin tinggi.

Tingkat pendidikan mendorong seseorang untuk ikut berpartisipasi dalam melakukan skrining kanker serviks. Wanita dengan pendidikan tinggi secara

signifikan berhubungan dengan perilaku skrining kanker serviks (Sutton, 2005). Wanita dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung untuk melakukan skrining kanker serviks dan lebih aktif untuk menjalani perawatan lanjutan (Nene dkk, 2007).

Upaya yang diperlukan untuk meningkatkan keikutsertaan wanita dalam melakukan skrining kanker serviks yaitu pemberian informasi tentang kanker serviks dan cara pencegahannya kepada masyarakat khususnya wanita umur 20-39 tahun, karena pada usia ini biasanya kanker serviks masih dalam stadium awal, selain itu wanita yang lebih tua (umur 40 tahun ke atas) kurang responsif terhadap kegiatan skrining karena mereka percaya bahwa skrining dan pengobatan kanker serviks tidak memberikan manfaat. Pemberian informasi kepada wanita umur 40 tahun ke atas hendaknya menggunakan strategi khusus agar informasi yang diberikan dapat diserap secara maksimal (Nene dkk, 2007).

5.1.2 Pendidikan dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Hasil penelitian menunjukkan bahwa WUS dengan tingkat pendidikan tinggi lebih banyak yang melakukan pemeriksaan IVA (57,3%) sedangkan wanita dengan pendidikan yang rendah lebih sedikit yang melakukan pemeriksaan IVA (15,6%). Hasil uji *chi-square* didapat nilai $p = 0,046$ dan $0,001$ artinya ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA. Rasio prevalensi didapat sebesar 0,65 dan 0,27 dengan 95% CI : 0,42-0,99 dan 95% CI : 0,14-0,54, artinya kemungkinan WUS dengan pendidikan

tinggi melakukan pemeriksaan IVA 0,64 kali lebih besar dibandingkan WUS dengan pendidikan menengah sedangkan WUS dengan pendidikan menengah melakukan pemeriksaan IVA 0,27 kali lebih besar dibandingkan WUS dengan pendidikan rendah. Sedangkan hasil uji regresi logistik ganda tidak ada hubungan pendidikan dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Winkler dkk (2008) di Peru yang menyatakan bahwa pendidikan tinggi sangat signifikan ($p < 0,001$) menjadi faktor pendorong bagi wanita untuk ikut serta dalam program skrining kanker serviks. Wanita dengan pendidikan tinggi keikutsertaan dalam skrining kanker serviks lebih tinggi dibandingkan dengan wanita dengan pendidikan menengah atau rendah.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian di Maharashtra India yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan ($p < 0,001$) antara pendidikan dengan keikutsertaan wanita dalam program skrining. Analisis multivariat menunjukkan bahwa pendidikan yang tinggi meningkatkan keikutsertaan wanita dalam program skrining dibandingkan dengan wanita dengan pendidikan rendah, bahkan pendidikan yang tinggi tingkat kepatuhannya dalam melanjutkan perawatan pada wanita dengan kanker serviks lebih tinggi dibandingkan dengan wanita dengan pendidikan yang rendah (Nene dkk, 2008).

Hasil tabulasi silang antara pendidikan dan pengetahuan didapat bahwa pada pendidikan tinggi dengan pengetahuan baik ada 79,8 % dan pengetahuan kurang baik 20,2% sedangkan pendidikan menengah dengan pengetahuan baik ada 50,5% dan pengetahuan kurang baik 49,5% dan pada pendidikan rendah dengan pengetahuan

baik semakin menurun yaitu 18,8% sedangkan pada pengetahuan kurang baik semakin meningkat yaitu 81,3%. Mayoritas pendidikan rendah dengan pengetahuan kurang baik menjadi salah satu penyebab yang mengakibatkan masih rendahnya WUS melakukan pemeriksaan IVA. Disamping itu hasil uji *chi square* juga menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan pengetahuan ($p=0,001$).

Tingkat pendidikan sering dihubungkan dengan keikutsertaan wanita dalam melakukan pemeriksaan IVA karena kaitannya dengan status ekonomi serta pengetahuan. Tingkat pendidikan yang tinggi memungkinkan seseorang untuk mendapatkan pekerjaan yang layak dan memiliki pendapatan yang cukup sehingga memungkinkan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada. Tingkat pendidikan juga memengaruhi pengetahuan seseorang melalui kemampuan orang tersebut untuk berfikir secara terarah dan bertindak secara rasional.

Wanita yang mempunyai pendidikan yang tinggi biasanya mempunyai wawasan yang lebih luas dibandingkan wanita dengan pendidikan yang rendah sehingga sering memperhitungkan keuntungan serta kerugian suatu keputusan yang diambilnya dalam jangka waktu yang panjang. Suatu tindakan yang dilakukan bila dapat memberikan manfaat yang lebih dibandingkan kerugian, menyebabkan wanita tersebut akan berusaha untuk melakukan suatu tindakan tersebut (Notoatmodjo, 2007).

5.1.3 Pekerjaan dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Hasil penelitian menunjukkan bahwa WUS yang bekerja yang melakukan pemeriksaan IVA (83,8%) sedangkan WUS yang tidak bekerja banyak yang tidak melakukan pemeriksaan IVA (80,1%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,001$, artinya terdapat hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Lee (2008) di Chicago yang menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan keikutsertaan wanita dalam skrining kanker serviks ($p < 0,01$). Wanita yang bekerja merupakan prediktor bagi wanita untuk ikut serta dalam melakukan skrining kanker serviks.

Analisis multivariat menunjukkan nilai $p = 0,001$, artinya ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan keikutsertaan WUS dalam pemeriksaan IVA. Kemungkinan WUS yang bekerja melakukan pemeriksaan IVA 2,75 kali lebih besar dibandingkan WUS yang tidak bekerja (95% CI = 1,71-4,43).

Wanita yang bekerja mempunyai kesempatan lebih besar dalam mendapatkan informasi khususnya informasi tentang kanker serviks dan cara pencegahannya dibandingkan dengan wanita yang tidak bekerja. Wanita yang bekerja lebih sering berinteraksi dengan banyak orang sehingga peluang wanita tersebut melakukan tukar pendapat dengan orang-orang di sekitar lingkungan kerjanya lebih tinggi sehingga

informasi yang didapatkan wanita yang bekerja lebih banyak dibandingkan dengan wanita yang tidak bekerja (Lee, 2008).

Hasil tabulasi silang antara pekerjaan dengan pengetahuan didapat dari 74 orang yang bekerja ada 57 orang (77,0%) dengan pengetahuan baik dan 17 orang (23,0%) dengan pengetahuan kurang baik sedangkan dari 176 orang yang tidak bekerja ada 75 orang (42,6%) dengan pengetahuan baik dan 101 orang (57,4%) dengan pengetahuan kurang baik. Hasil uji *chi square* menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan pengetahuan ($p=0,001$). Pada penelitian ini WUS yang bekerja pengetahuannya lebih banyak dengan pengetahuan baik dibandingkan dengan pengetahuan kurang baik, sedangkan pada WUS yang tidak bekerja pengetahuannya lebih banyak dengan pengetahuan kurang baik dibandingkan dengan pengetahuan baik.

Begitu juga dengan hasil tabulasi silang antara pekerjaan dengan sikap di dapat bahwa WUS yang bekerja memiliki sikap positif (77,0%) lebih tinggi dibanding sikap negatif (23,0%) sedangkan pada WUS yang tidak bekerja memiliki sikap negatif lebih tinggi (51,1%) dibanding sikap positif (48,9%), dan hasil uji *chi square* juga menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan sikap ($p=0,001$). Diperkirakan inilah yang menjadi penyebab pada analisis regresi logistik berganda pekerjaan merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan keikutsertaan skrining kanker serviks dengan IVA.

5.1.4 Status Ekonomi dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Status ekonomi yang kurang menyebabkan banyak wanita yang tidak melakukan pemeriksaan IVA (68,9%), sedangkan status ekonomi yang cukup menyebabkan WUS melakukan pemeriksaan IVA (58,6%). Hasil uji statistik menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara status ekonomi keluarga dengan keikutsertaan WUS dalam pemeriksaan IVA dengan nilai $p = 0,001$, sedangkan hasil uji regresi logistik ganda menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Belgrade Serbia yang menyatakan bahwa bahwa status ekonomi yang cukup berhubungan dengan keikutsertaan wanita untuk melakukan pemeriksaan IVA. Status ekonomi keluarga yang kurang berisiko untuk tidak melakukan program skrining 10,8 kali (95% CI: 2,8-14,5) dibandingkan wanita dengan status ekonomi cukup. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian di Geneva, Switzerland yang menyatakan bahwa status ekonomi merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan wanita dalam program skrining kanker serviks (WHO, 2006).

Wanita dengan status ekonomi cukup lebih mudah untuk meninggalkan aktivitasnya untuk ikut melakukan pemeriksaan IVA, sedangkan wanita dengan status ekonomi kurang memprioritaskan melakukan aktivitasnya sehari-hari dalam upaya memenuhi kebutuhan hidupnya. Wanita dengan ekonomi yang kurang lebih memilih

untuk tidak ikut menjalani pemeriksaan skrining kanker serviks daripada meninggalkan aktivitas yang dapat memberikannya penghasilan (Winkler dkk, 2008)

Status ekonomi yang cukup juga dikaitkan dengan kemudahan WUS dalam mendapat akses pelayanan kesehatan karena kemampuan WUS tersebut dalam membayar biaya yang diperlukan dalam pelayanan kesehatan. Wanita dengan status ekonomi yang kurang biasanya lebih memprioritaskan pemanfaatan pendapatan yang diperolehnya untuk kebutuhan sehari-hari atau kebutuhan primer daripada untuk membayar biaya dalam pemeriksaan kesehatan.

5.1.5 Status Menikah dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012

WUS dengan status menikah yang melakukan pemeriksaan IVA ada sebanyak 40,8 % sedangkan WUS dengan status janda yang melakukan pemeriksaan IVA hanya 18,2%. Hasil uji *chi-square* didapat nilai $p = 0,064$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara status menikah dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Wulandari (2010) di Bali yang menyatakan bahwa wanita dengan status kawin secara signifikan (nilai $p = 0,010$) meningkatkan keikutsertaan wanita dalam melakukan program skrining dibandingkan wanita yang cerai atau janda. Hasil serupa juga ditemukan pada penelitian Winkler dkk (2008) di Peru yaitu wanita dengan status kawin secara signifikan ($p < 0,001$) meningkatkan keikutsertaan wanita dalam melakukan program skrining dibandingkan wanita yang tidak menikah. Wanita yang

pernah melakukan perkawinan (janda) menyebabkan wanita tidak melakukan skrining kanker serviks.

Keikutsertaan wanita dengan status kawin dalam program skrining kanker serviks yang tinggi kemungkinan karena pasangan hidup atau suaminya memberikan dorongan atau dukungan sehingga wanita tersebut termotivasi untuk ikut melakukan skrining kanker serviks (Winkler dkk, 2008).

Status perkawinan berkaitan erat dengan perilaku seksual yang merupakan faktor risiko terjadinya kanker serviks. Status perkawinan sering dikaitkan dengan keikutsertaan wanita dalam melakukan skrining, yaitu aktif atau tidaknya wanita tersebut melakukan hubungan seksual. Wanita dengan status kawin keikutsertaannya untuk melakukan skrining lebih tinggi karena wanita tersebut aktif melakukan hubungan seksual (Sutton, 2005).

Persepsi bahwa tidak perlu melakukan skrining kanker serviks apabila tidak aktif menjalani hubungan seksual sering dihubungkan dengan alasan seorang wanita tidak melakukan skrining kanker serviks. Sebesar 55,6% wanita yang pernah melakukan hubungan seksual dengan status tidak kawin/cerai tidak menjalani penapisan kanker serviks (Gao, 2008). Hal ini merupakan persepsi yang salah. Kanker serviks disebabkan oleh infeksi *Human Papilloma Virus* (HPV) merupakan penyakit infeksi menular seksual yang paling umum dan dapat diperoleh segera setelah pertama melakukan hubungan seksual, rata-rata waktu yang diperlukan untuk terjadinya perubahan serviks adalah 3 bulan setelah terinfeksi oleh HPV (WHO, 2002).

5.1.6 Paritas dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Hasil penelitian menunjukkan bahwa WUS dengan paritas ≤ 2 lebih banyak yang melakukan pemeriksaan IVA (37,4%) sedangkan WUS dengan paritas > 2 ada (40,8%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,685$ artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Wulandari (2010) yang menunjukkan hasil uji statistik *chi-square* $p = 0,308$ ($p > 0,05$).

Hasil tabulasi silang antara paritas dengan sikap didapat bahwa dari 103 responden dengan paritas >2 , ada 52 orang (48,6%) yang memiliki sikap negatif sedangkan 51 orang (35,7%) memiliki sikap positif. Jawaban yang diberikan responden mayoritas tidak setuju (42%) jika risiko terserang kanker serviks semakin tinggi pada wanita dengan banyak anak, disamping itu juga pada hasil tabulasi silang antara paritas dengan pengetahuan didapat bahwa responden dengan paritas >2 dengan pengetahuan kurang baik lebih tinggi (44,9%) dibandingkan responden dengan pengetahuan baik (37,9%).

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan di Peru yang menyatakan paritas sangat signifikan berhubungan dengan keikutsertaan wanita dalam skrining kanker serviks ($p < 0,001$). Wanita yang pernah melahirkan dua kali atau lebih keikutsertaan dalam melakukan skrining kanker serviks lebih tinggi dibandingkan dengan yang pernah melahirkan satu kali dan wanita yang pernah

melahirkan satu kali keikutsertaan dalam skrining kanker serviksnya lebih tinggi dibandingkan dengan yang belum pernah melahirkan.

Penelitian Nene dkk, 2007 di Maharashtra India menyatakan wanita yang belum pernah melahirkan secara sangat signifikan ($p < 0,001$) mempengaruhi wanita untuk tidak melakukan pemeriksaan skrining kanker serviks, sedangkan penelitian lain di Peru, paritas ≤ 2 secara signifikan ($p < 0,001$) berisiko untuk tidak melakukan skrining kanker serviks dibandingkan dengan paritas > 2 (Winkler, 2008).

Paritas berhubungan dengan umur pertama kali saat melakukan perkawinan. Semakin tua umur seorang wanita dalam melakukan perkawinan maka ia akan mengalami persalinan yang pertama kali pada umur yang tua pula, terlebih lagi pada persalinan yang kedua dan seterusnya. Beberapa penelitian menyatakan bahwa semakin tua umur seseorang maka keikutsertaan dalam melakukan skrining kanker serviks akan semakin rendah (Sutton, 2005). Semakin banyak anak yang dimiliki maka semakin banyak pula tugas yang harus dilakukan wanita sehingga umumnya mereka lebih memprioritaskan kegiatan yang bersifat rutinitas. Hal ini dapat menjadi penyebab tidak adanya hubungan secara signifikan antara paritas dengan keikutsertaan wanita dalam melakukan pemeriksaan IVA.

Disamping itu bisa disebabkan karena pada kegiatan program skrining kanker serviks ini Puskesmas Berohol tidak memfokuskan pada WUS dengan paritas yang tinggi saja, sehingga pada penelitian ini paritas tidak berhubungan dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA.

5.1.7 Pengetahuan dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Hasil penelitian diperoleh bahwa WUS dengan pengetahuan baik lebih banyak yang melakukan pemeriksaan IVA (56,8%), hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,001$, artinya ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA. Analisis multivariat menunjukkan bahwa pengetahuan secara signifikan berhubungan dengan keikutsertaan wanita dalam pemeriksaan IVA dengan nilai $p = 0,003$. Kemungkinan WUS dengan pengetahuan yang baik melakukan pemeriksaan IVA 2,20 kali lebih besar dibandingkan WUS dengan pengetahuan yang kurang baik (95% CI : 1,32-3,69).

Subjek penelitian merupakan WUS yang telah diberikan penyuluhan tentang kanker serviks dan skrining kanker serviks oleh petugas Puskesmas Berohol, akan tetapi setelah dievaluasi masih ada beberapa WUS yang pengetahuannya dikategorikan kurang baik. Pemberian penyuluhan seharusnya dapat meningkatkan pengetahuan seseorang, ini kemungkinan disebabkan oleh jumlah peserta penyuluhan yang cukup banyak sehingga materi yang disampaikan oleh penyuluh kurang dipahami secara maksimal oleh WUS.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Chicago yang menyatakan pengetahuan berhubungan dengan keikutsertaan wanita dalam skrining. Pengetahuan tentang manfaat skrining pada stadium dini meningkatkan keikutsertaan wanita dalam melakukan skrining kanker serviks dibandingkan dengan wanita yang

tidak mengetahui manfaat skrining (Lee, 2008). Hasil penelitian yang sama juga ditemukan di Inggris yang menyatakan pengetahuan tentang kanker serviks dan manfaat skrining kanker serviks yang kurang dapat menjadi faktor penghambat seorang wanita untuk melakukan program skrining kanker serviks (Gannon, 2008).

Hasil tabulasi silang antara pengetahuan dan sikap didapat bahwa WUS yang berpengetahuan baik dengan sikap positif yaitu 46,9 % dan WUS berpengetahuan baik dengan sikap negatif yaitu 60,7%. Sedangkan WUS berpengetahuan kurang baik dengan sikap positif yaitu 53,1% dan WUS berpengetahuan kurang baik dengan sikap negatif yaitu 39,3%. Hasil uji *chi square* menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap ($p=0,040$).

Green menyatakan bahwa pengetahuan merupakan faktor awal dari suatu perilaku yang diharapkan dan pada umumnya berkorelasi positif dengan perilaku. Pengetahuan mengenai suatu hal menyebabkan seseorang melakukan kegiatan yang berkaitan dengan hal yang diketahuinya. Pengetahuan dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai keyakinan tersebut, termasuk dalam hal keikutsertaan dalam melakukan skrining kanker serviks dengan metode IVA. (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan atau yang disebut dengan kognitif merupakan ranah yang paling penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pengetahuan seseorang terhadap suatu objek dapat berubah dan berkembang sesuai dengan kemampuan, kebutuhan, pengalaman dan tinggi atau rendahnya mobilitas informasi tentang objek tersebut di lingkungannya (Notoatmodjo, 2003).

Beberapa hal yang dapat mengurangi keikutsertaan WUS dalam program skrining kanker serviks yaitu kurangnya kesadaran akan manfaat skrining kanker serviks yang dapat disebabkan oleh kurangnya pengetahuan tentang kanker serviks dan kurangnya pemahaman tentang prosedur skrining kanker serviks yang dapat menimbulkan rasa takut dan malu jika seorang wanita melakukan pemeriksaan IVA (WHO, 2006).

