

**HALAMAN JUDUL**

**PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PERILAKU  
MENGENAI KANKER OVARIUM PADA  
WANITA YANG TELAH MENIKAH  
DI KOTA PALEMBANG**

**SKRIPSI**

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar  
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

**Oleh:**

**Yola Akma Rinda**

**NIM: 702013079**



**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG**

**2017**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PERILAKU MENGENAI  
KANKER OVARIUM PADA WANITA YANG TELAH  
MENIKAH DI KOTA PALEMBANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh  
**YOLA AKMA RINDA**  
**NIM: 702013079**

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar  
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Pada tanggal 07 Februari 2017

**Menyetujui:**



**dr. Mitayani, M.Si. Med.**  
Pembimbing Pertama



**dr. Ratika Febriani**  
Pembimbing Kedua

**Dekan  
Fakultas Kedokteran**



**dr. H. M. Ali Muchtar, M. Sc**

**NBM/NIDN. 060347091062484/0020084707**

## HALAMAN PERNYATAAN

Dengan ini Saya menerangkan bahwa:

1. Karya Tulis Saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi lainnya.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian Saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini Saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka Saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, 10 Februari 2017

Yang membuat pernyataan



Yola Akma Rinda  
NIM 702013079

## **PERSETUJUAN PENGALIHAN HAK PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Dengan Penyerahan naskah artikel dan *softcopy* berjudul: “Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Mengenai Kanker Ovarium pada Wanita yang Telah Menikah Di Kota Palembang” Kepada Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (UP2M) Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang (FK-UMP), Saya:

Nama : Yola Akma Rinda  
NIM : 702013079  
Program Studi : Pendidikan Kedokteran Umum  
Fakultas : Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang  
Jenis Karya Ilmiah : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, setuju memberikan kepada FK-UMP, Pengalihan Hak Cipta dan Publikasi Bebas Royalti atas Karya Ilmiah, Naskah, dan *softcopy* diatas. Dengan hak tersebut, FK-UMP berhak menyimpan, mengalih media/ formatkan, dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikan, menampilkan, mempublikasikan di internet atau media lain untuk kepentingan akademis, tanpa perlu meminta izin dari Saya, selama tetap mencantumkan nama Saya dan Saya memberikan wewenang kepada pihak FK-UMP untuk menentukan salah satu Pembimbing sebagai Penulis Utama dalam Publikasi. Segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam Karya Ilmiah ini menjadi tanggungjawab Saya pribadi.

Demikian pernyataan ini, Saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Palembang  
Pada tanggal : 10 Februari 2017

Yang Menyetujui,



(Yola Akma Rinda)

NIM 702013079

## HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT, berkat rahmat sehat yang selalu Engkau berikan kepada hamba. Shalawat beriring salam dipanjatkan untuk Baginda Rasullulah.

Skripsi ini kupersembahkan untuk kedua orangtuaku yang sangat aku cintai.

Kepada ayahku tercinta, terimakasih yah selama ini selalu jadi ayah terbaik, ayah terhebat dihidup kakak, terimakasih ayah selalu support kakak, ayah selalu bikin kakak yakin kalo kakak pasti bisa lewatin semua kesulitan hingga kakak bisa raih gelar sarjana kaya sekarang. Makasih yah sudah selalu semangat kerja nyari uang untuk kuliah kakak.  
Makasih yah, You're the real Hero

Kepada ibuku tersayang, terimakasih bu selalu jadi panutan terbaik untuk kakak, selalu ngajarin ikhlasan dan tawakal tiap kakak dapat kesusahan selama kakak kuliah. Makasih bu, ibu ga kalah semangat kerja nyari uang untuk biayain kakak. Terimakasih bu,  
malaikat tak bersayapku  
Terimakasih untuk setiap doa yang ayah dan ibu panjatkan ke Allah untuk kesuksesan kakak. Kakak cinta ayah dan ibu karen Allah.

Untuk kakakku tersayang, Fani Mili Yondra, makasih kak selalu mau ngasih apapun yang adek pengen, selalu nraktir adek, selalu jadi penasehat yang baik kalo adek curhat.  
Untuk adik-adikku tersayang, Dita Yolanda dan Faniyo Akma Dhienda, makasih adik-adikku yang lucu selalu hibur kakak yang cengeng ini, makasih kalian selalu jadi pelipur lara kakak. Love you my little princess.

Untuk Pembimbingku dr. Mitayani, M.Si. Med. dan dr. Ratika Febriani, terimakasih banyak dok telah membimbing hingga yola bisa selesaiin skripsi yola, terimakasih telah meluangkan waktunya untuk bimbingan.

Untuk Harun Ar Rosyid terkasih, terimakasih selalu jadi pendengar yang setia, terimakasih selalu jadi penasihat yang bijaksana, terimakasih support yang ga ada habisnya untuk yola. Terimakasih selalu jadi alasan yola untuk semangat kuliah, ngerjain skripsi, dan ga males-malesan terus.

Untuk sahabat biduranku, Yunita, Elba, Barizqi, Karisa, Rada, Desty, Annisa, dan Bazliah, makasih guys u're the best. Ga lupa juga untuk Citra dan Putri, makasih guys. Makasih untuk kalian semua, berkat kalian kuliah jadi ga berasa susah. Makasih untuk canda tawa dipersahabatan kita. Semoga persahabatan kita ga lekang oleh waktu ya gengs.

Untuk sahabatku, saudaraku, Apriza Kas Widia, makasih ca selalu nyemangatin aku, ngajakin aku refreshing biar ga stres, pendengar curhatan setiaku. Makasih ca.

Untuk teman-teman FK UMP 2013 (Genome Hexa) sekses terus guys, see you on top.

Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya.

Al-Baqarah 286

Percayalah, hasil tak pernah mengkhianati usaha  
jangan pernah menyerah!!!

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG  
FAKULTAS KEDOKTERAN**

**SKRIPSI, JANUARI 2017  
YOLA AKMA RINDA**

**Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Mengenai Kanker Ovarium pada Wanita yang Telah Menikah di Kota Palembang**

**xiv + 83 Halaman + 11 Tabel + 4 Gambar + 9 Lampiran**

**ABSTRAK**

Kanker ovarium adalah terjadinya pertumbuhan sel-sel abnormal pada satu atau dua bagian ovarium. Minimnya pengetahuan terhadap kanker sendiri merupakan salah satu penghambat pendeteksian dini kejadian kanker ovarium. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan perilaku mengenai kanker ovarium pada wanita yang telah menikah di kota Palembang. Desain penelitian merupakan studi deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian adalah wanita di Kelurahan 14 Ulu yang berjumlah 75 responden. Hasil penelitian didapatkan tingkat pengetahuan responden mengenai kanker ovarium didapatkan 0% berpengetahuan baik, 20% berpengetahuan cukup, dan 80% masih berpengetahuan kurang atau buruk. Sikap masyarakat mengenai upaya mencegah kanker ovarium didapatkan 56% memiliki sikap yang baik 41,3% memiliki sikap yang cukup dan terdapat 2,7% yang masih memiliki sikap yang kurang. Perilaku wanita yang telah menikah dalam mencegah kanker ovarium menunjukkan bahwa 20% berperilaku baik, 41,3% berperilaku cukup, dan 38,7% berperilaku kurang. Kesimpulannya, tingkat pengetahuan responden masih rendah namun sikap dan perilaku sudah baik. Diharapkan penelitian selanjutnya dapat melakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan, sikap, dan perilaku mengenai kanker ovarium pada masyarakat sehingga dapat melakukan tindakan pencegahan untuk mengatasi masalah mengenai kanker ovarium.

**Referensi: 47 (2003-2014)**

**Kata Kunci:** Kanker ovarium, pengetahuan, perilaku, sikap

**MUHAMMADIYAH UNIVERSITY OF PALEMBANG  
FACULTY OF MEDICINE**

**MINI THESIS, JANUARY 2017  
YOLA AKMA RINDA**

***The Knowledges, Attitudes, and Behavior of Married Women's Regarding  
Ovarian Cancer in Palembang***

***xiv + 83 pages + 11 tables + 4 pictures + 9 attachments***

**ABSTRACT**

*Ovarian cancer is abnormal cells growth in one or two parts of the ovary. The lack of knowledge toward cancer ovarian is one of the obstacles for early detection of ovarian cancer. This study aims to determine the knowledges, attitudes and behavior regarding to ovarian cancer in Palembang. The study was designed as descriptive with cross sectional approach. Samples were 80 women respondents in the sub-district of 14 Ulu. The result showed that knowledge regarding of ovarian cancer were good (0%), good enough (20%), and bad (80%). Respondent's attitudes regarding to ovarian cancer prevention were good (56%), good enough (41,3%) and bad (2,7%). The behavior of married women in preventing ovarian cancer showed that good (20%) , good enough (41,3%), and bad (38,7%). In conclusion, the level of knowledge toward ovarian cancer is low, while the attitude and behavior are already good. Further researches related to the factors that can influence knowledges, attitudes, and behaviors regarding ovarian cancer in communities are needed to initiate countermeasures against ovarian cancer. There is a needed to increase the reproductive health education in community in Palembang.*

***Reference: 47 (2003-2014)***

***Keywords: attitudes, behaviour, knowledge, ovarian cancer***

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur dipanjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, karunia, beserta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi yang berjudul **“Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Mengenai Kanker Ovarium pada Wanita yang Telah Menikah di Kota Palembang”**.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih atas bimbingan dan saran dari berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari ketidaksempurnaan dan keterbatasan dalam penyusunan skripsi ini. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan. Semoga apa yang tertulis dalam skripsi ini dapat bermanfaat.

Palembang, Februari 2017

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PUBLIKASI.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO.....	v
ABSTRAK.....	vi
<i>ABSTRACT</i> .....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv

### BAB I. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1. Tujuan Umum .....	3
1.3.2. Tujuan Khusus.....	3
1.4. Manfaat Penelitian.....	3
1.4.1. Manfaat Teoritis .....	3
1.4.2. Manfaat Praktis .....	3
1.5. Keaslian Penelitian .....	3

### BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori .....	6
2.1.1. Anatomi, Fisiologi, dan Histologi Ovarium .....	6
A. Anatomi.....	6
B. Fisiologi.....	7
C. Histologi.....	8
2.1.2. Kanker Ovarium .....	9
A. Definisi.....	10
B. Epidemiologi .....	10
C. Karakteristik.....	10
D. Etiologi dan Patogenesis.....	11
E. Faktor Risiko .....	14
F. Deteksi Dini.....	21
G. Pencegahan .....	21
H. Klasifikasi .....	24

I. Manifestasi Klinis.....	26
J. Stadium Kanker Ovarium.....	27
K. Pemeriksaan Penunjang .....	28
L. Penatalaksanaan.....	29
2.1.3. Pengetahuan ( <i>Knowledge</i> ).....	31
2.1.4. Sikap ( <i>Attitude</i> ).....	34
2.1.5. Perilaku.....	37
2.2. Kerangka Teori .....	39

### **BAB III. METODE PENELITIAN**

3.1. Jenis Penelitian .....	41
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian.....	41
3.2.1 Waktu Penelitian.....	41
3.2.2 Tempat Penelitian .....	41
3.3. Populasi dan Subjek atau Sampel Penelitian.....	41
3.3.1. Populasi .....	41
3.3.2. Populasi Terjangkau .....	41
3.3.3. Sampel dan Besar Sampel .....	41
3.3.4. Kriteria Inklusi.....	42
3.3.5. Kriteria Eksklusi .....	42
3.3.6. Cara Pengambilan Sampel.....	42
3.4. Definisi Operasional .....	43
3.5. Cara Kerja atau Cara Pengumpulan Data .....	44
3.5.1. Data Primer.....	44
3.5.2. Uji Validitas.....	44
3.5.3. Uji Reabilitas .....	45
3.6. Cara Pengolahan dan Analisis Data.....	45
3.6.1. Cara Pengolahan Data.....	45
3.6.2. Analisis Data.....	46
3.7. Alur Penelitian.....	47

### **BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN**

4.1. Hasil.....	48
4.2. Pembahasan .....	53

### **BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1. Kesimpulan.....	56
5.2. Saran .....	56

<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>57</b>
----------------------------	-----------

### **LAMPIRAN**

### **BIODATA RINGKAS**

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian .....	4
Tabel 2.1. Klasifikasi Kanker Ovarium.....	25
Tabel 2.2. Stadium Kanker Ovarium.....	27
Tabel 3.1. Definisi Operasional.....	43
Tabel 4.1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Pendidikan terakhir dan pekerjaan.....	48
Tabel 4.2. Tingkat Pengetahuan.....	49
Tabel 4.3. Frekuensi Tingkat Pengetahuan .....	50
Tabel 4.4. Tingkat Sikap .....	50
Tabel 4.3. Frekuensi Tingkat Sikap .....	51
Tabel 4.4. Tingkat Perilaku .....	52
Tabel 4.3. Frekuensi Tingkat Perilaku .....	52

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Anatomi Ovarium .....	7
Gambar 1.2. Histologi Ovarium .....	9
Gambar 2.1. Skema Kerangka Teori .....	40
Gambar 3.1. Skema Alur Penelitian .....	47

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Informed Consent.....	61
Lampiran 2. Kuesioner .....	63
Lampiran 3. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner .....	68
Lampiran 4. Data Karakteristik Responden .....	71
Lampiran 5. Data Frekuensi Pengisian Kuesioner .....	74
Lampiran 6. Analisis Kuesioner .....	75
Lampiran 7. Surat Izin Penelitian .....	78
Lampiran 8. Kartu Bimbingan Skripsi .....	82
Lampiran 9. Biodata .....	83

## DAFTAR SINGKATAN

PID	: <i>Pelvic Inflammatory Disease</i>
IMT	: Indeks Massa Tubuh
FSH	: <i>Follicle Stimulating Hormone</i>
LH	: <i>Luteinizing Hormone</i>
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
DMBA	: <i>Dimethylbenzanthrene</i>
USG	: Ultrasonografi
CT-Scan	: <i>Computed Tomography Scanning</i>
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Kanker adalah pertumbuhan jaringan yang ganas yang terdiri dari sel-sel epitelial yang cenderung menginfiltrasi jaringan sekitarnya dan menimbulkan metastasis (Dorland, 2011). Kanker terbanyak pada perempuan adalah kanker serviks, lalu kanker payudara, kanker colon-rektum, kanker paru, kanker ovarium, dan kanker lambung (WHO, 2012). Kanker ovarium adalah terjadinya pertumbuhan sel-sel abnormal pada satu atau dua bagian ovarium. Ovarium sendiri merupakan salah satu organ reproduksi yang sangat penting bagi perempuan. Dari organ reproduksi ini dihasilkan sel telur atau ovum, yang nantinya bila bertemu sperma akan terjadi pembuahan (kehamilan). Ovarium juga merupakan sumber utama penghasil hormon reproduksi perempuan, seperti hormon estrogen dan progesteron. Kanker ovarium adalah tumor ganas yang berasal dari ovarium dengan berbagai tipe histologi yang dapat mengenai semua umur (Indrawati, 2009).

Menurut WHO tahun 2005, kanker merupakan penyebab kematian kedua setelah penyakit kardiovaskuler. Berdasarkan laporan terakhir dari Badan Registrasi Kanker (BRK) Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2005 yang diperoleh dari 13 Laboratorium Pusat Patologi Anatomi di seluruh Indonesia menunjukkan bahwa frekuensi kanker ovarium menempati urutan ke-3 diantara 10 kejadian kanker tersering pada wanita yaitu 840 kasus (Kemenkes, 2007). Penelitian di RSUPN Cipto Mangunkusumo pada tahun 2002, menyebutkan bahwa kanker ovarium menempati peringkat ke-3 dari 10 kanker tersering pada wanita sebanyak 178 kasus (Aziz, 2009).

Di Indonesia, kanker ovarium menduduki urutan keenam terbanyak dari keganasan pada wanita setelah kanker serviks, payudara, kolorektal, kulit, dan limfoma (Azis, Andrijono, dan Saifuddin, 2006). Terjadinya kanker ovarium sampai sekarang tidak diketahui secara pasti etiologinya. Akan tetapi, berdasarkan penelitian yang ada, terdapat beberapa faktor yang dapat

mempengaruhi terjadinya kanker ovarium. Faktor risiko tersebut yaitu usia yang produktif dan meningkat pada usia premenopause, indeks massa tubuh (IMT) yang berlebih, wanita yang tidak pernah mengalami kehamilan dan jumlah paritas, riwayat pembedahan ginekologi, terapi hormon estrogen, riwayat keluarga dengan kanker, serta konsumsi alkohol dan rokok. Selain itu, terdapat penelitian yang menyatakan bahwa faktor risiko kanker ovarium terbagi atas 5 bagian besar yaitu faktor reproduksi (jumlah paritas dan kehamilan, laktasi, serta usia menarke dan menopause), hormon eksogen (kontrasepsi hormonal, obat penyubur, dan terapi hormon pengganti), kondisi terkait ginekologi (endometriosis, PID (*pelvic inflammatory disease*), dan *polycystic ovarian syndrome*), faktor lingkungan, dan faktor genetik. Namun ada yang menyatakan bahwa berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, ditemukan bahwa umur menarke dini, jumlah paritas, riwayat keluarga, dan IMT yang berlebih memiliki besar risiko yang bermakna terhadap kejadian kanker ovarium. Sementara paritas memiliki risiko yang tidak bermakna terhadap kejadian kanker ovarium (*American Cancer Society*, 2013; Sueblinvong dan Carney, 2009; Fachlevy, Abdullah, dan Russeng, 2012).

Kanker ovarium sulit terdeteksi pada stadium dini, hanya sekitar 10% dari kanker ovarium yang terdeteksi pada stadium dini. Hal ini dikarenakan gejala-gejala kanker ovarium pada stadium dini tidak khas sehingga kanker ovarium umumnya baru dapat dideteksi pada stadium lanjut. Pasien kanker ovarium biasanya datang ke dokter dengan kondisi kanker yang sudah memasuki stadium lanjut, karena pada stadium awal kebanyakan pasien tidak mengalami keluhan (Jihong, 2008).

