



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISA FAKTOR PENDIDIKAN PADA WANITA PESERTA  
PROGRAM PENAPISAN KANKER LEHER RAHIM DENGAN  
PENDEKATAN “SEE AND TREAT”: UNTUK DETEKSI LESI  
PRAKANKER DAN PENGOBATAN DENGAN TERAPI BEKU**

**SKRIPSI**

**LARAS LEMBAHMANAH  
0105000964**

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA  
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER UMUM  
JAKARTA  
JUNI 2009**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISA FAKTOR PENDIDIKAN PADA WANITA PESERTA  
PROGRAM PENAPISAN KANKER LEHER RAHIM DENGAN  
PENDEKATAN “SEE AND TREAT”: UNTUK DETEKSI LESI  
PRAKANKER DAN PENGOBATAN DENGAN TERAPI BEKU**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran di  
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

**Laras Lembahmanah  
0105000964**

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA  
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER UMUM  
JAKARTA  
JUNI 2009**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Penelitian ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Laras Lembahmanah

NPM : 0105000964

Tanda tangan :

Tanggal : 25 Juni 2009

## LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Laras Lembahmanah  
NPM : 0105000964  
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum  
Judul Skripsi : Analisa Faktor Pendidikan pada Wanita Peserta Program Penapisan Kanker Leher Rahim dengan Pendekatan “*See and Treat*”: Untuk Deteksi Lesi Prekanker dan Pengobatan dengan Terapi Beku.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian dari persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar sarjana pada Program Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. dr. Santoso Cornain, MD, DSc, SpPA ( )

Penguji : 1. Prof. dr. Santoso Cornain, MD, DSc, SpPA ( )

2. dr. Elisna Syahrudin, PhD, SpP(K) ( )

Jakarta, 25 Juni 2009

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur Penulis panjatkan kehadirat Allah SWT dan junjungan-Nya Rasulullah Muhammad SAW, karena berkah dan rahmat-Nyalah penelitian mengenai *Analisa Faktor Gaya Hidup pada Wanita Peserta Program Penapisan Kanker Leher Rahim dengan Pendekatan “See & Treat”*: Untuk Deteksi Dini Lesi Prekanker dan Pengobatan dengan Terapi Beku ini dapat berjalan lancar dan selesai tepat waktu. Dan dengan bimbingan-Nya pula penulis dapat menyelesaikan pembuatan laporan penelitian ini dengan sebaik-baiknya.

Tidak lupa penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada para pembimbing yang telah banyak membantu dalam proses penelitian dan penyelesaian laporan, serta kepada pihak-pihak lain baik secara langsung maupun tidak langsung terlibat di dalamnya, yaitu:

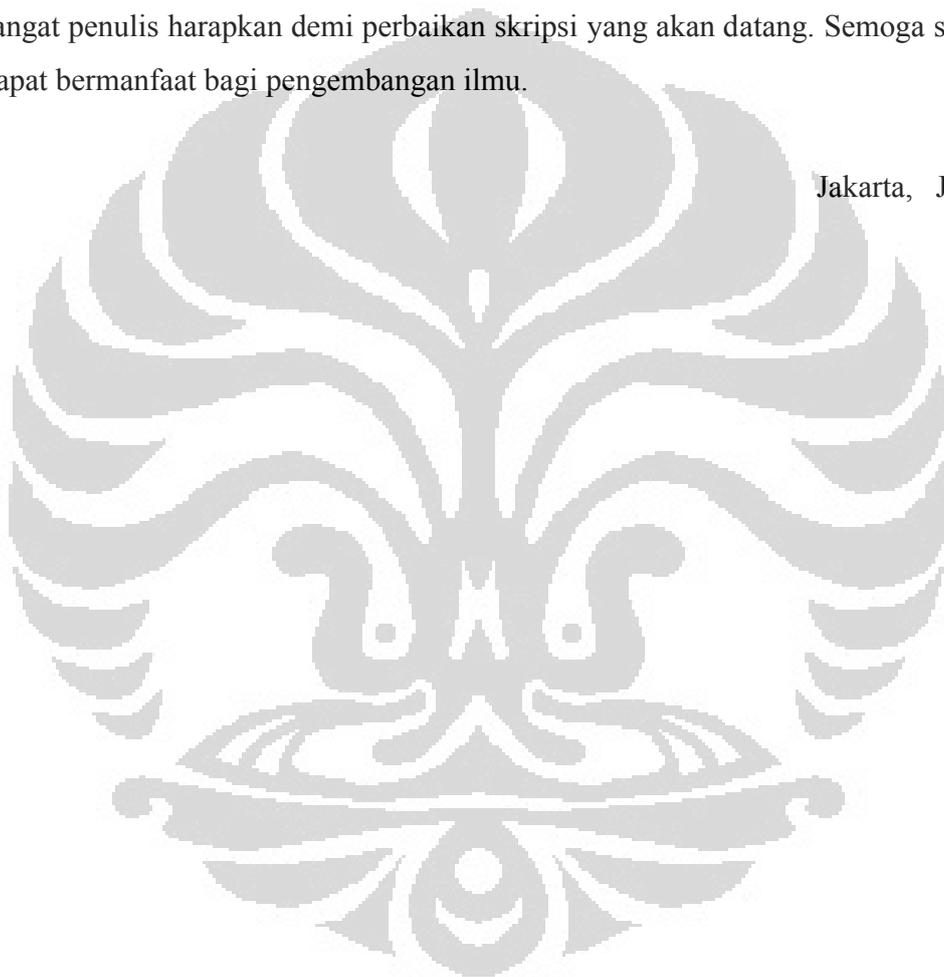
1. Prof. dr. Santoso Cornain, MD, DSc, SpPA selaku dosen pembimbing penelitian yang telah dengan sabar membimbing, menuntun, mengarahkan, dan mendukung Penulis dalam proses penelitian dan pembuatan laporan penelitian. Segala saran dan masukan dari beliau sangat membantu penulis.
2. *Female Cancer Programme* yang telah mengizinkan kami ikut serta dalam penelitian program sehingga penelitian ini dapat dibuat.
3. Dr. dr, Saptawati, MS. sebagai ketua modul Riset yang turut serta pula membimbing dan membantu dalam proses penelitian penulis.
4. Dr. Gatot Poerwoto, SpOG yang telah membimbing, memberi masukan, dan membantu kelancaran proses penelitian.
5. Dr. Rathi yang telah membantu dalam proses pengumpulan data di lapangan.
6. Dr. Yayie Dwina sebagai senior penulis dan Wahyu Budi Santosa, teman sejawat penulis, yang telah memberikan ilmu tentang statistik dan membantu dalam pengolahan data.
7. Ir. Soemardjono, MM. beserta istri sebagai sanak keluarga penulis yang telah membantu banyak dalam ilmu pembuatan laporan serta pengolahan kata-kata.

8. Seluruh bidan dan kader puskesmas, serta pihak lain, yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu, yang secara langsung maupun tidak langsung telah membantu kelancaran proses jalannya penelitian dari awal hingga akhir.

Akhir kata, *tak ada gading yang tak retak*. Demikian pula dengan skripsi ini yang masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang konstruktif sangat penulis harapkan demi perbaikan skripsi yang akan datang. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, Juni 2009

(Penulis)



## LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Laras Lembahmanah  
NPM : 0105000964  
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum  
Fakultas : Kedokteran  
Jenis Karya : Skripsi