Peningkatan pengetahuan saja belum tentu dapat merubah sikap atau pandangan masyarakat tentang melakukan skrining IVA, oleh karena itu harus dirumuskan suatu pendekatan yang lebih baik, misalnya dengan melibatkan tokoh-tokoh masyarakat dalam hal menggerakkan WUS untuk melakukan skrining kanker serviks.

5.1.8 Sikap dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Hasil penelitian menunjukkan bahwa WUS dengan sikap positif dalam melakukan pemeriksaan IVA sebesar 51 %, sedangkan dengan sikap negatif sebesar 22, 4%. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,027$, artinya ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan keikutsertaan WUS dalam pemeriksaan IVA.

Analisis multivariat menunjukkan nilai $p = 0,001$, artinya ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan keikutsertaan WUS dalam pemeriksaan IVA. Kemungkinan WUS dengan sikap positif melakukan pemeriksaan IVA 1,75 kali lebih besar dibandingkan WUS dengan sikap negatif (CI 95% = 1,06-2,87). Ini sejalan dengan penelitian Wulandari (2010) dengan hasil analisis multivariat $p = 0,004$

dengan 95% *CI* : 1,72-18,18 dan penelitian Trisilia, (2009) dengan hasil $p = 0,007$; $OR = 5,71$).

Penelitian kualitatif yang dilakukan di Malaysia menyatakan wanita yang tidak melakukan skrining kanker serviks disebabkan karena beberapa wanita lebih senang jika mereka tidak tahu apakah mereka memiliki suatu penyakit atau tidak, dengan demikian mereka menganggap dapat menjalani hidup tanpa dibebani oleh perasaan takut bila diketahui ada penyakit dalam diri mereka (Wong, 2009). Kondisi yang dapat mengurangi keikutsertaan wanita dalam program skrining kanker serviks antara lain adalah rasa takut dan malu serta kecemasan atau sikap yang takut dan tidak mau menerima jika hasil pemeriksaan menunjukkan suatu ketidaknormalan serviks.

Sikap wanita yang menganggap skrining kanker serviks tidak perlu dilakukan jika tidak ada gejala serta anggapan bahwa skrining kanker serviks merupakan suatu hal yang memalukan perlu di atasi. Beberapa penelitian membuktikan bahwa sikap ini sering menghambat wanita untuk ikut serta menjalani skrining. Hal ini memerlukan adanya pemberian informasi yang cukup kepada masyarakat khususnya wanita (Sutton, 2005).

Sikap merupakan respon emosional seseorang terhadap suatu stimulus yang sifatnya adalah suatu evaluasi pribadi dari diri seseorang terhadap suatu stimulus. Seseorang akan melakukan suatu perilaku jika orang tersebut memandang perilaku tersebut adalah positif dan berguna bagi dirinya, akan tetapi apabila individu tersebut memandang perilaku tersebut adalah negatif dengan kata lain tidak bermanfaat atau

bahkan merugikan, maka orang tersebut akan menolak untuk melakukan perilaku tersebut (Azwar, 2009).

Sikap seseorang tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap wanita dalam melakukan pemeriksaan IVA dipengaruhi oleh beberapa hal, di antaranya adalah media masa (Azwar, 2009). Penelitian di Serbia menyatakan wanita yang sering mendapatkan informasi melalui media massa secara signifikan ($p=0,004$) meningkatkan keikutsertaan wanita dalam pemeriksaan skrining kanker serviks dibandingkan dengan wanita yang jarang mendapatkan informasi (Matejic dkk, 2011).

Program skrining IVA yang telah dilaksanakan oleh Puskesmas Berohol meliputi kegiatan penyuluhan yang dilanjutkan dengan skrining kanker serviks dengan metode IVA. Penyuluhan yang telah dilakukan diharapkan dapat memberikan gambaran tentang kanker serviks dan skrining kanker serviks kepada masyarakat, dengan demikian sikap negatif seperti persepsi tidak perlu melakukan skrining kanker serviks jika tidak ada gejala serta persepsi lebih baik tidak mengetahui suatu kelainan ditubuhnya daripada hidup dalam kecemasan dapat dihindari dan pada akhirnya dengan memiliki sikap yang positif maka wanita mau melakukan skrining kanker serviks.

Perbaikan sikap masyarakat dilakukan sejalan dengan peningkatan pengetahuan masyarakat dengan melibatkan peran serta aktif masyarakat termasuk tokoh-tokoh masyarakat setempat untuk menggerakkan WUS melakukan skrining kanker serviks.

5.2 Faktor Pemungkin dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Faktor pemungkin dalam penelitian ini yaitu jarak rumah ke tempat pemeriksaan dan biaya.

5.2.1 Jarak Rumah ke Tempat Pemeriksaan dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jarak yang dekat ke tempat pemeriksaan tidak berhubungan dengan hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p=1,000$. Ini dibuktikan dari WUS yang menyatakan jarak rumah ke tempat pemeriksaan yang dekat dari 241 orang, hanya ada 94 (39,0%) orang yang melakukan pemeriksaan IVA sedangkan 147 (61%) tidak melakukan pemeriksaan IVA.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Chicago yang menyatakan bahwa hambatan yang rendah, salah satunya yaitu jarak rumah ke tempat pemeriksaan yang dekat dapat meningkatkan keikutsertaan wanita untuk melakukan program skrining kanker serviks (Lee, 2008).

Teori Lawrence Green menyatakan bahwa salah satu faktor pemungkin atau pendorong seorang wanita melakukan pemeriksaan IVA bila ada keterjangkauan sarana dan prasarana untuk berperilaku sehat, yaitu perilaku skrining kanker serviks. Wanita yang melakukan skrining kanker serviks tidak hanya karena dia tahu dan sadar manfaat skrining, melainkan wanita tersebut dengan mudah mendapatkan fasilitas untuk melakukan skrining yang mendukung terwujudnya perilaku kesehatan. Namun karena keterbatasan transportasi untuk menuju ke tempat pemeriksaan dapat

menjadi hambatan dalam melakukan pemeriksaan IVA walaupun jaraknya dekat ke puskesmas.

Hambatan dalam melakukan skrining kanker serviks dapat memengaruhi keikutsertaan seseorang terhadap skrining itu sendiri. Walaupun jarak tempat tinggal ke lokasi pemeriksaan relatif dekat, namun adanya biaya yang dikeluarkan untuk transportasi merupakan hambatan dalam pencapaiannya ke lokasi pemeriksaan IVA.

Jarak rumah ke tempat pemeriksaan yang jauh juga dapat meningkatkan biaya yang harus dikeluarkan oleh seorang wanita dalam melakukan program skrining kanker serviks. Tingginya biaya yang harus dikeluarkan secara otomatis akan menjadi pertimbangan seorang wanita dalam melakukan pemeriksaan IVA.

Khususnya wanita dalam kegiatan kesehariannya mempunyai aktivitas yang sangat padat. Hal ini terkait dengan tugasnya sebagai seorang istri yang berkaitan dengan keluarga besar, sebagai seorang ibu, sebagai bagian dari masyarakat yang harus bersosialisasi dengan lingkungan sekitar serta ikut serta membantu suami dalam meringankan beban yang terkait dengan keuangan keluarga (peran ganda). Banyaknya tugas ini juga dapat menjadi pertimbangan wanita yang jarak rumah ke tempat pemeriksaannya dekat untuk tidak melakukan pemeriksaan IVA.

5.2.2 Biaya dan Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan IVA di Puskesmas Berohol Tahun 2012

Hasil penelitian menunjukkan bahwa WUS yang menyatakan gratis dalam melakukan pemeriksaan IVA lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak melakukan pemeriksaan IVA, sedangkan yang menyatakan bayar dalam melakukan

pemeriksaan lebih kecil di bandingkan yang tidak melakukan. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,790$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara biaya dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Wulandari (2010) di Bali bahwa tidak adanya biaya yang dikeluarkan dalam melakukan program skrining kanker serviks maka keikutsertaan masyarakat akan semakin tinggi dan sebaliknya adanya biaya yang harus dikeluarkan untuk melakukan skrining kanker serviks maka keikutsertaan akan semakin rendah ($p < 0,001$).

Biaya yang harus dikeluarkan dalam melakukan skrining kanker serviks antara lain adalah biaya yang terkait dengan perjalanan serta biaya untuk pemeriksaan. Biaya yang dikeluarkan ini tentunya akan menambah pengeluaran keluarga. WUS dengan status ekonomi keluarga yang kurang sering tidak melakukan skrining kanker serviks, terutama jika harus mengeluarkan atau membayar dengan sejumlah uang untuk melakukan pemeriksaan tersebut. Hasil penelitian Nene dkk, (2007) tentang keikutsertaan skrining kanker serviks di Maharashtra India menyatakan bahwa biaya pemeriksaan yang gratis serta tidak adanya biaya transportasi dapat membantu meningkatkan keikutsertaan wanita untuk melakukan pemeriksaan IVA.

Pemeriksaan IVA tidak dipungut biaya, tetapi biaya dalam penelitian ini selain biaya pemeriksaan juga menyangkut biaya yang harus dikeluarkan oleh WUS yang di mulai dari WUS tersebut berangkat sampai dengan WUS tersebut pulang kembali ke rumahnya. Adanya biaya yang dikeluarkan untuk sarana transportasi

dalam melakukan pemeriksaan IVA maka akan menambah biaya yang dikeluarkan, sementara WUS banyak dengan status ekonomi kurang sehingga banyak yang tidak melakukan pemeriksaan IVA.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Dalam melaksanakan penelitian ini tidak terlepas dari berbagai keterbatasan yang tidak dapat dihindari. Adapun keterbatasan tersebut yaitu :

a. Keterbatasan Desain Penelitian

Penelitian ini tidak dapat memperlihatkan hubungan sebab dan akibat keikutsertaan skrining kanker serviks jika besar sampel sedikit, maka upaya yang dilakukan yaitu memperbanyak besar sampel yaitu sebanyak 250 orang.

- b. *Recall Bias* adalah kelemahan studi *cross sectional* karena kemampuan responden untuk mengingat penyuluhan tentang kanker serviks telah berlalu (± 2 tahun yang lalu) sangat terbatas dan bias informasi yang diperoleh melalui pengamatan, pengukuran, pencatatan dan menginterpretasi kemungkinan kurang tepat. Upaya yang dilakukan untuk mengurangi *recall bias* yaitu dengan merancang pertanyaan yang sederhana sehingga mudah dimengerti.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Faktor predisposisi yaitu pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, pengetahuan dan sikap memiliki hubungan yang signifikan dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA, sedangkan faktor pemungkin tidak berhubungan dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA.

Pekerjaan merupakan variabel dominan berhubungan dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA. Besar hubungan variabel tersebut dapat dilihat dari rasio prevalensi sebesar 2,75 dengan 95% *CI* : 1,71-4,43, artinya peluang WUS untuk melakukan pemeriksaan IVA pada WUS yang bekerja 2,75 kali lebih besar dibandingkan dengan WUS yang tidak bekerja. Ketepatan model diperoleh sebesar 38% yang artinya variabel pekerjaan, pengetahuan dan sikap bisa menjelaskan hubungannya dengan keikutsertaan WUS melakukan pemeriksaan IVA sebesar 38%, sedangkan sisanya sebesar 62% dipengaruhi oleh faktor lain seperti faktor umur, pendidikan, status ekonomi, status menikah, paritas, jarak ke tempat pemeriksaan dan biaya.

Prediksi probabilitas WUS untuk melakukan skrining kanker serviks sebesar 96% jika WUS bekerja, pengetahuan tentang kanker serviks dan skrining kanker serviks baik serta memiliki sikap positif terhadap skrining kanker serviks.

6.2 Saran

- a. Kepada Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi perlu memberi informasi tentang kanker serviks, penyebab dan cara pencegahannya kepada masyarakat melalui media massa, seperti media cetak ataupun media elektronik.
- b. Kepada tenaga kesehatan khususnya petugas Puskesmas Berohol beserta lintas pelaksana program lainnya di Kota Tebing Tinggi perlu menggalakkan kembali program promosi tentang kanker serviks dan skrining kanker serviks dengan metode IVA kepada masyarakat dan menyarankan kepada semua kepala rumah tangga agar memberi dukungan kepada tiap ibu rumah tangga untuk melakukan skrining kanker serviks.
- c. Meningkatkan kerja sama lintas sektoral dan tokoh-tokoh masyarakat dalam hal menggerakkan WUS untuk melakukan skrining kanker serviks.
- d. Bagi wanita usia subur yang tidak bekerja disarankan agar mengikuti program promosi tentang kanker serviks dan skrining kanker serviks dengan metode IVA.
- e. Bagi peneliti yang tertarik dalam bidang yang sama perlu mempertimbangkan faktor penguat yang berhubungan dengan keikutsertaan WUS dalam melakukan pemeriksaan IVA, seperti dukungan suami dan dukungan petugas kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- American Cancer Society. 2011. Global Cancer Facts & Figures 2nd Edition. Atlanta: American Cancer Society; 24-26 diakses 24 Februari 2012; www.cancer.org/acs/groups/content/.../documents/.../acspsc-027766.pdf
- _____, 2012. Cervical cancer [e-book]. USA, di akses 18 Februari 2012; <http://documents.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/pdf>
- Andrijono, 2009. Kanker Serviks, Edisi Kedua, Divisi Onkologi Departemen Obstetri-Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Arevian, M., Nouredine, S., Kabakian-Khasholian, T., 2006. Raising Awareness and Providing Free Screening Improves Cervical Cancer Screening Among Economically Disadvantaged Lebanese/Armenian Women. *J Transcult Nurs*, 17:357, abstrak, diakses 18 Februari 2012.
- Azwar S., 2009. Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya. Edisi ke-2 (8). Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Bosch, F.X., and Munoz, N., 2001. A Women's Health Data Book: A Profile of Women's Health in The United States [e-book]. Edisi ke-3. Washington DC: Jacobs Institute of Women's Health; diakses 18 Februari 2012; <http://www.kff.org/womenshealth/upload/Women-s-Health-Data-Book.pdf>
- Departemen Kesehatan RI, 2008. Skrining Kanker Leher Rahim Dengan Metode Inspeksi Visual Dengan Asam Asetat (IVA), Jakarta.
- Emilia, O., 2010. Bebas Ancaman Kanker Serviks, Media Pressindo, Yogyakarta.
- Fatimah AN Nur, 2008. Studi Kualitatif Tentang Perilaku Keterlambatan Pasien dalam Melakukan Pemeriksaan Ulang Pap Smear di Klinik Keluarga Yayasan Kusuma Buana Tanjung Priok Jakarta Tahun 2008. Tesis : Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Depok, diakses 16 Maret 2012; www.lontar.ui.ac.id/file?file=digital/126271-S-5788-Studi%20kualitatif.

- Fylan F., 1998. Screening for Cervical Cancer: a Review of Women's Attitudes, Knowledge, and Behavior. *Br J Gen Pract.* 48: 1509-1514. Diakses 18 Februari 2012.
- Gannon M., Dowling M., 2008. Increasing the uptake of cervical screening programmes. *Br J Nurs.* 17(20): 1281-1284.(*online serial*). Diakses 18 Februari 2012.
- Gao W., Paterson J., Desouza R., Lu T., 2008. Demographic Predictors of Cervical Cancer Screening in Chinese Women in New Zealand. *NZMJ.* 61:3133-3141. (*online serial*). Diakses 17 Februari 2012.
- Iswara, S.D., Suwiyoga, I.K., Mayura M.I.G.P., dan Artha, A.I.G., 2004. Perbandingan Akurasi Diagnostik Lesi Pra Kanker Serviks Antara Tes Pap dengan Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA) pada Wanita dengan Lesi Serviks, *Cermin Dunia Kedokteran*, 145:5-8. (*online serial*) diakses 18 Februari 2012.
- Jemal, A., Bray, F., Center, M., Ferlay, J., Ward, E., and Forman D., 2011. Global Cancer Statistic, *CA Cancer J Clin*, 61 (2) : 72-81. (*Jurnal Elektronik*) diakses 19 Februari 2012; <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20107/pdf>
- Kamaliah, 2011. Pengaruh Pengetahuan, Sikap, Kepercayaan dan Tradisi Wanita Usia Subur (WUS) Terhadap Pemeriksaan Pap Smear dalam Upaya Deteksi Dini Kanker Serviks di RSUD. Dr. Pirngadi Medan Tahun 2011. Tesis : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Kementerian Kesehatan RI, 2010. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 976/Menkes/SK/VII/2010 tentang Pedoman Teknis Pengendalian Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim.
- Lancet, 1999. Visual Inspection With Acetic Acid For Cervical Cancer Screening Test Qualities in A Primary Care Setting. *University of Zimbabwe/JHPIEGO Cervical Cancer Project*; 363 (9156) : 869-873.
- Lassise, D.L., Savitz, DA., Hamman, RF., Baron, AE., Brinton, LA., Levines, RS., 2003. Cervical Cancer and Use of Hormonal Contraceptives: A Systematic Review, 361 (9364).
- Lee, EE., Fogg, L., Menon, U., 2008. Knowledge and Belief Related to Cervical Cancer and Screening Among Korean American women. *West J Nurs Res.* 30(8):960-974. (*online serial*) diakses 18 Februari 2012.

- Lemeshow, S., Hosmer, D.W.J., Klar, J., Lwanga, S.K., 1997. *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*. Alih bahasa Pramono, D. & Kusnanto, H. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Matejic B., Vulcovic D., Pekmezovic T., Kesic V., Marcovic M., 2011. Determinants of Preventing Health Behavior in Relation to Cervical Cancer Screening Among the Female Population of Belgrade. *Health Educ Res*; 17 (2), *abstract*, diakses 18 Februari 2012.
- Misra, D., 2001. *The women's health data book: A Profile of Women's Health in The United States* [e-book]. Edisi ke-3. Washington DC: Jacobs Institute of Women's Health; diakses 18 Februari 2012; <http://www.kff.org/womenshealth/upload/Women-s-Health-Data-Book.pdf>
- Murti, B., 2003. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Edisi 2, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Nene, B., Kasturi, J., Silvana, A., Shastri, S., Budukh, A., Sanjay, H., Muwonge, R., Malvi, S., Dinshawc, K., & Sankaranarayananb, R., 2007. Determinants of Woman Participation in Cervical Cancer Screening Trial, Maharashtra, India. *Bull WHO*. 85 (4): 264-270, diakses 18 Februari 2012.
- Notoatmodjo, S., 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta, Rineka Cipta.
- _____, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta, Rineka Cipta.
- Novel SS., Nuswantara S., Safitri R., 2010. Deteksi Dini Kanker Serviks Melalui Uji Sitologi dan DNA HPV. *Cermin Dunia Kedokteran*, 37 (2): 91-93. (online serial) diakses 23 Februari 2012.
- Nuranna L., 2001. Skrining Kanker Seviks dengan Metode Skrining Alternatif:IVA. *Cermin Dunia Kedokteran*, 133: 22-24. (online serial) diakses 11 Desember 2011; http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/cdk_133_obstetri_dan_ginekologi.pdf
- Oliveira, L., Amorim, MM., Souza, PR., Albuquerque, LC., Brandao, LA., Guimaraes RL., 2008. Chlamydia Infection in Patients With and Without Cervical Intra-Epithelial Lesions Tested by Real Time PCR vs. Direct Immunofluorescence, *Braz J Infect Dis*, 12 (4):324-328, diakses 28 Maret 2012.