Kasus kanker yang ditemukan pada stadium dini serta mendapat pengobatan yang cepat dan tepat akan memberikan kesembuhan dan harapan hidup lebih lama. Oleh karena itu, penting dilakukan upaya pencegahan dan deteksi dini kanker. Minimnya pengetahuan terhadap kanker sendiri merupakan salah satu penghambat pendeteksian dini kejadian kanker ovarium. Oleh karena itu, penulis ingin melakukan penelitian tentang

## **“Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Mengenai Kanker Ovarium pada Wanita yang Telah Menikah di Kota Palembang”.**

### **1.2. Rumusan Masalah**

Bagaimana pengetahuan, sikap, dan perilaku mengenai kanker ovarium pada wanita yang telah menikah di Kota Palembang?

### **1.3. Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan perilaku mengenai kanker ovarium pada wanita yang telah menikah di Kota Palembang.

#### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1. Untuk mengetahui pengetahuan mengenai kanker ovarium pada wanita yang telah menikah di Kota Palembang.
2. Untuk mengetahui sikap pada wanita yang telah menikah di Kota Palembang mengenai faktor risiko kanker ovarium.
3. Untuk mengetahui perilaku yang dilakukan wanita yang telah menikah di Kota Palembang dalam mencegah terjadinya kanker ovarium.

### **1.4. Manfaat Penelitian**

1. Menyediakan informasi mengenai kanker ovarium dan cara pencegahan kanker ovarium.
2. Menyediakan referensi tambahan bagi dunia kesehatan mengenai kesehatan organ reproduksi terutama ovarium.
3. Sebagai bahan acuan untuk penelitian selanjutnya mengenai kanker ovarium.

### **1.5. Keaslian Penelitian**

Penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya.

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Tahun	Hasil Penelitian
1.	Suzy L-R, Heidi S., David, et all. ( <i>American Journal of Nurse Women's Awareness of Ovarian Cancer Risk and Symptoms</i> )	2009. Amerika Utara.	Kesadaran tentang gejala kanker ovarium dan faktor risiko di antara populasi keseluruhan wanita di dunia tergolong rendah.
2.	Fleissig, Barret, Menon, et all. ( <i>British Journal of Cancer Awareness of Ovarian Cancer Risk Factors Beliefs, and Attitudes Towards Screening, Baseline Survey of 21 715 Women Participating in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening</i> )	2010. United Kingdom	Hasil penelitian menunjukkan bahwa diperlukannya peningkatan pemahaman umum mengenai risiko kanker ovarium.
3.	Soon, Syakirah, Lim, and Azlina. ( <i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention Awareness of Ovarian Cancer Risk Factors Among Women in Malaysia: A Preliminary Study</i> )	2015. Malaysia	Penelitian ini mengemukakan bahwa kesadaran akan faktor risiko timbulnya kanker ovarium pada wanita Malaysia tergolong rendah.
4.	Redhwan, Muhamed, Yuri, and Samiah. ( <i>Middle-East Journal of Scientific Research Ovarian Cancer: Knowledge of Risk Factors and Symptoms among Working Malaysian Women</i> )	2013. Malaysia	Tingkat pengetahuan wanita Malaysia mengenai kanker ovarium masih rendah. Terdapat perbedaan pengetahuan yang cukup signifikan di antara wanita yg tinggal di pedesaan dan di kota.

Persamaan keaslian penelitian dengan penelitian yang dilakukan terletak pada kriteria pemilihan responden penelitian.

Perbedaan keaslian penelitian dengan penelitian yang dilakukan terletak pada responden, jenis penelitian dan tempat penelitian.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Landasan Teori**

##### **2.1.1. Anatomi, Fisiologi, dan Histologi Ovarium**

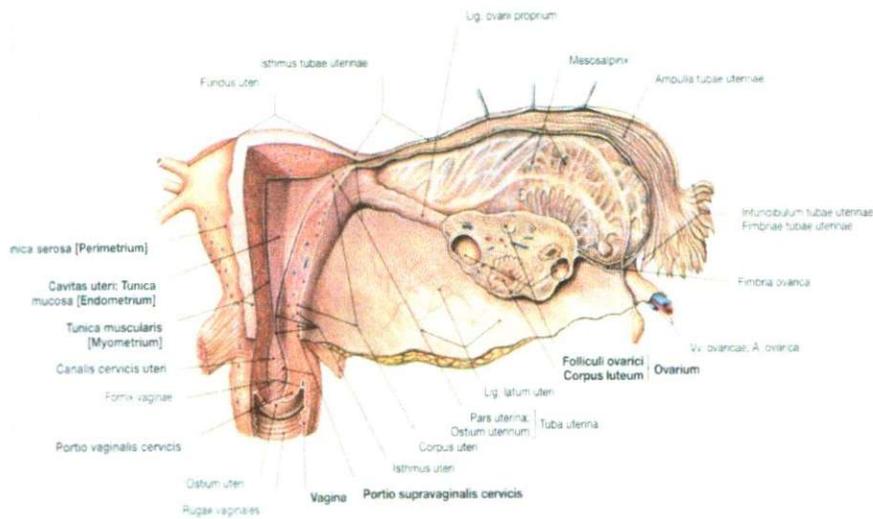
###### **A. Anatomi Ovarium**

Ovarium merupakan suatu organ yang berfungsi untuk menghasilkan sel telur yang disebut ovum serta sebagai penghasil hormon seks pada wanita dewasa yang berupa hormon estrogen dan progesteron (Snell, 2011).

Wanita memiliki sepasang ovarium, masing-masing berada di setiap sisi dari uterus, dekat pada dinding pelvis di fossa ovarika (Gunardi dan Wiknjosastro, 2011). Setiap dari ovarium ini berbentuk oval, berukuran 1,5 x 0,75 inci (4x2 cm) dengan konsistensi padat (Snell, 2011). Kedua ovarium masing-masing terletak di postero-inferior pada kedua sisi uterus. Keduanya dihubungkan ke pars posterior ligamentum latum melalui membran ovarium. Pada bagian lateral, ovarium dihubungkan ke pelvis melalui ligamen infundibulum pelvis, dimana terdapat pembuluh darah dan saraf yang akan berjalan di dalamnya. Di medial, ovarium dihubungkan dengan uterus melalui ligamen proprium ovari (Jihong, 2011).

Ovarium terdiri dari 2 struktur yaitu korteks di bagian sebelah luar, berupa epitelium germinativum berbentuk kubik yang di dalamnya terdiri dari stroma serta folikel-folikel primordial, di sebelah dalam adalah medulla, dibagian medulla terdapat stroma, pembuluh-pembuluh darah, serabut-serabut saraf dan sedikit otot polos.

Pada wanita kira-kira terdapat 100.000 buah folikel primordial. Pada setiap bulan folikel ini akan keluar satu atau dua dan berkembang menjadi folikel de Graaf. Folikel de Graaf yang matang terisi dengan likuor follikuli, serta mengandung estrogen dan siap untuk berovulasi (Wiknjosastro, 2011).



Gambar 1.1. Anatomi Ovarium

Sumber: Atlas Anatomi Manusia Sobotta, 2012.

## B. Fisiologi Ovarium

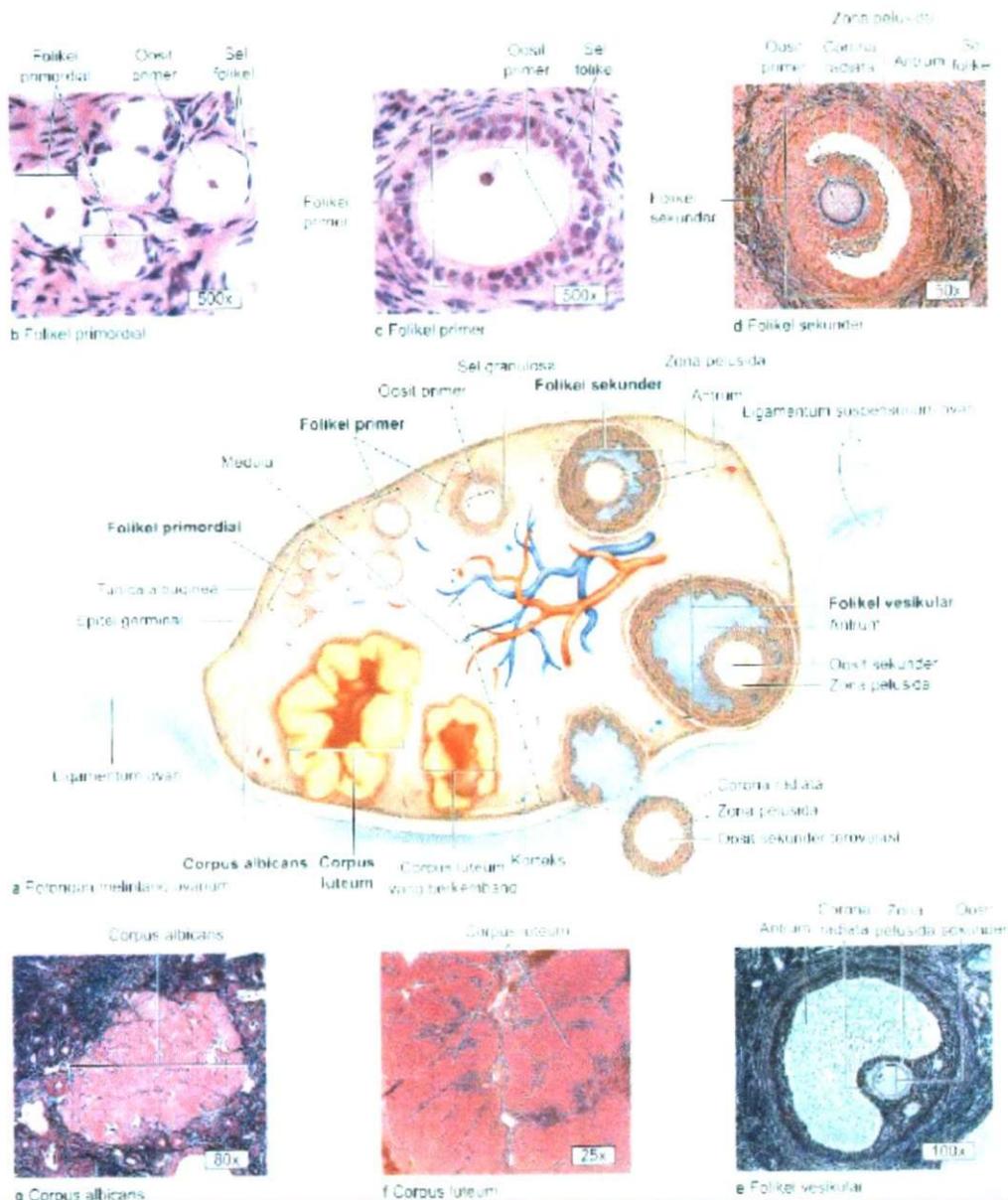
Selama kehidupan janin, terbentuk folikel primordial yang terdiri atas sebuah oosit primer yang dibungkus dengan selapis sel folikel gepeng. Oosit merupakan suatu sel yang berbentuk bulat yang intinya berukuran besar dengan anak inti di dalamnya. Di bawah sel folikel tersebut terdapat lamina basal yang merupakan batas antara folikel dengan stroma sekitarnya. Semenjak masa pubertas dimulai, sebagian kecil folikel primordial mengalami proses harian yang disebut pertumbuhan folikel. Pada pertumbuhan ini terjadi modifikasi oosit, sel granulosa dan fibroblas stroma yang mengelilingi folikel ini. Pertumbuhan folikel ini terjadi akibat adanya rangsangan dari *Follicle Stimulating Hormone* (FSH). Saat folikel primer tumbuh, folikel tersebut akan pindah ke daerah korteks yang lebih dalam lagi. Perpindahan ini terjadi karena sel-sel granulosa bertambah besar dan cairan yang berkumpul di antara sel-sel folikel juga bertambah banyak. Celah-celah kecil yang mengandung cairan ini akan menyatu dan sel-sel granulosa kemudian akan membentuk antrum (rongga yang lebih besar). Melalui proses tersebut, sekarang folikel ini sudah disebut folikel

sekunder. Cairan pada folikel sekunder mengandung komponen plasma dan produk yang disekresi oleh sel folikel. Selama pembentukan antrum, oosit, dan sel-sel granulosa mengalami modifikasi membentuk kumulus oofarum dan korona radiata. Selain itu, fibroblas stroma yang berada di daerah sekitar folikel akan berdiferensiasi juga membentuk teka folikuli. Kemudian akan berdiferensiasi kembali menjadi teka interna (sel pensintesis hormon steroid yang di transpor ke lapisan granulosa) dan teka eksterna (terdiri dari lapisan fibroblas yang mengelilingi teka interna) (Guyton, 2011).

### **C. Histologi Ovarium**

Ovarium memiliki 3 jenis jaringan, yaitu jaringan epitel yang membungkus ovarium, sel germinal penghasil ovum dan sel stroma yang menghubungkan kedua ovarium serta berfungsi sebagai penghasil sebagian besar hormon pada wanita yaitu hormon estrogen dan progesteron (*American Cancer Society*, 2014).

Jenis epitel pembungkus ovarium adalah epitel selapis gepeng dan selapis kuboid, yaitu sel germinativum. Di bawah epitel ini terdapat selapis jaringan ikat padat, yaitu tunika albuginea yang membuat warna ovarium menjadi keputihan. Di bawah tunika albuginea terdapat daerah yang dipenuhi dengan folikel ovarium beserta oositnya, yaitu daerah korteks. Folikel ini berada dalam jaringan ikat (stroma) pada korteks. Sedangkan bagian terdalam dari ovarium adalah medula. Medulla merupakan jaringan ikat longgar yang di dalamnya terdiri atas anyaman vaskular. Di antara korteks dan medula tersebut tidak ditemukan batas yang tegas (Junqueira dan Carneiro, 2011).



Gambar 1.2. Alat reproduksi wanita

Sumber: Basic Histology Text & Atlas Junqueira, 2011.

### 2.1.2. Kanker Ovarium

#### A. Definisi

Kanker ovarium merupakan massa abnormal jaringan pada ovarium yang pertumbuhannya berlebihan dan tidak terkoordinasikan dengan pertumbuhan jaringan normal, walaupun rangsangan yang memicu perubahan tersebut telah berhenti dan lesi dapat menyerbu dan merusak

struktur di dekat ovarium dan menyebar ke organ lain serta menyebabkan kematian (Kumar, 2007).

## **B. Epidemiologi**

Satu dari 67 wanita berpotensi menderita kanker ovarium sepanjang hidupnya. Risiko wanita terkena kanker ovarium ini akan semakin tinggi dengan bertambahnya usia. Mayoritas kanker ovarium muncul setelah seorang wanita melewati masa menopause. Separuh dari kasus kanker ovarium menyerang wanita di atas usia 63 tahun (Johari dan Siregar, 2011).

Berdasarkan data dari *Survailance, Epidemiology and End Results (SEER)* usia penderita kanker ovarium rata-rata di atas 40 tahun. Dengan gambaran di bawah usia 20 sekitar 1,3%, antara 20 dan 34 sekitar 3,6%, antara 35 dan 44 sekitar 7,4%, antara 45 dan 54 sekitar 18,6%, antara 55 dan 64 sekitar 23,4%, antara 65 dan 74 sekitar 20,1%, antara 75 dan 84 sekitar 17,6% dan tahun 85 sekitar 8,1%. Angka ini didasarkan kasus yang didiagnosis pada 2005-2009 dari 18 daerah menurut data *SEER* (Kampono, 2011).

## **C. Karakteristik**

Mengenai usia, pada suatu penelitian didapatkan rata-rata usia dari pasien kanker ovarium pada penelitiannya adalah 51,9 tahun (Ferris, dkk, 2013). Dengan kata lain, pada pasien kanker ovarium, dijumpai distribusi usia lanjut yang cukup banyak. Berbeda dengan hasil yang diperoleh pada penelitian lain di Taiwan, ditemukan usia dengan distribusi kanker ovarium di Taiwan terbanyak adalah pada usia 20-39 tahun, yaitu 29 orang (33,7%) (Yen, dkk, 2003).

Mengenai tingkat pendidikan, dari penelitian-penelitian yang ada penderita kanker ovarium terbanyak adalah penderita dengan tingkat pendidikan sekolah dasar atau SD. Berdasarkan penelitian Yen dkk (2003) ditemukan 33 orang (38,4%) penderita kanker ovarium yang memiliki

tingkat pendidikan sekolah dasar atau SD. Pada penelitian yang dilakukan oleh Sihombing dan Sirait (2007) didapatkan 76 orang (34,9%) penderita kanker ovarium yang memiliki tingkat pendidikan sekolah dasar atau SD, dan penelitian yang dilakukan oleh Su dkk (2013) ditemukan 202 orang (41,0%) penderita kanker ovarium yang memiliki tingkat pendidikan sekolah dasar atau SD.

Bila dilihat penelitian yang dilakukan oleh Fachlevy, Abdullah, dan Russeng (2012) mengenai pekerjaan, dimana pasien yang paling banyak didapat adalah IRT atau tidak bekerja yaitu 61,3%. Pekerjaan IRT juga terbanyak ditemui pada penelitian lain, yaitu berjumlah 146 orang (87%) (Sihombing & Sirait, 2007). Penelitian Fachlevy, Abdullah, dan Russeng (2012) dan Sihombing (2007) menemukan sebagian besar penderita kanker ovarium memiliki pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, berbeda halnya dengan pasien kanker ovarium pada penelitian di China Selatan, dimana kanker ovarium pada wanita yang bekerja lebih banyak daripada wanita yang tidak bekerja. Pasien yang bekerja adalah sebanyak 331 orang sedangkan yang tidak bekerja didapat sebanyak 162 orang (Su, dkk, 2013).

#### **D. Etiologi dan Patogenesis**

Berbagai penelitian dalam rangka mengungkap patogenesis berbagai karsinogen sebagai penyebab terjadinya kanker ovarium masih belum menunjukkan hasil. Walaupun penyebab pasti kanker ovarium masih belum ditemukan, beberapa teori telah dikemukakan oleh para ahli dalam rangka mengungkap etiologi dan patogenesis terjadinya kanker ovarium, antara lain:

##### **1. Teori *Incessant Ovulation***

Teori *Incessant ovulation* ini beranggapan bahwa adanya trauma berulang pada ovarium selama proses ovulasi mengakibatkan epitel ovarium mudah terpajan atau terpapar oleh berbagai faktor risiko sehingga dapat mengakibatkan terjadinya kelainan atau abnormalitas genetik. Semakin dini usia wanita mengalami menstruasi, semakin

terlambat mencapai menopause, tidak pernah hamil atau memiliki keturunan merupakan berbagai kondisi yang dapat meningkatkan frekuensi ovulasi. Berbagai kondisi yang menekan frekuensi ovulasi, seperti kehamilan dan menyusui justru menurunkan risiko terjadinya kanker ovarium (Kumar, 2007).