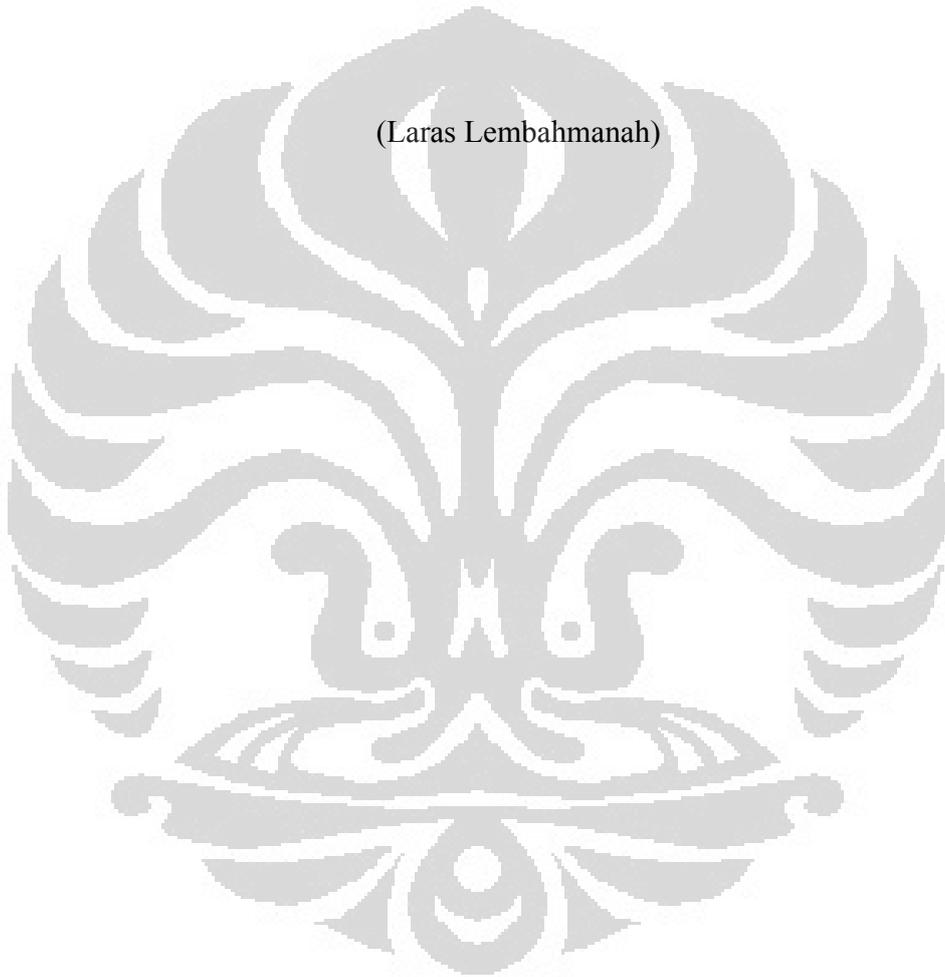
demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul: **“Analisa Faktor Pendidikan pada Wanita Peserta Program Penapisan Kanker Leher Rahim dengan Pendekatan “*See & Treat*”: Untuk Deteksi Lesi Prakanker dan Pengobatan dengan Terapi Beku”** beserta perangkat yang ada (bila diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikannya, dan menampilkan/publikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah ini menjadi tanggung jawab saya pribadi

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jakarta, 25 Juni 2009

Yang menyatakan,

(Laras Lembahmanah)



## ABSTRAK

Nama : Laras Lembahmanah  
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum  
Judul : Analisa Faktor Pendidikan pada Wanita Peserta Program Penapisan Kanker Leher Rahim dengan Pendekatan “*See & Treat*”: Untuk Deteksi Lesi Prakanker dan Pengobatan dengan Terapi Beku

**Latar Belakang:** Pada umumnya penderita kanker serviks di Indonesia berpendidikan rendah. Selain itu belum ada data yang menggambarkan tentang sebaran dan hubungan antara tingkat pendidikan dengan terjadinya lesi prakanker serviks di Indonesia, khususnya di Jakarta. Sementara angka kejadian kanker serviks di Indonesia meningkat setiap tahunnya. **Tujuan:** Untuk mengetahui prevalensi wanita peserta program skrining “*see & treat*” berdasarkan usia, tingkat pendidikan, usia pertama menikah, dan hasil penemuan tes IVA pada bulan April-Mei 2009 di 4 puskesmas Jatinegara dan mengetahui keterkaitan antara tingkat pendidikan dengan hasil penemuan tes IVA, serta pengaruhnya terhadap terjadinya lesi pra-kanker serviks. **Metode:** Penelitian *cross-sectional* dengan sampel minimal 106 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan data kuesioner program dari bulan April hingga Mei 2009 di 4 puskesmas daerah Jatinegara, Jakarta Timur, yang telah dikumpulkan sebelumnya. **Hasil:** Jumlah responden pada kelompok tingkat pendidikan rendah 44.4% sedangkan tingkat pendidikan tinggi/lanjutan 47.1%. Jumlah responden dengan hasil tes IVA positif 98.5% dan negatif 1.1%. Dari 559 orang responden, 0.6% wanita berpendidikan rendah/dasar dengan IVA positif dan 0.4% berada pada tingkat pendidikan tinggi/lanjutan. Hasil analisa statistik tidak mendapatkan hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan hasil tes IVA ( $p=0.610$ ;  $RP= 1.58$  dengan  $IK 95\% 0.27-9.50$ ). Sementara itu terdapat hubungan yang sangat bermakna antara tingkat pendidikan dengan usia pertama menikah responden ( $p<0.001$ ;  $RP=7.78$  dengan  $IK 95\% 5.27-11.47$ ). **Kesimpulan:** Jumlah responden lebih banyak berada pada kelompok tingkat pendidikan tinggi/lanjutan (47.1%). Tingkat pendidikan yang rendah tidak berhubungan dan bukan merupakan faktor risiko terhadap penemuan hasil tes IVA yang positif pada 559 responden di 4 puskesmas di Jatinegara. Namun tingkat pendidikan yang rendah berpengaruh bermakna terhadap usia pertama menikah responden yang lebih muda.

**Kata kunci:** Penemuan hasil tes IVA, tingkat pendidikan, usia pertama menikah.

## ABSTRACT

*Name* : Laras Lembahmanah  
*Study Programme* : General Medicine  
*Title* : *An Analysis of Educational Level Factor toward Female Participants in Cervical Cancer Screening Program with See and Treat Approaches: For Precancer Lesion Detection and Medication with Cryotherapy.*

**Introduction:** Generally, the cervical cancer patients in Indonesia have low educational level. In addition, there was no data which describe the distribution and the correlation between educational level and prevalence of precancer's lesion in Indonesia, particularly in Jakarta. Whereas the amount of cervical cancer in Indonesia is increasing every year. **Objective:** To discover the prevalence of "See and treat" screening programme's participants based on their age, educational level, age of first marriage, and prevalence of VIA test's results from April until May, 2009, at 4 Community Health Centers in Jatinegara, East Jakarta, and to discover the correlation between educational level and the number of VIA test's results, also the influence that possibly concomit the precancer's lesion. **Method:** A cross-sectional study with 106 minimal samples. The datas were collected by using programme's questionnaires started from April until May, 2009, at 4 Community Health Centers in Jatinegara that had already been collected before. **Result:** The number of percentage of responders who had low-leveled of education was 44.4%, while the high-leveled of education percentages was 47.1%. The number of percentages of the responders who had positive VIA result was 1.1% and the negative result was 98.5%. From 559 responders, 0.6% of women with positive VIA results had low-leveled of education and 0.4% of women had high-leveled of education. The statistical analysis result showed that there was no meaningful correlations between the educational level and the number of VIA test result ( $p=0.610$ ;  $PR=1.58$  with 95% IC 0.27-9.50). Meanwhile, there was a very meaningful correlation between the educational level and age of first marriage ( $p<0.001$ ;  $PR=7.78$  with 95% IC 5.27-11.47). **Conclusion:** The majority of responders were from high-leveled of education (47.1%). Lower educational level did not correlated and was not the risk factor of the positive finding of VIA test results in 526 responders at 4 Community Health Centers in Jatinegara. However, lower educational level was meaningfully correlated to a younger age of first marriage.

*Keywords* : VIA test's results, educational level, age of first marriage.