- Plummer, M., Herrero, R., Franceschi, S., Meijer, C.J., Snijders, P., Bosch, F.X., Sanjose, S.D. & Munoz, N. 2003. Smoking and Cervical Cancer: Pool Analysis of The IARC Multicentric Case—Control Study. *Cancer Causes Control*. 14 (9), abstrak, diakses 28 Maret 2012.
- Safira, F., 2008. Hubungan Antara Status Sosial dan Struktur Keluarga dengan Perilaku Seksual Remaja SMU di Kota Yogyakarta. Tesis : Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Sjamsuddin, S., 2001. Pencegahan dan Deteksi Dini Kanker Serviks. *Cermin Dunia Kedokteran*, 133: 8-13. (online serial) diakses 11 Desember 2011; http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/cdk_133_obstetri_dan_ginekologi.pdf
- Smith, J.S., Green, J., de Gonzalez, A.B., Appleby, P., Peto, J. & Plummer, M., 2003. Cervical Cancer and Use of Hormonal Contraceptives: A Systematic Review. *Lancet*, 361:1159–1167.
- Sugiyono, 2009. *Statistika Untuk Penelitian*. Edisi ke-15. Bandung: Alfabeta; 2009.
- Sutton, S., Rutherford, C., 2005. Sociodemographic and Attitudinal Correlates of Cervical Screening Uptake in a National Sample of Women in Britain. *Soc Sci-Med*.
- Trisilia R., 2009. Analisis Keikutsertaan Wanita dalam Pemeriksaan Inspeksi Visual dengan Asan Asetat (IVA) Sebagai Metode Skrining Alternatif Knaker Serviks di Puskesmas Alun-Alun Kabupaten Gtesik Tahun 2009. Skripsi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, Semarang.
- Tjindarbumi, D., Mangunkusumo, R., 2002. Cancer in Indonesia, Present and Future. *Jpn J Clin Oncol* ; 32 (suppl 1): 17-21. (Jurnal Elektronik) diakses 18 Februari 2012.
- WHO, 2002. *Cervical Cancer Screening in Developing Countries: Report of a WHO Consultation* [e-book]. Perancis:hal :25-37 ,diakses 18 Februari 2012; <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545720.pdf>
- _____, 2006. *Cervical Cancer Control : A Guide to Essential Practice* [e-book]. Swiss: WHO; diakses 12 Februari 2012; http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547006_eng.pdf

_____, 2010. Indonesia Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2010; WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer: diakses 3 Mei 2012; http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/IDN_FS.pdf?CFID=6000823&CFTOKEN=43577008

Winkler J., Bingham A, Coffey P, Penn Handwerker W., 2008. Women's Participation in a Cervical Cancer Screening Program in Northern Peru. *Oxford J.* 23(1): 10-24.

Wulandari, I.A., 2010, Hubungan Faktor Sosial Demografi, Pengetahuan, Sikap dan Biaya dengan Perilaku Wanita Dalam Menjalani Pemeriksaan IVA di Puskesmas Mengwi II Kabupaten Badung Provinsi Bali. Tesis : Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran, Bandung.

Lampiran 1

PENGANTAR KUESIONER PENELITIAN

Kepada Yth:

Saudari/Ibu

Di Wilayah Kerja Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis

Kota Tebing Tinggi

Dengan hormat,

Untuk menyelesaikan penyusunan tesis sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara, maka saya akan mengadakan penelitian dengan judul **“Analisis Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan Metode Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA) pada Wanita Usia Subur (WUS) di Wilayah Kerja Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi Tahun 2012”**. Dalam hal ini memohon kesediaan Saudari/Ibu meluangkan waktu sejenak untuk mengisi kuesioner ini. Semua hal yang berhubungan dengan identitas Saudari/Ibu akan peneliti rahasiakan dan hanya dipergunakan untuk penelitian ini, oleh karena itu peneliti berharap saudari/Ibu memberikan jawaban sesuai dengan yang dikehendaki.

Atas perhatian dan kesediaan serta kerjasama Saudari/Ibu dalam pengisian kuesioner ini, peneliti mengucapkan terima kasih.

Tebing Tinggi,.....Mei 2012

Peneliti

(Sri Hernawati Sirait)

KUESIONER
ANALISIS KEIKUTSERTAAN SKRINING KANKER SERVIKS DENGAN
METODE INSPEKSI VISUAL DENGAN ASAM ASETAT (IVA) PADA
WANITA USIA SUBUR (WUS) DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BEROHOL KECAMATAN BAJENIS
KOTA TEBING TINGGI TAHUN 2012

A. IDENTITAS RESPONDEN	
NAMA	:
ALAMAT	:
TANGGAL WAWANCARA :	
B. SOSIAL DEMOGRAFI	
<u>Petunjuk pengisian:</u> Isilah titik-titik atau berilah tanda silang (x) pada setiap jawaban sesuai dengan kondisi anda!	
1. Tanggal lahir :	
2. Umur Ibu :	
3. Pendidikan : 1. SD/ sederajat 2. SMP/ sederajat 3. SMU/ sederajat 4. Perguruan tinggi	
4. Pekerjaan : 1. Ya (Sebutkan :.....) 2. Tidak	
5. a. Pendapatan ibu sebulan : Rp :.....	
b. Pengeluaran ibu perbulan :	

- Pengeluaran rata-rata perbulan untuk konsumsi pangan :

- Beras Rp :
- Lauk pauk Rp :
- Obat-batan Rp :
- Rokok Rp :
- Lain-lain Rp :
- Total Rp :

- Pengeluaran rata-rata perbulan untuk konsumsi

- non pangan :

- Perumahan Rp :
- Pendidikan Rp :
- Pakaian Rp :
- Transport Rp :
- Pesta/Sosial Rp :
- Lain-lain Rp :
- Total Rp :

6. Status pernikahan : 1. Belum Menikah → Lanjut ke pertanyaan 9
2. Menikah
3. Janda

7. Berapa kali melahirkan :

1. Belum pernah
2. 1 kali
3. 2 kali
4. 3 kali
5. 4 kali
6. Lebih dari 4 kali, sebutkan berapa kali ...

8. Jumlah anggota keluarga yang ditanggung :

9. Jarak rumah dengan tempat pemeriksaan?

1. Dekat : Bila berjalan kaki menempuh jarak < 1 km atau bila naik sepeda motor menempuh waktu < 30 menit
2. Jauh : Bila berjalan kaki menempuh jarak > 1 km atau naik naik sepeda motor menempuh waktu > 30 menit

C. PENGETAHUAN

Petunjuk pengisian:

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda *silang* (X) pada 1 (satu) jawaban yang menurut anda benar.

1. Apakah yang dimaksud dengan kanker serviks ?
 - a. Penyakit tumor ganas di leher rahim yang ditandai dengan gejala dini seperti keputihan, perdarahan dari kemaluan diluar siklus haid dan perdarahan setelah kontak bersenggama.
 - b. Suatu kanker terjadi pada organ reproduksi wanita yang ditandai dengan keputihan dan perdarahan.
 - c. Merupakan suatu penyakit ganas pada wanita yang ditandai keputihan dan perdarahan.
2. Penyebab kanker serviks adalah :
 - a. Infeksi virus *Human Papilloma Virus* (HPV)
 - b. Infeksi jamur
 - c. Infeksi bakteri
3. Proses terjadinya kanker serviks memerlukan waktu :
 - a. 1 - 3 tahun
 - b. 3 - 5 tahun
 - c. 5 – 10 tahun
4. Faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit kanker serviks yaitu:
 - a. Keputihan yang gatal dan tidak berbau
 - b. Sosial ekonomi yang rendah dan kebersihan kurang
 - c. Pasangan seksual yang berganti-ganti
5. Gejala awal dari penyakit kanker serviks adalah?
 - a. Rasa sakit perut bagian bawah
 - b. Keputihan dan menimbulkan bau, bau ini karena adanya infeksi
 - c. Perdarahan
6. Menurut ibu apakah alat kontrasepsi berisiko tinggi terhadap kanker serviks ?
 - a. Ya
 - b. Ragu-ragu
 - c. Tidak

7. Kepada siapakah sebaiknya pemeriksaan IVA ditujukan ?
 - a. Semua wanita yang sudah menikah / > 30 tahun
 - b. Semua wanita dewasa
 - c. Tidak tahu
8. Apakah ibu mengetahui kapan harus menjalani pemeriksaan IVA ?
 - a. Sebaiknya tidak dalam keadaan haid
 - b. Kapan saja dalam siklus menstruasi, pada masa kehamilan, nifas atau
 - c. Tidak tahu
9. Berapa lama sebaiknya interval/jarak pemeriksaan IVA dilakukan ?
 - a. Secara berkala, setahun sekali
 - b. 3 tahun / 5 tahun sekali
 - c. Tidak tahu
10. Menurut ibu apakah manfaat dari pemeriksaan IVA ?
 - a. Untuk mengetahui penyakit
 - b. Dapat mengetahui kelainan pra kanker leher rahim secara dini atau lanjut, sehingga dapat dicegah dan ditangani dengan segera.
 - c. Tidak tahu
11. Siapakah yang dapat melakukan pemeriksaan IVA ?
 - a. Dokter kandungan
 - b. Bidan
 - c. Perawat
12. Dimana saja pemeriksaan IVA dapat dilakukan ?
 - a. Puskesmas
 - b. Praktek dokter/bidan
 - c. Rumah sakit
13. Apabila dalam pemeriksaan IVA hasilnya negatif, apakah kita tetap perlu untuk melaksanakan pemeriksaan berikutnya ?
 - a. Ya
 - b. Ragu-ragu
 - c. Tidak

D. SIKAP

Petunjuk pengisian:

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda *check list* (√) pada salah 1 (satu) kotak yang tersedia.

Pilihan jawaban :

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

RR : Ragu-Ragu

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

NO	PERNYATAAN	JAWABAN				
		SS	S	RR	TS	STS
1	Kanker serviks merupakan penyakit yang mematikan					
2	Kanker serviks dapat menyerang setiap wanita					
3	Kanker serviks merupakan penyakit yang dapat dicegah					
4	Pemeriksaan IVA yang menyebutkan hasilnya normal berarti tidak terdapat risiko terkena kanker serviks					
5	Risiko terserang kanker serviks semakin tinggi pada wanita dengan banyak anak, apalagi dengan jarak persalinan yang terlalu pendek					
6	Semakin dini menjalani pemeriksaan IVA maka manfaatnya akan semakin besar					
7	Pemeriksaan IVA penting untuk menjaga kesehatan saya					
8	Saya merasa malu untuk ikut menjalani pemeriksaan IVA karena organ intimnya diperiksa					
9	Saya merasa takut untuk ikut menjalani pemeriksaan IVA					
10	Melakukan pencegahan kanker lebih baik daripada mengobati.					
11	Sebelum menjalani pemeriksaan saya siap terhadap hasil apapun yang ditemukan dalam pemeriksaan					
12	Ikut menjalani pemeriksaan IVA dapat membahayakan kesehatan saya					

13	Pemeriksaan IVA akan menyebabkan rasa sakit pada saat pemeriksaan.					
14	Pengobatan lanjutan sangat perlu dilakukan jika ditemukan ada kelainan serviks.					
15	Menghindari merokok dapat mengurangi risiko terkena kanker serviks					
16	Wanita yang dinyatakan normal dalam pemeriksaan IVA tidak perlu menjalani pemeriksaan IVA ulangan karena tidak bermanfaat					
17	Wanita yang pernah melakukan hubungan senggama harus menjalani pemeriksaan deteksi dini kanker serviks					
18	Saya tidak pernah berganti-ganti pasangan, oleh karena itu tidak perlu menjalani pemeriksaan IVA					
19	Wanita yang pernah melakukan hubungan senggama tetapi sekarang tidak aktif lagi (status janda atau cerai) tidak perlu menjalani pemeriksaan					
20	Wanita perlu menjalani pemeriksaan IVA walaupun tidak ada tanda-tanda kanker serviks					

E. PERILAKU MENJALANI PEMERIKSAAN IVA

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda silang (x) pada jawaban yang menurut anda benar.

1. Apakah anda pernah menjalani pemeriksaan serviks dengan metode IVA?
 1. Pernah (sebutkan:.....kali)
 2. Tidak pernah
2. Di manakah anda menjalani pemeriksaan tersebut?
 1. Di Puskesmas Berohol
 2. Di tempat lain (Sebutkan! Di

F. BIAYA

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda silang (x) pada jawaban yang menurut anda benar.

1. Menurut pendapat anda, bagaimanakah total biaya yang harus dikeluarkan untuk menjalani pemeriksaan IVA yang dilakukan oleh Puskesmas Berohol?
 1. Gratis
 2. Bayar

Lampiran 2

Master Data

No	IkutK	Umur	UmurK	Pend	PendK	Kerja	KerjaK	St.Eko	EkoK
1	0	32	1	D3	0	Ya	0	Cukup	0
2	1	27	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
3	0	27	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
4	0	26	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
5	0	31	1	D3	0	Ya	0	Cukup	0
6	1	33	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
7	0	38	1	SMP	1	Ya	0	Kurang	1
8	1	23	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
9	1	23	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
10	0	25	0	SMA	0	Ya	0	Kurang	1
11	0	41	2	SMP	1	Ya	0	Cukup	0
12	1	20	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
13	0	47	2	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
14	1	23	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
15	0	34	1	SMP	1	Ya	0	Kurang	1
16	1	32	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
17	0	30	1	D3	0	Ya	0	Cukup	0
18	1	23	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
19	1	31	1	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
20	0	35	1	SMP	1	Ya	0	Kurang	1
21	1	31	1	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
22	0	30	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
23	1	39	1	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
24	1	37	1	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
25	0	38	1	SMP	1	Tidak	1	Cukup	0
26	0	30	1	SMA	0	Ya	0	Kurang	1
27	1	28	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
28	0	31	1	SMA	0	Ya	0	Kurang	1
29	1	37	1	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
30	0	29	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1

No	IkutK	Umur	UmurK	Pend	PendK	Kerja	KerjaK	St.Eko	EkoK
31	1	30	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
32	0	29	0	SMA	0	Ya	0	Kurang	1
33	1	33	1	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
34	0	27	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
35	0	48	2	SD	2	Ya	0	Cukup	0
36	0	43	2	SMP	1	Ya	0	Cukup	0
37	1	43	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
38	1	43	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
39	0	44	2	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
40	1	48	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
41	1	48	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
42	0	34	1	PT	0	Ya	0	Cukup	0
43	1	43	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
44	1	48	2	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
45	0	30	1	SMA	0	Ya	0	Kurang	1
46	1	41	2	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
47	0	42	2	SMP	1	Tidak	1	Cukup	0
48	0	27	0	SMP	1	Ya	0	Kurang	1
49	1	45	2	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
50	1	49	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
51	0	39	1	SMP	1	Tidak	1	Cukup	0
52	1	35	1	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
53	0	24	0	SMA	0	Ya	0	Cukup	0
54	1	36	1	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
55	1	45	2	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
56	0	30	1	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
57	0	33	1	D3	0	Ya	0	Cukup	0
58	0	29	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
59	1	43	2	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
60	1	36	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
61	1	39	1	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
62	0	31	1	SMP	1	Ya	0	Cukup	0
63	1	28	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
64	1	25	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
65	0	25	0	SMA	0	Ya	0	Cukup	0

No	IkutK	Umur	UmurK	Pend	PendK	Kerja	KerjaK	St.Eko	EkoK
66	0	34	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
67	0	35	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
68	1	44	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
69	0	30	1	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
70	0	41	2	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
71	1	38	1	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
72	0	32	1	D3	0	Ya	0	Cukup	0
73	0	27	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
74	1	30	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
75	0	35	1	PT	0	Ya	0	Cukup	0
76	1	26	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
77	0	31	1	SMA	0	Ya	0	Kurang	1
78	1	35	1	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
79	0	32	1	D3	0	Ya	0	Cukup	0
80	1	33	1	smp	1	Tidak	1	Kurang	1
81	0	23	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
82	0	30	1	SMP	1	Ya	0	Cukup	0
83	0	34	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
84	1	25	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
85	0	31	1	PT	0	Ya	0	Cukup	0
86	0	29	0	D3	0	Ya	0	Cukup	0
87	1	38	1	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
88	0	28	0	D3	0	Ya	0	Cukup	0
89	0	34	1	smp	1	Ya	0	Kurang	1
90	1	43	2	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
91	0	40	2	SD	2	Ya	0	Kurang	1
92	1	35	1	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
93	0	27	0	D3	0	Ya	0	Cukup	0
94	1	34	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
95	0	33	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
96	0	32	1	SMA	0	Ya	0	Cukup	0
97	1	40	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
98	0	36	1	SMP	1	Ya	0	Kurang	1
99	1	43	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
100	1	33	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1

No	IkutK	Umur	UmurK	Pend	PendK	Kerja	KerjaK	St.Eko	EkoK
101	1	31	1	D3	0	Ya	0	Cukup	0
102	1	35	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
103	1	40	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
104	1	43	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
105	0	47	2	SD	2	Ya	0	Kurang	1
106	0	34	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
107	1	38	1	SMA	0	Tidak	1	Cukup	0
108	0	44	2	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
109	1	40	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
110	1	41	2	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
111	0	38	1	SMP	1	Ya	0	Kurang	1
112	1	46	2	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
113	0	37	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
114	0	41	2	SMP	1	Ya	0	Kurang	1
115	1	32	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
116	1	48	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
117	1	41	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
118	1	42	2	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
119	0	36	1	PT	0	Tidak	0	Cukup	0
120	1	33	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
121	1	30	1	D3	0	Ya	0	Cukup	0
122	0	22	0	SMA	0	Ya	0	Kurang	1
123	1	30	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
124	0	31	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
125	1	25	0	SMP	1	Tidak	0	Kurang	1
126	0	26	0	SMA	0	Ya	0	Kurang	1
127	0	46	2	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
128	1	40	2	SD	2	Ya	0	Cukup	0
129	1	34	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
130	1	36	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
131	1	28	0	D3	0	Ya	0	Kurang	1
132	0	49	2	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
133	0	33	1	D3	0	Ya	0	Kurang	1
134	1	29	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
135	1	45	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1