Adanya ovulasi dan semakin bertambahnya umur seorang wanita menyebabkan terperangkapnya fragmen epitel permukaan ovarium pada *cleft* atau invaginasi pada permukaan dan badan inklusi pada kortek ovarium. Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa terdapat hubungan antara frekuensi metaplasia dan neoplasma pada daerah-daerah ovarium yang mengalami invaginasi dan terbentuknya badan inklusi (Kumar, 2007).

## **2. Teori Inflamasi**

Teori ini diangkat berdasarkan pada penelitian yang memperoleh hasil bahwa angka insiden kanker ovarium meningkat pada wanita yang mengalami infeksi atau radang pada panggul. Menurut teori ini, berbagai karsinogen dapat mencapai ovarium melalui saluran genitalia. Walaupun adanya proteksi terhadap risiko kanker ovarium melalui ligasi tuba dan histerektomi mendukung teori ini, namun peranan signifikan faktor reproduksi lainnya tidak dapat dijelaskan dengan teori ini (Kumar, 2007).

## **3. Teori Gonadotropin**

Teori ini dapat dijadikan sebagai dasar timbulnya kanker ovarium. Adanya kadar gonadotropin yang tinggi, berkaitan dengan lonjakan yang terjadi selama proses ovulasi dan hilangnya *gonadal negative feedback* pada menopause dan kegagalan ovarium prematur memegang peranan penting dalam perkembangan dan progresivitas kanker ovarium (Kumar, 2007).

Perkembangan kanker ovarium dipengaruhi oleh hormon-hormon hipofisis pada berbagai macam tikus. Pada hewan tersebut, adanya penurunan estrogen dan peningkatan sekresi gonadotropin hipofisis dapat mengakibatkan perkembangan kanker ovarium. Ovarium yang terpapar

bahan karsinogen, seperti *Dimethylbenzanthrene* (DMBA) akan berkembang menjadi kanker setelah ditransplantasikan pada tikus yang telah menjalani ooforektomi, namun hal tersebut tidak ditemukan pada tikus yang sebelumnya dilakukan pengangkatan kelenjar pituitari (Kumar, 2007).

Penelitian yang dilakukan Cramer dan Welch bertujuan untuk menilai hubungan antara kadar gonadotropin dengan estrogen. Adanya sekresi gonadotropin dalam jumlah yang tinggi ternyata mengakibatkan peningkatan stimulasi estrogen pada epitel permukaan ovarium. Hal tersebut diduga berperan dalam meningkatkan risiko terjadinya kanker ovarium (Kumar, 2007).

#### **4. Mutasi Gen *BRCA1* dan *BRCA2***

Pada kanker ovarium ditemukan dua gen yang bertanggung jawab pada 2/3 familial atau 5% secara keseluruhan, yaitu gen *BRCA1* yang berlokasi pada kromosom 17 (17q21) dan gen *BRCA2* yang berlokasi pada kromosom 13q-12-13. Walaupun *BRCA1* dan *BRCA2* tidak menunjukkan kesamaan rangkaian, tetapi memiliki fungsi yang sama dan berinteraksi dengan kompleks multiprotein yang sama. Keduanya berfungsi sebagai tumor supresor dan apabila kehilangan fungsi dapat menyebabkan terjadinya risiko keganasan. Fungsi dari kedua gen tersebut dalam memproteksi genom dari kerusakan dengan penghentian siklus sel dan perbaikan DNA belum sepenuhnya diketahui. Adanya mutasi dan delesi *BRCA1* yang bersifat herediter pada 85% menyebabkan terjadinya peningkatan risiko untuk terjadinya kanker ovarium. Mutasi dari *BRCA1* menunjukkan perubahan kearah karsinoma tipe medular, cenderung *high grade*, mitotik sangat aktif, pola pertumbuhan, dan mempunyai prognosis yang buruk (Kumar, 2007).

Mutasi gen *BRCA1* yang berlokasi pada kromosom 17q dan *BRCA2* yang berlokasi pada kromosom 13q, meningkatkan kerentanan terjadinya karsinoma ovarium. Mutasi gen *BRCA1* terjadi pada sekitar 5% pada penderita karsinoma ovarium yang berusia kurang dari 70 tahun. Risiko

karsinoma ovarium karena mutasi gen *BRCA1* dan *BRCA2* adalah 20%-60% pada penderita berusia 70 tahun (Kumar, 2007).

### **5. Hipotesis Androgen**

Hipotesis ini dibuktikan dengan ditemukannya reseptor androgen pada epitel ovarium. Ovarium selalu terpapar pada steroid androgenik yang berasal dari ovarium itu sendiri dan kelenjar adrenal. Berdasarkan penelitian juga ditemukan kadar androgen yang tinggi dalam darah wanita penderita kanker ovarium (Kumar, 2007).

### **6. Hipotesis Progesteron**

Pada epitel ovarium, normalnya memiliki reseptor progesteron. Progesteron mempunyai peranan protektif terhadap terjadinya kanker ovarium. Hal ini dapat dilihat dengan bukti melalui percobaan pada kera *macaque*, progesteron menginduksi terjadinya apoptosis sel epitel ovarium, sedangkan estrogen menghambatnya (Kumar, 2007).

## **E. Faktor Risiko**

Faktor risiko kanker ovarium terbagi menjadi 5 bagian besar, yaitu:

### **1. Faktor reproduksi**

#### **a. Paritas dan kehamilan**

Berdasarkan penelitian yang ada, ditemukan bahwa peningkatan jumlah kehamilan dapat menurunkan risiko terjadinya kanker ovarium. Sedangkan kehamilan aterm memiliki efek proteksi terhadap kejadian kanker ovarium (Jihong, 2008). Menurut Rostgaard (2003) dalam Johari & Siregar (2012) perangsangan terhadap pelepasan sel-sel ovari yang premalignan ini lah yang membuat kehamilan memiliki efek protektif pada kanker ovarium. Berkurangnya risiko kanker ovarium pada tingginya jumlah kehamilan dapat diterangkan dengan kadar gonadotropin yang rendah (Busmar, 2006).

Menurut Johari & Siregar (2012), Wanita yang tidak memiliki anak (nullipara) memiliki faktor risiko yang cukup tinggi untuk

terjadinya kanker ovarium. Terdapatnya risiko kanker ovarium pada wanita yang tidak pernah hamil ataupun melahirkan juga dikemukakan oleh Berek (2004). Hal ini dikarenakan, terdapatnya hubungan dengan teori "*incessant ovulation*", dimana dengan tidak pernahnya mengalami kehamilan ataupun memiliki paritas, maka ovulasi tidak pernah dihambat sehingga kerusakan dari epitel pun akan tetap terus berlangsung dan menyebabkan terjadinya iritasi kronis pada ovarium dan sel-sel dapat bertransformasi menjadi sel-sel neoplastik yang dapat menjadi risiko terbentuknya kanker ovarium. Pada penelitian yang dilakukan oleh Ferris dkk (2013) ditemukan distribusi paritas terbanyak pada pasien dengan jumlah anak >1 adalah berjumlah 74 orang (67,9%) dan terendah adalah pasien dengan jumlah anak 1, yaitu berjumlah 10 orang (9,2%). Hasil ini berbeda dengan penelitian lain, dimana dinyatakan pada penelitian oleh Fachlevy, Abdullah, dan Russeng (2012), pasien dengan jumlah anak >1 (multipara) dapat menurunkan risiko kanker ovarium (Fachlevy, Abdullah, dan Russeng, 2012).

#### b. Laktasi

Laktasi ataupun riwayat menyusui merupakan salah satu faktor yang dapat menurunkan risiko terjadinya kanker ovarium (Ozols, dkk, 2005). Hal yang sama berdasarkan riwayat menyusui yang menurunkan faktor risiko kanker ovarium juga dikemukakan oleh Berek (2004).

Pada masa laktasi, kadar estrogen dan hormon gonadotropin akan menurun dan kembali meningkat bila frekuensi menyusui berkurang (Wiknjosastro, 2011). Dengan penurunan estrogen akan mengakibatkan *delayed ovulation* dan terjadi amenore yang memanjang. Hal ini dapat dijelaskan dengan proses dimana laktasi menekan ovulasi melalui peningkatan kadar prolaktin yang merupakan penghambat sekresi dari gonadotropin (Su, dkk, 2013).

Hasil penelitian yang didapat Ferris dkk (2013), pasien yang tidak menyusui lebih tinggi jumlahnya dibandingkan pasien yang menyusui, dimana pasien yang tidak menyusui berjumlah 51,4%. Penelitian oleh Ferris ini pun didukung dengan hasil yang menyatakan bahwa berdasarkan penelitian, terdapat peningkatan risiko kanker ovarium pada pasien yang tidak menyusui (Pieta, dkk, 2012).

c. Usia menarke dan menopause

Tingginya risiko kanker ovarium pada wanita dengan usia menarke yang terlalu dini disebabkan oleh karena lamanya paparan dari hormon estrogen. Estrogen ini sendiri terdiri atas 3 jenis hormon yaitu estradiol, estriol, dan estrion. Beberapa penelitian mengatakan bahwa estradiol dan estriol diduga memiliki sifat karsinogenik. Hal ini kemungkinan dikarenakan kedua hormon ini berperan penting dalam proses proliferasi jaringan ovarium (Fachlevy, Abdullah, dan Russeng, 2012).

Usia yang disebut sebagai usia menarke dini adalah dengan usia dibawah 11 tahun, usia menarke normal adalah dengan usia 11-14 tahun dan untuk usia menarke lebih dari 14 tahun disebut sebagai usia menarke terlambat (Fachlevy, Abdullah, dan Russeng, 2012).

Kanker ovarium banyak terjadi pada wanita yang belum menopause dan hal ini pun sesuai berdasarkan yang dikemukakan oleh Berek (2004), Ozols, dkk. (2005), dan Fachlevy, Abdullah, dan Russeng (2012) yang menyatakan bahwa adanya peningkatan risiko pada menarke dini dan keterlambatan menopause.

Usia menopause disebut dini bila usia menopause di bawah 40 tahun, sedangkan normalnya usia menopause adalah 40-50 tahun, dan di atas 50 tahun disebut sebagai menopause terlambat (Fachlevy, Abdullah, dan Russeng, 2012).

Didapat dari hasil penelitian dimana usia menstruasi normal memiliki distribusi yang terbanyak, yaitu berjumlah 24 orang

(41,4%) (Yen, dkk, 2003). Namun, hasil ini tidak sesuai dengan penelitian lain. Seperti menurut Pieta dkk (2012), menopause yang terlambat memiliki faktor risiko yang meningkat, yaitu peningkatan sebanyak 1,4 kali.

## 2. Pemakaian Hormon Eksogen

### a. Kontrasepsi Oral

Penggunaan pil kontrasepsi jangka panjang menurunkan risiko kanker ovarium (Jihong, 2008). Menurut Ozols, dkk (2005), 30%-60% pada penggunaan oral kontrasepsi berdasarkan penelitian yang ada dapat menurunkan risiko terjadinya kanker ovarium. Risiko ini dapat menurun pada penggunaan yang lama.

Kontrasepsi oral memiliki kerja dengan menekan sekresi FSH sehingga dapat menghalangi maturasi folikel pada ovarium dan menyebabkan ovulasi menjadi terganggu (Kampono, 2011).

Pada penelitian Su dkk (2014), pasien tanpa penggunaan alat kontrasepsi oral (83,8%) memiliki distribusi pasien yang lebih banyak dibandingkan dengan pasien yang menggunakan alat kontrasepsi oral (16,2%). Sama halnya dengan penelitian Sihombing dan Sirait (2007), pasien yang tidak menggunakan alat kontrasepsi oral memiliki distribusi terbanyak yaitu sebanyak 96 orang (44%).

Setelah dilakukan analisis lanjutan terhadap jenis hormon pada obat kontrasepsi, diperoleh bahwa hormon yang berperan dalam menurunkan risiko terjadinya kanker ovarium tersebut adalah progesteron. Penggunaan obat yang mengandung hormon estrogen saja khususnya pada wanita pascamenopause justru meningkatkan risiko terjadinya kanker ovarium namun penggunaan kombinasi progesteron dan estrogen atau progesteron saja akan menurunkan risiko terjadinya kanker ovarium (Busmar, 2006).

b. Obat penyubur

Obat-obat yang meningkatkan kesuburan atau fertilitas, seperti klomifen sitrat dan obat-obatan gonadotropin, seperti *Follicle Stimulating Hormone* (FSH) dan *Luteinizing Hormone* (LH) dapat menginduksi terjadinya ovulasi baik tunggal maupun multipel. Hal tersebut ternyata meningkatkan risiko seorang wanita mengalami kanker ovarium. Pada pemakaian klomifen sitrat lebih dari dua belas siklus dapat meningkatkan risiko sebesar sebelas kali untuk menjadi kanker ovarium (Busmar, 2006). Pada penggunaan obat penyubur dapat menyebabkan terjadinya peningkatan ovulasi, sehingga terjadi kenaikan pada level gonadotropin (FSH atau LH). Hal ini dapat menyebabkan semakin tingginya faktor risiko terjadinya kanker ovarium (Ozols, dkk, 2005).

c. Terapi hormon pengganti

Terapi hormon pengganti pasca menopause dapat meningkatkan risiko terjadinya kanker ovarium (Jihong, 2008). Menurut Ozols, dkk (2005) penggunaan hormon pengganti ini dapat meningkatkan gonadotropin yang merupakan salah satu pemicu terbentuknya kanker ovarium. Pemakaian terapi hormon pengganti pada wanita menopause dengan menggunakan estrogen dalam jangka waktu sepuluh tahun dapat meningkatkan risiko relatif sebesar 2,2 untuk terjadinya kanker ovarium. Pada pemakaian yang lebih lama lagi, selama 20 tahun lebih meningkatkan risiko relatif menjadi 3,2 untuk terjadinya kanker ovarium (Busmar, 2006). Pada pemakaian terapi hormonal yang dikombinasikan dengan pemberian progestin juga masih meningkatkan risiko relatif sebesar 1,5 untuk terjadinya kanker ovarium.

### 3. Kondisi Terkait Ginekologi

#### a. Endometriosis

Endometriosis merupakan suatu keadaan dimana jaringan endometrium yang masih berfungsi dengan baik berada di luar kavum uteri. Terjadinya endometriosis pada wanita dapat meningkatkan faktor risiko untuk terjadinya kanker ovarium (Luthan, dkk, 2011).

#### b. *Pelvic Inflammatory Disease*

*Pelvic inflammatory disease* atau PID merupakan infeksi yang terjadi pada alat genital atas. PID yang terjadi wanita dapat memicu terjadinya kanker ovarium (Hakimi, 2011).

#### c. *Polycystic Ovarian Syndrome*

Merupakan masalah endokrinologi reproduktif yang cukup sering terjadi. Belakangan ini diketahui bahwa wanita dengan siklus haid yang reguler dengan keadaan hiperandrogen juga dapat disebut sindroma ovarium polikistik (Hadibroto, 2005).

Tidak banyak teori yang menjelaskan mengenai kondisi terkait ginekologi, namun berdasarkan Ozols, dkk (2005), dinyatakan bahwa PID, endometriosis, dan *Polycystic ovarian syndrome* memiliki peranan dalam terdapat peningkatan terjadinya kanker ovarium.

### 4. Faktor Lingkungan

Pada pernyataan yang dikemukakan oleh Ozols, dkk (2005), peningkatan insidensi kanker ovarium terjadi di daerah industrialisasi negara barat. Beberapa penelitian juga mengatakan bahwa obesitas dapat meningkatkan faktor risiko kanker ovarium. Berbagai penelitian membuktikan bahwa peningkatan IMT dapat meningkatkan risiko terjadinya kanker ovarium (Reeves, 2001). Penelitian yang dilakukan oleh *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition* tahun 2006 memperoleh hasil bahwa pada wanita dengan IMT di atas

30 atau obesitas memiliki risiko sebesar 1,59 untuk terjadinya kanker ovarium dibandingkan dengan wanita dengan IMT normal (Luthan, 2011). Penelitian yang berbeda memperoleh hasil bahwa peningkatan IMT pada wanita premenopause meningkatkan risiko terjadinya kanker ovarium dengan risiko sebesar 1,72. Selain itu, faktor risiko juga meningkat pada konsumsi makanan tinggi kolesterol, tembakau, dan alkohol.

Berdasarkan Fachlevy, Abdullah, dan Russengn (2012), tingginya konsumsi kolesterol dapat mempengaruhi kadar estrogen dalam tubuh. Semakin tinggi konsumsi, maka semakin tinggi pula kadar estrogennya. Mekanisme perubahan kolesterol menjadi estrogen dapat dijelaskan melalui cara biosintesis hormon, dimana semua hormon steroid (estrogen) berasal dari kolesterol. Penelitian lain memperoleh hasil bahwa konsumsi ikan, daging ayam, dan telur memiliki distribusi yang tinggi pada pasien kanker ovarium. Namun tidak halnya dengan daging sapi, pasien yang mengkonsumsi makanan ini memiliki distribusi yang rendah yaitu 18 (20,9%) dari 86 orang (Yen, dkk, 2003).

## 5. Faktor Genetik

Terdapat peningkatan faktor risiko pada wanita dengan riwayat kanker ovarium pada keluarga. Menurut beberapa penelitian, riwayat keluarga yang menderita kanker ovarium menyebabkan terjadinya mutasi gen *BRCA 1* dan *BRCA 2*. Kerusakan kedua gen ini menyebabkan kerusakan gen di dalam sel menjadi tidak terdeteksi dan sel yang bermutasi tidak dapat diperbaiki sehingga muncul sel yang ganas yang berproliferasi menjadi kanker (Fachlevy, Abdullah, dan Russeng, 2012). Fachlevy juga memperoleh hasil dimana terdapat 70,6% (48/68) pasien dengan riwayat keluarga kanker ovarium.