## DAFTAR ISI

|                                                          |             |
|----------------------------------------------------------|-------------|
| <b>HALAMAN JUDUL</b> .....                               | <b>i</b>    |
| <b>PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....                     | <b>ii</b>   |
| <b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....                           | <b>iii</b>  |
| <b>KATA PENGANTAR</b> .....                              | <b>iv</b>   |
| <b>LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH</b> .....   | <b>vi</b>   |
| <b>ABSTRAK</b> .....                                     | <b>viii</b> |
| <b>ABSTRACT</b> .....                                    | <b>ix</b>   |
| <b>DAFTAR ISI</b> .....                                  | <b>x</b>    |
| <b>DAFTAR TABEL</b> .....                                | <b>xii</b>  |
| <b>DAFTAR GAMBAR</b> .....                               | <b>xiii</b> |
| <b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....                             | <b>xiv</b>  |
| <b>1. PENDAHULUAN</b> .....                              | <b>1</b>    |
| 1.1 Latar Belakang .....                                 | 1           |
| 1.2 Identifikasi Masalah .....                           | 3           |
| 1.3 Hipotesis .....                                      | 4           |
| 1.4 Tujuan Penelitian .....                              | 4           |
| 1.4.1 Tujuan Umum .....                                  | 4           |
| 1.4.2 Tujuan Khusus .....                                | 4           |
| 1.5 Manfaat Penelitian .....                             | 4           |
| 1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti .....                        | 4           |
| 1.4.2 Manfaat Bagi Perguruan Tinggi .....                | 5           |
| 1.4.3 Manfaat Bagi Mahasiswa/i dan Masyarakat Luas ..... | 5           |
| <b>2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....                         | <b>6</b>    |
| 2.1 Kanker Serviks .....                                 | 6           |
| 2.1.1 Definisi .....                                     | 6           |
| 2.1.2 Epidemiologi .....                                 | 6           |
| 2.1.3 Etiologi .....                                     | 7           |
| 2.1.4 Faktor Risiko .....                                | 7           |
| 2.1.5 Patogenesis dan Patofisiologi .....                | 13          |
| 2.1.6 Klasifikasi dan Staging .....                      | 15          |
| 2.1.7 Diagnosis .....                                    | 18          |
| 2.1.8 Skrining .....                                     | 18          |
| 2.1.9 Pencegahan .....                                   | 23          |
| 2.1.10 Prognosis .....                                   | 25          |
| 2.1.11 Kekambuhan .....                                  | 25          |
| 2.2 Program <i>See and Treat</i> .....                   | 27          |
| 2.2.1 Program <i>See &amp; Treat</i> di Indonesia .....  | 27          |
| <b>3. METODE PENELITIAN</b> .....                        | <b>29</b>   |
| 3.1 Desain Penelitian .....                              | 29          |

|           |                                                                                             |           |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.2       | Tempat dan Waktu Penelitian .....                                                           | 29        |
| 3.3       | Populasi dan Sampel .....                                                                   | 29        |
| 3.4       | Kriteria Inklusi, Kriteria Eksklusi .....                                                   | 30        |
| 3.5       | Identifikasi Variabel .....                                                                 | 31        |
| 3.6       | Manajemen dan Data Analisis .....                                                           | 31        |
| 3.7       | Cara Kerja .....                                                                            | 32        |
| 3.8       | Alur Penelitian .....                                                                       | 34        |
| 3.9       | Definisi Operasional .....                                                                  | 35        |
| 3.10      | Etika Penelitian .....                                                                      | 36        |
| <b>4.</b> | <b>HASIL PENELITIAN .....</b>                                                               | <b>37</b> |
| 4.1       | Pengumpulan Data .....                                                                      | 37        |
| 4.2       | Karakteristik Responden .....                                                               | 37        |
| 4.3       | Korelasi Tingkat Pendidikan dan Usia Pertama Menikah .....                                  | 42        |
| 4.4       | Korelasi Tingkat Pendidikan dan Penemuan Tes IVA .....                                      | 43        |
| <b>5.</b> | <b>PEMBAHASAN .....</b>                                                                     | <b>45</b> |
| 5.1       | Sebaran Responden .....                                                                     | 45        |
| 5.2       | Korelasi Tingkat Pendidikan dan Usia Pertama Menikah .....                                  | 46        |
| 5.3       | Korelasi Tingkat Pendidikan dan Penemuan Tes IVA .....                                      | 47        |
| 5.4       | Pembahasan Faktor Lain dalam Penelitian <i>See and Treat</i> pada Responden yang Sama ..... | 48        |
| <b>6.</b> | <b>KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>                                                           | <b>50</b> |
| 6.1       | Kesimpulan .....                                                                            | 50        |
| 6.2       | Saran .....                                                                                 | 50        |
|           | <b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>                                                                 | <b>51</b> |

## DAFTAR TABEL

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabel 4.1 Sebaran Responden Menurut Tingkat Pendidikan                   | 39 |
| Tabel 4.2 Sebaran Responden Menurut Usia Pertama Menikah                 | 40 |
| Tabel 4.3 Korelasi Antara Tingkat Pendidikan dengan Usia Pertama Menikah | 43 |
| Tabel 4.4 Korelasi Antara Tingkat Pendidikan dengan Hasil Tes IVA        | 44 |



## DAFTAR GAMBAR

|                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| Gambar 4.1 Sebaran Responden Menurut Usia                            | 38 |
| Gambar 4.2 Diagram Pai Kelompok Tingkat Pendidikan Responden         | 39 |
| Gambar 4.3 Diagram Sebaran Usia Pertama Menikah Responden            | 41 |
| Gambar 4.4 Distribusi Usia Pertama Menikah Berdasarkan Golongan Usia | 41 |
| Gambar 4.4 Diagram Sebaran Penemuan Tes IVA                          | 42 |



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembaran *Informed Consent*  
Lampiran 2 Lembaran Kuesioner



## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Kanker serviks adalah keganasan dari leher rahim (serviks) yang disebabkan oleh virus HPV (*Human Papiloma Virus*). Penyakit ini merupakan jenis kanker kedua terbanyak yang dialami wanita di seluruh dunia.<sup>1</sup> Di Indonesia, kanker serviks merupakan kanker pada wanita dengan insiden tertinggi sehingga dapat menjadi suatu alasan mengapa skrining atau deteksi dini terhadap hal ini penting.<sup>2</sup>

Untuk Indonesia, kanker serviks merupakan keganasan yang paling banyak ditemukan dan merupakan penyebab kematian utama pada perempuan dalam tiga dasawarsa terakhir. Diperkirakan insidens penyakit ini adalah sekitar 40.000 kasus pertahun.<sup>3</sup> Penelitian tentang frekuensi kanker pada wanita di Indonesia tahun 1988-1992 dengan estimasi insidensi berdasarkan umur per 100.000 menyebutkan bahwa kejadian kanker serviks adalah tertinggi diantara jenis penyakit kanker lainnya. Dengan persentase tahun 1988 adalah 25%, tahun 1989 adalah 27%, tahun 1990 mencapai 30%, tahun 1991 adalah 28% dan tahun 1992 meningkat hingga 32%.<sup>4</sup>

Dalam beberapa dekade angka penderita kanker serviks di negara-negara maju mengalami penurunan yang tajam. Di Amerika Serikat, dalam 50 tahun terakhir insidens kanker serviks turun sekitar 70%.<sup>5</sup> Hal tersebut dimungkinkan karena adanya program deteksi dini dan tatalaksana yang baik.<sup>6</sup> Sebaliknya, di negara-negara berkembang, angka penderita penyakit ini tidak mengalami penurunan, bahkan justru meningkat seperti yang terjadi di negara-negara Afrika akibat jumlah populasi yang meningkat.<sup>1,6,7</sup> Walaupun ada sedikit penurunan hal tersebut lebih banyak disebabkan karena perubahan social demografi bukan karena usaha pencegahan atau deteksi dini.<sup>6,8</sup>

Deteksi dini kanker serviks meliputi program skrining yang terorganisasi dengan target pada kelompok usia yang tepat dan sistem rujukan yang efektif di semua tingkat pelayanan kesehatan. Beberapa metode skrining yang dapat digunakan adalah pemeriksaan sitologi berupa Pap tes konvensional atau sering dikenal dengan

Pap smear, pemeriksaan sitologi cairan (*liquid-base cytology/LBC*), pemeriksaan DNA HPV, inspeksi visual dengan lugol iodine (VILI) dan pemeriksaan visual berupa inspeksi visual dengan asam asetat (IVA).<sup>1</sup>

Pemeriksaan IVA memiliki sensitivitas sampai 96% dan spesifisitas 97% untuk program yang dilaksanakan oleh tenaga medis yang terlatih. Hal ini menunjukkan bahwa IVA memiliki sensitivitas yang hampir sama dengan sitologi serviks sehingga dapat menjadi metode skrining yang efektif pada negara berkembang seperti di Indonesia. Teknik pemeriksaannya adalah dengan mengaplikasikan asam asetat 3-5% dengan menggunakan aplikator kapas/sprai kecil untuk mengkoagulasikan dan membersihkan mukus. Neoplasia Intraepitelial Serviks (NIS) dengan koagulasi maksimal (mengandung banyak protein nuklear) dapat mencegah cahaya melewati epitelium, kemudian pola pembuluh darah sub epitelial mengalami obliterasi. Hal ini menyebabkan epitelium sulit untuk dilihat sehingga tampak putih (*acetowhite*), yaitu efek yang mudah diamati. Munculnya gambaran *acetowhite* menandakan hasil tes IVA positif. Namun jika terlihat gambaran permukaan polos dan halus atau adanya tampilan *acetowhite* yang hilang dalam 30-60 detik menandakan hasil tes IVA negatif.<sup>1,9</sup>

Saat ini telah diketahui bahwa umumnya penderita kanker serviks berpendidikan rendah, baik secara keseluruhan stadium ataupun kalau dilihat pada stadium tertentu saja. Berdasarkan data distribusi kanker serviks di Subbagian Onkologi Ginekologi FKUI/RSCM tahun 1997-1998, lamanya pendidikan penderita minimum 0 tahun dan maksimum 19 tahun. Karena keadaan sosial ekonomi sukar dinilai maka dengan mengetahui tingkat pendidikan penderita keadaan sosial ekonominya dapat diperkirakan.<sup>10</sup>

Sebetulnya program skrining dan deteksi dini kanker serviks telah dilakukan di beberapa wilayah, baik dengan metode Tes Pap atau metode pemeriksaan IVA. Namun belum ada data yang menggambarkan tentang sebaran dan hubungan antara tingkat pendidikan dengan terjadinya lesi prakanker serviks di Indonesia, khususnya di Jakarta.