No	IkutK	Umur	UmurK	Pend	PendK	Kerja	KerjaK	St.Eko	EkoK
136	0	25	0	SMA	0	Ya	0	Cukup	0
137	0	36	1	PT	0	Ya	0	Cukup	0
138	1	35	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
139	1	44	2	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
140	1	23	0	SMA	0	Ya	0	Kurang	1
141	1	23	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
142	1	23	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
143	0	31	1	PT	0	Ya	0	Cukup	0
144	1	49	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
145	1	26	0	D3	0	Ya	0	Cukup	0
146	0	24	0	SMA	0	Ya	0	Kurang	1
147	0	32	1	SMP	1	Ya	0	Kurang	1
148	1	27	0	D3	0	Ya	0	Cukup	0
149	0	36	1	SMA	0	Ya	0	Kurang	1
150	1	31	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
151	1	30	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
152	1	48	2	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
153	1	42	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
154	0	49	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
155	0	35	1	D3	0	Ya	0	Cukup	0
156	1	39	1	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
157	1	38	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
158	1	39	1	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
159	1	39	1	SMA	0	Tidak	1	Cukup	0
160	1	24	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
161	1	28	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
162	1	33	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
163	1	24	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
164	1	38	1	D3	0	Ya	0	Cukup	0
165	1	36	1	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
166	1	29	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
167	0	32	1	PT	0	Ya	0	Cukup	0
168	1	37	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
169	1	27	0	SMA	0	Ya	0	Kurang	1
170	1	22	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1

No	IkutK	Umur	UmurK	Pend	PendK	Kerja	KerjaK	St.Eko	EkoK
171	0	29	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
172	0	35	1	SMA	0	Ya	0	Kurang	1
173	1	40	2	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
174	1	27	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
175	1	35	1	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
176	1	41	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
177	0	40	2	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
178	0	41	2	SMP	1	Ya	0	Cukup	0
179	1	31	1	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
180	1	30	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
181	0	33	1	SMP	1	Ya	0	Kurang	1
182	1	33	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
183	1	31	1	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
184	0	35	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
185	1	42	2	SD	2	Tidak	1	Cukup	0
186	1	45	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
187	0	32	1	SMA	0	Ya	0	Kurang	1
188	0	32	1	SMA	0	Ya	0	Kurang	1
189	1	30	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
190	1	26	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
191	0	27	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
192	1	23	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
193	1	28	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
194	1	37	1	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
195	0	37	1	SMA	0	Ya	0	Cukup	0
196	1	35	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
197	1	32	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
198	1	27	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
199	0	35	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
200	1	32	1	SMA	0	Ya	0	Kurang	1

No	IkutK	Umur	UmurK	Pend	PendK	Kerja	KerjaK	St.Eko	EkoK
201	1	27	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
202	1	35	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
203	1	27	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
204	1	23	0	SMA	0	Ya	0	Cukup	0
205	1	29	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
206	1	33	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
207	1	31	1	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
208	1	31	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
209	0	35	1	SMA	0	Ya	0	Kurang	1
210	1	32	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
211	1	31	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
212	0	29	0	SMA	0	Tidak	1	Cukup	0
213	1	32	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
214	1	29	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
215	1	35	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
216	1	28	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
217	1	49	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
218	1	23	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
219	0	29	0	SMA	0	Ya	1	Cukup	0
220	1	42	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
221	0	29	0	SMA	0	Ya	0	Kurang	1
222	1	25	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
223	0	29	0	SMA	0	Ya	0	Cukup	0
224	1	27	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
225	1	35	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
226	1	25	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
227	0	34	1	SMA	0	Ya	0	Cukup	0
228	1	25	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
229	1	23	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
230	1	43	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
231	1	30	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
232	1	26	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
233	0	30	1	SMA	0	Ya	0	Kurang	1
234	1	32	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
235	1	27	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1

No	IkutK	Umur	UmurK	Pend	PendK	Kerja	KerjaK	St.Eko	EkoK
236	1	27	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
237	1	42	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
238	1	32	1	SMA	0	Tidak	1	Cukup	0
239	1	41	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
240	0	47	2	SD	2	Ya	0	Cukup	0
241	1	41	2	SMP	1	Tidak	1	Cukup	0
242	0	45	2	SD	2	Tidak	1	Kurang	1
243	1	26	0	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
244	0	28	0	SMP	1	Ya	0	Kurang	1
245	1	31	1	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1
246	0	33	1	SMP	1	Ya	0	Cukup	0
247	1	33	1	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
248	1	27	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
249	1	29	0	SMP	1	Tidak	1	Kurang	1
250	1	32	1	SMA	0	Tidak	1	Kurang	1

No	St.nikahK	Paritas	ParitasK	Tahu	TahuK	Sikap	SikapK	JarakK	BiayaK
1	0	2	1	10	0	74	1	0	0
2	0	2	1	6	1	59	0	0	0
3	0	1	1	9	0	59	0	0	0
4	0	1	1	7	1	58	0	0	0
5	0	2	1	10	0	74	1	0	0
6	0	3	0	5	1	58	0	0	0
7	1	3	0	6	1	75	1	0	0
8	0	1	1	6	1	58	0	0	0
9	0	1	1	9	0	57	0	0	0
10	0	2	1	9	0	71	1	0	0
11	1	3	0	10	0	59	0	0	0
12	0	1	1	11	0	59	0	0	0
13	0	3	0	5	1	59	0	0	0
14	0	1	1	10	0	58	0	0	0
15	0	2	1	7	1	74	1	0	0
16	0	2	1	5	1	59	0	0	0
17	0	2	1	9	0	76	1	0	0
18	0	2	1	5	1	59	0	0	0
19	0	2	1	4	1	71	1	0	0
20	0	3	0	7	1	58	0	0	0
21	0	2	1	11	0	59	0	0	0
22	0	1	1	10	0	79	1	0	0
23	1	4	0	5	1	59	0	0	0
24	0	2	1	4	1	62	1	0	0
25	0	3	0	9	0	73	1	0	0
26	0	2	1	11	0	80	1	0	1
27	0	2	1	6	1	73	1	0	0
28	0	2	1	10	0	77	1	0	0
29	0	2	1	6	1	68	1	0	0
30	0	2	1	10	0	58	0	0	1

No	St.nikahK	Paritas	ParitasK	Tahu	TahuK	Sikap	SikapK	JarakK	BiayaK
31	0	2	1	4	1	65	1	0	0
32	0	2	1	9	0	63	1	0	0
33	0	4	0	4	1	66	1	0	0
34	0	2	1	10	0	71	1	0	0
35	1	5	0	6	1	66	1	0	0
36	0	4	0	9	0	76	1	0	0
37	1	3	0	6	1	59	0	0	0
38	0	2	1	5	1	63	1	0	0
39	0	3	0	10	0	65	1	0	0
40	0	2	1	5	1	63	1	0	0
41	0	1	1	5	1	63	1	0	0
42	0	4	0	10	0	77	1	0	0
43	0	3	0	5	1	67	1	0	0
44	0	3	0	6	1	74	1	0	0
45	0	2	1	9	0	65	1	0	0
46	0	5	0	5	1	65	1	0	0
47	0	4	0	7	1	79	1	0	0
48	0	1	1	10	0	81	1	0	0
49	0	5	0	6	1	58	0	0	0
50	0	4	0	6	1	58	0	0	0
51	0	4	0	7	1	59	0	0	0
52	1	2	1	5	1	61	1	0	0
53	0	1	1	10	0	75	1	0	0
54	0	3	0	5	1	64	1	0	0
55	1	4	0	6	1	59	0	0	0
56	0	2	1	10	0	81	1	0	0
57	0	3	0	10	0	75	1	0	0
58	0	2	1	10	0	58	0	0	0
59	0	4	0	5	1	64	1	0	0
60	0	3	0	4	1	62	1	0	0
61	0	4	0	5	1	58	0	0	0
62	0	3	0	8	0	79	1	0	0
63	0	2	1	5	1	57	0	0	0
64	0	1	1	8	0	58	0	0	0
65	0	2	1	7	1	58	0	0	0

No	St.nikahK	Paritas	ParitasK	Tahu	TahuK	Sikap	SikapK	JarakK	BiayaK
66	0	3	0	9	0	58	0	0	0
67	0	3	0	10	0	82	1	0	0
68	0	4	0	5	1	56	0	0	0
69	0	2	1	10	0	59	0	0	0
70	0	4	0	6	1	59	0	0	0
71	1	3	0	5	1	58	0	0	0
72	0	2	1	10	0	78	1	0	0
73	0	2	1	10	0	84	1	0	0
74	0	2	1	5	1	58	0	0	0
75	0	3	0	10	0	82	1	0	0
76	0	2	1	5	1	58	0	0	0
77	0	2	1	11	0	81	1	0	0
78	0	3	0	5	1	58	0	0	0
79	0	2	1	11	0	82	1	0	0
80	0	3	0	5	1	58	0	0	0
81	0	2	1	9	0	58	0	0	0
82	0	2	1	10	0	82	1	0	0
83	0	3	0	9	0	78	1	0	0
84	0	0	1	6	1	57	0	0	1
85	0	2	1	11	0	76	1	0	0
86	0	2	1	7	1	78	1	0	0
87	0	3	0	6	1	57	0	0	0
88	0	2	1	10	0	58	0	0	1
89	0	3	0	7	1	87	1	0	0
90	0	4	0	6	1	59	0	0	0
91	0	3	0	7	1	76	1	0	0
92	0	3	0	5	1	57	0	0	0
93	0	2	1	11	0	88	1	0	0
94	0	3	0	8	0	58	0	0	0
95	0	2	1	10	0	83	1	0	0
96	0	3	0	6	1	84	1	0	0
97	0	4	0	6	1	58	0	0	0
98	0	3	0	10	0	85	1	0	0
99	0	4	0	4	1	66	1	0	0
100	0	4	0	5	1	63	1	0	0

No	St.nikahK	Paritas	ParitasK	Tahu	TahuK	Sikap	SikapK	JarakK	BiayaK
101	0	2	1	13	0	58	0	0	0
102	0	4	0	5	1	66	1	0	0
103	0	3	0	6	1	57	0	0	0
104	0	4	0	5	1	57	0	0	0
105	0	4	0	5	1	83	1	0	0
106	0	2	1	6	1	58	0	0	0
107	0	3	0	9	0	59	0	0	1
108	0	4	0	6	1	67	1	0	0
109	0	3	0	6	1	56	0	0	0
110	1	4	0	6	1	73	1	0	0
111	0	1	1	8	0	69	1	0	0
112	0	5	0	7	1	65	1	0	0
113	0	3	0	7	1	59	0	0	0
114	0	3	0	6	1	58	0	0	0
115	0	2	1	10	0	59	0	0	0
116	0	2	1	5	1	65	1	0	0
117	0	3	0	6	1	59	0	0	0
118	1	3	0	8	0	58	0	0	0
119	0	3	0	10	0	85	1	0	1
120	0	2	1	8	0	58	0	0	0
121	0	2	1	10	0	59	0	0	1
122	0	1	1	7	1	85	1	0	0
123	0	2	1	10	0	58	0	0	0
124	0	3	0	6	1	83	1	0	0
125	0	3	0	7	1	66	1	0	0
126	0	2	1	11	0	88	1	0	0
127	0	4	0	11	0	82	1	0	1
128	0	3	0	6	1	59	0	0	0
129	1	3	0	8	0	61	1	0	0
130	0	3	0	10	0	58	0	0	0
131	0	2	1	10	0	59	0	0	0
132	0	4	0	9	0	82	1	0	0
133	0	1	1	8	0	73	1	0	0
134	0	2	1	5	1	69	1	0	0
135	0	4	0	9	0	58	0	0	0

No	St.nikahK	Paritas	ParitasK	Tahu	TahuK	Sikap	SikapK	JarakK	BiayaK
136	0	2	1	9	0	83	1	0	1
137	0	4	0	10	0	84	1	0	0
138	0	2	1	10	0	57	0	0	0
139	1	1	1	6	1	73	1	0	0
140	0	1	1	6	1	68	1	0	0
141	0	1	1	6	1	65	1	0	1
142	0	2	1	6	1	77	1	0	0
143	0	2	1	9	0	77	1	0	0
144	0	1	1	6	1	72	1	0	0
145	0	2	1	10	0	83	1	0	0
146	0	1	1	10	0	81	1	0	0
147	0	3	0	10	0	79	1	0	1
148	0	2	1	9	0	59	0	0	0
149	0	3	0	9	0	82	1	0	0
150	0	2	1	11	0	58	0	0	0
151	0	2	1	6	1	74	1	0	0
152	0	1	1	6	1	86	1	0	0
153	0	2	1	7	1	80	1	0	0
154	0	4	0	8	0	85	1	0	0
155	0	3	0	11	0	81	1	0	1
156	0	4	0	8	0	57	0	0	0
157	0	3	0	10	0	57	0	0	0
158	1	3	0	6	1	59	0	0	0
159	0	4	0	8	0	59	0	0	0
160	0	1	1	5	1	82	1	0	0
161	0	3	0	6	1	79	1	0	0
162	0	2	1	8	0	69	1	0	0
163	0	2	1	6	1	64	1	0	0
164	1	3	0	9	0	59	0	0	0
165	0	1	1	6	1	81	1	0	0
166	0	2	1	6	1	75	1	0	0
167	0	2	1	9	0	81	1	0	1
168	1	3	0	9	0	59	0	0	0
169	0	2	1	7	1	65	1	0	0
170	0	2	1	6	1	68	1	0	0

No	St.nikahK	Paritas	ParitasK	Tahu	TahuK	Sikap	SikapK	JarakK	BiayaK
171	0	2	1	10	0	80	1	0	0
172	0	3	0	10	0	82	1	0	1
173	0	4	0	6	1	61	1	0	0
174	0	2	1	6	1	67	1	0	0
175	0	2	1	7	1	60	1	0	0
176	1	3	0	10	0	58	0	0	0
177	0	3	0	10	0	78	1	0	0
178	0	2	1	10	0	81	1	0	0
179	0	3	0	9	0	56	0	0	0
180	0	2	1	6	1	63	1	0	0
181	0	2	1	9	0	80	1	0	0
182	0	1	1	5	1	62	1	0	0
183	0	2	1	10	0	59	0	0	0
184	0	2	1	11	0	83	1	0	0
185	0	1	1	6	1	61	1	0	0
186	0	3	0	10	0	58	0	0	0
187	0	2	1	11	0	81	1	0	0
188	0	2	1	11	0	85	1	0	1
189	0	3	0	8	0	71	1	0	0
190	0	2	1	6	1	67	1	0	0
191	0	1	1	10	0	80	1	0	0
192	0	1	1	5	1	66	1	0	0
193	0	2	1	6	1	64	1	0	0
194	0	3	0	8	0	67	1	0	0
195	1	4	0	10	0	59	0	0	1
196	0	2	1	5	1	67	1	0	0
197	0	3	0	7	1	59	0	0	0
198	0	2	1	6	1	58	0	0	0
199	0	3	0	10	0	82	1	0	0
200	0	2	1	11	0	59	0	0	0

No	St.nikahK	Paritas	ParitasK	Tahu	TahuK	Sikap	SikapK	JarakK	BiayaK
201	0	1	1	6	1	62	1	0	0
202	0	2	1	10	0	58	0	0	0
203	0	1	1	6	1	67	1	0	0
204	0	2	1	8	0	63	1	0	0
205	0	2	1	10	0	58	0	0	0
206	1	2	1	6	1	65	1	0	0
207	0	2	1	6	1	61	1	0	0
208	0	2	1	5	1	67	1	0	0
209	0	3	0	10	0	82	1	0	0
210	0	2	1	6	1	66	1	0	1
211	0	1	1	6	1	67	1	0	1
212	0	1	1	9	0	58	0	0	0
213	0	2	1	6	1	68	1	0	0
214	0	2	1	11	0	59	0	0	0
215	0	3	0	10	0	58	0	0	1
216	0	2	1	7	1	58	0	0	1
217	0	2	1	6	1	62	1	0	0
218	0	1	1	12	0	59	0	0	0
219	0	2	1	10	0	81	1	0	0
220	1	4	0	5	1	66	1	0	0
221	0	2	1	11	0	58	0	0	0
222	0	2	1	5	1	69	1	0	0
223	0	2	1	9	0	76	1	0	0
224	0	2	1	9	0	58	0	0	0
225	0	3	0	9	0	58	0	0	0
226	0	2	1	8	0	58	0	0	1
227	0	3	0	9	0	85	1	0	0
228	0	2	1	8	0	57	0	0	0
229	0	1	1	9	0	59	0	0	1
230	1	3	0	9	0	57	0	0	0
231	0	2	1	11	0	59	0	0	0
232	0	2	1	9	0	58	0	0	1
233	0	2	1	9	0	83	1	1	1
234	0	3	0	10	0	59	0	0	1
235	0	2	1	9	0	58	0	0	1

No	St.nikahK	Paritas	ParitasK	Tahu	TahuK	Sikap	SikapK	JarakK	BiayaK
236	0	1	1	8	0	58	0	1	1
237	0	3	0	8	0	57	0	0	0
238	0	3	0	10	0	58	0	1	0
239	1	2	1	7	1	63	1	0	1
240	0	2	1	7	1	59	0	1	0
241	0	1	1	5	1	69	1	1	1
242	0	5	0	9	0	58	0	1	0
243	0	1	1	5	1	65	1	0	0
244	0	2	1	9	0	58	0	0	0
245	0	3	0	9	0	58	0	1	1
246	0	2	1	9	0	59	0	0	1
247	1	2	1	9	0	59	0	0	0
248	0	2	1	4	1	65	1	1	1
249	0	2	1	9	0	57	0	0	0
250	0	2	1	10	0	58	0	1	1