Menurut Berek (2004), faktor genetik memiliki keterikatan dengan terjadinya kanker ovarium, hal ini dikarenakan terjadinya mutasi pada

*BRCA 1* yang berlokasi pada kromosom 7 dan *BRCA 2* yang terjadi pada kromosom 13. Pada umumnya kanker ovarium yang hereditas ini akan muncul 10 tahun lebih cepat dibandingkan dengan kanker ovarium nonhereditas (Kumar, 2007).

#### **F. Deteksi Dini Kanker Ovarium**

Kanker ovarium biasanya dideteksi pada stadium lanjut dan berkaitan dengan angka ketahanan hidup 5 tahun sekitar 30%. Antara 70%-75% kanker ovarium tidak terdiagnosis hingga stadium II atau lanjut. Angka ketahanan hidup sebesar 90% dilaporkan diperoleh pada stadium I, sehingga diperlukan usaha untuk menentukan peran skrining populasi untuk deteksi penyakit pada tahap awal. Penelitian yang terbaru memfokuskan pada dua strategi skrining, yaitu:

- 1) Menggunakan ultrasonografi
- 2) Menggunakan serum *tumor marker* CA-125 sebagai skrining awal disertai pemeriksaan ultrasonografi sebagai uji lini kedua (*multimodal screening*) (Calonge, N, 2004).

Program skrining yang baik adalah yang memiliki sensitivitas tinggi (kemungkinan hasil tes positif pada individual yang memiliki penyakit tersebut) dan spesifisitas tinggi (kemungkinan hasil tes negatif pada individu yang tidak memiliki penyakit tersebut). Diperkirakan tes skrining untuk kanker ovarium memerlukan sensitivitas paling sedikit 75% dan spesifisitas lebih dari 99,6% untuk mencapai nilai praduga positif 10% (nilai praduga positif minimum yang ditetapkan oleh ahli epidemiologi untuk tes skrining) (Calonge, N, 2004).

#### **G. Pencegahan**

##### **1. Pencegahan Primer**

Pencegahan primer yaitu upaya mempertahankan orang yang sehat agar tetap sehat atau mencegah orang sehat menjadi sakit. Upaya

pencegahan primer dapat dilakukan dengan pemberian informasi mengenai kanker ovarium, upaya pencegahan seperti:

a. Pemakaian pil pengontrol kehamilan

Menurut *American Cancer Society*, wanita yang menggunakan alat kontrasepsi secara oral (pil KB yang mengandung progesteron) untuk tiga sampai lima tahun diperkirakan mengurangi risiko terkena kanker ovarium hingga 30 sampai 50 persen lebih rendah (Indrawati, 2009).

b. Operasi sterilisasi atau Tubektomi (pemotongan saluran ovarium)

Dari penelitian ACS, operasi sterilisasi, berupa pemotongan saluran ovarium untuk mencegah kehamilan, mengurangi 67 persen risiko terkena kanker ovarium (Indrawati, 2009).

c. Diet

Gaya diet yang memperbanyak makan sayuran, terbukti mengurangi risiko terkena kanker ovarium. Membatasi konsumsi daging dan makanan yang mengandung lemak jenuh juga dapat menurunkan risiko terkena kanker ovarium (Indrawati, 2009).

d. Olahraga

Para peneliti, membuktikan olahraga ringan hingga sedang, namun dilakukan rutin (minimal 3 kali dalam seminggu dengan waktu olahraga minimal 15 menit) dapat meningkatkan kekebalan tubuh, memperbanyak antioksidan dan mengurangi risiko kegemukan. Semua akibat baik dari olahraga itu penting untuk menjaga kesehatan, termasuk mencegah terkena kanker (Indrawati, 2009).

## 2. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder bertujuan untuk menghambat progresifitas penyakit, pencegahan ini dapat dilakukan dengan diagnosa dini dan pengobatan yang tepat. Diantaranya:

a. Diagnosis Kanker Ovarium

1. Ultrasonografi (USG)

USG adalah cara pemeriksaan invasif yang lebih murah. Dengan USG dapat secara tegas dibedakan tumor kistik dengan tumor yang padat. Pada tumor dengan bagian padat (*echogenik*) persentase keganasan makin meningkat. Sebaliknya, pada tumor kistik tanpa ekointernal (*anechogenic*) kemungkinan keganasan menurun. Pemakaian USG transvaginal (*transvaginal color flow doppler*) dapat meningkatkan ketajaman diagnosis karena mampu menjabarkan morfologi tumor ovarium dengan baik. Pemakaian USG *transvaginal color Doppler* dapat membedakan tumor ovarium jinak dengan tumor ovarium ganas (Busmar, 2006).

2. *Computed Tomography Scanning* (CT-Scan)

Pemakaian CT-Scan untuk diagnosis tumor ovarium juga sangat bermanfaat. Dengan CT-Scan dapat diketahui ukuran tumor primer, adanya metastasis ke hepar dan kelenjar getah bening, asites, dan penyebaran ke dinding perut (Busmar, 2006).

3. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Jika dibandingkan dengan CT-Scan, MRI tidak lebih baik dalam hal diagnostic, menggambarkan perjalanan penyakit, dan menentukan lokasi tumor di abdomen atau pelvis (Busmar, 2006).

b. Pengobatan yang tepat

1. Operasi

Tindakan operasi dilakukan sangat tergantung dari kondisi kesehatan pasien dan sejauh mana kanker itu telah menyebar dalam tubuh. Di bawah ini ada contoh-contoh operasi yang kerap dilakukan untuk menghentikan penyebaran kanker ovarium, yaitu:

a. Unilateral oophorectomy

- b. Bilateral oophorectomy
  - c. Bilateral salpingectomy
  - d. Unilateral dan bilateral salpingo oophorectomy
  - e. Radical hysterectomy
  - f. Cytoreduction
- (Busmar, 2006).

## 2. Kemoterapi

Merupakan perawatan dengan obat-obatan untuk membunuh sel kanker. Obat-obatan kemoterapi dimasukkan langsung ke jaringan pembuluh darah atau diminum. Kemoterapi ini juga penting untuk mencegah kanker menyebar ke organ tubuh lainnya (Busmar, 2006).

## 3. Terapi radiasi

Gunanya untuk membunuh sel kanker dengan menggunakan sinar radiasi tinggi. Walaupun pengobatan ini efektif untuk kebanyakan jenis kanker tapi jarang digunakan pada pengobatan kanker ovarium (Busmar, 2006).

## 3. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier bertujuan untuk mengurangi ketidakmampuan dan mengadakan rehabilitasi supaya penderita dapat melakukan aktivitasnya kembali. Upaya rehabilitasi dilakukan baik secara fisik atau psikis, seperti dukungan moral dari orang-orang terdekat terhadap pasien pasca operasi (Busmar, 2006).

## **H. Klasifikasi**

Klasifikasi WHO untuk kanker ovarium berdasarkan jenis sel berasal. Kanker ovarium dibagi ke dalam tiga komponen:

1. Epitel permukaan ovarium yang berasal dari epitel *celomic* atau epitel endometrium ektopik. Epitel ini akan meningkatkan epitel mullerian selama perkembangan embrionik. Ini berasal dari tuba falopi (sel kolumnar serosa yang bersilia), lapisan endometrium (sel kolumnar tanpa silia), atau kelenjar endoserviks (sel musinosum tanpa silia).
2. Sel germinal, yang bermigrasi ke ovarium dari *yolk sac* dan totipotensial.
3. Stroma ovarium, termasuk seks kord. Di samping itu tumor ovarium bisa juga berasal dari metastase tumor lain.

Tabel 2.1. Klasifikasi Kanker Ovarium

No	<i>Malignant</i>	<i>Borderline Tumour</i>	<i>Benign</i>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Adenocarcinoma</i></li> <li>• <i>Surface papillary adenocarcinoma</i></li> <li>• <i>Adenocarcinofibroma (malignant adenofibroma)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Papillary cystic tumour</i></li> <li>• <i>Surface papillary tumour</i></li> <li>• <i>Adenofibroma, cystadenofibroma</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cystadenoma</i></li> <li>• <i>Papillary cystadenoma</i></li> <li>• <i>Surface papilloma</i></li> <li>• <i>Adenofibroma and cystadenofibroma</i></li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Adenocarcinoma</i></li> <li>• <i>Adenocarcinofibroma (malignant adenofibroma)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Intestinal type</i></li> <li>• <i>Endocervical-like</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cystadenoma</i></li> <li>• <i>Adenofibroma and cystadenofibroma</i></li> <li>• <i>Mucinous cystic tumour with mural nodules</i></li> <li>• <i>Mucinous cystic tumour with pseudomyxoma peritonei</i></li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Adenocarcinoma, not otherwise specified</i></li> <li>• <i>Adenocarcinofibroma (malignant adenofibroma)</i></li> <li>• <i>Malignant mullerian mixed tumour (carcinosarcoma)</i></li> <li>• <i>Adenosarcoma</i></li> <li>• <i>Endometrioid stromal sarcoma (low grade)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cystic tumour</i></li> <li>• <i>Adenofibroma and cystadenofibroma</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cystadenoma</i></li> <li>• <i>Adenofibroma and cystadenofibroma</i></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Undifferentiated ovarium sarcoma</i></li> </ul>		
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Clear cell tumours</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Adenocarcinoma</i></li> <li>• <i>Adenocarcinofibroma (malignant adenofibroma)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cystic tumour</i></li> <li>• <i>Adenofibroma and cystadenofibroma</i></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Transitional cell tumours</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Transitional cell carcinoma (non-Brenner type)</i></li> <li>• <i>Malignant Brenner tumour</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Borderline Brenner tumour</i></li> <li>• <i>Proliferating varian</i></li> </ul>

Sumber: *American Cancer Society, 2014*

## I. Manifestasi Klinis

Kanker ovarium sulit terdeteksi, hanya sekitar 10% dari kanker ovarium yang terdeteksi pada stadium dini. Hal ini dikarenakan gejala-gejala kanker ovarium pada stadium dini tidak khas sehingga kanker ovarium umumnya baru dapat dideteksi pada stadium lanjut. Bila penderita dalam usia perimenopause, keluhannya adalah haid yang tidak teratur. Bila massa tumor menekan kandung kemih atau rektum, akan muncul keluhan sering berkemih atau konstipasi. Terkadang dapat pula muncul gejala seperti distensi perut sebelah bawah, rasa tertekan, dan nyeri. Umumnya lebih dari 60% penderita setelah berada pada stadium lanjut. Pada stadium lanjut gejala yang muncul adalah asites, metastasis ke omentum atau metastasis ke usus (Jihong, 2008).

Tanda-tanda terpenting adanya kanker ovarium yaitu ditemukannya massa tumor di pelvis. Tumor dinyatakan ganas (kanker) apabila berbentuk padat, irreguler, terfiksir ke dinding panggul, dan ditemukan asites di bagian atas abdomen (Jihong, 2008).

Pada stadium lanjut biasanya dijumpai gejala-gejala:

- 1) Penekanan pada rongga abdomen berupa rasa mual, muntah, hilang nafsu makan, dan gangguan motilitas usus.
- 2) Pembesaran abdomen akibat penumpukan cairan dalam rongga abdomen.
- 3) Perasaan tidak nyaman pada rongga abdomen dan pelvis.

- 4) Menstruasi tidak teratur.
- 5) Perasaan lelah.
- 6) Keluarnya cairan abnormal pervaginam (*vaginal discharge*).
- 7) Nyeri saat berhubungan seksual.
- 8) Penurunan berat badan.

## J. Stadium Kanker Ovarium

Stadium kanker ovarium ditentukan berdasarkan pada penemuan yang dilakukan saat melakukan eksplorasi. Stadium kanker ovarium menurut *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) tahun 2014, berdasarkan pada hasil evaluasi pembedahan terhadap tumor ovarium primer dan penemuan penyebarannya dapat dilihat pada tabel 2.2.

Tabel 2.2. Stadium Kanker Ovarium

Stadium	Kriteria
<b>I</b>	Pertumbuhan tumor terbatas pada ovarium.
<b>Ia</b>	Pertumbuhan tumor terbatas pada satu ovarium, kapsul utuh, cairan ascites ataupun cairan peritoneum tidak mengandung sel-sel ganas, dan tidak ada pertumbuhan tumor pada permukaan luar ovarium.
<b>Ib</b>	Pertumbuhan tumor pada satu atau dua ovarium, kapsul utuh, cairan ascites ataupun bilasan peritoneum tidak mengandung sel-sel ganas, dan tidak ada pertumbuhan tumor pada permukaan luar tumor.
<b>Ic</b>	Tumor pada stadium Ia atau Ib tetapi dengan pertumbuhan tumor pada permukaan luar dari satu atau kedua ovarium, kapsul pecah, cairan ascites atau cairan bilasan peritoneum mengandung sel-sel ganas, dan terdapat pertumbuhan tumor pada permukaan ovarium.
<b>II</b>	Pertumbuhan tumor pada satu atau kedua ovarium dengan perluasan ke rongga pelvis.
<b>IIa</b>	Penyebaran dan atau metastasis ke uterus dan atau tuba fallopi, tidak ada sel-sel ganas di cairan asites ataupun cairan peritoneal.
<b>IIb</b>	Penyebaran tumor ke organ pelvis lainnya, tidak ada sel-sel ganas di cairan asites ataupun cairan peritoneal.
<b>IIc</b>	Tumor dengan stadium IIa atau IIb, tetapi dengan pertumbuhan tumor pada permukaan luar dari satu atau kedua ovarium atau kapsul pecah atau cairan ascites atau cairan

	cairan peritoneum mengandung sel-sel ganas.
<b>III</b>	Tumor melibatkan satu atau kedua ovarium dengan implantasi di luar pelvis dan secara mikroskopis dapat dipastikan adanya metastasis dari peritoneal ke luar pelvis.
<b>IIIa</b>	Tumor secara mikroskopis melebihi pelvis namun belum terlihat tanda makroskopis tumor.
<b>IIIb</b>	Pada pemeriksaan makroskopis terlihat jelas adanya metastasis dari peritoneal melebihi pelvis $\pm 2$ cm.
<b>IIIc</b>	Pada pemeriksaan makroskopis terlihat jelas adanya metastasis dari peritoneal melebihi pelvis $\pm 2$ cm dan terjadi metastasis kelenjar limfe regional..
<b>IV</b>	Pertumbuhan tumor meliputi satu atau kedua ovarium dengan metastase yang luas.

Sumber: *International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)*, 2014.

## K. Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis stadium dini pada kanker ovarium masih kurang spesifik dan sensitif (Jihong, 2008). Hal ini disebabkan karena terdapat pengaruh gejala yang tidak muncul pada stadium dini.

Selain dilakukannya anamnesis dan pemeriksaan fisik, perlu dilakukan beberapa pemeriksaan penunjang, yaitu:

### 1. Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini dapat membedakan tumor kistik dengan tumor padat. Disamping itu, pemeriksaan ini relatif murah dibandingkan pemeriksaan lainnya. Pada tumor yang padat, risiko keganasan semakin meningkat dan menurun pada masa yang kistik (Jihong, 2008).

Pada pemeriksaan dengan USG transvaginal akan memiliki hasil yang tajam, karena melalui pemeriksaan ini dapat dijabarkan morfologi dari kanker ovarium dengan baik. Tiga kategori morfologi yang dijabarkan adalah volume, struktur dinding, dan struktur septum kanker (Jihong, 2008).

### 2. *Computed Tomography Scanning* (CT-Scan)

Melalui pemeriksaan ini dapat diketahui ukuran kanker primer, metastasis ke hepar dan kelenjar getah bening, asites, dan penyebaran ke dinding perut. Namun, terdapat beberapa kekurangan dari CT-Scan, yaitu

terdapatnya risiko radiasi, reaksi alergi terhadap kontras, kurang tegas dalam membedakan tumor kistik dan padat, dan biaya yang mahal (Jihong, 2008).

### 3. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*

MRI dan CT-Scan memiliki fungsi yang hampir sama, namun MRI tidak lebih baik dalam hal diagnostik, menggambarkan perjalanan penyakit dan dalam menentukan lokasi tumor di abdomen atau pelvis. Dengan demikian, dalam melakukan evaluasi kanker ovarium lebih dianjurkan dengan pemeriksaan CT-Scan (Jihong, 2008).

### 4. Pemeriksaan *Tumor Markers*

CA 125 merupakan antigen yang terkait dengan keganasan dari epitel ovarium. Permukaan epitel ovarium tidak menghasilkan CA 125, kecuali pada keadaan kista inklusi, terjadinya metaplasia pada epitel ovarium, dan yang mengalami pertumbuhan papiler (Busmar, 2006).

### 5. Pemeriksaan Sitologi

Pemeriksaan ini terutama dilakukan pada sitologi dari asites. Pada pemeriksaan ini paling sering ditemukan adanya sel adenokarsinoma.

### 6. Laparoscopi

Pemeriksaan ini membantu deteksi dini kanker ovarium. Fungsinya adalah sebagai diagnostik kanker yang masih belum ditegakkan. Ketika pemeriksaan USG dan CA 125 yang masih mencurigakan keganasan dan hasil pemeriksaan sitologi yang masih belum dalam menentukan penyebabnya, dapat dilakukan laparoscopi untuk lebih memastikannya (Jihong, 2008).

## **J. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan kanker ovarium sangat ditentukan oleh stadium kanker dan keadaan umum penderita. Adapun penatalaksanaan kanker ovarium adalah sebagai berikut:

## 1. Terapi Operasi

Terdapat beberapa teknik operasi, yaitu:

### a. Laparotomi

Untuk memastikan stadium kanker ovarium. Operasi ini termasuk pengangkatan uterus dan sepasang adneksanya, omentum mayus, pembersihan kelenjar limfe pelvis, dan para-aorta abdominal, serta pemeriksaan sitologi kavum abdomen (asites) (Jihong, 2008).

### b. Operasi sitoreduksi

Operasi ini bertujuan untuk mengangkat sebagian besar ataupun seluruh kanker. Keberhasilan dinyatakan atas dasar tertinggalnya lesi dengan diameter kurang dari 2 cm. Keberhasilan ini berhubungan dengan pemulihan kekuatan anti kanker tubuh, kondisi kondusif bagi radioterapi, kemoterapi dan lain-lain (Jihong, 2008).