Program skrining dengan pemeriksaan Papsmear membutuhkan pemeriksaan laboratorium sitologi dan dinilai memerlukan biaya yang lebih tinggi. Sehingga kenyataannya program skrining yang telah dilakukan di wilayah Jakarta belum menjangkau seluruh lapisan masyarakat, terutama masyarakat golongan ekonomi menengah kebawah. Masih banyak ibu-ibu berisiko tinggi pada tingkat pendidikan rendah/dasar yang belum mendapat pelayanan deteksi dini kanker serviks. Dengan adanya program metode skrining yang lebih sederhana, praktis, dan relatif memerlukan biaya yang murah yaitu dengan metode IVA, serta diawali dengan penyuluhan oleh ibu-ibu kader, kiranya dapat menjangkau lebih banyak masyarakat berpendidikan rendah dan ekonomi golongan menengah kebawah.

Hal ini menjadi alasan Penulis untuk melakukan penelitian mengenai insidensi lesi prakanker serviks terkait dengan tingkat pendidikan dan beberapa faktor lainnya yang juga berhubungan, sekaligus untuk deteksi dini terjadinya lesi prakanker serviks. Penelitian ini mengambil data kuesioner dari program skrining “see & treat” yang sedang dilaksanakan oleh *Female Cancer Program* di wilayah puskesmas Jatinegara, Jakarta Timur sejak bulan April hingga Mei 2009. Meskipun program tersebut dilaksanakan pada 12 puskesmas di Jatinegara, atas alasan keterbatasan waktu penulis akan mengambil data pada 4 puskesmas dari kegiatan bulan April-Mei 2009.

## **1.2 Identifikasi Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut:

- 1.2.1 Berapakah prevalensi wanita peserta program skrining “see & treat” berdasarkan usia, tingkat pendidikan, usia pertama menikah, dan hasil tes IVA pada bulan April-Mei 2009 di 4 puskesmas wilayah Jatinegara?
- 1.2.2 Apakah terdapat hubungan antara tingkat pendidikan responden dengan terjadinya lesi pra-kanker serviks dari hasil tes IVA positif?
- 1.2.3 Bagaimana hubungan antara tingkat pendidikan responden dikaitkan dengan usia pertama menikah?

### **1.3 Hipotesis**

- 1.3.1 Tingkat pendidikan rendah akan berpengaruh pada tingginya angka penemuan tes IVA positif.
- 1.3.2 Rendahnya tingkat pendidikan akan mempengaruhi tingginya jumlah responden yang menikah usia muda.

### **1.4 Tujuan Penelitian**

#### 1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara lesi pra-kanker serviks pada program skrining “*see and treat*” dengan faktor tingkat pendidikan.

#### 1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui prevalensi wanita peserta program skrining “*see & treat*” berdasarkan usia, tingkat pendidikan, usia pertama menikah, dan hasil penemuan tes IVA pada bulan April-Mei 2009 di 4 puskesmas Jatinegara.
- 2) Mengetahui keterkaitan antara tingkat pendidikan dengan hasil penemuan tes IVA.
- 3) Diketuinya pengaruh tingkat pendidikan terhadap terjadinya lesi pra-kanker serviks (hasil tes IVA positif).

### **1.5 Manfaat Penelitian**

#### 1.5.1 Manfaat Bagi Peneliti

- 1) Sebagai salah satu syarat kelulusan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- 2) Memperoleh pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan penelitian.
- 3) Mengaplikasikan ilmu medik dan non-medik.
- 4) Meningkatkan kemampuan berkomunikasi.
- 5) Mengembangkan daya nalar, minat, dan kemampuan di bidang penelitian.

### 1.5.2 Manfaat Bagi Perguruan Tinggi

- 1) Realisasi Tridarma Perguruan Tinggi dalam melaksanakan fungsinya sebagai lembaga yang menyelenggarakan pendidikan, penelitian, dan pengabdian bagi masyarakat.
- 2) Memberikan sumbangsih kepada Universitas Indonesia dalam rangka mewujudkan visinya sebagai salah satu universitas riset terkemuka di Indonesia.
- 3) Meningkatkan hubungan yang baik dan kerjasama antara mahasiswa dengan staf pengajar.

### 1.5.3 Manfaat Bagi Mahasiswa/i dan Masyarakat Luas

- 1) Memberikan informasi dan pengetahuan yang tepat mengenai kanker serviks, terutama mengenai cara penularan dan pencegahannya.
- 2) Memberikan masukan kepada instansi pendidikan, kesehatan, media informasi dan komunikasi, serta pihak-pihak yang terkait tentang tingkat pengetahuan dan sikap mengenai kanker serviks di kalangan mahasiswa kedokteran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Kanker Serviks**

##### **2.1.1 Definisi**

Kanker serviks adalah tumbuhnya sel-sel abnormal pada jaringan leher rahim (serviks). Kanker serviks merupakan kanker primer yang berasal dari serviks (kanalis servikalis dan atau porsio). Serviks adalah bagian ujung depan rahim yang menjulur ke vagina.<sup>11-14</sup>

##### **2.1.2 Epidemiologi**

Kanker leher rahim (serviks) atau karsinoma serviks uteri merupakan kanker pembunuh wanita nomor dua di dunia setelah kanker payudara. Setiap tahunnya, terdapat kurang lebih 500.000 kasus baru kanker leher rahim (*cervical cancer*), sebanyak 80% terjadi pada wanita yang hidup di negara berkembang. Sedikitnya 231.000 wanita di seluruh dunia meninggal akibat kanker leher rahim. Dari jumlah itu, 50% kematian terjadi di negara-negara berkembang.<sup>10-12</sup> Hal tersebut terjadi karena pasien datang dalam stadium lanjut.<sup>11,12</sup>

Menurut data Departemen Kesehatan RI, penyakit kanker leher rahim saat ini menempati urutan pertama daftar kanker yang diderita kaum wanita. Saat ini di Indonesia ada sekitar 100 kasus per 100 ribu penduduk atau 200 ribu kasus setiap tahunnya. Kanker serviks yang sudah masuk ke stadium lanjut sering menyebabkan kematian dalam jangka waktu relatif cepat. Selain itu, lebih dari 70% kasus yang datang ke rumah sakit ditemukan dalam keadaan stadium lanjut.<sup>15,16</sup>

Selama kurun waktu 5 tahun, usia penderita antara 30 – 60 tahun, terbanyak antara 45- 50 tahun. Periode laten dari fase prainvasif untuk menjadi invasif memakan waktu sekitar 10 tahun. Hanya 9% dari wanita berusia dibawah 35 tahun menunjukkan kanker serviks yang invasif pada saat didiagnosis, sedangkan 53% dari KIS (karsinoma *in-situ*) terdapat pada wanita diatas usia 35 tahun.<sup>17</sup>

### 2.1.3 Etiologi

Perjalanan penyakit karsinoma serviks merupakan salah satu model karsinogenesis yang melalui tahapan atau multistep, dimulai dari karsinogenesis awal sampai terjadinya perubahan morfologi hingga menjadi kanker invasif. Studi-studi epidemiologi menunjukkan lebih dari 90% kanker serviks dihubungkan dengan jenis human papiloma virus (HPV). Beberapa bukti menunjukkan kanker dengan HPV negatif ditemukan pada wanita yang lebih tua dan dikaitkan dengan prognosis yang buruk. HPV merupakan faktor inisiator kanker serviks. Onkoprotein E6 dan E7 yang berasal dari HPV merupakan penyebab terjadinya degenerasi keganasan. Onkoprotein E6 akan mengikat p53 sehingga TSG (*Tumor Supressor Gene*) p53 akan kehilangan fungsinya. Sedangkan onkoprotein E7 akan mengikat TSG *Rb*, ikatan ini menyebabkan terlepasnya E2F yang merupakan faktor transkripsi sehingga siklus sel berjalan tanpa kontrol.<sup>12,18</sup>

### 2.1.4 Faktor Risiko

Ada beberapa faktor yang dapat meningkatkan resiko terjadinya kanker serviks, antara lain adalah:

#### a. Usia reproduksi

Usia pasien sangat menentukan kesehatan maternal dan berkaitan erat dengan kondisi kehamilan, persalinan, dan nifas. Proses reproduksi sebaiknya berlangsung pada saat ibu berumur 20–35 tahun, sebab pada saat itu penyulit kehamilan jarang terjadi.