Lampiran 3

Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

Pengetahuan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

- a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,798	13

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
p1	,70	,466	30
p2	,63	,490	30
p3	,73	,450	30
p4	,70	,466	30
p5	,67	,479	30
p6	,33	,479	30
p7	,70	,466	30
p8	,77	,430	30
p9	,43	,504	30
p10	,73	,450	30
p11	,77	,430	30
p12	,87	,346	30
p13	,83	,379	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	8,17	8,420	,523	,777
p2	8,23	8,461	,473	,781
p3	8,13	8,740	,417	,786
p4	8,17	8,764	,387	,789
p5	8,20	8,579	,442	,784
p6	8,53	8,740	,381	,790
p7	8,17	8,695	,414	,786
p8	8,10	8,783	,425	,786
p9	8,43	8,599	,405	,788
p10	8,13	8,740	,417	,786
p11	8,10	8,714	,453	,783
p12	8,00	9,034	,431	,786
p13	8,03	8,930	,431	,785

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
8,87	10,051	3,170	13

Sikap**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,858	20

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
s1	4,27	,907	30
s2	4,53	,681	30
s3	4,43	,504	30
s4	3,73	1,258	30
s5	4,37	,718	30
s6	4,43	,568	30
s7	4,40	,498	30
s8	4,07	,944	30
s9	4,33	,479	30
s10	4,60	,498	30
s11	4,30	,466	30
s12	4,43	,568	30
s13	2,97	1,066	30
s14	4,60	,498	30
s15	4,03	,556	30
s16	3,97	,999	30
s17	4,00	,525	30
s18	3,93	,740	30
s19	3,93	,691	30
s20	4,13	,776	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
s1	79,20	50,993	,481	,851
s2	78,93	52,409	,525	,849
s3	79,03	54,033	,508	,851
s4	79,73	49,099	,418	,859
s5	79,10	52,714	,462	,851
s6	79,03	53,206	,545	,849
s7	79,07	54,133	,500	,851
s8	79,40	51,352	,429	,854
s9	79,13	54,257	,504	,852
s10	78,87	53,913	,532	,851
s11	79,17	54,557	,476	,852
s12	79,03	53,757	,476	,851
s13	80,50	50,052	,455	,854
s14	78,87	54,257	,483	,852
s15	79,43	53,771	,487	,851
s16	79,50	51,155	,412	,855
s17	79,47	53,775	,519	,851
s18	79,53	52,878	,430	,853
s19	79,53	53,085	,445	,852
s20	79,33	52,230	,465	,851

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
83,47	58,051	7,619	20

Lampiran 4

Tabel Frekuensi Pengetahuan

p1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	185	74,0	74,0	74,0
	b	45	18,0	18,0	92,0
	c	20	8,0	8,0	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

p2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	128	51,2	51,2	51,2
	b	74	29,6	29,6	80,8
	c	48	19,2	19,2	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

p3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	65	26,0	26,0	26,0
	b	70	28,0	28,0	54,0
	c	115	46,0	46,0	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

p4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	107	42,8	42,8	42,8
	b	28	11,2	11,2	54,0
	c	115	46,0	46,0	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

p5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	71	28,4	28,4	28,4
	b	125	50,0	50,0	78,4
	c	54	21,6	21,6	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

p6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	98	39,2	39,2	39,2
	b	61	24,4	24,4	63,6
	c	91	36,4	36,4	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

p7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	86	34,4	34,4	34,4
	b	143	57,2	57,2	91,6
	c	21	8,4	8,4	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

p8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	137	54,8	54,8	54,8
	b	45	18,0	18,0	72,8
	c	68	27,2	27,2	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

p9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	99	39,6	39,6	39,6
	b	113	45,2	45,2	84,8
	c	38	15,2	15,2	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

p10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	71	28,4	28,4	28,4
	b	153	61,2	61,2	89,6
	c	26	10,4	10,4	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

p11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	28	11,2	11,2	11,2
	b	206	82,4	82,4	93,6
	c	16	6,4	6,4	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

p12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	235	94,0	94,0	94,0
	b	8	3,2	3,2	97,2
	c	7	2,8	2,8	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

p13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	181	72,4	72,4	72,4
	b	27	10,8	10,8	83,2
	c	42	16,8	16,8	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

Tabel Frekuensi Sikap**s1**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Setuju	1	,4	,4	,4
Ragu-ragu	5	2,0	2,0	2,4
Tidak setuju	177	70,8	70,8	73,2
Sangat tidak setuju	67	26,8	26,8	100,0
Total	250	100,0	100,0	

s2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat setuju	1	,4	,4	,4
Setuju	3	1,2	1,2	1,6
Ragu-ragu	7	2,8	2,8	4,4
Tidak setuju	191	76,4	76,4	80,8
Sangat tidak setuju	48	19,2	19,2	100,0
Total	250	100,0	100,0	

s3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Setuju	1	,4	,4	,4
Ragu-ragu	13	5,2	5,2	5,6
Tidak setuju	167	66,8	66,8	72,4
Sangat tidak setuju	69	27,6	27,6	100,0
Total	250	100,0	100,0	

s4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat setuju	6	2,4	2,4	2,4
	Setuju	95	38,0	38,0	40,4
	Ragu-ragu	48	19,2	19,2	59,6
	Tidak setuju	92	36,8	36,8	96,4
	Sangat tidak setuju	9	3,6	3,6	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

s5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Setuju	39	15,6	15,6	15,6
	Ragu-ragu	88	35,2	35,2	50,8
	Tidak setuju	105	42,0	42,0	92,8
	Sangat tidak setuju	18	7,2	7,2	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

s6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Setuju	52	20,8	20,8	20,8
	Ragu-ragu	56	22,4	22,4	43,2
	Tidak setuju	98	39,2	39,2	82,4
	Sangat tidak setuju	44	17,6	17,6	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

s7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat setuju	5	2,0	2,0	2,0
	Setuju	49	19,6	19,6	21,6
	Ragu-ragu	41	16,4	16,4	38,0
	Tidak setuju	120	48,0	48,0	86,0
	Sangat tidak setuju	35	14,0	14,0	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

s8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat setuju	10	4,0	4,0	4,0
	Setuju	78	31,2	31,2	35,2
	Ragu-ragu	46	18,4	18,4	53,6
	Tidak setuju	102	40,8	40,8	94,4
	Sangat tidak setuju	14	5,6	5,6	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

s9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat setuju	20	8,0	8,0	8,0
	Setuju	73	29,2	29,2	37,2
	Ragu-ragu	46	18,4	18,4	55,6
	Tidak setuju	93	37,2	37,2	92,8
	Sangat tidak setuju	18	7,2	7,2	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

s10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat setuju	1	,4	,4	,4
	Setuju	33	13,2	13,2	13,6
	Ragu-ragu	42	16,8	16,8	30,4
	Tidak setuju	145	58,0	58,0	88,4
	Sangat tidak setuju	29	11,6	11,6	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

s11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat setuju	3	1,2	1,2	1,2
	Setuju	39	15,6	15,6	16,8
	Ragu-ragu	62	24,8	24,8	41,6
	Tidak setuju	131	52,4	52,4	94,0
	Sangat tidak setuju	15	6,0	6,0	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

s12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat setuju	15	6,0	6,0	6,0
	Setuju	91	36,4	36,4	42,4
	Ragu-ragu	50	20,0	20,0	62,4
	Tidak setuju	72	28,8	28,8	91,2
	Sangat tidak setuju	22	8,8	8,8	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

s13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat setuju	16	6,4	6,4	6,4
	Setuju	93	37,2	37,2	43,6
	Ragu-ragu	52	20,8	20,8	64,4
	Tidak setuju	82	32,8	32,8	97,2
	Sangat tidak setuju	7	2,8	2,8	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

s14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat setuju	16	6,4	6,4	6,4
	Setuju	47	18,8	18,8	25,2
	Ragu-ragu	66	26,4	26,4	51,6
	Tidak setuju	91	36,4	36,4	88,0
	Sangat tidak setuju	30	12,0	12,0	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

s15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat setuju	11	4,4	4,4	4,4
	Setuju	51	20,4	20,4	24,8
	Ragu-ragu	56	22,4	22,4	47,2
	Tidak setuju	115	46,0	46,0	93,2
	Sangat tidak setuju	17	6,8	6,8	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

s16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat setuju	71	28,4	28,4	28,4
	Setuju	66	26,4	26,4	54,8
	Ragu-ragu	30	12,0	12,0	66,8
	Tidak setuju	70	28,0	28,0	94,8
	Sangat tidak setuju	13	5,2	5,2	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

s17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat setuju	17	6,8	6,8	6,8
	Setuju	58	23,2	23,2	30,0
	Ragu-ragu	45	18,0	18,0	48,0
	Tidak setuju	123	49,2	49,2	97,2
	Sangat tidak setuju	7	2,8	2,8	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

s18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat setuju	13	5,2	5,2	5,2
	Setuju	89	35,6	35,6	40,8
	Ragu-ragu	60	24,0	24,0	64,8
	Tidak setuju	78	31,2	31,2	96,0
	Sangat tidak setuju	10	4,0	4,0	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

s19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat setuju	12	4,8	4,8	4,8
	Setuju	95	38,0	38,0	42,8
	Ragu-ragu	61	24,4	24,4	67,2
	Tidak setuju	78	31,2	31,2	98,4
	Sangat tidak setuju	4	1,6	1,6	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

s20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat setuju	1	,4	,4	,4
	Setuju	29	11,6	11,6	12,0
	Ragu-ragu	75	30,0	30,0	42,0
	Tidak setuju	131	52,4	52,4	94,4
	Sangat tidak setuju	14	5,6	5,6	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

Lampiran 5

Tabel Frekuensi Variabel Kategorisasi

Ikutserta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Melakukan	97	38,8	38,8	38,8
	Tidak melakukan	153	61,2	61,2	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-29	75	30,0	30,0	30,0
	30-39	118	47,2	47,2	77,2
	40-49	57	22,8	22,8	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	89	35,6	35,6	35,6
	Menengah	97	38,8	38,8	74,4
	Rendah	64	25,6	25,6	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	74	29,6	29,6	29,6
	Tidak bekerja	176	70,4	70,4	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

Statusekonomi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	> Rp.280.000	70	28,0	28,0	28,0
	< Rp.280.000	180	72,0	72,0	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

Statusmenikah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	228	91,2	91,2	91,2
	Janda	22	8,8	8,8	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

Paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>2	103	41,2	41,2	41,2
	<=2	147	58,8	58,8	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	132	52,8	52,8	52,8
	Kurang baik	118	47,2	47,2	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

Sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	143	57,2	57,2	57,2
	Negatif	107	42,8	42,8	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

Jarak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dekat	241	96,4	96,4	96,4
	Jauh	9	3,6	3,6	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

Biaya

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Gratis	217	86,8	86,8	86,8
	Bayar	33	13,2	13,2	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

Lampiran 6**Hasil Analisis Bivariat****Umur*Ikutserta**

. tab Umur Ikut1, row all

key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>

Umur	Ikut1		Total
	Tidak mel	Melakukan	
20-29	49 65.33	26 34.67	75 100.00
30-39	65 55.08	53 44.92	118 100.00
40-49	39 68.42	18 31.58	57 100.00
Total	153 61.20	97 38.80	250 100.00

Pearson chi2(2) = **3.6496** Pr = **0.161**
 likelihood-ratio chi2(2) = **3.6618** Pr = **0.160**
 Cramér's V = **0.1208**
 gamma = **-0.0130** ASE = **0.107**
 Kendall's tau-b = **-0.0071** ASE = **0.059**

```

. xi:gln Ikut1 i.Umur, fam(bin) link(log) nolog eform
i.Umur      _Iumur_0-2      (naturally coded; _Iumur_0 omitted)

Generalized linear models      No. of obs      =      250
Optimization      : ML      Residual df      =      247
Scale parameter =      1
Deviance      = 330.2607441      (1/df) Deviance = 1.337088
Pearson      =      250      (1/df) Pearson = 1.012146

Variance function: v(u) = u*(1-u)      [Bernoulli]
Link function      : g(u) = ln(u)      [Log]

Log likelihood = -165.1303721      AIC      = 1.345043
      BIC      = -1033.54

```

	Risk Ratio	OIM Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
_Iumur_1	1.295632	.2441899	1.37	0.169	.895477	1.874602
_Iumur_2	.9109312	.2288956	-0.37	0.710	.556671	1.490639

Pendidikan *Ikutsera

```
. tab Pendidikan Ikut1, row all
```

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>

Pendidikan	Ikut1		Total
	Tidak mel	Melakukan	
Tinggi	38 42.70	51 57.30	89 100.00
Menengah	61 62.89	36 37.11	97 100.00
Rendah	54 84.38	10 15.63	64 100.00
Total	153 61.20	97 38.80	250 100.00

```

Pearson chi2(2) = 27.4242 Pr = 0.000
likelihood-ratio chi2(2) = 29.0190 Pr = 0.000
Cramér's V = 0.3312
gamma = -0.5361 ASE = 0.082
Kendall's tau-b = -0.3122 ASE = 0.053

```

```

. xi:glm Ikut1 i.Pendidikan, fam(poisson) link(log) nolog eform
i.Pendidikan      _IPendidika_0-2      (naturally coded; _IPendidika_0 omitted)

Generalized linear models      No. of obs      =      250
Optimization      : ML      Residual df      =      247
Scale parameter =      1
Deviance      = 165.2864819      (1/df) Deviance = .669176
Pearson      =      153      (1/df) Pearson = .6194332

Variance function:  $v(u) = u$       [Poisson]
Link function      :  $g(u) = \ln(u)$       [Log]

Log likelihood      = -179.6432409      AIC      = 1.461146
      BIC      = -1198.514

```

Ikut1	IRR	OIM Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
_IPendidik~1	.6476653	.1409853	-2.00	0.046	.4227261	.9922981
_IPendidik~2	.2726716	.0943017	-3.76	0.000	.1384386	.5370596

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan * Ikutserta	250	100,0%	0	,0%	250	100,0%
Statusekonomi * Ikutserta	250	100,0%	0	,0%	250	100,0%
Statusmenikah * Ikutserta	250	100,0%	0	,0%	250	100,0%
Paritas * Ikutserta	250	100,0%	0	,0%	250	100,0%
Jarak * Ikutserta	250	100,0%	0	,0%	250	100,0%
Pengetahuan * Ikutserta	250	100,0%	0	,0%	250	100,0%
Sikap * Ikutserta	250	100,0%	0	,0%	250	100,0%
Biaya * Ikutserta	250	100,0%	0	,0%	250	100,0%

Pekerjaan * Ikutserta

Crosstab

			Ikutserta		Total
			Melakukan	Tidak melakukan	
Pekerjaan	Bekerja	Count	62	12	74
		Expected Count	28,7	45,3	74,0
		% within Pekerjaan	83,8%	16,2%	100,0%
	Tidak bekerja	Count	35	141	176
		Expected Count	68,3	107,7	176,0
		% within Pekerjaan	19,9%	80,1%	100,0%
Total	Count	97	153	250	
	Expected Count	97,0	153,0	250,0	
	% within Pekerjaan	38,8%	61,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	89,575 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	86,905	1	,000		
Likelihood Ratio	92,738	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	89,217	1	,000		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28,71.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pekerjaan (Bekerja / Tidak bekerja)	20,814	10,127	42,782
For cohort Ikutserta = Melakukan	4,213	3,081	5,762
For cohort Ikutserta = Tidak melakukan	,202	,120	,342
N of Valid Cases	250		

Statusekonomi * Ikutserta

Crosstab

		Ikutserta		Total	
		Melakukan	Tidak melakukan		
Statusekonomi	> Rp.280.000	Count	41	29	70
		Expected Count	27,2	42,8	70,0
		% within Statusekonomi	58,6%	41,4%	100,0%
	< Rp.280.000	Count	56	124	180
		Expected Count	69,8	110,2	180,0
		% within Statusekonomi	31,1%	68,9%	100,0%
Total		Count	97	153	250
		Expected Count	97,0	153,0	250,0
		% within Statusekonomi	38,8%	61,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	16,005 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	14,870	1	,000		
Likelihood Ratio	15,754	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	15,941	1	,000		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 27,16.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Statusekonomi (> Rp. 280.000 / < Rp.280.000)	3,131	1,769	5,540
For cohort Ikutserta = Melakukan	1,883	1,404	2,525
For cohort Ikutserta = Tidak melakukan	,601	,448	,808
N of Valid Cases	250		

Statusmenikah * Ikutserta

Crosstab

			Ikutserta		Total
			Melakukan	Tidak melakukan	
Statusmenikah	Menikah	Count	93	135	228
		Expected Count	88,5	139,5	228,0
		% within Statusmenikah	40,8%	59,2%	100,0%
	Janda	Count	4	18	22
		Expected Count	8,5	13,5	22,0
		% within Statusmenikah	18,2%	81,8%	100,0%
Total		Count	97	153	250
		Expected Count	97,0	153,0	250,0
		% within Statusmenikah	38,8%	61,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,319 ^b	1	,038		
Continuity Correction ^a	3,419	1	,064		
Likelihood Ratio	4,766	1	,029		
Fisher's Exact Test				,041	,028
Linear-by-Linear Association	4,301	1	,038		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,54.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Statusmenikah (Menikah / Janda)	3,100	1,016	9,455
For cohort Ikutserta = Melakukan	2,243	,912	5,519
For cohort Ikutserta = Tidak melakukan	,724	,578	,906
N of Valid Cases	250		

Paritas * Ikutserta

Crosstab

			Ikutserta		Total
			Melakukan	Tidak melakukan	
Paritas	>2	Count	42	61	103
		Expected Count	40,0	63,0	103,0
		% within Paritas	40,8%	59,2%	100,0%
	<=2	Count	55	92	147
		Expected Count	57,0	90,0	147,0
		% within Paritas	37,4%	62,6%	100,0%
Total	Count	97	153	250	
	Expected Count	97,0	153,0	250,0	
	% within Paritas	38,8%	61,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,288 ^b	1	,591		
Continuity Correction ^a	,164	1	,685		
Likelihood Ratio	,288	1	,592		
Fisher's Exact Test				,601	,342
Linear-by-Linear Association	,287	1	,592		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 39,96.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Paritas (>2 / <=2)	1,152	,688	1,929
For cohort Ikutserta = Melakukan	1,090	,797	1,490
For cohort Ikutserta = Tidak melakukan	,946	,772	1,160
N of Valid Cases	250		