### c. Operasi eksploratif kedua

Tujuan dilakukan operasi ini adalah memberikan dasar bagi penghentian kemoterapi atau mengubah kemoterapi dan metode terapi, serta mengangkat lesi ganas yang telah ditemukan (Jihong, 2008).

## 2. Kemoterapi

Kemoterapi pada tindakan penyembuhan kanker ovarium sangatlah penting. Tindakan ini akan lebih efektif pada pasien yang telah berhasil menjalani operasi sitoreduksi. Karena kanker ovarium pada umumnya menyebar pada rongga abdomen dan pelvis, maka setelah operasi dilakukan kemoterapi gabungan intra-abdomen dan intravena. Agar dalam pemberiannya obat dapat merata pada kavum abdomen, cairan infus intra-abdomen diberikan sebanyak 2000 ml. Selain itu dapat dilakukan pemberian obat secara intra-arteri. Fungsinya untuk meninggikan konsentrasi obat pada arteri. Untuk melakukan terapi metastasis parenkim hati dapat dengan kemoterapi menggunakan kateterisasi per kutan arteri gastroepiploika dekstra hingga mencapai

arteri hepatika komunis atau kateterisasi per kutan arteri femoralis ke arterti hepatika. Terapi umumnya diberikan dalam jumlah 6-8 kuur (Jihong, 2008).

### **3. Radioterapi**

Tidak semua kanker dapat disembuhkan dengan terapi radiasi, sehingga metode ini bukanlah metode yang utama. Namun pada kanker disgerminoma dapat disembuhkan dengan cara radioterapi, karena kanker ini sangat peka terhadap radiasi (Jihong, 2008).

#### **2.1.3. Pengetahuan (*Knowledge*)**

Pengetahuan adalah hasil dari suatu proses pembelajaran seseorang terhadap sesuatu baik itu yang didengar maupun yang dilihat (Wawan dan Dewi, 2010).

##### 1) Tingkat pengetahuan

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besar dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan sebagai berikut.

##### a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, “tahu” ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah (Notoatmodjo, 2012).

##### b. Memahami (*comprehension*)

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

meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari (Notoatmodjo, 2007).

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain (Notoatmodjo, 2007).

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut (Notoatmodjo, 2007).

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada (Notoatmodjo, 2007).

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2007).

## 2) Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Faktor-faktor pengetahuan menurut Wawan & Dewi (2010) dibedakan menjadi faktor internal dan faktor eksternal:

a) Faktor internal

(1) Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi perilaku seseorang terhadap pola hidup terutama dalam motivasi sikap. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah untuk penerimaan informasi.

(2) Pekerjaan

Menurut Thomas yang dikutip oleh Nursalam (2003) pekerjaan merupakan suatu cara mencari nafkah yang membosankan, berulang, dan banyak tantangan. Pekerjaan dilakukan untuk menunjang kehidupan pribadi maupun keluarga. Bekerja dianggap kegiatan yang menyita waktu.

(3) Usia

Usia adalah umur individu yang dihitung mulai dari dilahirkan sampai berulang tahun (Elisabeth BH, dikutip dari Nursalam, 2003). Menurut Hurlock (1998), semakin bertambah usia, tingkat kematangan dalam berfikir seseorang akan lebih tinggi.

b) Faktor eksternal

(1) Faktor lingkungan

Lingkungan sekitar dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu maupun kelompok. Jika lingkungan mendukung ke arah positif, maka individu maupun kelompok akan berperilaku positif, tetapi jika lingkungan sekitar tidak kondusif, maka individu maupun kelompok tersebut akan berperilaku kurang baik.

(2) Sosial budaya

Sistem sosial budaya yang ada dalam masyarakat juga mempengaruhi sikap dalam penerimaan informasi.

### 3) Kriteria tingkat pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2007).

Penilaian pengetahuan menurut Arikunto (2006) dikutip dari Wawan & Dewi (2010) diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

- a) Baik : presentase 76%-100%
- b) Cukup : presentase 56%-75%
- c) Kurang : presentase <56%

#### 2.1.4. Sikap (*Attitude*)

Reaksi yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus disebut sikap. Sikap belum merupakan suatu tindakan nyata, tetapi masih berupa persepsi dan kesiapan seseorang untuk bereaksi terhadap stimulus yang ada di sekitarnya. Sikap dapat diukur secara langsung dan tidak langsung (Notoatmodjo, 2007).

##### 1) Tingkatan sikap:

###### a. Menerima (*receiving*)

Diartikan bahwa orang (subyek) bersedia dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

###### b. Merespon (*responding*)

Memberi jawaban apabila ditanya dan menyelesaikan tugas yang diberikan sebagai tanda seseorang menerima ide tersebut.

###### c. Menghargai (*valuing*)

Tingkatan selanjutnya dari sikap adalah menghargai. Menghargai berarti seseorang dapat menerima ide dari orang lain yang mungkin saja berbeda dengan idenya sendiri, kemudian dari dua ide yang berbeda tersebut didiskusikan bersama antara kedua orang yang mengajukan ide tersebut.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Mampu mempertanggungjawabkan sesuatu yang telah dipilih merupakan tingkatan sikap yang tertinggi.

2) Fungsi sikap

a) Fungsi instrumental atau fungsi manfaat

Disebut fungsi manfaat karena sikap dapat membantu mengetahui sejauh mana manfaat objek sikap dalam pencapaian tujuan. Dengan sikap yang diambil oleh seseorang, maka seseorang dapat menyesuaikan diri dengan baik terhadap lingkungan sekitar.

b) Fungsi pertahanan ego

Sikap tertentu diambil seseorang ketika keadaan dirinya atau egonya merasa terancam. Seseorang mengambil sikap tertentu untuk mempertahankan egonya.

c) Fungsi ekspresi nilai

d) Fungsi pengetahuan

Jika seseorang mempunyai sikap tertentu terhadap suatu objek, itu berarti menunjukkan orang tersebut mempunyai pengetahuan terhadap objek sikap yang bersangkutan (Wawan dan Dewi, 2010).

3) Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap

a) Pengalaman pribadi

Pengalaman pribadi harus meninggalkan kesan yang kuat agar dapat dijadikan sebagai dasar pembentukan sikap yang baik. Sikap akan lebih mudah terbentuk jika pengalaman pribadi yang terjadi melibatkan faktor emosional.

b) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Individu cenderung mempunyai sikap yang searah dengan orang yang dianggapnya penting karena dimotivasi oleh keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggapnya penting tersebut.

c) Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya sehingga kebudayaan yang dianut menjadi salah satu faktor penentu pembentukan sikap seseorang.

d) Media massa

Media massa yang harusnya disampaikan secara objektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulis sehingga berpengaruh juga terhadap sikap konsumennya.

e) Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan sehingga konsep ini akan ikut mempengaruhi pembentukan sikap.

f) Faktor emosional

Sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi sebagai bentuk pertahanan egonya (Wawan dan Dewi, 2010).

4) Cara pengukuran sikap

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung ataupun tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat pernyataan responden terhadap suatu objek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pertanyaan-pertanyaan hipotesis kemudian ditanyakan pada responden (Notoatmodjo, 2007).

Adapun skala yang dapat digunakan untuk mengukur sikap dari responden yaitu:

a) Skala Thurstone (*Method of Equal-Appearing Intervals*)

Teknik ini disusun oleh Thurstone yang didasarkan pada asumsi nilai skala yang berasal dari rating para penilai tidak dipengaruhi oleh sikap penilai terhadap isu. Metode ini menempatkan sikap seseorang pada rentangan kontinum dari yang sangat *unfavorable* sampai yang sangat *favorable* terhadap suatu objek sikap. Caranya yaitu dengan memberikan orang tersebut beberapa item sikap yang telah ditentukan derajat

favorabilitasnya. Pembuat skala perlu membuat sampel pernyataan sikap sekitar 100 buah atau lebih, kemudian pernyataan-pernyataan tersebut diberikan kepada beberapa orang penilai untuk menentukan derajat favorabilitasnya. Rentang favorabilitas dari 1 sampai 11. Median dari penilaian antar penilai terhadap item ini dijadikan sebagai nilai skala masing-masing item. Pembuat skala menyusun item dari skala terendah sampai tertinggi, kemudian memilih item untuk kuesioner skala sikap yang sesungguhnya dan selanjutnya diberikan kepada responden untuk menunjukkan seberapa besar kesetujuan atau ketidaksetujuannya pada masing-masing item (Wawan dan Dewi, 2010).

b) Skala Likert (*Method of Summateds Ratings*)

Item dalam skala Likert dibagi menjadi kelompok *favorable* dan *unfavorable*. Untuk item *favorable*, jawaban sangat setuju nilainya 5, sedangkan jawaban sangat tidak setuju nilainya 1. Item *unfavorabel*, nilai untuk jawaban sangat setuju adalah 1, sedangkan jawaban untuk sangat tidak setuju diberi nilai 5. Skala Likert disusun dan diberi skor sesuai dengan skala interval sama (Riyanto, 2011).

c) Skala Guttman

Pengukuran dengan menggunakan skala Guttman hanya akan ada dua jawaban, yaitu “ya-tidak”, “benar-salah”, “pernah-tidak pernah”, “setuju-tidak setuju”, dan lain-lain. Skala Guttman digunakan apabila ingin mendapatkan jawaban yang tegas tentang permasalahan yang dipertanyakan. Penilaian pada skala Guttman untuk jawaban setuju diberi skor 1 dan jika tidak setuju diberi skor 0 (Riyanto, 2011).

Sikap dikatakan positif (mendukung) bila hasil mean lebih besar daripada rata-rata, sedangkan dikatakan negatif (tidak mendukung) bila hasil mean lebih rendah daripada rata-rata (Riyanto, 2011).

### **2.1.5. Perilaku**

Perilaku merupakan tindakan nyata dari adanya suatu respon. Sikap dapat terwujud dalam tindakan nyata apabila tersedia fasilitas atau sarana

dan prasarana. Tanpa adanya fasilitas, suatu sikap tidak dapat terwujud dalam tindakan nyata (Notoadmodjo, 2012).

1) Tingkatan dalam perilaku:

a. Persepsi (*perception*)

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

b. Respons terpimpin (*guided responses*)

Merupakan suatu tindakan yang dilakukan sesuai dengan urutan yang benar. Seseorang mampu melakukan suatu tindakan dengan sistematis, dari awal hingga akhir.

c. Mekanisme (*mechanism*)

Seseorang yang dapat melakukan tindakan secara benar urutannya, maka akan menjadi kebiasaan baginya untuk melakukan tindakan yang sama.

d. Adopsi (*adoption*)

Suatu tindakan yang sudah berkembang atau termodifikasi dengan baik disebut adopsi.

2) Cara menilai perilaku

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung, yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Secara tidak langsung yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden (Notoadmodjo, 2012).

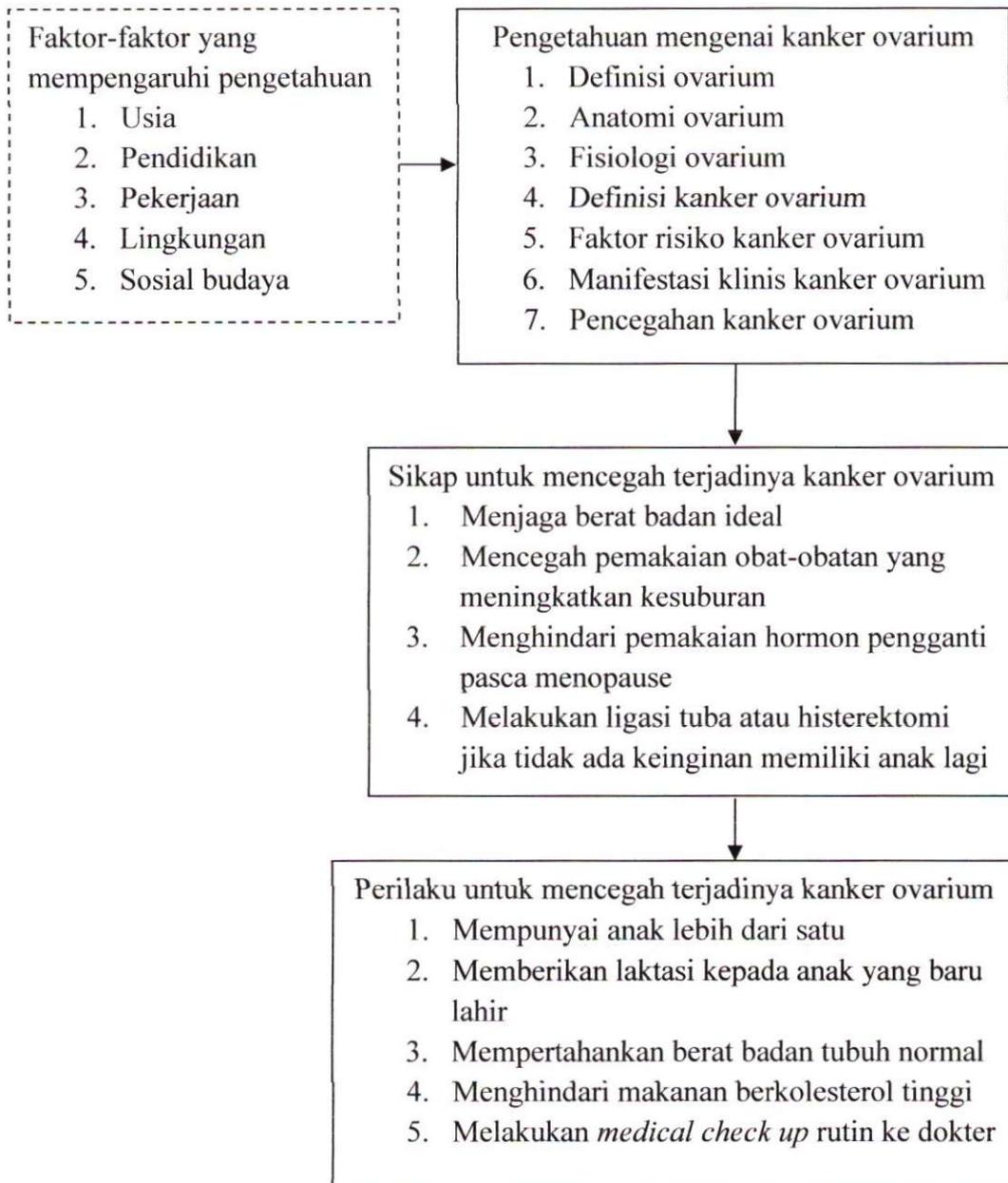
Cara menilai perilaku dapat dilakukan melalui *check list* dan kuesioner. *Check list* berisi daftar variabel yang akan dikumpulkan datanya. Peneliti dapat memberikan tanda ya atau tidak sesuai dengan tindakan yang dilakukan sesuai dengan prosedur. Selain menggunakan *check list*, penilaian perilaku juga dapat dilakukan dengan kuesioner. Kuesioner berisi beberapa pertanyaan mengenai praktik yang terkait dan responden diberikan pilihan “ya” atau “tidak” untuk menjawabnya (Arikunto, 2010).

3) Kategori penilaian perilaku:

- a) Baik : presentase 76%-100%
- b) Cukup : presentase 56%-75%
- c) Kurang : presentase <56%

## **2.2. Kerangka Teori**

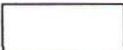
Kerangka teori dalam penelitian ini merupakan modifikasi antara faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan mengenai kanker ovarium yang berdampak dalam sikap dan perilaku pencegahan kanker ovarium.



Bagan 2.1. Skema Kerangka Teori

Sumber: Notoadmodjo (2012) dengan modifikasi

Keterangan:

 : Variabel yang diteliti

 : Variabel yang tidak diteliti

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1. Jenis Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*.

#### **3.2. Waktu dan Tempat Penelitian**

##### **3.2.1. Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 08 Desember 2016.

##### **3.2.2. Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Kelurahan 14 Ulu, Kecamatan Seberang Ulu II, Palembang.

#### **3.3. Populasi dan Subjek atau Sampel Penelitian**

##### **3.3.1. Populasi**

Populasi penelitian ini adalah penduduk Kota Palembang yang berjenis kelamin wanita.

##### **3.3.2. Populasi Terjangkau**

Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah penduduk kota Palembang yang berjenis kelamin wanita di Kecamatan Seberang Ulu II.

##### **3.3.3. Sampel dan Besar Sampel**

Sampel yang diteliti pada penelitian ini adalah penduduk kota Palembang yang berjenis kelamin wanita di Kecamatan Seberang Ulu II, dengan jumlah 75 orang. Dengan rumus perhitungan Snedecor dan Cochran.

$$N = \frac{Z_{1-\alpha}^2 \times P \times (1-P)}{d^2}$$

$$\text{Jumlah total} = N + 10\%N$$

Keterangan:

n = jumlah atau besar sampel minimal

$Z_{1-\alpha}$  = nilai baku distribusi normal pada  $\alpha$  tertentu (1,96)

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1. Jenis Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*.

#### **3.2. Waktu dan Tempat Penelitian**

##### **3.2.1. Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 08 Desember 2016.

##### **3.2.2. Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Kelurahan 14 Ulu, Kecamatan Seberang Ulu II, Palembang.

#### **3.3. Populasi dan Subjek atau Sampel Penelitian**

##### **3.3.1. Populasi**

Populasi penelitian ini adalah penduduk Kota Palembang yang berjenis kelamin wanita.

##### **3.3.2. Populasi Terjangkau**

Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah penduduk kota Palembang yang berjenis kelamin wanita di Kecamatan Seberang Ulu II.

##### **3.3.3. Sampel dan Besar Sampel**

Sampel yang diteliti pada penelitian ini adalah penduduk kota Palembang yang berjenis kelamin wanita di Kecamatan Seberang Ulu II, dengan jumlah 75 orang. Dengan rumus perhitungan Snedecor dan Cochran.

$$N = \frac{Z_{1-\alpha}^2 \times P \times (1-P)}{d^2}$$

$$\text{Jumlah total} = N + 10\%N$$

Keterangan:

n = jumlah atau besar sampel minimal

$Z_{1-\alpha}$  = nilai baku distribusi normal pada  $\alpha$  tertentu (1,96)

P = proporsi variabel

d = derajat akurasi atau presisi mutlak (10%)

Perhitungannya:

$$N = \frac{Z_{1-\alpha}^2 \times P \times (1-P)}{d^2}$$

$$N = \frac{1,96^2 \times 4,9\% \times (1-4,9\%)}{10\%^2}$$

$$N = \frac{3,8416 \times 0,49 \times (1-0,21)}{0,01}$$

$$N = \frac{3,8416 \times 0,21 \times 0,79}{0,01}$$

$$N = \frac{0,63732144}{0,01}$$

$$N = 63,732144$$

$$N = 64 + 10\% \text{ dari jumlah sampel}$$

$$N = 71$$

Jadi jumlah sampel adalah 71 orang.