Usia rata-rata dari pasien karsinoma kanker serviks dari penelitian retrospektif yang dilakukan oleh Schellekens dan Ranti di Rumah Sakit dr. Hasan Sadikin Bandung untuk periode januari tahun 2000 sampai juli 2001 dengan interval usia mulai 21 sampai 85 tahun (N=307) mendapatkan penderita kanker serviks rata-rata berusia 32 tahun. Di tempat yang sama S. Van Loon melakukan penelitian terhadap 58 pasien dengan kanker serviks pada tahun 1996, dan mendapatkan pasien mayoritas yaitu 20,3% berusia 40-44 tahun dan usia rata-rata 46 tahun.<sup>19,20</sup>

Sumber lain menerangkan usia pasien rata-rata antara 30-60 tahun, terbanyak antara 45-50 tahun. Hal ini dikarenakan periode laten dari fase prainvasif untuk menjadi invasif memakan waktu sekitar 10 tahun. Hanya 9% wanita berusia kurang dari 35 tahun menunjukkan kanker serviks yang invasif pada saat didiagnosa, sedangkan 53% dari KIS (Karsinoma In Situ) terdapat pada wanita dibawah usia 35 tahun. Menurut Benson KL, 2% dari wanita yang berusai 40 tahun akan menderita kanker serviks dalam hidupnya. Hal ini dimungkinkan karena perjalanan penyakit ini memerlukan waktu 7 sampai 10 tahun untuk terjadinya kanker invasif sehingga sebagian besar terjadinya atau diketahuinya setelah berusia lanjut.<sup>19,20</sup>

**b. Hubungan seks pada usia muda atau pernikahan pada usia muda**

Telah lama diketahui bahwa umur sangat berpengaruh terhadap proses reproduksi. Usia yang dianggap optimal untuk reproduksi antara 20-35 tahun.<sup>20</sup>

Pada usia 20-40 tahun, disebut sebagai masa dewasa dini yang disebut juga usia reproduktif. Sehingga pada masa ini diharapkan orang telah mampu untuk memecahkan masalah-masalah yang dihadapi dengan tenang secara emosional, perkembangan fisiknya, maupun kemampuannya dalam hal kehamilan baik kelahiran bayinya.

Usia kawin muda menurut Rotkin, Chistoperson dan Parker serta Barron dan Richart jelas berpengaruh. Rotkin menghubungkan terjadinya karsinoma serviks dengan usia saat seorang wanita mulai aktif berhubungan seksual, dikatakan pula olehnya karsinoma serviks cenderung timbul bila saat mulai aktif berhubungan seksual pada saat usia kurang dari 17 tahun. Lebih dijelaskan bahwa umur antara 15-20 tahun merupakan periode yang rentan. Pada periode laten antara coitus pertama dan terjadinya kanker serviks kurang lebih dari 30 tahun.<sup>17</sup>

Periode rentan ini berhubungan dengan kiatnya proses metaplasia pada usia pubertas, sehingga bila ada yang mengganggu proses metaplasia tersebut misalnya infeksi akan memudahkan beralihnya proses menjadi displasia yang lebih berpotensi untuk terjadinya keganasan. Christoperson dan parker menemukan perbedaan statistik yang bermakna antara wanita yang menikah usia 15-19 tahun dibandingkan wanita

yang menikah usia 20-24 tahun, pada golongan pertama cenderung untuk terkena kanker serviks. Barron dan Richat pada penelitian dengan mengambil sampel 7.000 wanita di Barbara Hindia Barat, cenderung menduga epitel serviks wanita remaja sangat rentan terhadap bahan-bahan karsinogenik yang ditularkan melalui hubungan seksual dibanding epitel serviks wanita dewasa.<sup>17,20</sup>

Laporan dari berbagai pusat di Indonesia juga memperlihatkan hasil yang serupa dengan hasil penelitian di luar negeri. Marwi di Yogyakarta menemukan 63,1% penderita karsinoma serviks menikah pada usia 15-19 tahun, hasil yang serupa juga dilaporkan oleh Sutomo di Semarang.<sup>20</sup>

**c. Jumlah paritas**

Kehamilan yang optimal adalah kehamilan anak lebih dari tiga. Kehamilan setelah tiga mempunyai risiko yang meningkat.<sup>21</sup> Pada primigravida umumnya belum mempunyai gambaran mengenai kejadian-kejadian yang akan dialami saat melahirkan dan merawat bayinya. Oleh sebab itu penting sekali mempersiapkan ibu dengan memberikan penjelasan yang diperlukan mengenai kelahiran dan perawatan bayinya. Sedangkan pada ibu yang sudah pernah mempunyai anak akan mempunyai gambaran dan pengalaman dalam merawat bayinya, sehingga akan lebih siap dan tahu merawat bayinya.<sup>21</sup>

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mubasir dkk, Pada tahun 1993 menemukan lebih tinggi frekuensi kejadian kanker serviks pada pasien yang pernah melahirkan dari pada yang belum melahirkan. Multiparitas terutama dihubungkan dengan kemungkinan menikah pada usia muda, disamping itu dihubungkan pula dengan sosial ekonomi yang rendah dan higiene yang buruk.<sup>17,21</sup>

Sumber lain mengemukakan bahwa paritas tinggi merupakan salah satu faktor risiko terkena kanker serviks. Bukhari L dan Hadi A menyebutkan bahwa golongan wanita yang bersalin 6 kali atau lebih mempunyai resiko menderita kanker serviks 1,9 kali lebih besar dari pada golongan wanita yang bersalin antara 1-5 kali, meskipun hal ini merupakan faktor risiko namun hal tersebut harus dijadikan perhatian kita untuk

mendeteksi terhadap golongan ini. Kehamilan dan persalinan yang melebihi 3 orang dan jarak kehamilan terlalu dekat akan meningkatkan kejadian kanker serviks.<sup>21</sup>

Susanto dan Suardi (1987) di Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam penelitiannya mendapatkan paritas terbanyak pasien kanker serviks yaitu paritas lebih dari lima, Sahil MF (1993) mendapatkan pada paritas 6 atau lebih cenderung terkena kanker serviks. Multiparitas diduga menyebabkan penurunan daya tahan tubuh. Pada penelitian di Swedia memperlihatkan bahwa tingkat rekurensi meningkat pada paritas lebih dari tiga.<sup>17,21</sup>

#### **d. Tingkat pendidikan**

Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui pengajaran dan pelatihan. Pendidikan formal adalah segenap bentuk pendidikan atau pelatihan yang diberikan secara terorganisasi dan berjenjang, baik yang bersifat umum, maupun yang bersifat khusus. Pendidikan in formal adalah pendidikan dan pelatihan yang terdapat di luar lingkungan sekolah, dalam bentuk yang tidak terorganisasi.<sup>22</sup>

Dalam arti formal pendidikan adalah suatu proses penyampaian bahan atau materi pendidikan guna mencapai perubahan tingkah laku. Sedangkan tugas pendidikan disini adalah memberikan atau peningkatan pengetahuan dan pengertian, menimbulkan sikap positif serta memberikan/meningkatkan keterampilan-keterampilan masyarakat atau individu tentang aspek-aspek yang bersangkutan sehingga dicapai suatu masyarakat yang berkembang. Salah satu jenis pendidikan diantaranya adalah pendidikan formal yaitu pendidikan yang diperoleh dilingkungan sekolah seperti SD, SLTP, SLTA, Perguruan Tinggi dan lain-lain. Pendidikan formal berfungsi untuk mengajarkan pengetahuan umum dan pengetahuan yang bersifat khusus.<sup>22</sup> Pendidikan formal di dapatkan dari sekolah, pendidikan informal didapatkan diluar sekolah misalnya dalam keluarga atau masyarakat.