Jarak * Ikutserta

Crosstab

			Ikutserta		Total
			Melakukan	Tidak melakukan	
Jarak	Dekat	Count	94	147	241
		Expected Count	93,5	147,5	241,0
		% within Jarak	39,0%	61,0%	100,0%
	Jauh	Count	3	6	9
		Expected Count	3,5	5,5	9,0
		% within Jarak	33,3%	66,7%	100,0%
Total	Count	97	153	250	
	Expected Count	97,0	153,0	250,0	
	% within Jarak	38,8%	61,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,117 ^b	1	,732		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,120	1	,729		
Fisher's Exact Test				1,000	,512
Linear-by-Linear Association	,117	1	,732		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,49.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jarak (Dekat / Jauh)	1,279	,312	5,238
For cohort Ikutserta = Melakukan	1,170	,458	2,988
For cohort Ikutserta = Tidak melakukan	,915	,570	1,468
N of Valid Cases	250		

Pengetahuan * Ikutserta

Crosstab

			Ikutserta		Total
			Melakukan	Tidak melakukan	
Pengetahuan	Baik	Count	75	57	132
		Expected Count	51,2	80,8	132,0
		% within Pengetahuan	56,8%	43,2%	100,0%
	Kurang baik	Count	22	96	118
		Expected Count	45,8	72,2	118,0
		% within Pengetahuan	18,6%	81,4%	100,0%
Total	Count	97	153	250	
	Expected Count	97,0	153,0	250,0	
	% within Pengetahuan	38,8%	61,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	38,236 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	36,645	1	,000		
Likelihood Ratio	39,873	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	38,083	1	,000		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 45,78.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Baik / Kurang baik)	5,742	3,224	10,227
For cohort Ikutserta = Melakukan	3,048	2,032	4,570
For cohort Ikutserta = Tidak melakukan	,531	,429	,657
N of Valid Cases	250		

Sikap * Ikutserta

Crosstab

			Ikutserta		Total
			Melakukan	Tidak melakukan	
Sikap	Positif	Count	73	70	143
		Expected Count	55,5	87,5	143,0
		% within Sikap	51,0%	49,0%	100,0%
	Negatif	Count	24	83	107
		Expected Count	41,5	65,5	107,0
		% within Sikap	22,4%	77,6%	100,0%
Total	Count	97	153	250	
	Expected Count	97,0	153,0	250,0	
	% within Sikap	38,8%	61,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	21,111 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	19,923	1	,000		
Likelihood Ratio	21,834	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	21,026	1	,000		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 41,52.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sikap (Positif / Negatif)	3,607	2,060	6,315
For cohort Ikutserta = Melakukan	2,276	1,545	3,352
For cohort Ikutserta = Tidak melakukan	,631	,519	,768
N of Valid Cases	250		

Biaya * Ikutserta

Crosstab

			Ikutserta		Total
			Melakukan	Tidak melakukan	
Biaya	Gratis	Count	83	134	217
		Expected Count	84,2	132,8	217,0
		% within Biaya	38,2%	61,8%	100,0%
	Bayar	Count	14	19	33
		Expected Count	12,8	20,2	33,0
		% within Biaya	42,4%	57,6%	100,0%
Total	Count	97	153	250	
	Expected Count	97,0	153,0	250,0	
	% within Biaya	38,8%	61,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,210 ^b	1	,647		
Continuity Correction ^a	,071	1	,790		
Likelihood Ratio	,208	1	,648		
Fisher's Exact Test				,703	,391
Linear-by-Linear Association	,209	1	,647		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,80.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Biaya (Gratis / Bayar)	,841	,400	1,767
For cohort Ikutserta = Melakukan	,902	,585	1,389
For cohort Ikutserta = Tidak melakukan	1,073	,786	1,464
N of Valid Cases	250		

Lampiran 7

Crosstab Antar Variabel Independen

Umur * Pendidikan Crosstabulation

			Pendidikan			Total
			Tinggi	Menengah	Rendah	
Umur	20-29	Count	45	30	0	75
		Expected Count	26,7	29,1	19,2	75,0
		% within Umur	60,0%	40,0%	,0%	100,0%
	30-39	Count	44	58	16	118
		Expected Count	42,0	45,8	30,2	118,0
		% within Umur	37,3%	49,2%	13,6%	100,0%
	40-49	Count	0	9	48	57
		Expected Count	20,3	22,1	14,6	57,0
		% within Umur	,0%	15,8%	84,2%	100,0%
Total	Count	89	97	64	250	
	Expected Count	89,0	97,0	64,0	250,0	
	% within Umur	35,6%	38,8%	25,6%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	146,364 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	158,109	4	,000
Linear-by-Linear Association	105,284	1	,000
N of Valid Cases	250		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,59.

Umur * Pekerjaan Crosstabulation

			Pekerjaan		Total
			Bekerja	Tidak bekerja	
Umur	20-29	Count	22	53	75
		Expected Count	22,2	52,8	75,0
		% within Umur	29,3%	70,7%	100,0%
	30-39	Count	43	75	118
		Expected Count	34,9	83,1	118,0
		% within Umur	36,4%	63,6%	100,0%
	40-49	Count	9	48	57
		Expected Count	16,9	40,1	57,0
		% within Umur	15,8%	84,2%	100,0%
Total	Count	74	176	250	
	Expected Count	74,0	176,0	250,0	
	% within Umur	29,6%	70,4%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,869 ^a	2	,020
Likelihood Ratio	8,434	2	,015
Linear-by-Linear Association	2,152	1	,142
N of Valid Cases	250		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,87.

Umur * Statusekonomi Crosstabulation

			Statusekonomi		Total
			> Rp.280.000	< Rp.280.000	
Umur	20-29	Count	12	63	75
		Expected Count	21,0	54,0	75,0
		% within Umur	16,0%	84,0%	100,0%
	30-39	Count	33	85	118
		Expected Count	33,0	85,0	118,0
		% within Umur	28,0%	72,0%	100,0%
	40-49	Count	25	32	57
		Expected Count	16,0	41,0	57,0
		% within Umur	43,9%	56,1%	100,0%
Total	Count	70	180	250	
	Expected Count	70,0	180,0	250,0	
	% within Umur	28,0%	72,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,469 ^a	2	,002
Likelihood Ratio	12,508	2	,002
Linear-by-Linear Association	12,301	1	,000
N of Valid Cases	250		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,96.

Umur * Statusmenikah Crosstabulation

			Statusmenikah		Total
			Menikah	Janda	
Umur	20-29	Count	75	0	75
		Expected Count	68,4	6,6	75,0
		% within Umur	100,0%	,0%	100,0%
	30-39	Count	107	11	118
		Expected Count	107,6	10,4	118,0
		% within Umur	90,7%	9,3%	100,0%
	40-49	Count	46	11	57
		Expected Count	52,0	5,0	57,0
		% within Umur	80,7%	19,3%	100,0%
Total	Count	228	22	250	
	Expected Count	228,0	22,0	250,0	
	% within Umur	91,2%	8,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,105 ^a	2	,001
Likelihood Ratio	19,881	2	,000
Linear-by-Linear Association	15,036	1	,000
N of Valid Cases	250		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,02.

Umur * Paritas Crosstabulation

			Paritas		Total
			>2	<=2	
Umur	20-29	Count	2	73	75
		Expected Count	30,9	44,1	75,0
		% within Umur	2,7%	97,3%	100,0%
	30-39	Count	58	60	118
		Expected Count	48,6	69,4	118,0
		% within Umur	49,2%	50,8%	100,0%
	40-49	Count	43	14	57
		Expected Count	23,5	33,5	57,0
		% within Umur	75,4%	24,6%	100,0%
Total	Count	103	147	250	
	Expected Count	103,0	147,0	250,0	
	% within Umur	41,2%	58,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	76,631 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	93,246	2	,000
Linear-by-Linear Association	73,735	1	,000
N of Valid Cases	250		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,48.

Umur * Pengetahuan Crosstabulation

		Pengetahuan		Total	
		Baik	Kurang baik		
Umur	20-29	Count	42	33	75
		Expected Count	39,6	35,4	75,0
		% within Umur	56,0%	44,0%	100,0%
30-39	Count	75	43	118	
	Expected Count	62,3	55,7	118,0	
	% within Umur	63,6%	36,4%	100,0%	
40-49	Count	15	42	57	
	Expected Count	30,1	26,9	57,0	
	% within Umur	26,3%	73,7%	100,0%	
Total	Count	132	118	250	
	Expected Count	132,0	118,0	250,0	
	% within Umur	52,8%	47,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,832 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	22,402	2	,000
Linear-by-Linear Association	9,360	1	,002
N of Valid Cases	250		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,90.

Umur * Sikap Crosstabulation

			Sikap		Total
			Positif	Negatif	
Umur	20-29	Count	39	36	75
		Expected Count	42,9	32,1	75,0
		% within Umur	52,0%	48,0%	100,0%
	30-39	Count	71	47	118
		Expected Count	67,5	50,5	118,0
		% within Umur	60,2%	39,8%	100,0%
	40-49	Count	33	24	57
		Expected Count	32,6	24,4	57,0
		% within Umur	57,9%	42,1%	100,0%
Total	Count	143	107	250	
	Expected Count	143,0	107,0	250,0	
	% within Umur	57,2%	42,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,265 ^a	2	,531
Likelihood Ratio	1,261	2	,532
Linear-by-Linear Association	,574	1	,448
N of Valid Cases	250		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,40.

Umur * Jarak Crosstabulation

			Jarak		Total
			Dekat	Jauh	
Umur	20-29	Count	73	2	75
		Expected Count	72,3	2,7	75,0
		% within Umur	97,3%	2,7%	100,0%
	30-39	Count	114	4	118
		Expected Count	113,8	4,2	118,0
		% within Umur	96,6%	3,4%	100,0%
	40-49	Count	54	3	57
		Expected Count	54,9	2,1	57,0
		% within Umur	94,7%	5,3%	100,0%
Total	Count	241	9	250	
	Expected Count	241,0	9,0	250,0	
	% within Umur	96,4%	3,6%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,658 ^a	2	,720
Likelihood Ratio	,621	2	,733
Linear-by-Linear Association	,596	1	,440
N of Valid Cases	250		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,05.

Umur * Biaya Crosstabulation

			Biaya		Total
			Gratis	Bayar	
Umur	20-29	Count	63	12	75
		Expected Count	65,1	9,9	75,0
		% within Umur	84,0%	16,0%	100,0%
	30-39	Count	100	18	118
		Expected Count	102,4	15,6	118,0
		% within Umur	84,7%	15,3%	100,0%
	40-49	Count	54	3	57
		Expected Count	49,5	7,5	57,0
		% within Umur	94,7%	5,3%	100,0%
Total	Count	217	33	250	
	Expected Count	217,0	33,0	250,0	
	% within Umur	86,8%	13,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,082 ^a	2	,130
Likelihood Ratio	4,835	2	,089
Linear-by-Linear Association	2,918	1	,088
N of Valid Cases	250		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,52.

Pendidikan * Pekerjaan Crosstabulation

			Pekerjaan		Total
			Bekerja	Tidak bekerja	
Pendidikan	Tinggi	Count	51	38	89
		Expected Count	26,3	62,7	89,0
		% within Pendidikan	57,3%	42,7%	100,0%
	Menengah	Count	18	79	97
		Expected Count	28,7	68,3	97,0
		% within Pendidikan	18,6%	81,4%	100,0%
	Rendah	Count	5	59	64
		Expected Count	18,9	45,1	64,0
		% within Pendidikan	7,8%	92,2%	100,0%
Total		Count	74	176	250
		Expected Count	74,0	176,0	250,0
		% within Pendidikan	29,6%	70,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	53,035 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	54,083	2	,000
Linear-by-Linear Association	47,319	1	,000
N of Valid Cases	250		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18,94.

Pendidikan * Statusekonomi Crosstabulation

			Statusekonomi		Total
			> Rp.280.000	< Rp.280.000	
Pendidikan	Tinggi	Count	35	54	89
		Expected Count	24,9	64,1	89,0
		% within Pendidikan	39,3%	60,7%	100,0%
	Menengah	Count	10	87	97
		Expected Count	27,2	69,8	97,0
		% within Pendidikan	10,3%	89,7%	100,0%
	Rendah	Count	25	39	64
		Expected Count	17,9	46,1	64,0
		% within Pendidikan	39,1%	60,9%	100,0%
Total		Count	70	180	250
		Expected Count	70,0	180,0	250,0
		% within Pendidikan	28,0%	72,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,606 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	27,174	2	,000
Linear-by-Linear Association	,295	1	,587
N of Valid Cases	250		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,92.

Pendidikan * Statusmenikah Crosstabulation

			Statusmenikah		Total
			Menikah	Janda	
Pendidikan	Tinggi	Count	87	2	89
		Expected Count	81,2	7,8	89,0
		% within Pendidikan	97,8%	2,2%	100,0%
	Menengah	Count	91	6	97
		Expected Count	88,5	8,5	97,0
		% within Pendidikan	93,8%	6,2%	100,0%
	Rendah	Count	50	14	64
		Expected Count	58,4	5,6	64,0
		% within Pendidikan	78,1%	21,9%	100,0%
Total	Count	228	22	250	
	Expected Count	228,0	22,0	250,0	
	% within Pendidikan	91,2%	8,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,221 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	17,549	2	,000
Linear-by-Linear Association	16,627	1	,000
N of Valid Cases	250		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,63.

Pendidikan * Paritas Crosstabulation

			Paritas		Total
			>2	<=2	
Pendidikan	Tinggi	Count	19	70	89
		Expected Count	36,7	52,3	89,0
		% within Pendidikan	21,3%	78,7%	100,0%
	Menengah	Count	37	60	97
		Expected Count	40,0	57,0	97,0
		% within Pendidikan	38,1%	61,9%	100,0%
	Rendah	Count	47	17	64
		Expected Count	26,4	37,6	64,0
		% within Pendidikan	73,4%	26,6%	100,0%
Total	Count	103	147	250	
	Expected Count	103,0	147,0	250,0	
	% within Pendidikan	41,2%	58,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42,307 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	43,431	2	,000
Linear-by-Linear Association	40,072	1	,000
N of Valid Cases	250		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,37.

Pendidikan * Pengetahuan Crosstabulation

			Pengetahuan		Total
			Baik	Kurang baik	
Pendidikan	Tinggi	Count	71	18	89
		Expected Count	47,0	42,0	89,0
		% within Pendidikan	79,8%	20,2%	100,0%
	Menengah	Count	49	48	97
		Expected Count	51,2	45,8	97,0
		% within Pendidikan	50,5%	49,5%	100,0%
	Rendah	Count	12	52	64
		Expected Count	33,8	30,2	64,0
		% within Pendidikan	18,8%	81,3%	100,0%
Total	Count	132	118	250	
	Expected Count	132,0	118,0	250,0	
	% within Pendidikan	52,8%	47,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	55,964 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	59,936	2	,000
Linear-by-Linear Association	55,703	1	,000
N of Valid Cases	250		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 30,21.

Pendidikan * Sikap Crosstabulation

			Sikap		Total
			Positif	Negatif	
Pendidikan	Tinggi	Count	55	34	89
		Expected Count	50,9	38,1	89,0
		% within Pendidikan	61,8%	38,2%	100,0%
	Menengah	Count	54	43	97
		Expected Count	55,5	41,5	97,0
		% within Pendidikan	55,7%	44,3%	100,0%
	Rendah	Count	34	30	64
		Expected Count	36,6	27,4	64,0
		% within Pendidikan	53,1%	46,9%	100,0%
Total	Count	143	107	250	
	Expected Count	143,0	107,0	250,0	
	% within Pendidikan	57,2%	42,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,295 ^a	2	,523
Likelihood Ratio	1,300	2	,522
Linear-by-Linear Association	1,213	1	,271
N of Valid Cases	250		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 27,39.

Pendidikan * Jarak Crosstabulation

			Jarak		Total
			Dekat	Jauh	
Pendidikan	Tinggi	Count	85	4	89
		Expected Count	85,8	3,2	89,0
		% within Pendidikan	95,5%	4,5%	100,0%
	Menengah	Count	94	3	97
		Expected Count	93,5	3,5	97,0
		% within Pendidikan	96,9%	3,1%	100,0%
	Rendah	Count	62	2	64
		Expected Count	61,7	2,3	64,0
		% within Pendidikan	96,9%	3,1%	100,0%
Total	Count	241	9	250	
	Expected Count	241,0	9,0	250,0	
	% within Pendidikan	96,4%	3,6%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,319 ^a	2	,853
Likelihood Ratio	,309	2	,857
Linear-by-Linear Association	,231	1	,631
N of Valid Cases	250		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,30.

Pendidikan * Biaya Crosstabulation

			Biaya		Total
			Gratis	Bayar	
Pendidikan	Tinggi	Count	71	18	89
		Expected Count	77,3	11,7	89,0
		% within Pendidikan	79,8%	20,2%	100,0%
	Menengah	Count	84	13	97
		Expected Count	84,2	12,8	97,0
		% within Pendidikan	86,6%	13,4%	100,0%
	Rendah	Count	62	2	64
		Expected Count	55,6	8,4	64,0
		% within Pendidikan	96,9%	3,1%	100,0%
Total	Count	217	33	250	
	Expected Count	217,0	33,0	250,0	
	% within Pendidikan	86,8%	13,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,507 ^a	2	,009
Likelihood Ratio	11,234	2	,004
Linear-by-Linear Association	9,316	1	,002
N of Valid Cases	250		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,45.

Pekerjaan * Statusekonomi Crosstabulation

			Statusekonomi		Total
			> Rp.280.000	< Rp.280.000	
Pekerjaan	Bekerja	Count	39	35	74
		Expected Count	20,7	53,3	74,0
		% within Pekerjaan	52,7%	47,3%	100,0%
	Tidak bekerja	Count	31	145	176
		Expected Count	49,3	126,7	176,0
		% within Pekerjaan	17,6%	82,4%	100,0%
Total		Count	70	180	250
		Expected Count	70,0	180,0	250,0
		% within Pekerjaan	28,0%	72,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	31,817 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	30,100	1	,000		
Likelihood Ratio	30,257	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	31,690	1	,000		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,72.

Pekerjaan * Statusmenikah Crosstabulation

			Statusmenikah		Total
			Menikah	Janda	
Pekerjaan	Bekerja	Count	69	5	74
		Expected Count	67,5	6,5	74,0
		% within Pekerjaan	93,2%	6,8%	100,0%
	Tidak bekerja	Count	159	17	176
		Expected Count	160,5	15,5	176,0
		% within Pekerjaan	90,3%	9,7%	100,0%
Total	Count	228	22	250	
	Expected Count	228,0	22,0	250,0	
	% within Pekerjaan	91,2%	8,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,547 ^b	1	,460		
Continuity Correction ^a	,245	1	,621		
Likelihood Ratio	,573	1	,449		
Fisher's Exact Test				,626	,319
Linear-by-Linear Association	,545	1	,461		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,51.