Digenapkan menjadi 75 orang.

### 3.3.4. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini ialah wanita yang telah menikah yang berusia 18-45 tahun.

### 3.3.5. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini ialah wanita yang telah menikah yang telah terdata namun tidak bersedia menjadi responden.

### 3.3.6. Cara Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *probability sampling* dengan menggunakan metode *statified random sampling*.

### 3.4. Definisi Operasional

Adapun definisi operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

Tabel 3.1. Definisi Operasional

No	Variabel yang diukur	Definisi	Cara ukur	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala ukur
1.	Pengetahuan	Hal-hal yang diketahui mengenai kanker ovarium	Pengisian kuesioner oleh responden	Kuesioner	Baik: 76%-100% Cukup: 56%-75% Kurang: <56%	Ordinal
2.	Sikap	Respon atau pendapat mengenai pernyataan yang berhubungan dengan kanker ovarium	Pengisian kuesioner oleh responden	Kuesioner	Baik: 76%-100% Cukup: 56%-75% Kurang: <56%	Ordinal
3.	Perilaku	Tindakan nyata yang dilakukan dalam mencegah terjadinya kanker ovarium	Pengisian kuesioner oleh responden	Kuesioner	Baik: 76%-100% Cukup: 56%-75% Kurang: <56%	Ordinal

### 3.5. Cara Kerja atau Cara Pengumpulan Data

#### 3.5.1. Data Primer

Data primer penelitian ini diperoleh melalui pengisian kuesioner.

#### 3.5.2. Uji Validitas

Uji validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau keaslian suatu instrumen. Validitas adalah indeks yang menunjukkan alat ukur yang kita gunakan benar-benar mengukur apa yang diukur. Penelitian ini menggunakan uji korelasi antar skor (nilai) tiap-tiap pertanyaan dengan skor total, selanjutnya dengan rumus korelasi *product moment* sebagai berikut (Notoatmodjo, 2010).

$$r_{hitung} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan:

$r_{hitung}$  = koefisien korelasi

N = jumlah responden

$\sum X$  = jumlah skor item

$\sum Y$  = jumlah skor total (*item*)

Rumus Uji t sebagai berikut.

$$t_{hitung} = \frac{r\sqrt{(n-2)}}{\sqrt{(1-r^2)}}$$

Keterangan:

t = nilai  $t_{hitung}$

r = koefisien korelasi hasil

n = jumlah responden

untuk tabel  $\alpha = 0,05$  derajat kebebasan ( $dk = n-2$ )

Jika nilai  $t_{hitung} > r$  tabel berarti valid demikian sebaliknya, jika nilai  $t_{hitung} < r$  tabel tidak valid. Bila  $r_{hitung}$  lebih besar t tabel, maka *item* pertanyaan tersebut valid dan dapat digunakan. Bila  $r_{hitung}$  lebih kecil

dari r tabel, maka pertanyaan-petanyaan tersebut tidak valid dan tidak dapat digunakan (Riwidikdo, 2010).

### 3.5.3. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan, hal ini menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2010)

Untuk menguji reliabilitas dapat dilakukan dengan *Alfa Cronbach* dengan rumus sebagai berikut.

$$r_i = \frac{k}{(k - 1)} \left[ 1 - \frac{\sum s_1^2}{s_1^2} \right]$$

Keterangan:

$k$  = mean kuadrat antara subjek

$\sum s_1^2$  = mean kuadrat kesalahan

$s_1^2$  = varians total

Angket atau kuesioner dikatakan reliabel bila koefisien alfa memiliki nilai  $\alpha > 0,7$  (Riwidikdo, 2010).

## 3.6. Cara Pengolahan dan Analisis Data

### 3.6.1. Cara Pengolahan Data

Cara pengolahan data yaitu:

#### A. *Editing*

Secara umum, *editing* merupakan pengecekan dan perbaikan data. Pada tahap ini, data yang telah dikumpulkan diperiksa kembali apakah sudah lengkap dan tidak ada kekeliruan.

### B. *Coding*

Setelah semua data diedit, selanjutnya dilakukan pengkodean atau “*coding*”, yakni mengubah data yang berbentuk kalimat menjadi data angka atau bilangan tertentu oleh peneliti secara manual sehingga memudahkan dalam melakukan analisis data.

### C. Memasukkan data (*data entry*) atau *processing*

Data dari masing-masing responden dimasukkan ke dalam kolom-kolom atau kotak-kotak lembar kode sesuai dengan variabel penelitian.

### D. Tabulasi

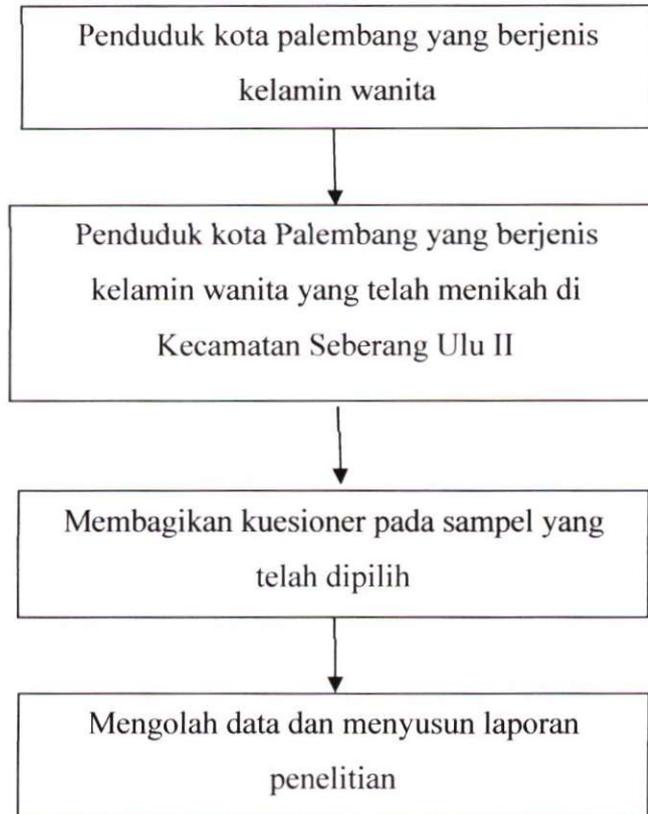
Apabila semua data dari setiap sumber telah selesai diisi, dilakukan pembuatan tabel-tabel data, sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti.

## 3.6.2. Analisis Data

### **Analisis Univariat**

Analisis univariat dilakukan untuk menjelaskan dan mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Analisis univariat yang dilakukan dalam penelitian ini adalah untuk melihat pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat mengenai kanker ovarium.

### 3.7. Alur Penelitian



Bagan 3.1. Skema Alur Penelitian

Sumber: Notoadmodjo (2012) dengan modifikasi

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di masyarakat Kelurahan 14 Ulu, Kecamatan Seberang Ulu II, Palembang, pada tanggal 08 Desember 2016 dan diambil responden sebanyak 75 orang, pemilihan responden menggunakan teknik *stratified random sampling* berdasarkan kartu keluarga yang dimiliki oleh ketua RT. Alat yang digunakan untuk mengumpulkan data yaitu kuesioner.

##### 4.1.1. Karakteristik Responden

Distribusi karakteristik responden pada penelitian ini tersebar menurut usia, pendidikan terakhir, pekerjaan, serta riwayat kehamilan. Distribusi karakteristik tersebut dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Pendidikan Terakhir, dan Pekerjaan

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
<b>Usia</b>		
18-25	10	13,3
26-35	32	42,7
36-45	33	44
Jumlah	75	100
<b>Pendidikan terakhir</b>		
SD	25	33,3
SMP	25	33,3
SMA/SMK	23	30,7
D3	1	1,3
S1	1	1,3
Jumlah	75	100
<b>Pekerjaan</b>		
Bekerja	13	17,3
Tidak Bekerja	62	82,7
Jumlah	75	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa usia responden terbanyak yaitu kelompok usia 36-45 tahun yaitu terdapat 44% dari jumlah responden. Sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan yang rendah yaitu SD dan SMP sebanyak 66,6%. Responden terbanyak yaitu responden yang tidak bekerja yaitu 82,7%.

#### 4.1.2. Hasil Univariat

Analisis univariat pada penelitian ini terdiri dari pengetahuan, sikap, dan perilaku.

##### A. Pengetahuan

Pengetahuan dalam penelitian ini dibagi menjadi tingkat pengetahuan baik, cukup dan kurang. Tingkat pengetahuan baik jika responden mempunyai total skor dari poin kuesioner 13-16, sedangkan tingkat pengetahuan cukup jika responden mempunyai total skor 9-12 dan tingkat pengetahuan kurang jika responden mempunyai skor 0-8. Distribusi tingkat pengetahuan dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2. Tingkat Pengetahuan

<b>Tingkat Pengetahuan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
Baik	0	0
Cukup	15	20
Kurang	60	80
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Pengumpulan data pengetahuan menggunakan kuesioner dengan pertanyaan tertutup dan dari penelitian didapatkan hasil sebagian besar tingkat pengetahuan responden mengenai kanker ovarium tergolong kurang. Dari 8 pertanyaan pada kuesioner, rata-rata responden banyak menjawab salah pada pertanyaan nomor 2 mengenai anatomi ovarium dan

responden banyak menjawab benar pada pertanyaan nomor 1 mengenai definisi ovarium. Data dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3. Frekuensi Tingkat Pengetahuan

No.	Pertanyaan	Jumlah	Skor Maksimal	Skor Rata-Rata
1.	Definisi ovarium	1	1	0,64
2.	Anatomi ovarium	1	1	0,14
3.	Fisiologi ovarium	1	1	0,52
4.	Definisi kanker ovarium	1	1	0,38
5.	Faktor risiko kanker ovarium	1	9	3,27
6.	Manifestasi klinis kanker ovarium	1	1	0,4
7.	Pencegahan kanker ovarium	2	2	0,96

## B. Sikap

Sikap dalam penelitian ini dibagi menjadi sikap baik, cukup dan kurang. Sikap baik jika responden mempunyai total skor dari poin kuesioner 19-25. Sedangkan sikap cukup jika responden mempunyai total skor 14-18 dan sikap kurang jika responden mempunyai skor 0-13.

Tabel 4.4. Tingkat Sikap

Tingkat Sikap	Frekuensi	Persentase
Baik	42	56
Cukup	31	41,3
Kurang	2	2,7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan responden mempunyai sikap yang baik mengenai kanker ovarium. Responden banyak menjawab dengan nilai yang tinggi pada pernyataan mengenai pencegahan terhadap faktor risiko kanker ovarium dan responden menjawab dengan nilai yang rendah pada pernyataan mengenai cara mencegah kanker ovarium. Pengumpulan data sikap menggunakan kuesioner likert. Data dapat dilihat pada tabel 4.5. berikut.

Tabel 4.5. Frekuensi Tingkat Sikap

No	Aspek Sikap	SS	S	R	TS	STS	N
1.	Tidak memakai obat-obatan yang meningkatkan kesuburan alat reproduksi wanita.	21,3%	52%	2,7%	16%	8%	100%
2.	Menghindari pemakaian hormon pengganti setelah menopause.	12%	45,3%	12 %	22,7 %	8%	100%
3.	Merencanakan untuk melakukan pengangkatan indung telur saat telah terdiagnosis tumor indung telur.	24%	36%	10,7 %	25,3 %	4%	100%
4.	Menjaga berat badan ideal.	32%	58,7%	4 %	4%	1,3%	100%
5.	Melakukan pemeriksaan kesehatan alat reproduksi ke dokter secara rutin.	33,3%	57,3%	5,3 %	4%	0%	100%

SS: Sangat Setuju; S: Setuju; R:Ragu; TS: Tidak Setuju; STS: Sangat Tidak Setuju

### C. Perilaku

Perilaku dalam penelitian ini dibagi menjadi perilaku baik, cukup dan kurang. Perilaku baik jika responden mempunyai total skor dari poin kuesioner 3. Sedangkan perilaku cukup jika responden mempunyai total skor 2 dan perilaku kurang jika responden mempunyai skor 0-1.

Tabel 4.6. Tingkat Perilaku

Tingkat Perilaku	Frekuensi	Persentase
Baik	15	20
Cukup	31	41,3
Kurang	29	38,7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Dari penelitian yang dilakukan pada responden didapatkan hasil yaitu perilaku yang cukup baik untuk pernyataan cara menurunkan faktor risiko kanker ovarium, namun didapatkan hasil yang buruk pada pernyataan mengenai cara pencegahan kanker ovarium. Pengumpulan data perilaku menggunakan metode *checklist*. Data frekuensi tersebut dapat dilihat pada tabel berikut

Tabel 4.7. Frekuensi Tingkat Perilaku

No.	Aspek Perilaku	D	TD	N
1.	Menghindari makan-makanan yang mengandung tinggi kolesterol seperti gorengan, jeroan, dan santan.	58,7%	41,3%	100%
2.	Menggunakan kontrasepsi yang memiliki kandungan hormon tunggal (suntik KB 3 bulan atau pil KB mini).	76%	24%	100%
3.	Memeriksa kesehatan alat reproduksi ke dokter secara rutin.	40%	60%	100%

D: Dilakukan; TD: Tidak Dilakukan

## 4.2. Pembahasan

### 4.2.1. Pembahasan Hasil Analisis Univariat

Hasil penelitian terhadap 75 responden didapatkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan yang kurang mengenai kanker ovarium yaitu sebanyak 80%. Hal ini kemungkinan terjadi karena faktor tingkat pendidikan dari responden yang lebih dari 50% mempunyai tingkat pendidikan yang rendah. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Asiah (2009) pada ibu-ibu rumah tangga di Desa Rukoh, terdapat korelasi yang tinggi antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan. Hasil ini juga sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2012), pendidikan akan mempengaruhi kognitif seseorang dalam peningkatan pengetahuan, karena pengetahuan sebenarnya tidak dibentuk hanya satu sub saja yaitu pendidikan tetapi ada sub bidang lain yang juga akan mempengaruhi pengetahuan seseorang misalnya pengalaman, informasi, kepribadian dan lainnya, sehingga bila pendidikan rendah, maka kemungkinan tingkat pengetahuan juga rendah.

Bila dilihat dari usia, pada penelitian didapatkan hasil sebagian besar responden berusia tua dengan kategori usia 36-45 tahun sebanyak 44% dari jumlah responden. Menurut Wawan dan Dewi (2010), semakin bertambahnya usia, tingkat kematangan dalam berfikir seseorang akan lebih tinggi. Namun pada penelitian ini didapatkan hasil yang sebaliknya, hal ini sesuai dengan penelitian El-Sherbini yang dikutip oleh Notoatmodjo (2007), sebagian besar responden dengan usia yang lebih tua memiliki pengetahuan yang kurang. Hal tersebut mungkin didasari masih adanya kepercayaan, dan adat istiadat yang sangat mempengaruhi kelompok usia yang lebih tua.

Penelitian dilakukan pada hari Kamis pukul 10.00-17.00 WIB, pada hasil penelitian didapatkan sebagian besar responden tidak bekerja sebanyak 82,7%, hasil ini didapatkan kemungkinan karena pada jam-jam tersebut merupakan jam kerja, sehingga didapatkan hasil sebagian besar responden tidak bekerja. Bila ditinjau dari teori mengenai pekerjaan mempengaruhi pengetahuan yang diungkapkan oleh Notoatmodjo (2012), pengetahuan bisa

didapat dengan cara mendengarkan, melihat, merasa, bertukar pikiran dan sebagainya yang merupakan bagian dari penginderaan manusia. Penginderaan yang buruk akan mengurangi pemahaman terhadap suatu objek atau informasi. Jadi dapat disimpulkan bahwa pekerjaan dapat mempengaruhi pengetahuan. Hal ini dikarenakan wanita yang tidak bekerja sebagian besar kurang berinteraksi dengan banyak orang, sehingga sumber informasi akan lebih sedikit, sebagaimana kita ketahui salah satu sumber informasi adalah orang lain.

Pada penilaian tingkatan sikap didapatkan hasil yang baik pada sikap responden mengenai kanker ovarium, dengan hasil 56%. Hal ini berbeda dengan pendapat Notoatmodjo (2012), pada umumnya pengetahuan yang tinggi akan berdampak pada peningkatan kesadaran seseorang dalam meminimalisasi sesuatu yang akan terjadi. Namun menurut Azwar (2007), pengetahuan sebenarnya tidak menentukan sikap seseorang, melainkan terdapat faktor lain yang dapat mempengaruhi sikap seseorang seperti pengalaman pribadi, pengaruh dari orang lain, kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan atau lembaga agama dan faktor emosional dari seseorang. Hasil ini lebih cocok dengan teori dari Azwar (2007) karena didapatkan hasil pengetahuan yang kurang tetapi sikap dari responden yang hasilnya baik. Pernyataan yang dikemukakan oleh Newcomb yang dikutip oleh Notoatmodjo (2007), menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu, sehingga dalam penelitian ini dapat disimpulkan bahwa sikap belum merupakan tindakan yang nyata, serta belum mampu untuk mengaplikasikan suatu respon. Jadi dapat dikatakan walaupun pengetahuan seseorang kurang tetapi tidak mempengaruhi sikap seseorang tersebut.

Hasil penelitian mengenai tingkat perilaku pada responden didapatkan hasil yang cukup yaitu sebanyak 41,3%. Perilaku yang cukup ini kemungkinan dikarenakan oleh tingkat pengetahuan mereka yang rendah, sebagaimana diketahui sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan dan pendidikan yang rendah. Menurut Erviana (2013), terdapat

hubungan antara pengetahuan dan perilaku. Perubahan perilaku yang terjadi pada seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya adalah pengetahuan.