Tingkat pendidikan seseorang dapat mendukung atau mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang dan taraf pendidikan yang rendah selalu berhubungan dengan informasi dan pengetahuan yang terbatas. Semakin tinggi pendidikan seseorang

semakin tinggi pula pemahaman seseorang terhadap informasi yang didapat dan pengetahuannya pun akan semakin tinggi. Pendidikan yang rendah menyebabkan seseorang tidak peduli terhadap program kesehatan yang ada, sehingga mereka tidak mengenal bahaya yang mungkin terjadi. Walaupun ada sarana yang baik belum tentu mereka tahu menggunakannya.

Perilaku hidup sehat sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan penduduk. Tingkat pendidikan yang masih rendah merupakan salah satu sebab rendahnya pemahaman masyarakat terhadap informasi kesehatan serta pembentukan perilaku sehat.<sup>22</sup>

Tingkat pengetahuan yang tinggi pada seseorang akan menjadikannya lebih kritis dalam menghadapi berbagai masalah. Sehingga pada wanita yang mempunyai tingkat pendidikan yang baik akan membangkitkan partisipasinya dalam memelihara dan merawat kesehatannya. Wanita yang berpendidikan tinggi cenderung akan memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya.

Pendidikan dan pendapatan keluarga dihubungkan dengan nutrisi yang dikonsumsi sehari-hari, higiene serta kepatuhan untuk melakukan pemeriksaan secara teratur. Pendidikan yang rendah menyebabkan seseorang tidak mengenal bahaya yang mungkin terjadi. Walaupun ada sarana yang baik belum tentu mereka tahu menggunakannya. Dengan pendidikan yang tinggi maka semakin banyak seseorang mengetahui tentang permasalahan yang menyangkut perbaikan lingkungan dan hidupnya.<sup>17,22</sup>

Selain itu peningkatan pendidikan formal wanita akan mendewasakan usia perkawinan. Hal ini membuat rentang usia subur yang dijalani dalam ikatan perkawinan semakin pendek. Tingkat pendidikan yang tinggi akan meningkatkan kemungkinan bagi wanita untuk tidak menikah sama sekali selama hidupnya. Hal ini terjadi terutama karena tingkat pendidikan yang tinggi mampu membuka kesempatan yang lebih luas bagi wanita untuk bekerja, berorganisasi, dan mengembangkan kariernya di luar rumah.<sup>23</sup>

**e. Penggunaan kontrasepsi oral jangka panjang (lebih dari 5 tahun)**

Risiko noninvasif dan invasif kanker serviks telah menunjukkan hubungan dengan kontrasepsi oral. Bagaimanapun, penemuan ini hasilnya tidak selalu konsisten dan tidak semua studi dapat membenarkan perkiraan risiko dengan mengontrol pengaruh kegiatan seksual. Beberapa studi gagal dalam menunjukkan beberapa hubungan dari salah satu studi, bahkan melaporkan proteksi terhadap penyakit yang invasif. Hubungan yang terakhir ini mungkin palsu dan menunjukkan deteksi adanya bias karena peningkatan skrining terhadap pengguna kontrasepsi. Beberapa studi yang lebih lanjut kemudian memerlukan konfirmasi atau menyangkal observasi ini mengenai kontrasepsi oral.<sup>17,20</sup>

**f. Riwayat kanker serviks pada keluarga**

Bila seorang wanita mempunyai saudara kandung atau ibu yang mempunyai kanker serviks, maka ia mempunyai kemungkinan 2-3 kali lebih besar untuk juga mempunyai kanker serviks dibandingkan dengan orang normal. Beberapa peneliti menduga hal ini berhubungan dengan berkurangnya kemampuan untuk melawan infeksi HPV.<sup>17,20</sup>

**g. Berganti-ganti pasangan seksual**

Perilaku seksual berupa berganti pasangan seks akan meningkatkan penularan penyakit kelamin. Penyakit yang ditularkan seperti infeksi human papilloma virus (HPV) telah terbukti dapat meningkatkan timbulnya kanker serviks, penis dan vulva. Risiko terkena kanker serviks menjadi 10 kali lipat pada wanita yang mempunyai partner seksual 6 orang atau lebih. Di samping itu, virus herpes simpleks tipe-2 dapat menjadi faktor pendamping.<sup>14,16</sup>

**h. Merokok**

Wanita perokok memiliki risiko 2 kali lebih besar terkena kanker serviks dibandingkan dengan wanita yang tidak merokok. Penelitian menunjukkan, lendir serviks pada wanita perokok mengandung nikotin dan zat-zat lainnya yang ada di

dalam rokok. Zat-zat tersebut akan menurunkan daya tahan serviks di samping merupakan ko-karsinogen infeksi virus.<sup>11,12,15</sup>

**i. Defisiensi zat gizi**

Ada beberapa penelitian yang menyimpulkan bahwa defisiensi asam folat dapat meningkatkan risiko terjadinya displasia ringan dan sedang, serta mungkin juga meningkatkan risiko terjadinya kanker serviks pada wanita yang makanannya rendah beta karoten dan retinol (vitamin A).<sup>11,15</sup>

**j. Trauma kronis pada serviks seperti persalinan, infeksi, dan iritasi menahun**

**k. Pemakaian DES (dietilstilbestrol) pada wanita hamil untuk mencegah keguguran (banyak digunakan pada tahun 1940-1970)<sup>12</sup>**

**l. Gangguan sistem kekebalan**

**m. Infeksi herpes genitalis atau infeksi klamidia menahun<sup>13</sup>**

**n. Golongan ekonomi lemah (karena tidak mampu melakukan Pap smear secara rutin)<sup>20</sup>**

**2.1.5 Patogenesis dan Patofisiologi**

Karsinoma serviks biasa timbul di daerah yang disebut *squamo-columnar junction (SCJ)* atau sambungan skuamo-kolumnar (SSK), yaitu batas antara epitel yang melapisi ektoserviks (porsio) dan endoserviks kanalis serviks, dimana secara histologik terjadi perubahan dari epitel ektoserviks yaitu epitel skuamosa berlapis dengan epitel endoserviks yaitu epitel kuboid/kolumnar pendek selapis bersilia. Letak SSK dipengaruhi oleh faktor usia, aktivitas seksual dan paritas. Pada wanita muda SSK berada di luar ostium uteri eksternum, sedangkan pada wanita berusia di atas 35

tahun SSK berada di dalam kanalis serviks.<sup>24</sup> Oleh karena itu pada wanita muda, SSK yang berada di luar ostium uteri eksternum ini rentan terhadap faktor luar berupa mutagen yang akan memicu displasia dari SSK tersebut. Pada wanita dengan aktivitas seksual tinggi, SSK terletak di ostium eksternum karena trauma atau retraksi otot oleh prostaglandin.<sup>25</sup>

Pada masa kehidupan wanita terjadi perubahan fisiologis pada epitel serviks; epitel kolumnar akan digantikan oleh epitel skuamosa yang diduga berasal dari cadangan epitel kolumnar. Proses pergantian epitel kolumnar menjadi epitel skuamosa disebut proses metaplasia dan terjadi akibat pengaruh pH vagina yang rendah. Aktivitas metaplasia yang tinggi sering dijumpai pada masa pubertas. Akibat proses metaplasia ini maka secara morfogenetik terdapat 2 SCJ, yaitu SCJ asli dan SCJ baru yang menjadi tempat pertemuan antara epitel skuamosa baru dengan epitel kolumnar. Daerah di antara kedua SSK ini disebut daerah transformasi.<sup>25</sup>

Penelitian akhir-akhir ini lebih memfokuskan virus sebagai salah satu faktor penyebab yang penting, terutama virus DNA. Pada proses karsinogenesis asam nukleat virus tersebut dapat bersatu ke dalam gen dan DNA sel *host* sehingga menyebabkan terjadinya mutasi sel.<sup>24</sup> Sel yang mengalami mutasi tersebut dapat berkembang menjadi sel displastik sehingga terjadi kelainan epitel yang disebut displasia. Dimulai dari displasia ringan, displasia sedang, displasia berat dan karsinoma *in-situ* dan kemudian berkembang menjadi karsinoma invasif. Tingkat displasia dan karsinoma *in-situ* dikenal juga sebagai tingkat pra-kanker.