Pekerjaan * Paritas Crosstabulation

			Paritas		Total
			>2	<=2	
Pekerjaan	Bekerja	Count	27	47	74
		Expected Count	30,5	43,5	74,0
		% within Pekerjaan	36,5%	63,5%	100,0%
	Tidak bekerja	Count	76	100	176
		Expected Count	72,5	103,5	176,0
		% within Pekerjaan	43,2%	56,8%	100,0%
Total	Count	103	147	250	
	Expected Count	103,0	147,0	250,0	
	% within Pekerjaan	41,2%	58,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,964 ^b	1	,326		
Continuity Correction ^a	,707	1	,400		
Likelihood Ratio	,972	1	,324		
Fisher's Exact Test				,399	,200
Linear-by-Linear Association	,960	1	,327		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 30,49.

Pekerjaan * Pengetahuan Crosstabulation

			Pengetahuan		Total
			Baik	Kurang baik	
Pekerjaan	Bekerja	Count	57	17	74
		Expected Count	39,1	34,9	74,0
		% within Pekerjaan	77,0%	23,0%	100,0%
	Tidak bekerja	Count	75	101	176
		Expected Count	92,9	83,1	176,0
		% within Pekerjaan	42,6%	57,4%	100,0%
Total		Count	132	118	250
		Expected Count	132,0	118,0	250,0
		% within Pekerjaan	52,8%	47,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	24,756 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	23,395	1	,000		
Likelihood Ratio	25,892	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	24,657	1	,000		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 34,93.

Pekerjaan * Sikap Crosstabulation

			Sikap		Total
			Positif	Negatif	
Pekerjaan	Bekerja	Count	57	17	74
		Expected Count	42,3	31,7	74,0
		% within Pekerjaan	77,0%	23,0%	100,0%
	Tidak bekerja	Count	86	90	176
		Expected Count	100,7	75,3	176,0
		% within Pekerjaan	48,9%	51,1%	100,0%
Total	Count	143	107	250	
	Expected Count	143,0	107,0	250,0	
	% within Pekerjaan	57,2%	42,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	16,879 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	15,748	1	,000		
Likelihood Ratio	17,710	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	16,811	1	,000		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 31,67.

Pekerjaan * Jarak Crosstabulation

			Jarak		Total
			Dekat	Jauh	
Pekerjaan	Bekerja	Count	72	2	74
		Expected Count	71,3	2,7	74,0
		% within Pekerjaan	97,3%	2,7%	100,0%
	Tidak bekerja	Count	169	7	176
		Expected Count	169,7	6,3	176,0
		% within Pekerjaan	96,0%	4,0%	100,0%
Total	Count	241	9	250	
	Expected Count	241,0	9,0	250,0	
	% within Pekerjaan	96,4%	3,6%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,244 ^b	1	,621		
Continuity Correction ^a	,015	1	,903		
Likelihood Ratio	,257	1	,612		
Fisher's Exact Test				1,000	,472
Linear-by-Linear Association	,243	1	,622		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,66.

Pekerjaan * Biaya Crosstabulation

			Biaya		Total
			Gratis	Bayar	
Pekerjaan	Bekerja	Count	61	13	74
		Expected Count	64,2	9,8	74,0
		% within Pekerjaan	82,4%	17,6%	100,0%
Tidak bekerja	Count	Count	156	20	176
		Expected Count	152,8	23,2	176,0
		% within Pekerjaan	88,6%	11,4%	100,0%
Total	Count	Count	217	33	250
		Expected Count	217,0	33,0	250,0
		% within Pekerjaan	86,8%	13,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,750 ^b	1	,186		
Continuity Correction ^a	1,250	1	,263		
Likelihood Ratio	1,673	1	,196		
Fisher's Exact Test				,220	,133
Linear-by-Linear Association	1,743	1	,187		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,77.

Statusekonomi * Statusmenikah Crosstabulation

		Statusmenikah		Total	
		Menikah	Janda		
Statusekonomi	> Rp.280.000	Count	61	9	70
		Expected Count	63,8	6,2	70,0
		% within Statusekonomi	87,1%	12,9%	100,0%
	< Rp.280.000	Count	167	13	180
		Expected Count	164,2	15,8	180,0
		% within Statusekonomi	92,8%	7,2%	100,0%
Total		Count	228	22	250
		Expected Count	228,0	22,0	250,0
		% within Statusekonomi	91,2%	8,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,994 ^b	1	,158		
Continuity Correction ^a	1,354	1	,245		
Likelihood Ratio	1,864	1	,172		
Fisher's Exact Test				,212	,124
Linear-by-Linear Association	1,986	1	,159		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,16.

Statusekonomi * Paritas Crosstabulation

		Paritas		Total	
		>2	<=2		
Statusekonomi	> Rp.280.000	Count	40	30	70
		Expected Count	28,8	41,2	70,0
		% within Statusekonomi	57,1%	42,9%	100,0%
	< Rp.280.000	Count	63	117	180
		Expected Count	74,2	105,8	180,0
		% within Statusekonomi	35,0%	65,0%	100,0%
Total		Count	103	147	250
		Expected Count	103,0	147,0	250,0
		% within Statusekonomi	41,2%	58,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,201 ^b	1	,001		
Continuity Correction ^a	9,307	1	,002		
Likelihood Ratio	10,101	1	,001		
Fisher's Exact Test				,002	,001
Linear-by-Linear Association	10,160	1	,001		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28,84.

Statusekonomi * Pengetahuan Crosstabulation

		Pengetahuan		Total
		Baik	Kurang baik	
Statusekonomi > Rp.280.000	Count	42	28	70
	Expected Count	37,0	33,0	70,0
	% within Statusekonomi	60,0%	40,0%	100,0%
< Rp.280.000	Count	90	90	180
	Expected Count	95,0	85,0	180,0
	% within Statusekonomi	50,0%	50,0%	100,0%
Total	Count	132	118	250
	Expected Count	132,0	118,0	250,0
	% within Statusekonomi	52,8%	47,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,022 ^b	1	,155		
Continuity Correction ^a	1,641	1	,200		
Likelihood Ratio	2,035	1	,154		
Fisher's Exact Test				,162	,100
Linear-by-Linear Association	2,014	1	,156		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 33,04.

Staturekonomi * Sikap Crosstabulation

		Sikap		Total
		Positif	Negatif	
Staturekonomi > Rp.280.000	Count	44	26	70
	Expected Count	40,0	30,0	70,0
	% within Staturekonomi	62,9%	37,1%	100,0%
< Rp.280.000	Count	99	81	180
	Expected Count	103,0	77,0	180,0
	% within Staturekonomi	55,0%	45,0%	100,0%
Total	Count	143	107	250
	Expected Count	143,0	107,0	250,0
	% within Staturekonomi	57,2%	42,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,271 ^b	1	,260		
Continuity Correction ^a	,970	1	,325		
Likelihood Ratio	1,282	1	,258		
Fisher's Exact Test				,319	,162
Linear-by-Linear Association	1,266	1	,261		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,96.

Staturekonomi * Jarak Crosstabulation

		Jarak		Total
		Dekat	Jauh	
Staturekonomi > Rp.280.000	Count	67	3	70
	Expected Count	67,5	2,5	70,0
	% within Staturekonomi	95,7%	4,3%	100,0%
< Rp.280.000	Count	174	6	180
	Expected Count	173,5	6,5	180,0
	% within Staturekonomi	96,7%	3,3%	100,0%
Total	Count	241	9	250
	Expected Count	241,0	9,0	250,0
	% within Staturekonomi	96,4%	3,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,132 ^b	1	,717		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,127	1	,721		
Fisher's Exact Test				,713	,484
Linear-by-Linear Association	,131	1	,717		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,52.

Statusekonomi * Biaya Crosstabulation

		Biaya		Total
		Gratis	Bayar	
Statusekonomi > Rp.280.000	Count	59	11	70
	Expected Count	60,8	9,2	70,0
	% within Statusekonomi	84,3%	15,7%	100,0%
< Rp.280.000	Count	158	22	180
	Expected Count	156,2	23,8	180,0
	% within Statusekonomi	87,8%	12,2%	100,0%
Total	Count	217	33	250
	Expected Count	217,0	33,0	250,0
	% within Statusekonomi	86,8%	13,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,536 ^b	1	,464		
Continuity Correction ^a	,275	1	,600		
Likelihood Ratio	,521	1	,471		
Fisher's Exact Test				,533	,295
Linear-by-Linear Association	,534	1	,465		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,24.

Statusmenikah * Paritas Crosstabulation

			Paritas		Total
			>2	<=2	
Statusmenikah	Menikah	Count	86	142	228
		Expected Count	93,9	134,1	228,0
		% within Statusmenikah	37,7%	62,3%	100,0%
	Janda	Count	17	5	22
		Expected Count	9,1	12,9	22,0
		% within Statusmenikah	77,3%	22,7%	100,0%
Total	Count	103	147	250	
	Expected Count	103,0	147,0	250,0	
	% within Statusmenikah	41,2%	58,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12,957 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	11,376	1	,001		
Likelihood Ratio	13,028	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	12,905	1	,000		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,06.

Statusmenikah * Pengetahuan Crosstabulation

			Pengetahuan		Total
			Baik	Kurang baik	
Statusmenikah	Menikah	Count	123	105	228
		Expected Count	120,4	107,6	228,0
		% within Statusmenikah	53,9%	46,1%	100,0%
	Janda	Count	9	13	22
		Expected Count	11,6	10,4	22,0
		% within Statusmenikah	40,9%	59,1%	100,0%
Total	Count	132	118	250	
	Expected Count	132,0	118,0	250,0	
	% within Statusmenikah	52,8%	47,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,369 ^b	1	,242		
Continuity Correction ^a	,895	1	,344		
Likelihood Ratio	1,369	1	,242		
Fisher's Exact Test				,270	,172
Linear-by-Linear Association	1,363	1	,243		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,38.

Statusmenikah * Sikap Crosstabulation

			Sikap		Total
			Positif	Negatif	
Statusmenikah	Menikah	Count	134	94	228
		Expected Count	130,4	97,6	228,0
		% within Statusmenikah	58,8%	41,2%	100,0%
Janda	Janda	Count	9	13	22
		Expected Count	12,6	9,4	22,0
		% within Statusmenikah	40,9%	59,1%	100,0%
Total	Total	Count	143	107	250
		Expected Count	143,0	107,0	250,0
		% within Statusmenikah	57,2%	42,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,615 ^b	1	,106		
Continuity Correction ^a	1,936	1	,164		
Likelihood Ratio	2,583	1	,108		
Fisher's Exact Test				,119	,083
Linear-by-Linear Association	2,605	1	,107		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,42.

Statusmenikah * Jarak Crosstabulation

			Jarak		Total
			Dekat	Jauh	
Statusmenikah	Menikah	Count	219	9	228
		Expected Count	219,8	8,2	228,0
		% within Statusmenikah	96,1%	3,9%	100,0%
	Janda	Count	22	0	22
		Expected Count	21,2	,8	22,0
		% within Statusmenikah	100,0%	,0%	100,0%
Total	Count	241	9	250	
	Expected Count	241,0	9,0	250,0	
	% within Statusmenikah	96,4%	3,6%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,901 ^b	1	,343		
Continuity Correction ^a	,122	1	,726		
Likelihood Ratio	1,690	1	,194		
Fisher's Exact Test				1,000	,430
Linear-by-Linear Association	,897	1	,344		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,79.

Statusmenikah * Biaya Crosstabulation

			Biaya		Total
			Gratis	Bayar	
Statusmenikah	Menikah	Count	197	31	228
		Expected Count	197,9	30,1	228,0
		% within Statusmenikah	86,4%	13,6%	100,0%
	Janda	Count	20	2	22
		Expected Count	19,1	2,9	22,0
		% within Statusmenikah	90,9%	9,1%	100,0%
Total	Count	217	33	250	
	Expected Count	217,0	33,0	250,0	
	% within Statusmenikah	86,8%	13,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,355 ^b	1	,551		
Continuity Correction ^a	,071	1	,790		
Likelihood Ratio	,389	1	,533		
Fisher's Exact Test				,748	,421
Linear-by-Linear Association	,354	1	,552		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,90.

Paritas * Pengetahuan Crosstabulation

		Pengetahuan		Total
		Baik	Kurang baik	
Paritas >2	Count	50	53	103
	Expected Count	54,4	48,6	103,0
	% within Paritas	48,5%	51,5%	100,0%
<=2	Count	82	65	147
	Expected Count	77,6	69,4	147,0
	% within Paritas	55,8%	44,2%	100,0%
Total	Count	132	118	250
	Expected Count	132,0	118,0	250,0
	% within Paritas	52,8%	47,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,273 ^b	1	,259		
Continuity Correction ^a	,999	1	,317		
Likelihood Ratio	1,273	1	,259		
Fisher's Exact Test				,303	,159
Linear-by-Linear Association	1,268	1	,260		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 48,62.

Paritas * Sikap Crosstabulation

		Sikap		Total
		Positif	Negatif	
Paritas >2	Count	51	52	103
	Expected Count	58,9	44,1	103,0
	% within Paritas	49,5%	50,5%	100,0%
<=2	Count	92	55	147
	Expected Count	84,1	62,9	147,0
	% within Paritas	62,6%	37,4%	100,0%
Total	Count	143	107	250
	Expected Count	143,0	107,0	250,0
	% within Paritas	57,2%	42,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,226 ^b	1	,040		
Continuity Correction ^a	3,709	1	,054		
Likelihood Ratio	4,221	1	,040		
Fisher's Exact Test				,051	,027
Linear-by-Linear Association	4,209	1	,040		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 44,08.

Paritas * Jarak Crosstabulation

		Jarak		Total
		Dekat	Jauh	
Paritas >2	Count	100	3	103
	Expected Count	99,3	3,7	103,0
	% within Paritas	97,1%	2,9%	100,0%
<=2	Count	141	6	147
	Expected Count	141,7	5,3	147,0
	% within Paritas	95,9%	4,1%	100,0%
Total	Count	241	9	250
	Expected Count	241,0	9,0	250,0
	% within Paritas	96,4%	3,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,238 ^b	1	,625		
Continuity Correction ^a	,021	1	,886		
Likelihood Ratio	,244	1	,621		
Fisher's Exact Test				,740	,451
Linear-by-Linear Association	,238	1	,626		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,71.

Paritas * Biaya Crosstabulation

		Biaya		Total
		Gratis	Bayar	
Paritas >2	Count	93	10	103
	Expected Count	89,4	13,6	103,0
	% within Paritas	90,3%	9,7%	100,0%
<=2	Count	124	23	147
	Expected Count	127,6	19,4	147,0
	% within Paritas	84,4%	15,6%	100,0%
Total	Count	217	33	250
	Expected Count	217,0	33,0	250,0
	% within Paritas	86,8%	13,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,864 ^b	1	,172		
Continuity Correction ^a	1,381	1	,240		
Likelihood Ratio	1,922	1	,166		
Fisher's Exact Test				,189	,119
Linear-by-Linear Association	1,856	1	,173		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,60.

Pengetahuan * Sikap Crosstabulation

			Sikap		Total
			Positif	Negatif	
Pengetahuan	Baik	Count	67	65	132
		Expected Count	75,5	56,5	132,0
		% within Pengetahuan	50,8%	49,2%	100,0%
	Kurang baik	Count	76	42	118
		Expected Count	67,5	50,5	118,0
		% within Pengetahuan	64,4%	35,6%	100,0%
Total	Count	143	107	250	
	Expected Count	143,0	107,0	250,0	
	% within Pengetahuan	57,2%	42,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,741 ^b	1	,029		
Continuity Correction ^a	4,200	1	,040		
Likelihood Ratio	4,765	1	,029		
Fisher's Exact Test				,031	,020
Linear-by-Linear Association	4,722	1	,030		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

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

Pengetahuan * Jarak Crosstabulation

			Jarak		Total
			Dekat	Jauh	
Pengetahuan	Baik	Count	126	6	132
		Expected Count	127,2	4,8	132,0
		% within Pengetahuan	95,5%	4,5%	100,0%
	Kurang baik	Count	115	3	118
		Expected Count	113,8	4,2	118,0
		% within Pengetahuan	97,5%	2,5%	100,0%
Total	Count	241	9	250	
	Expected Count	241,0	9,0	250,0	
	% within Pengetahuan	96,4%	3,6%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,720 ^b	1	,396		
Continuity Correction ^a	,259	1	,611		
Likelihood Ratio	,737	1	,391		
Fisher's Exact Test				,506	,309
Linear-by-Linear Association	,717	1	,397		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,25.

Pengetahuan * Biaya Crosstabulation

			Biaya		Total
			Gratis	Bayar	
Pengetahuan Baik	Count		107	25	132
	Expected Count		114,6	17,4	132,0
	% within Pengetahuan		81,1%	18,9%	100,0%
Kurang baik	Count		110	8	118
	Expected Count		102,4	15,6	118,0
	% within Pengetahuan		93,2%	6,8%	100,0%
Total	Count		217	33	250
	Expected Count		217,0	33,0	250,0
	% within Pengetahuan		86,8%	13,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,040 ^b	1	,005		
Continuity Correction ^a	7,014	1	,008		
Likelihood Ratio	8,450	1	,004		
Fisher's Exact Test				,005	,003
Linear-by-Linear Association	8,008	1	,005		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,58.

Sikap * Jarak Crosstabulation

			Jarak		Total
			Dekat	Jauh	
Sikap	Positif	Count	140	3	143
		Expected Count	137,9	5,1	143,0
		% within Sikap	97,9%	2,1%	100,0%
	Negatif	Count	101	6	107
		Expected Count	103,1	3,9	107,0
		% within Sikap	94,4%	5,6%	100,0%
Total	Count	241	9	250	
	Expected Count	241,0	9,0	250,0	
	% within Sikap	96,4%	3,6%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,172 ^b	1	,141		
Continuity Correction ^a	1,279	1	,258		
Likelihood Ratio	2,156	1	,142		
Fisher's Exact Test				,177	,130
Linear-by-Linear Association	2,164	1	,141		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,85.

Sikap * Biaya Crosstabulation

			Biaya		Total
			Gratis	Bayar	
Sikap	Positif	Count	127	16	143
		Expected Count	124,1	18,9	143,0
		% within Sikap	88,8%	11,2%	100,0%
	Negatif	Count	90	17	107
		Expected Count	92,9	14,1	107,0
		% within Sikap	84,1%	15,9%	100,0%
Total	Count	217	33	250	
	Expected Count	217,0	33,0	250,0	
	% within Sikap	86,8%	13,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,180 ^b	1	,277		
Continuity Correction ^a	,805	1	,370		
Likelihood Ratio	1,168	1	,280		
Fisher's Exact Test				,345	,185
Linear-by-Linear Association	1,175	1	,278		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,12.