#### **4.3. Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan penelitian ini antara lain adalah sebagai berikut.

- 1) Peneliti hanya mengambil responden dari satu lokasi yaitu di salah satu Kelurahan yang ada di Kecamatan Seberang Ulu II, Palembang.
- 2) Instrumen penelitian ini berupa kuesioner yang penulis buat sendiri, meskipun sudah dilakukan uji validitas dan reliabilitas kemungkinan belum mewakili apa yang diharapkan.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1. Kesimpulan**

Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa:

- 1) Tingkat pengetahuan responden mengenai kanker ovarium didapatkan 0% berpengetahuan baik, 20% berpengetahuan cukup, dan 80% masih berpengetahuan kurang atau buruk.
- 2) Sikap responden mengenai upaya mencegah kanker ovarium didapatkan 56% memiliki sikap yang baik 41,3% memiliki sikap yang cukup dan terdapat 2,7% yang masih memiliki sikap yang kurang.
- 3) Perilaku responden dalam mencegah kanker ovarium menunjukkan bahwa 20% berperilaku baik, 41,3% berperilaku cukup, dan 38,7% berperilaku kurang.

#### **5.2. Saran**

Saran dari penelitian ini adalah:

- 1) Perlu adanya penyuluhan-penyuluhan mengenai kanker ovarium agar dapat membentuk sikap dan perilaku yang baik dalam mencegah kanker ovarium.
- 2) Untuk peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan, sikap, dan perilaku mengenai kanker ovarium pada masyarakat sehingga dapat melakukan tindakan pencegahan untuk mengatasi masalah mengenai kanker ovarium.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Cancer Society. 2013. What are The Risk Factor for Ovarian Cancer?. ([Http://www.cancer.org](http://www.cancer.org), diakses 21 Juni 2016).
- American Cancer Society. 2014. What is Ovarian Cancer?. ([Http://www.cancer.org](http://www.cancer.org), diakses 23 Juni 2016).
- Arikunto S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Ed Revisi VI, PT Rineka Cipta, Jakarta, Indonesia.
- Asiah. 2009. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Ibu Rumah Tangga di Desa Rukoh Kecamatan Syiah Kuala Banda Aceh. FKIP Unsiyah Darussalam Banda Aceh. Aceh, Indonesia.
- Aziz MF, Andrijono, Saifuddin AB. 2006. *Buku acuan Nasional Onkologi Ginekologi*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Departemen Ginekologi dan ginekologi fakultas kedokteran Indonesia. Jakarta, Indonesia. Hal: 469-527
- Aziz, MF., 2009. *Gynecological Cancer in Indonesia*. J Gynecol Oncol. United State of America.
- Azwar, S. 2007. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta, Indonesia.
- Berek, J.S. 2004. *Epithelian Ovarian Cancer*. R. Weinberg & L. Kairis, eds. *Practical Gynecologic Oncology*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Amerika Serikat. Hal. 443-454.
- Berek J.S., Natarajan Sathima. 2004. *Ovarian and Fallopian Tube Cancer*. Lippincott William and Wilkins, Philadelphia, Amerika Serikat.
- Busmar, B. 2006. *Onkologi Ginekologi*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, Indonesia.
- Calonge N, dkk. 2004. Screening for Ovarian Cancer: Recommendation Statement. *Annals of Family Medicine*. 2 (3): 260-262, ([http: Annfammed.org](http://Annfammed.org), Diakses 23 Juni 2016).
- Dorland, W.A., Newman. 2011. *Kamus Saku Kedokteran Dorland*. EGC, Jakarta, Indonesia. Hal.179.

- Erviana. 2013. Hubungan antara Pengetahuan dan sikap siswa putri tentang kanker payudara terhadap pemeriksaan payudara sendiri. Semarang, Indonesia.
- Fachlevy, A. F., Abdullah, Z. & Russeng, S. S. 2012. Faktor Risiko Kanker Ovarium di RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar. Universitas Hasanuddin, Makasar, Indonesia.
- Ferris, J. S. et al., 2013. Oral Contraceptive and Reproductive Risk Factors for Ovarian Cancer within Sisters in the Breast Cancer Family Registry. *British Journal of Cancer*. USA.
- FIGO. 2014. The Staging Classification for cancer of the ovary, fallopian tube and peritoneum. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 124 (1): 1-5, (<http://www.ijgo.org>, Diakses 12 Agustus 2016).
- Friedrich P dan Jens W. 2012. Atlas Anatomi Manusia Sobotta Ed.23. EGC, Jakarta, Indonesia. Hal. 206-207.
- Gunardi, E.R, & Wiknjosastro. 2011. Buku Ilmu Kandungan. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Yogyakarta, Indonesia.
- Hadibroto, B. 2005. Mioma Uteri. *Majalah Kedokteran Nusantara*. Rineka Cipta, Jakarta, Indonesia.
- Hakimi. 2011. Persalinan normal di RSIA Bunda Arif Purwokerto. Pustaka Pelajar, Yogyakarta, Indonesia.
- Indrawati, M.. 2009. Bahaya Kanker bagi Wanita dan Pria. Pendidikan untuk Kehidupan, Jakarta, Indonesia.
- Jihong, L. 2008. Tumor Ganas Ovarium. In: W. Desen, ed. *Onkologi Klinis*. Balai Penerbit FKUI, Jakarta, Indonesia. Hal. 517-526.
- Johari, A. B. & Siregar, F. G. 2012. Insidensi Kanker Ovarium berdasarkan Faktor Risiko di RSUP Haji Adam Malik Tahun 2008-2011. USU, Medan, Indonesia.
- Junqueira, L. C. & Carneiro, J. 2007. *Histologi Dasar: Teks dan Atlas*. EGC, Jakarta, Indonesia. Hal. 379-385.
- Kemenkes RI. 2007. *Pedoman Pengendalian Penyakit Kanker*. Jakarta, Indonesia.
- Kompono, N. 2011. *Kanker Ganas Alat Genital*. PT. Bina Pustaka Sarwono, Yogyakarta, Indonesia.

- Kumar, V., dkk. 2007. Buku Ajar Patologi Robbins. EGC, Jakarta, Indonesia. Hal. 186-198.
- Luthan, D., Adenin, I. & Halim, B. 2011. Endometriosis. In: M. Anwar, A. Baziad & R. P. Prabowo, eds. Ilmu Kandungan. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, Indonesia. Hal. 239.
- Notoatmojo. S. 2007. Metodologi Penelitian Kesehatan. PT. Rineka cipta, Jakarta, Indonesia.
- Notoatmojo, S. 2012. Metodologi Penelitian Kesehatan. PT. Rineka cipta, Jakarta, Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. PT. Rineka Cipta, Jakarta, Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2010. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. PT. Rineka Cipta. Jakarta, Indonesia.
- Nursalam. 2003. Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan. Salemba Medika, Jakarta, Indonesia.
- Ozols, R. F., Rubin, S. C., Thomas, G. M. & Robboy, S. J. 2005. Epithelial Ovarian Cancer. In: J. W. Pine, R. E. Reter & L. R. Kairis, eds. Principles and Practice of Gynecologic Oncology. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Amerika Serikat. Hal. 895-903.
- Pieta, B., Chamj-Wierzchowska, K. & Opala, T. 2012. Past Obstetric History and Risk of Ovarian Cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, Poland, Central Europe.
- Riwidikdo, Handoko. 2010. Statistik untuk Penelitian Kesehatan “Dengan Aplikasi Program Kasus-kasus Statistik. PT. Buku Seru, Yogyakarta, Indonesia.
- Riyanto, A. 2011. Aplikasi metode penelitian kesehatan. Nuha Medika, Yogyakarta, Indonesia.
- Reeves CJ, Roux G and Lockhart R. 2007. Keperawatan Medikal Bedah. (Penerjemah Joko Setyono). Salemba Medika, Jakarta, Indonesia.
- Saunders. 2011. Guyton dan Hall Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Elsevier, Jakarta, Indonesia. Hal. 1069.

- Snell, R. S. 2011. *Anatomi Klinik Untuk Mahasiswa Kedokteran*. EGC, Jakarta, Indonesia. Hal. 353-354.
- Su, D., Pasalich, M., Lee, A. H. & Binns, C. W. 2013. Ovarian Cancer Risk is Reduced by Prolonged Lactation: a Case-control Study in Southern China, China. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 97 (2): 354-359, (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>, Diakses 23 Juni 2016)
- Sueblinvong, T. & Carney, M. E. 2009. *Current Treatment Options in Oncology. Current Understanding of Risk Factors for Ovarian Cancer*. Hal. 67-81.
- Suratun, S. Heryani, & Manurung, S. 2008. *Pelayanan Keluarga Berencana dan Pelayanan Kontrasepsi*. Trans Info Media, Jakarta, Indonesia.
- Wawan., Dewi. 2010. *Teori Pengukuran pengetahuan, sikap, dan perilaku*. Nusa Medika, Yogyakarta, Indonesia.
- WHO. 2012. *Estimate Cancer Incidence Mortality and Prevalence World in 2012*. (<Http://www.globocan.iarc.fr>, Diakses 4 Agustus 2016).
- Wiknjosastro, H. 2011. *Ilmu Kandungan Edisi II*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, Indonesia.
- Yen, M.-l., Yen, B. L., Bai, C.-h. & Lin, R. S., 2003. Risk Factors for Ovarian Cancer in Taiwan: A Case-control study in a Low-incidence Population, *Academic Press*. 89 (2): 318-324, (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>, Diakses 23 Juni 2016).

## **Lampiran I**

### ***Informed Consent***

Assalamualaikum Wr. Wb.

Saya ucapkan terima kasih atas kesediaan waktunya untuk mengisi surat persetujuan ini.

Saya Yola Akma Rinda mahasiswi Fakultas Kedokteran Muhammadiyah Palembang yang sedang mengerjakan penelitian sebagai salah satu kewajiban untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kedokteran.

Adapun judul penelitian saya adalah **“Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Mengenai Kanker Ovarium pada Wanita yang Telah Menikah di Kota Palembang”**. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengetahuan, sikap, dan perilaku mengenai kanker ovarium pada wanita yang telah menikah di Kota Palembang. Untuk itu saya memohon kesediaan kepada responden untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikianlah surat persetujuan ini, atas kesediaannya saya ucapkan terima kasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Peneliti

Surat Persetujuan  
(*Informed Consent*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Usia :

Dengan ini saya bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini, tanpa adanya paksaan dari pihak manapun. Saya akan menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan oleh peneliti dengan jujur dan apa adanya, serta partisipasi ini saya lakukan dengan ikhlas.

Palembang, 2016

( )

**Lampiran II**

**Kuesioner Penelitian**  
**PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PERILAKU MENGENAI**  
**KANKER OVARIUM PADA WANITA YANG TELAH**  
**MENIKAH DI KOTA PALEMBANG**

---

No. Responden : (diisi oleh peneliti)  
Tanggal diisi :

**DATA UMUM**

Nama Responden :  
Usia :  
Agama :  
Alamat :  
Pendidikan Terakhir :  
Pekerjaan :  
Status Pernikahan :

**Pengetahuan****I. PETUNJUK**

- a. Jawablah pertanyaan di bawah ini.
- b. Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang saudara anggap tepat.
- c. Mohon diisi dengan kemampuan sendiri.

**II. PERTANYAAN**

1. Apa yang dimaksud dengan indung telur?
  - a. Organ yang menghasilkan sel telur atau ovum.
  - b. Organ atau tempat terjadinya kehamilan.
  - c. Organ untuk melahirkan.
2. Berapa banyak seorang wanita memiliki indung telur?
  - a. Satu.
  - b. Dua.
  - c. Lebih dari dua.

3. Berapa lama normalnya siklus menstruasi yang dialami oleh wanita?
  - a. 28 hari.
  - b. 30 hari.
  - c. 35 hari.
4. Apa yang dimaksud dengan kanker indung telur?
  - a. Kanker indung telur adalah pertumbuhan jaringan yang tidak normal di leher rahim.
  - b. Kanker indung telur adalah pertumbuhan jaringan yang tidak normal di rahim.
  - c. Kanker indung telur adalah pertumbuhan yang tidak normal jaringan di indung telur.
5. Siapa yang berisiko tinggi mengalami kanker indung telur?  
**(Jawaban boleh dipilih lebih dari satu)**
  - a. Wanita yang tidak pernah hamil.
  - b. Wanita yang memiliki banyak anak.
  - c. Remaja puteri.
  - d. Wanita yang sedang hamil.
  - e. Anak perempuan.
  - f. Wanita yang telah menopause.
  - g. Wanita yang memiliki keluarga dengan riwayat penyakit kanker indung telur ataupun kanker payudara.
  - h. Wanita dengan berat badan berlebih atau obesitas
  - i. Wanita yang sering mengkonsumsi makanan berkolesterol contohnya jeroan
  - j. Wanita yang merokok
  - k. Wanita yang minum alkohol

6. Apa tanda dari kanker indung telur?
  - a. Menstruasi tidak teratur.
  - b. Menstruasi berhenti.
  - c. Tidak bisa hamil.
7. Apa yang dapat mencegah terjadinya kanker indung telur?
  - a. Rutin minum vitamin.
  - b. Memakai obat KB.
  - c. Menghindari makan makanan yang mengandung kolesterol tinggi.
8. Apa yang dapat menurunkan risiko terjadinya kanker indung telur?
  - a. Memiliki berat badan ideal.
  - b. Mengurangi pemakaian handphone agar tidak terjadi radiasi.
  - c. Menjauhi orang yang terkena kanker indung telur.

### Sikap

#### I. PETUNJUK

- a. Berilah tanda centang (√) pada salah satu kolom (SS,S,R,TS atau STS).
- b. Jawaban SS (sangat setuju), S (setuju), R (ragu-ragu), TS (tidak setuju), atau STS (sangat tidak setuju).

#### II. PERNYATAAN

No.	Aspek Sikap	SS	S	R	TS	STS
1.	Tidak memakai obat-obatan yang meningkatkan kesuburan alat reproduksi wanita.					
2.	Menghindari pemakaian hormon pengganti setelah menopause.					
3.	Merencanakan untuk melakukan pengangkatan indung telur saat telah terdiagnosis tumor indung telur.					
4.	Menjaga berat badan ideal.					
5.	Melakukan pemeriksaan kesehatan alat reproduksi ke dokter secara rutin.					

**Perilaku**

## I. PETUNJUK

Berilah tanda centang (√) pada salah satu kolom.

## II. A. PERNYATAAN

No.	Aspek Perilaku	Dilakukan	Tidak Dilakukan
1.	Menghindari makan-makanan yang mengandung tinggi kolesterol seperti gorengan, jeroan dan santan.		
2.	Menggunakan kontrasepsi yang memiliki kandungan hormon tunggal (suntik KB 3 bulan atau pil KB mini).		
3.	Memeriksa kesehatan alat reproduksi ke dokter secara rutin.		

## Lampiran III

## Hasil Validitas Kuesioner Pengetahuan

		Correlations								
		s1	s2	s3	s4	s5	s6	s7	s8	jumlah
s1	Pearson Correlation	1	.780**	.279	.560*	.242	.206	.524*	.206	.650**
	Sig. (2-tailed)		.000	.234	.010	.304	.384	.018	.384	.002
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s2	Pearson Correlation	.780**	1	.279	.560*	.182	-.023	.314	-.023	.519*
	Sig. (2-tailed)	.000		.234	.010	.444	.924	.177	.924	.019
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s3	Pearson Correlation	.279	.279	1	.572**	.404	-.275	.140	.336	.528*
	Sig. (2-tailed)	.234	.234		.008	.077	.241	.556	.147	.017
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s4	Pearson Correlation	.560*	.560*	.572**	1	.121	-.023	.105	.206	.486*
	Sig. (2-tailed)	.010	.010	.008		.611	.924	.660	.384	.030
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s5	Pearson Correlation	.242	.182	.404	.121	1	.441	.289	.504*	.845**
	Sig. (2-tailed)	.304	.444	.077	.611		.052	.217	.023	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s6	Pearson Correlation	.206	-.023	-.275	-.023	.441	1	.218	.286	.449*
	Sig. (2-tailed)	.384	.924	.241	.924	.052		.355	.222	.047
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s7	Pearson Correlation	.524*	.314	.140	.105	.289	.218	1	.436	.561*
	Sig. (2-tailed)	.018	.177	.556	.660	.217	.355		.054	.010
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s8	Pearson Correlation	.206	-.023	.336	.206	.504*	.286	.436	1	.618**
	Sig. (2-tailed)	.384	.924	.147	.384	.023	.222	.054		.004
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
jumlah	Pearson Correlation	.650**	.519*	.528*	.486*	.845**	.449*	.561*	.618**	1
	Sig. (2-tailed)	.002	.019	.017	.030	.000	.047	.010	.004	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## Hasil Reliabilitas Kuesioner Pengetahuan

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.722	9

## Hasil Validitas Kuesioner Sikap

### Correlations

		s1	s2	s3	s4	s5	jumlah
s1	Pearson Correlation	1	.580**	.197	.120	.166	.740**
	Sig. (2-tailed)		.007	.404	.613	.485	.000
	N	20	20	20	20	20	20
s2	Pearson Correlation	.580**	1	.160	-.295	.038	.573**
	Sig. (2-tailed)	.007		.501	.207	.875	.008
	N	20	20	20	20	20	20
s3	Pearson Correlation	.197	.160	1	.445*	.664**	.691**
	Sig. (2-tailed)	.404	.501		.050	.001	.001
	N	20	20	20	20	20	20
s4	Pearson Correlation	.120	-.295	.445*	1	.533*	.497*
	Sig. (2-tailed)	.613	.207	.050		.015	.026
	N	20	20	20	20	20	20
s5	Pearson Correlation	.166	.038	.664**	.533*	1	.602**
	Sig. (2-tailed)	.485	.875	.001	.015		.005
	N	20	20	20	20	20	20
jumlah	Pearson Correlation	.740**	.573**	.691**	.497*	.602**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.008	.001	.026	.005	
	N	20	20	20	20	20	20

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## Hasil Reliabilitas Kuesioner Sikap

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.746	6

## Hasil Validitas Kuesioner Perilaku

### Correlations

		soal1	soal2	soal3	jumlah
soal1	Pearson Correlation	1	-.058	.333	.537*
	Sig. (2-tailed)		.808	.151	.015
	N	20	20	20	20
soal2	Pearson Correlation	-.058	1	.058	.631**
	Sig. (2-tailed)	.808		.808	.003
	N	20	20	20	20
soal3	Pearson Correlation	.333	.058	1	.671**
	Sig. (2-tailed)	.151	.808		.001
	N	20	20	20	20
jumlah	Pearson Correlation	.537*	.631**	.671**	1
	Sig. (2-tailed)	.015	.003	.001	
	N	20	20	20	20