Displasia mencakup pengertian berbagai gangguan maturasi epitel skuamosa yang secara sitologik dan histologik berbeda dari epitel normal, tetapi tidak memenuhi persyaratan sel karsinoma.<sup>25</sup> Perbedaan derajat displasia didasarkan atas tebal epitel yang mengalami kelainan dan berat ringannya kelainan pada sel. Sedangkan karsinoma *in-situ* adalah gangguan maturasi epitel skuamosa yang menyerupai karsinoma invasif tetapi membrana basalis masih utuh.<sup>26</sup>

Klasifikasi terbaru menggunakan istilah *Neoplasia Intraepitel Serviks* (NIS) untuk kedua bentuk displasia dan karsinoma *in-situ*. NIS terdiri dari : 1) NIS 1, untuk

displasia ringan; 2) NIS 2, untuk displasia sedang; 3) NIS 3, untuk displasia berat dan karsinoma *in-situ*.

Patogenesis NIS dapat dianggap sebagai suatu spektrum penyakit yang dimulai dari displasia ringan (NIS 1), displasia sedang (NIS 2), displasia berat dan karsinoma *in-situ* (NIS 3) untuk kemudian berkembang menjadi karsinoma invasif. Beberapa peneliti menemukan bahwa 30-35% NIS mengalami regresi, yang terbanyak berasal dari NIS 1/NIS 2.<sup>26</sup> Karena tidak dapat ditentukan lesi mana yang akan berkembang menjadi progresif dan mana yang tidak, maka semua tingkat NIS dianggap potensial menjadi ganas sehingga harus ditatalaksana sebagaimana mestinya.

### 2.1.6 Klasifikasi dan *Staging*

#### a. Sistem Klasifikasi Lesi Prakanker<sup>1</sup>

Ada beberapa sistem klasifikasi lesi prakanker yang digunakan saat ini, dibedakan berdasarkan pemeriksaan histologi dan sitologinya. Berikut tabel klasifikasi lesi prakanker:

| Klasifikasi Sitologi (untuk skrining) |                   | Klasifikasi Histologi (untuk diagnosis) |                            |
|---------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| Pap                                   | Sistem Bethesda   | NIS (Neoplasia Intraepitelial Serviks)  | Klasifikasi Deskriptif WHO |
| Kelas I                               | Normal            | Normal                                  | Normal                     |
| Kelas II                              | ASC-US<br>ASC-H   | Atipik                                  | Atipik                     |
| Kelas III                             | LSIL              | NIS 1 termasuk kondiloma                | Koilositosis               |
| Kelas III                             | HSIL              | NIS 2                                   | Displasia sedang           |
| Kelas III                             | HSIL              | NIS 3                                   | Displasia berat            |
| Kelas IV                              | HSIL              | NIS 3                                   | Karsinoma in situ          |
| Kelas V                               | Karsinoma invasif | Karsinoma invasif                       | Karsinoma invasive         |

ASC-US : *atypical squamous cell of undetermined significance*

ASC-H : *atypical squamous cell: cannot exclude a high grade squamous epithelial lesion*

LSIL : *Low-grade squamous intraepithelial lesion*

HSIL : *High-grade squamous intraepithelial lesion*

**b. Klasifikasi histologik kanker serviks**<sup>27,28</sup>

| WHO 1975                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | WHO 1994                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Karsinoma sel skuamosa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dengan pertandukan</li> <li>- Tipe sel besar tanpa pertandukan</li> <li>- Tipe sel kecil tanpa pertandukan</li> </ul> <p><b>Adenokarsinoma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipe endoserviks</li> <li>- Tipe endometrioid</li> </ul> <p><b>Karsinoadenoskuamosa (adenoepidermoi)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Karsinoma adenoid kistik</li> <li>- Adenokarsinoma</li> <li>- Mesonefroid</li> </ul> <p><b>Tumor mesenkim</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Karsinoma tidak berdiferensiasi</li> <li>- Tumor metastasis</li> </ul> | <p><b>Karsinoma sel skuamosa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dengan pertandukan</li> <li>- Tanpa pertandukan</li> <li>- Tipe verukosa</li> <li>- Tipe kondilomatosa</li> <li>- Tipe kapiler</li> <li>- Tipe limfoepitelioma</li> </ul> <p><b>Adenokarsinoma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipe musinosa</li> <li>- Tipe mesonefrik</li> <li>- Tipe clear cell</li> <li>- Tipe serosa</li> <li>- Tipe endometrioid</li> </ul> <p><b>Karsinoadenoskuamosa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Karsinoma <i>glassy cell</i></li> <li>- Karsinoma sel kecil</li> <li>- Karsinoma adenoid basal</li> <li>- Tumor karsinoid</li> <li>- Karsinoma adenoid kistik</li> </ul> <p><b>Tumor mesenkim</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Karsinoma tidak berdiferensiasi</li> </ul> |

Dari seluruh jenis kanker serviks di atas jenis skuamosa merupakan jenis yang paling sering ditemukan, yaitu ± 90%; adenokarsinoma 5%; sedang jenis lainnya 5%. Karsinoma skuamosa terlihat sebagai jalinan kelompok sel-sel yang berasal dari skuamosa dengan pertandukan atau tidak, dan kadang-kadang tumor sendiri dari sel-sel yang berdiferensiasi buruk atau dari sel-sel yang disebut *small cell*, berbentuk kumparan atau kecil serta bulat dan batas tumor stroma tidak jelas. Sel ini berasal dari

sel basal atau *reserved cell*. Sedang adenokarsinoma terlihat sebagai sel-sel yang berasal dari epitel torak endoserviks, atau dari kelenjar endoserviks yang mengeluarkan mukus.

c. **Sistem Staging Kanker**<sup>27,29</sup>

International Federation of Gynecologists and Obstetricians Staging System for Cervical Cancer (FIGO) pada tahun 2000 menetapkan suatu sistem stadium kanker sebagai berikut:

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

### **2.1.7 Diagnosis**

#### **a. Gejala dan Tanda**

Lesi pra-kanker dan kanker stadium dini biasanya asimtomatik dan hanya dapat terdeteksi dengan pemeriksaan sitologi. Boon dan Suurmeijer melaporkan bahwa sebanyak 76% kasus tidak menunjukkan gejala sama sekali.<sup>30,31</sup> Jika sudah terjadi kanker akan timbul gejala yang sesuai dengan penyakitnya, yaitu dapat lokal atau tersebar. Gejala yang timbul dapat berupa perdarahan pasca-sanggama atau dapat juga terjadi perdarahan di luar masa haid dan pasca menopause. Jika tumornya besar, dapat terjadi infeksi dan menimbulkan cairan (duh) berbau yang mengalir keluar dari vagina. Bila penyakitnya sudah lanjut, akan timbul nyeri panggul, gejala yang berkaitan dengan kandung kemih dan usus besar.<sup>30,31</sup> Gejala lain yang timbul dapat berupa gangguan organ yang terkena misalnya otak (nyeri kepala, gangguan kesadaran), paru (sesak atau batuk darah), tulang (nyeri atau patah), hati (nyeri perut kanan atas, kuning, atau pembengkakan), dan lain-lain.<sup>32</sup>

#### **b. Penegakan Diagnosis**

Diagnosis definitif harus didasarkan pada konfirmasi histopatologi dari hasil biopsi lesi sebelum pemeriksaan dan tatalaksana lebih lanjut dilakukan.<sup>1</sup>

### **2.1.8 Skrining**

Sejak 2 dekade terakhir terdapat kemajuan dalam pemahaman tentang riwayat alamiah dan terapi lanjutan dari kanker serviks. Infeksi Human Papiloma Virus (HPV) sekarang telah dikenal sebagai penyebab utama kanker serviks, selain itu sebuah laporan sitologi baru telah mengembangkan diagnosis, penanganan lesi prakanker dan protokol terapi spesifik peningkatan ketahanan pasien dengan penyakit dini dan lanjut. Penelitian terbaru sekarang ini terfokus pada penentuan infeksi menurut tipe HPV onkogenik, penilaian profilaksis dan terapi vaksin serta pengembangan strategi skrining yang berkesinambungan dengan tes HPV dan metode lain berdasarkan sitologi. Hal ini merupakan batu loncatan untuk mengimplementasikan deteksi dini kanker serviks dengan beberapa macam

pemeriksaan seperti tes Pap (*Pap Smear*), Pap net, servikografi, Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA), tes HPV, kolposkopi dan sitologi berbasis cairan (*Thin-Layer Pap Smear Preparation*).<sup>33</sup>

Namun metode yang sekarang ini sering digunakan diantaranya adalah Tes Pap dan Inspeksi Visual Asetat(IVA). Tes Pap memiliki sensitivitas 51% dan spesifisitas 98%. Selain itu pemeriksaan *Pap Smear* masih memerlukan penunjang laboratorium sitologi dan dokter ahli patologi yang relatif memerlukan waktu dan biaya besar. Sedangkan IVA memiliki sensitivitas sampai 96% dan spesifisitas 97% untuk program yang dilaksanakan oleh tenaga medis yang terlatih. Hal ini menunjukkan bahwa IVA memiliki sensitivitas yang hampir sama dengan sitologi serviks (*Pap smear*) sehingga dapat menjadi metode skrining yang efektif pada negara berkembang seperti di Indonesia.<sup>32</sup>