Jarak * Biaya Crosstabulation

			Biaya		Total
			Gratis	Bayar	
Jarak Dekat	Count	214	27	241	
	Expected Count	209,2	31,8	241,0	
	% within Jarak	88,8%	11,2%	100,0%	
Jauh	Count	3	6	9	
	Expected Count	7,8	1,2	9,0	
	% within Jarak	33,3%	66,7%	100,0%	
Total	Count	217	33	250	
	Expected Count	217,0	33,0	250,0	
	% within Jarak	86,8%	13,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	23,294 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	18,704	1	,000		
Likelihood Ratio	14,569	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	23,201	1	,000		
N of Valid Cases	250				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,19.

Lampiran 9

Hasil Analisis Multivariat

Model 1

```
. xi:glm Ikut1 i.Umur i.Pendidikan Kerja1 Eko1 Nikah1 Tahu1 Sikap1, fam (poisson) link(
> log) nolog eform
i.Umur      _IUmur_0-2      (naturally coded; _IUmur_0 omitted)
i.Pendidikan  _IPendidika_0-2 (naturally coded; _IPendidika_0 omitted)
```

```
Generalized linear models      No. of obs      =      250
Optimization      : ML      Residual df      =      240
Scale parameter =      1
Deviance      = 114.8999358      (1/df) Deviance = .4787497
Pearson      = 131.6358079      (1/df) Pearson = .5484825
```

```
Variance function: V(u) = u      [Poisson]
Link function      : g(u) = ln(u) [Log]
```

```
Log likelihood      = -154.4499679      AIC      =      1.3156
      BIC      = -1210.251
```

Ikut1	IRR	OIM Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
_IUmur_1	1.086594	.2741588	0.33	0.742	.6626752	1.781699
_IUmur_2	2.267166	.9927179	1.87	0.062	.9611033	5.348065
_IPendidik~1	1.089097	.2988636	0.31	0.756	.6360403	1.864868
_IPendidik~2	.4693851	.262775	-1.35	0.177	.1566761	1.406228
Kerja1	2.68892	.7351509	3.62	0.000	1.573473	4.595116
Eko1	1.060848	.2514401	0.25	0.803	.6666576	1.68812
Nikah1	1.668792	.8945236	0.96	0.339	.5836228	4.771691
Tahu1	2.040599	.583944	2.49	0.013	1.164596	3.575528
Sikap1	1.614701	.416406	1.86	0.063	.9740485	2.676724

```
xi: logit Ikutserta i.Umur i.Pendidikan Kerja1 Eko1 Nikah1 Tahu1 Sikap1
i.Umur      _IUmur_0-2      (naturally coded; _IUmur_0 omitted)
i.Pendidikan  _IPendidika_0-2 (naturally coded; _IPendidika_0 omitted)
```

```
Iteration 0: log likelihood = -166.96126
Iteration 1: log likelihood = -102.10068
Iteration 2: log likelihood = -95.518186
Iteration 3: log likelihood = -94.72887
Iteration 4: log likelihood = -94.700061
Iteration 5: log likelihood = -94.699924
```

```
Logistic regression      Number of obs   =      250
                        LR chi2(9)             =     144.52
                        Prob > chi2            =      0.0000
                        Pseudo R2              =      0.4328

Log likelihood = -94.699924
```

Ikutserta	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
_IUmur_1	-.3192347	.4552713	-0.70	0.483	-1.21155	.5730807
_IUmur_2	-3.002456	1.184511	-2.53	0.011	-5.324055	-.680856
_IPendidik~1	-.391066	.5019846	-0.78	0.436	-1.374938	.5928057
_IPendidik~2	2.44539	1.216976	2.01	0.044	.0601602	4.83062
Kerja1	-2.582254	.4717951	-5.47	0.000	-3.506955	-1.657552
Eko1	-.4762621	.4921408	-0.97	0.333	-1.44084	.4883161
Nikah1	-1.39579	.7848282	-1.78	0.075	-2.934026	.1424446
Tahu1	-1.943705	.4486311	-4.33	0.000	-2.823006	-1.064404
Sikap1	-1.384414	.4078939	-3.39	0.001	-2.183872	-.5849571
_cons	5.044836	1.038387	4.86	0.000	3.009636	7.080037

Model 2

```
. xi:gln Ikut1 i.Umur i.Pendidikan Kerja1 Nikah1 Tahu1 Sikap1, fam (poisson) link(log)
> nolog eform
i.Umur      _IUmur_0-2      (naturally coded; _IUmur_0 omitted)
i.Pendidikan  _IPendidika_0-2 (naturally coded; _IPendidika_0 omitted)
```

```
Generalized linear models      No. of obs   =      250
Optimization      : ML          Residual df   =      241
                        Scale parameter =      1
Deviance           = 114.9620372 (1/df) Deviance = .4770209
Pearson            = 132.6926815 (1/df) Pearson  = .550592
```

```
Variance function: V(u) = u      [Poisson]
Link function      : g(u) = ln(u) [Log]
```

```
Log likelihood = -154.4810186      AIC           = 1.307848
                                           BIC           = -1215.71
```

Ikut1	IRR	OIM Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
_IUmur_1	1.091928	.2746794	0.35	0.727	.6669145	1.787794
_IUmur_2	2.333021	.9855236	2.01	0.045	1.019415	5.339326
_IPendidik~1	1.073882	.2879872	0.27	0.790	.6348721	1.816463
_IPendidik~2	.4624069	.2573361	-1.39	0.166	.1553525	1.376354
Kerja1	2.738468	.7195962	3.83	0.000	1.636193	4.583325
Nikah1	1.65449	.8847864	0.94	0.346	.580042	4.719205
Tahu1	2.052557	.5847072	2.52	0.012	1.174398	3.587361
Sikap1	1.615337	.4166771	1.86	0.063	.9743056	2.678126

```
. xi: logit Ikutserta i.Umur i.Pendidikan Kerja1 Nikah1 Tahu1 Sikap1
i.Umur      _IUmur_0-2      (naturally coded; _IUmur_0 omitted)
i.Pendidikan  _IPendidika_0-2 (naturally coded; _IPendidika_0 omitted)
```

```
Iteration 0: log likelihood = -166.96126
Iteration 1: log likelihood = -102.58426
Iteration 2: log likelihood = -96.019849
Iteration 3: log likelihood = -95.198582
Iteration 4: log likelihood = -95.167224
Iteration 5: log likelihood = -95.167067
```

```
Logistic regression      Number of obs   =      250
LR chi2(8)              =      143.59
Prob > chi2            =      0.0000
Pseudo R2              =      0.4300

Log likelihood = -95.167067
```

Ikutserta	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
_IUmur_1	-.3711627	.4519039	-0.82	0.411	-1.256878	.5145527
_IUmur_2	-3.249184	1.168563	-2.78	0.005	-5.539525	-.9588424
_IPendidik~1	-.2636372	.480841	-0.55	0.583	-1.206068	.6787939
_IPendidik~2	2.585286	1.215518	2.13	0.033	.2029133	4.967658
Kerja1	-2.697333	.4610376	-5.85	0.000	-3.60095	-1.793716
Nikah1	-1.329161	.7706681	-1.72	0.085	-2.839643	.1813204
Tahu1	-1.958673	.4471519	-4.38	0.000	-2.835074	-1.082271
Sikap1	-1.38475	.4076847	-3.40	0.001	-2.183797	-.5857029
_cons	4.896562	1.011493	4.84	0.000	2.914073	6.879052

Model 3

```
. xi:glm Ikut1 i.Umur i.Pendidikan Kerja1 Tahu1 Sikap1, fam (poisson) link(log) nolog e
> form
i.Umur      _IUmur_0-2      (naturally coded; _IUmur_0 omitted)
i.Pendidikan  _IPendidika_0-2 (naturally coded; _IPendidika_0 omitted)
```

```
Generalized linear models      No. of obs   =      250
Optimization      : ML      Residual df   =      242
Scale parameter =      1
Deviance          = 115.9684352 (1/df) Deviance = .4792084
Pearson           = 137.7705823 (1/df) Pearson = .5692999
```

```
Variance function: V(u) = u      [Poisson]
Link function      : g(u) = ln(u) [Log]
```

```
Log likelihood = -154.9842176      AIC          = 1.303874
BIC          = -1220.225
```

Ikut1	IRR	OIM Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
_IUmur_1	1.063895	.2665122	0.25	0.805	.6511298	1.738321
_IUmur_2	2.213893	.9302414	1.89	0.059	.9716186	5.044493
_IPendidik~1	1.058385	.2847522	0.21	0.833	.6246443	1.793306
_IPendidik~2	.4412648	.2458943	-1.47	0.142	.1480363	1.315317
Kerja1	2.66546	.6979884	3.74	0.000	1.595413	4.453191
Tahu1	2.073191	.5916924	2.55	0.011	1.184963	3.627219
Sikap1	1.717486	.4315112	2.15	0.031	1.049621	2.810309

```
. xi: logit Ikutserta i.Umur i.Pendidikan Kerja1 Tahu1 Sikap1
i.Umur      _IUmur_0-2      (naturally coded; _IUmur_0 omitted)
i.Pendidikan  _IPendidika_0-2 (naturally coded; _IPendidika_0 omitted)
```

```
Iteration 0: log likelihood = -166.96126
Iteration 1: log likelihood = -103.52756
Iteration 2: log likelihood = -97.598272
Iteration 3: log likelihood = -96.868553
Iteration 4: log likelihood = -96.839161
Iteration 5: log likelihood = -96.839015
```

```
Logistic regression      Number of obs   =      250
                        LR chi2(7)           =     140.24
                        Prob > chi2          =     0.0000
                        Pseudo R2           =     0.4200

Log likelihood = -96.839015
```

Ikutserta	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
_IUmur_1	-.257683	.4460685	-0.58	0.563	-1.131961	.6165952
_IUmur_2	-3.154488	1.172062	-2.69	0.007	-5.451688	-.8572884
_IPendidik~1	-.2167678	.4777672	-0.45	0.650	-1.153174	.7196387
_IPendidik~2	2.754968	1.220146	2.26	0.024	.3635268	5.14641
Kerja1	-2.587345	.4491339	-5.76	0.000	-3.467632	-1.707059
Tahu1	-1.937723	.4427803	-4.38	0.000	-2.805557	-1.06989
Sikap1	-1.432296	.4054602	-3.53	0.000	-2.226983	-.6376086
_cons	3.526305	.610727	5.77	0.000	2.329302	4.723307

Model 4

```
. xi:glm Ikut1 i.Umur Kerja1 Tahu1 Sikap1, fam(poisson) link(log) nolog eform
i.Umur      _IUmur_0-2      (naturally coded; _IUmur_0 omitted)
```

```
Generalized linear models      No. of obs   =      250
Optimization      : ML          Residual df   =     244
                        Scale parameter =      1
Deviance           = 119.8456167 (1/df) Deviance = .4911706
Pearson            = 148.710479 (1/df) Pearson = .6094692
```

```
Variance function: V(u) = u      [Poisson]
Link function      : g(u) = ln(u) [Log]
```

```
Log likelihood = -156.9228083      AIC           = 1.303382
                                           BIC           = -1227.391
```

Ikut1	IRR	OIM Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
_IUmur_1	1.015634	.2464575	0.06	0.949	.6312208	1.634153
_IUmur_2	1.458664	.4651684	1.18	0.236	.7807408	2.725233
Kerja1	2.862551	.6969903	4.32	0.000	1.776225	4.613268
Tahu1	2.40848	.6586626	3.21	0.001	1.409158	4.116486
Sikap1	1.756689	.4441718	2.23	0.026	1.070218	2.883486

```

. xi: logit Ikutserta i.Umur Kerja1 Tahu1 Sikap1
i.Umur      _Iumur_0-2      (naturally coded; _Iumur_0 omitted)

Iteration 0:  log likelihood = -166.96126
Iteration 1:  log likelihood = -106.68024
Iteration 2:  log likelihood = -102.80982
Iteration 3:  log likelihood = -102.62254
Iteration 4:  log likelihood = -102.62184

Logistic regression              Number of obs   =      250
                                LR chi2(5)       =     128.68
                                Prob > chi2        =     0.0000
                                Pseudo R2          =     0.3854

Log likelihood = -102.62184

```

Ikutserta	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
_Iumur_1	-.1773033	.4240592	-0.42	0.676	-1.008444	.6538374
_Iumur_2	-.7752863	.4911248	-1.58	0.114	-1.737873	.1873005
Kerja1	-2.642069	.4086624	-6.47	0.000	-3.443033	-1.841105
Tahu1	-2.012814	.409829	-4.91	0.000	-2.816064	-1.209564
Sikap1	-1.489338	.3896082	-3.82	0.000	-2.252956	-.7257202
_cons	3.542163	.526817	6.72	0.000	2.509621	4.574705

Model 5

```

. glm Ikut1 Kerja1 Tahu1 Sikap1, fam (poisson) link(log) nolog eform

Generalized linear models              No. of obs   =      250
Optimization      : ML                 Residual df   =      246
                                                Scale parameter =      1
Deviance          = 121.4578219         (1/df) Deviance =  .493731
Pearson           = 147.2580069         (1/df) Pearson  =  .5986098

Variance function: V(u) = u            [Poisson]
Link function     : g(u) = ln(u)       [Log]

Log likelihood    = -157.728911        AIC           =  1.293831
                                                BIC           = -1236.822

```

Ikut1	IRR	OIM Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Kerja1	2.749458	.6679319	4.16	0.000	1.707901	4.426203
Tahu1	2.204122	.579036	3.01	0.003	1.317103	3.688513
Sikap1	1.747707	.4418012	2.21	0.027	1.064864	2.868422

. logit Ikutserta Kerja1 Tahu1 Sikap1

Iteration 0: log likelihood = **-166.96126**
 Iteration 1: log likelihood = **-107.70137**
 Iteration 2: log likelihood = **-104.12789**
 Iteration 3: log likelihood = **-103.96884**
 Iteration 4: log likelihood = **-103.96833**

Logistic regression

Number of obs = **250**
 LR chi2(3) = **125.99**
 Prob > chi2 = **0.0000**
 Pseudo R2 = **0.3773**

Log likelihood = **-103.96833**

Ikutserta	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Kerja1	-2.57083	.4039248	-6.36	0.000	-3.362508	-1.779152
Tahu1	-1.850841	.385453	-4.80	0.000	-2.606315	-1.095367
Sikap1	-1.485282	.3856736	-3.85	0.000	-2.241189	-.7293757
_cons	3.153432	.4252053	7.42	0.000	2.320045	3.986819

Lampiran 10

Probabilitas WUS Untuk Melakukan Skrining Kanker Serviks

No	Pk	Pn	Si	$f(z) = \frac{1}{1+e^{-(3,153-2,571(Pk)-1,851(Pt)-1,485(Si))}}$	%
1.	1	1	1	0,059861142	5,99
2.	1	0	0	0,641527476	64,15
3.	0	1	1	0,454377251	45,44
4.	1	1	0	0,219428484	21,94
5.	0	0	1	0,841308987	84,13
6.	1	0	1	0,288434387	28,84
7.	0	1	0	0,786171387	78,62
8.	0	0	0	0,059861142	95,90



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jalan Universitas No. 21 Kampus USU Medan 20155
Telp.(061) 8213221. Fax. (061) 8213221 Website : <http://fkm.usu.ac.id> -Email : fkm.usu.medan@gmail.com

Nomor : 599 /UN5.2.1.10/KRK/2012
Lamp. : -
Hal : Izin Penelitian

15 MAY 2012

Yth. 1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi
2. Kepala Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis
di-
Tebing Tinggi

Dalam rangka penyelesaian studi pada Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat USU, kami mohon bantuan agar kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

N a m a : Sri Hernawati Sirait
NIM : 107032211
Program Studi : S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat
Minat Studi : Kesehatan Reproduksi

dapat diberi izin penelitian pada Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi yang Saudara pimpin, dalam rangka pengumpulan data untuk penulisan tesis dengan judul "Analisis Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan Metode Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA) pada Wanita Usia Subur di Wilayah Kerja Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi Tahun 2012".



PEMERINTAH KOTA TEBING TINGGI
DINAS KESEHATAN

Jl. Gunung Leuser No. 5 Telp/Fax. (0621) 326864 Tebing Tinggi

Tebing Tinggi, 23 Mei 2012

Nomor : 440.02/1071/DKK-TT/2012
 Sifat : -
 Lampiran : -
 Perihal : **Izin Penelitian**
An. Sri Hernawati Sirait

Kepada Yth.
 Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
 Universitas Sumatera Utara
 di -

Medan

1. Sehubungan dengan surat Saudara Nomor : 5999/UN5.2.1.10/KRK/2012 perihal tersebut di atas tertanggal 15 Mei 2012, dengan ini disampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan dan memberikan izin penelitian dalam rangka pengumpulan data untuk penulisan Tesis An. Sri Hernawati Sirait, NIM 107032211 pada Puskesmas Brohol Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi dengan judul penelitian "**Analisis Keikutsertaan Skrining Kanker Serviks dengan Metode Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA) pada Wanita Usia Subur di Wilayah Kerja Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi Tahun 2012**".
2. Mematuhi segala ketentuan dan peraturan yang berlaku serta melaporkan hasil penelitian tersebut kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi.
3. Demikian disampaikan, untuk maklum adanya. Atas perhatian Saudara kami ucapkan terima kasih.



PEMERINTAH KOTA TEBING TINGGI
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS BEROHOL



JL. LKMD I KEL. BEROHOL KEC. BAJENIS TEBING TINGGI TELP:0621 - 22797

SURAT KETERANGAN

Nomor : 548 /Pusk.BRL/VI/2012

Yang bertanda tangan dibawah ini, Pimpinan Puskesmas Berohol Kota Tebing Tinggi menerangkan bahwa :

N a m a : Sri Hernawati Sirait
 NIM : 107032211
 Program Studi : S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat
 Minat Studi : Kesehatan Reproduksi

Telah melaksanakan pengumpulan data untuk keperluan Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan Analisis Keikut Sertaan Skrining Kanker Serviks dengan metode Infeksi Visual Asam Asetat (IVA) pada wanita usia subur di Wilayah Kerja Puskesmas Berohol Kecamatan Bajenis Kota Tebing Tinggi tahun 2012.

Demikian surat keterangan ini diperbuat untuk dapat dimaklumi dan dipergunakan seperlunya.