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Hasil Reliabilitas Kuesioner Perilaku

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.713	4

## Lampiran IV

### Data Karakteristik Responden

No.	Nama	Usia	Pendidikan terakhir	Pekerjaan
1	RN	34	SMK	Penjahit
2	EY	36	SMP	IRT
3	FH	42	SD	IRT
4	YT	38	SMA	IRT
5	YN	40	SD	IRT
6	MM	33	SMP	IRT
7	MN	44	SMP	IRT
8	HY	40	SMA	IRT
9	SL	25	SMA	IRT
10	WF	32	SMA	IRT
11	RL	36	SD	IRT
12	RD	34	SMK	IRT
13	UP	26	SMK	MUA
14	ES	34	SD	IRT
15	LN	42	SD	IRT
16	RM	38	SMP	IRT
17	NC	43	SMP	Penenun
18	FG	36	SMP	IRT
19	EI	25	SMP	IRT
20	YW	39	SMA	Penenun
21	FT	23	SD	IRT
22	RD	31	SD	IRT
23	EK	32	SD	IRT
24	FY	31	SD	IRT
25	EL	29	SMP	IRT
26	RA	45	SD	IRT
27	EZ	29	SD	IRT
28	AH	44	SMP	IRT
29	DW	35	SMA	IRT
30	NL	33	SMP	IRT
31	ST	45	SD	IRT
32	HZ	45	SD	IRT
33	YN	35	SMP	IRT
34	LA	34	SD	IRT
35	AL	40	SD	Buruh
36	AT	39	SMP	IRT
37	TA	32	SD	Buruh

38	SS	38	SMP	IRT
39	KH	45	SD	IRT
40	FD	33	SD	IRT
41	YA	25	SMP	IRT
42	SN	38	SMP	IRT
43	IS	29	SMK	IRT
44	DB	45	S1	IRT
45	FN	27	SMA	Swasta
46	NI	37	SMA	Pedagang
47	JJ	44	SD	Pedagang
48	PP	24	SMA	IRT
49	DL	42	SD	IRT
50	IN	42	SMA	IRT
51	MR	27	SMA	Swasta
52	LL	25	SMA	IRT
53	MT	38	SMP	Pedagang
54	EY	28	SMA	IRT
55	NS	39	SMA	IRT
56	UK	37	D3	IRT
57	YY	34	SD	IRT
58	MW	31	SMP	IRT
59	ME	24	SMA	IRT
60	MU	33	SMA	IRT
61	DI	35	SD	IRT
62	IY	23	SMP	IRT
63	MP	41	SMA	IRT
64	LS	25	SMA	IRT
65	SR	31	SMA	IRT
66	HW	28	SD	IRT
67	EV	29	SMP	IRT
68	MN	31	SD	IRT
69	LW	30	SMP	IRT
70	NL	42	SMP	IRT
71	HL	25	SMA	IRT
72	EF	29	SMP	IRT
73	IP	26	SMA	IRT
74	RI	36	SMP	Buruh
75	RP	36	SD	Buruh

**Data Frekuensi**

		<b>usia</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	10	7.2	13.3	13.3
	2	32	23.0	42.7	56.0
	3	33	23.7	44.0	100.0
	Total	75	54.0	100.0	
Missing	System	64	46.0		
Total		139	100.0		

		<b>pendidikanterakhir</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	25	18.0	33.3	33.3
	2	25	18.0	33.3	66.7
	3	23	16.5	30.7	97.3
	4	1	.7	1.3	98.7
	5	1	.7	1.3	100.0
	Total	75	54.0	100.0	
Missing	System	64	46.0		
Total		139	100.0		

		<b>pekerjaan</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	62	44.6	82.7	82.7
	2	13	9.4	17.3	100.0
	Total	75	54.0	100.0	
Missing	System	64	46.0		
Total		139	100.0		

## Lampiran V

### Data Frekuensi Hasil Kuesioner

<b>pengetahuan</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	15	20.0	20.0	20.0
	3	60	80.0	80.0	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

<b>sikap</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	42	56.0	56.0	56.0
	2	31	41.3	41.3	97.3
	3	2	2.7	2.7	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

<b>perilaku</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	15	20.0	20.0	20.0
	2	31	41.3	41.3	61.3
	3	29	38.7	38.7	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

## Lampiran VI

### Analisis Kuesioner

#### Pengetahuan

1. Apa yang dimaksud dengan indung telur?
  - a. Organ yang menghasilkan sel telur atau ovum. (1)
  - b. Organ atau tempat terjadinya kehamilan. (0)
  - c. Organ untuk melahirkan. (0)
2. Berapa banyak seorang wanita memiliki indung telur?
  - a. Satu. (0)
  - b. Dua. (1)
  - c. Lebih dari dua. (0)
3. Berapa lama normalnya siklus menstruasi yang dialami oleh wanita?
  - a. 28 hari. (1)
  - b. 30 hari. (0)
  - c. 35 hari. (0)
4. Apa yang dimaksud dengan kanker indung telur?
  - a. Kanker indung telur adalah pertumbuhan jaringan yang tidak normal di leher rahim. (0)
  - b. Kanker indung telur adalah pertumbuhan jaringan yang tidak normal di rahim. (0)
  - c. Kanker indung telur adalah pertumbuhan yang tidak normal jaringan di indung telur. (1)
5. Siapa yang berisiko tinggi mengalami kanker indung telur? (Jawaban boleh dipilih lebih dari satu)
  - a. Wanita yang tidak pernah hamil. (1)
  - b. Wanita yang memiliki banyak anak. (0)
  - c. Remaja puteri. (1)
  - d. Wanita yang sedang hamil. (0)

- e. Anak perempuan. (1)
  - f. Wanita yang telah menopause. (1)
  - g. Wanita yang memiliki keluarga dengan riwayat penyakit kanker indung telur ataupun kanker payudara. (1)
  - h. Wanita dengan berat badan berlebih atau obesitas (1)
  - i. Wanita yang sering mengkonsumsi makanan berkolesterol contohnya jeroan (1)
  - j. Wanita yang merokok (1)
  - k. Wanita yang minum alkohol (1)
6. Apa tanda dari kanker indung telur?
- a. Menstruasi tidak teratur. (1)
  - b. Menstruasi berhenti. (0)
  - c. Tidak bisa hamil. (0)
7. Apa yang dapat mencegah terjadinya kanker indung telur?
- a. Rutin minum vitamin. (0)
  - b. Memakai obat KB. (0)
  - c. Menghindari makan makanan yang mengandung kolesterol tinggi. (1)
8. Apa yang dapat menurunkan risiko terjadinya kanker indung telur?
- a. Memiliki berat badan ideal. (1)
  - b. Mengurangi pemakaian handphone agar tidak terjadi radiasi. (0)
  - c. Menjauhi orang yang terkena kanker indung telur. (0)

**Sikap**

No.	Aspek Sikap	SS	S	R	TS	STS
1.	Tidak memakai obat-obatan yang meningkatkan kesuburan alat reproduksi wanita.	5	4	3	2	1
2.	Menghindari pemakaian hormon pengganti setelah menopause.	5	4	3	2	1
3.	Merencanakan untuk melakukan pengangkatan indung telur saat telah terdiagnosis tumor ovarium.	5	4	3	2	1
4.	Menjaga berat badan ideal.	5	4	3	2	1
5.	Melakukan pemeriksaan kesehatan alat reproduksi ke dokter secara rutin.	5	4	3	2	1

**Perilaku**

No.	Aspek Perilaku	Dilakukan	Tidak Dilakukan
1.	Menghindari makan-makanan yang mengandung tinggi kolesterol seperti gorengan, jeroan, dan santan.	1	0
2.	Menggunakan kontrasepsi yang memiliki kandungan hormon tunggal (suntik KB 3 bulan atau pil KB mini).	1	0
3.	Memeriksa kesehatan alat reproduksi ke dokter secara rutin.	1	0



# FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130 / D / T / 2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711 - 520045  
Fax : 0711 516899 Palembang (30263)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Palembang, 24 Oktober 2016.

Nomor : 1440 / I-13/FK-Ump/X/2016  
Perihal : Mohon izin Penelitian dan Pengambilan Data

Kepada : Yth. Sdr. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik  
Kota Palembang  
Di  
Palembang.

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.

Ba'da salam, semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah SWT, Amin Ya Robbal Alamin.

Sehubungan dengan rencana pelaksanaan penelitian dan pengambilan data mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang, atas nama :

No.	N A M A	NIM	TEMPAT PENELITIAN	JUDUL PENELITIAN
1	Yola Akma Rinda	702013079	masyarakat	Pengetahuan , Sikap dan Perilaku Mengenai Kanker Ovarium pada wanita di Kota Palembang Tahun 2016.

Untuk melakukan pengambilan data secara langsung.

Lama Pengambilan data : 24 Oktober 2016 s.d. 30 November 2016.

Berkenaan dengan hal tersebut, kami mohon Bapak tidak berkeberatan untuk memberikan izin kepada mahasiswa yang bersangkutan, sehingga memperoleh bahan –bahan yang dibutuhkan beserta penjelasan lainnya dari instansi yang berada dalam binaan Bapak. Untuk kemudian digunakan dalam penyusunan skripsi yang dimaksud.

Segala bahan dan keterangan yang diperoleh akan digunakan semata-mata demi perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak akan diumumkan atau diberitahukan pada pihak ketiga.

Atas bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Billahittaufiq Walhidayah.

Wassalamu'alaikum. Wr. Wb.

Dr. HM. Ali Muchtar, M.Sc.  
NBM/NIDN : 060347091062484

Tembusan :

1. Yth. Wakil Dekan I, II, III, IV FK UMP.
2. Yth. Ka.Prodi Kedokteran FK UMP.
3. Yth. Arsip



# PEMERINTAH KOTA PALEMBANG

BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK KOTA PALEMBANG

JL. LUNJUK JAYA NOMOR 3 – DEMANG LEBAR DAUN PALEMBANG

TELPON (0711) 368726

Email : badankesbang@yahoo.co.id

Palembang, Oktober 2016

Nomor : 070/110421/BAN.KBP/2016  
Sifat : -  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Penelitian / Pengambilan Data

Kepada Yth.  
Camat Seberang Ulu II Kota Palembang  
di-  
Palembang

Memperhatikan Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang Nomor : 1440 / I-13 / FK-UJP / X / 2016 Tanggal 24 Oktober 2016 perihal tersebut diatas, dengan ini diberitahukan kepada saudara bahwa :

No.	Nama	NIM	Judul
1.	Yola Akma Rinda	702013079	Pengetahuan, sikap dan Perilaku Mengenai Kanker Ovarium pada wanita Di Kota Palembang Tahun 2016

Untuk melakukan Pengambilan Data secara langsung.

Lama Pengambilan Data : 31 Oktober 2016 s.d 30 Desember 2016

**Dengan Catatan :**

1. Sebelum melakukan penelitian/survey/riset terlebih dahulu melapor kepada pemerintah setempat.
2. Penelitian tidak diizinkan menanyakan soal politik, dan melakukan penelitian/survey/riset yang sifatnya tidak ada hubungan dengan judul yang telah diprogramkan.
3. Dalam melakukan penelitian/survey/riset agar dapat mentaati peraturan perundang-undangan dan adat istiadat yang berlaku di daerah setempat.
4. Apabila izin penelitian/ survey/riset telah habis masa berlakunya, sedang tugas penelitian/survey/riset belum selesai maka harus ada perpanjangan izin.
5. Setelah selesai mengadakan penelitian/survey/riset diwajibkan memberikan laporan tertulis kepada Walikota Palembang melalui Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik Kota Palembang.

Demikian untuk dimaklumi dan untuk dibantu seperunya.

a.n. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN  
POLITIK KOTA PALEMBANG  
SEKRETARIS

KASIRO, SE  
PEMBINA  
NIP. 196005171981011003

Tembusan :

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang
2. Mahasiswa Ybs.



**PEMERINTAH KOTA PALEMBANG**  
**KECAMATAN SEBERANG ULU II**  
**KELURAHAN 14 ULU**

Jl. K.H. Azhari No.281 RT.16 RW.03 Kelurahan 14 Ulu  
Telp.0711-515677 Kode Pos ;30264

**SURAT KETERANGAN**  
**NO. 965 /UM /14.U/ 2016**

I. YANG BERTANDA TANGAN DIBAWAH INI :

- a. NAMA : **OSCAR.S.Sos.M.Si**  
b. JABATAN : **Lurah 14 Ulu Palembang**

DENGAN INI MENERANGKAN BAHWA :

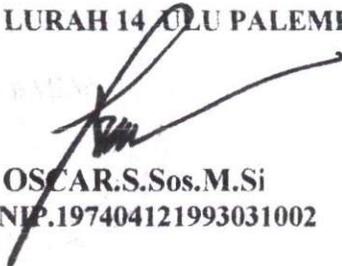
- NAMA : **YOLA AKMA RINDA**  
NIM : 702013079  
FAKULTAS : Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang  
Judul Penelitian : "*Pengetahuan, Sikap dan Prilaku Mengenai Kanker Ovarium pada wanita di Kota Palembang Tahun 2016.*"

Benar Yang bersangkutan telah melakukan penelitian secara langsung dari tanggal 02 Nopember 2016 sampai dengan 30 Desember 2016. di Kelurahan 14 Ulu Kecamatan Seberang Ulu II Kota Palembang

2. Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya untuk dipergunakan seperlunya

Palembang, 13 Desember 2016

**LURAH 14 ULU PALEMBANG**

  
**OSCAR.S.Sos.M.Si**  
**NIP.197404121993031002**



**PEMERINTAH KOTA PALEMBANG  
KECAMATAN SEBERANG ULU II**

Jl. Jenderal A. Yani 14 Ulu Palembang Provinsi Sumatera Selatan  
Telepon : (0711) 513471 Faksimile : (0711) ..... Kode Pos 30264  
E-mail : ..... Wbsite : .....

Palembang, 09 November 2016

Nomor : 070/0549 /SU II/ 2016  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Pengambilan Data/Penelitian

Kepada Yth,  
Lurah Se-Kecamatan Seberang Ulu II  
Kota Palembang  
di-  
PALEMBANG

Sehubungan Surat Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Palembang Nomor : 070/ 1042 /BAN.KBP/ 2016 Tanggal Oktober 2016 Perihal: Pengambilan Data, dengan ini pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberikan izin atas nama :

No	Nama	NIP	Judul
1	Yola Akma Rinda	702013079	Pengetahuan, sikap dan Perilaku Mengenai Kanker Ovarium pada wanita Di Kota Palembang Tahun 2016

Untuk melakukan penelitian secara langsung dalam rangka penelitian.  
Lama Penelitian : *02 November 2016 s.d 30 Desember 2016*

Dengan Catatan :

1. Sebelum melakukan penelitian/survey/riset terlebih dahulu melapor kepada pemerintah setempat.
2. Penelitian tidak diizinkan menanyakan soal politik, dan melakukan penelitian/survey/riset yang sifatnya tidak ada hubungan dengan judul yang telah diprogramkan.
3. Dalam melakukan penelitian agar dapat mentaati Peraturan Perundang – undangan dan adat istiadat yang berlaku pada Wilayah Kecamatan Seberang Ulu II Palembang
4. Apabila penelitian/survey/riset telah habis masa berlakunya, sedang tugas penelitian/survey/riset belum selesai maka harus ada perpanjangan izin.
5. Setelah melakukan penelitian diwajibkan memberikan laporan kepada Camat Seberang Ulu II Kota Palembang.

Demikian dimaklumi, atas perhatian diucapkan terima kasih.





بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : Yula Aluma Rinda

NIM : 702013079

PEMBIMBING I : dr. Mbayuni, M.Si. Med.

PEMBIMBING II : dr. Ratna Febriani

JUDUL SKRIPSI : Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Mengenai Kanker Ovarium pada Wanita di Kota Palembang Tahun 2016

NO	TGL/BLN/THN KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
			I	II	
1	26 Desember 2016	Bimbingan Bab IV	<i>Mi</i>	<del><i>Rf</i></del>	
2	3 Januari 2017	Bimbingan Bab IV dan V	<i>Mi</i>		
3	4 Januari 2017	Bimbingan Bab IV dan V		<i>Rf</i>	
4	4 Januari 2017	Bimbingan Revisi Bab IV dan V	<i>Mi</i>		ACC
5	7 Januari 2017	Bimbingan Revisi Bab IV dan V		<i>Rf</i>	
6	7 Januari 2017	ACC Bab IV dan V		<i>Rf</i>	ACC
7	12 Januari 2017	Bimbingan Abstrak	<i>Mi</i>		
8	13 Januari 2017	Bimbingan Abstrak		<i>Rf</i>	
9	16 Januari 2017	Bimbingan Abstrak	<i>Mi</i>		
10	18 Januari 2017	Revisi Abstrak ACC	<i>Mi</i>		
11					
12					
13					
14					
15					
16					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang

Pada Tanggal : 19 / 01 / 2017



*[Handwritten signature]*

*Mari Zaldu WPD bed*

**Lampiran IX****BIODATA**

Nama : Yola Akma Rinda  
Tempat, Tanggal Lahir : Musi Banyuasin, 12 September 1995  
Alamat : Kel. Sungai Lilin Jaya, RT. 04, RW 004, kec. Sungai Lilin, Musi Banyuasin, Sumatera Selatan.  
Telp/Hp : 085368775737  
Email : yolaarrosyid@gmail.com  
Agama : Islam

Nama Orang Tua  
Ayah : Akmal  
Ibu : Jumiyanti

Jumlah Saudara : 3  
Anak Ke : 2 dari 4 bersaudara  
Riwayat Pendidikan : 1. TK Nurul Iman tahun 1999-2001  
2. SD Negeri 1 Sungai Lilin tahun 2001-2007  
3. SMP Negeri 1 Sungai Lilin tahun 2007-2010  
4. SMA Negeri 1 Sungai Lilin tahun 2010-2013  
5. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang 2013-2017



Palembang, 10 Februari 2017



(Yola Akma Rinda)