**a. Tes IVA**

**i. Definisi**

Tes visual dengan menggunakan larutan asam cuka (asam asetat 3-5%) dan larutan iodium lugol pada serviks dan melihat perubahan warna yang terjadi setelah dilakukan olesan. Tujuannya untuk melihat adanya sel yang mengalami displasia sebagai salah satu metode skrining kanker serviks.<sup>20</sup>

**ii. Indikasi**

Skrining kanker serviks.<sup>20</sup>

**iii. Kontraindikasi**

Tidak direkomendasikan pada wanita pasca menopause, karena daerah zona transisional seringkali terletak kanalis servikalis dan tidak tampak dengan pemeriksaan inspekulo.<sup>20</sup>

**iv. Persiapan dan syarat**

**a) Persiapan alat dan bahan** <sup>6,9,20</sup>

- Sabun dan air untuk cuci tangan
- Lampu yang terang untuk melihat serviks
- Spekulum dengan desinfeksi tingkat tinggi
- Sarung tangan sekali pakai atau desinfeksi tingkat tinggi
- Meja ginekologi
- Lidi kapas dan kapas usap
- Asam asetat 3-5% (cuka putih dapat digunakan)
- Larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi instrument dan sarung tangan
- Format pencatatan

**b) Persiapan tindakan** <sup>20</sup>

- Menerangkan prosedur tindakan, bagaimana dikerjakan, dan apa artinya hasil tes positif. Yakinkan bahwa pasien telah memahami dan menandatangani *informed consent*.
- Pemeriksaan inspekulo secara umum meliputi dinding vagina, serviks, dan fornik.

**v. Teknik/prosedur** <sup>3,10,20</sup>

- Sesuaikan pencahayaan untuk mendapatkan gambaran terbaik dari serviks
- Gunakan lidi kapas untuk membersihkan darah, mucus dan kotoran lain pada serviks
- Identifikasi daerah sambungan skuamo-kolumnar (zona transformasi) dan area di sekitarnya
- Oleskan larutan asam asetat secara merata pada serviks, tunggu 1-2 menit untuk terjadinya perubahan warna. Amati setiap perubahan pada serviks, perhatikan dengan cermat daerah di sekitar zona transformasi.
- Lihat dengan cermat SSK dan yakinkan area ini dapat semuanya terlihat. Catat bila serviks mudah berdarah. Lihat adanya plak warna putih dan tebal (epitel

*acetowhite*) bila menggunakan larutan asam asetat. Bersihkan segala darah dan debris pada saat pemeriksaan.

- Bersihkan sisa larutan asam asetat dengan lidi kapas atau kasa bersih.
- Lepaskan spekulum dengan hati-hati.
- Catat hasil pengamatan, dan gambar denah temuan.
- Hasil tes (positif atau negatif) harus dibahas bersama pasien dan pengobatan harus diberikan setelah konseling, jika diperlukan dan tersedia.

vi. **Komplikasi/efek samping**

Tidak ada.<sup>20</sup>

vii. **Interpretasi**<sup>6,9</sup>

Klasifikasi IVA sesuai temuan klinis

| Klasifikasi IVA   | Temuan Klinis                                                                                                    |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hasil Tes-Positif | Plak putih yang tebal atau epitel <i>acetowhite</i> , biasanya dekat SSK                                         |
| Hasil Tes-Negatif | Permukaan polos dan halus, berwarna merah jambu, ektropion, polip, servitis, inflamasi, <i>Nabothian cysts</i> . |
| Kanker            | Massa mirip kembang kol atau bisul                                                                               |

viii. **Kriteria wanita yang dianjurkan untuk menjalani tes**

Menjalani tes kanker atau prakanker dianjurkan bagi semua wanita berusia 30 dan 45 tahun. Kanker serviks menempati angka tertinggi di antara wanita berusia 40 hingga 50 tahun, sehingga tes harus dilakukan pada usia dimana lesi prakanker lebih mungkin terdeteksi, biasanya 10 sampai 20 tahun lebih awal. Wanita yang memiliki faktor risiko juga merupakan kelompok yang paling penting untuk mendapat pelayanan tes.<sup>20,34</sup>

**ix. Waktu untuk menjalani tes**

Tes IVA dapat dilakukan kapan saja dalam siklus menstruasi, termasuk saat menstruasi, pada masa kehamilan dan saat asuhan nifas atau paska keguguran.

Untuk masing-masing hasil akan diberikan beberapa instruksi baik yang sederhana untuk pasien (mis. kunjungan ulang untuk tes IVA setiap 5 tahun) atau isu-isu khusus yang harus dibahas bersama, seperti kapan dan dimana pengobatan yang diberikan, risiko potensial dan manfaat pengobatan, dan kapan perlu merujuk untuk tes tambahan atau pengobatan yang lebih lanjut.<sup>20,34</sup>

**x. Penilaian responden<sup>20,35</sup>**

Tes untuk kanker serviks biasanya dilakukan sebagai bagian dari program skrining kesehatan reproduksi atau pelayanan kesehatan primer. Sehingga perlu ditanyakan riwayat singkat kesehatan reproduksinya antara lain:

- Riwayat menstruasi
- Pola perdarahan (mis. paska koitus atau mens tidak teratur)
- Paritas
- Usia pertama kali berhubungan seksual
- Penggunaan alat kontrasepsi

**xi. Manfaat<sup>20,34</sup>**

- Memenuhi kriteria tes skrining yang baik
- Penilaian ganda untuk sensitifitas dan spesifisitas menunjukkan bahwa tes ini sebanding dengan Pap smear dan HPV atau kolposkopi
- Berpotensi untuk pendekatan kunjungan tunggal
- Tidak memerlukan alat/perawatan selain pasokan asam asetat (cuka), spekulum dan sumber cahaya (lampu/senter)
- Dapat dilakukan di semua tingkat sistem pelayanan kesehatan, oleh petugas yang telah dilatih

## xii. Keterbatasan<sup>20,34</sup>

- Sedikit penelitian tertulis yang mencatat nilai lebih sebagai tes penapisan yang digunakan dalam skala luas
- Positif palsu dapat membuat sistem rujukan mendapat banyak pasien rujukan (overload)
- Perlu pelatihan berbasis kompetensi untuk memeriksa dan membuat penilaian (*assessment*)

### 2.1.9 Pencegahan<sup>34</sup>

Tidak dapat dipungkiri cara terbaik untuk mencegah kanker serviks saat ini adalah dengan *screening gynaecological* dan jika dibutuhkan dilengkapi dengan *treatment* yang terkait dengan kondisi prakanker. Namun demikian, dengan adanya biaya dan rumitnya proses *screening* dan *treatment*, cara ini hanya memberikan manfaat yang sedikit di negara-negara yang membutuhkan penanganan. Beberapa hal lain yang dapat dilakukan dalam usaha pencegahan terjadinya kanker serviks antara lain:

#### a. Vaksin HPV

Sebuah studi menyatakan bahwa kombinasi vaksinasi HPV dan skrining dapat memberikan manfaat yang besar dalam pencegahan penyakit ini. Vaksin HPV dapat berguna dan *cost-effective* untuk mengurangi kejadian kanker serviks dan kondisi prakanker, khususnya pada kasus yang ringan. Vaksin HPV yang terdiri dari 2 jenis dapat melindungi tubuh dalam melawan kanker yang disebabkan oleh HPV (tipe 16 dan 18). Salah satu vaksin dapat membantu menangkali timbulnya kutil di daerah genital yang diakibatkan oleh HPV 6 dan 11, juga HPV 16 dan 18. Manfaat tersebut telah diuji pada uji klinis tahap III dan harus dapat diwujudkan dalam waktu dekat. Keyakinan hasil uji klinis tahap III ini menunjukkan bahwa vaksin-vaksin tersebut dapat membantu menangkali infeksi HPV dari tipe-tipe diatas dan mencegah lesi prakanker pada wanita yang belum terinfeksi HPV sebelumnya.<sup>6</sup>

b. Penggunaan kondom

Para ahli sebenarnya sudah lama meyakinkannya, tetapi kini mereka punya bukti pendukung bahwa kondom benar-benar mengurangi risiko penularan virus penyebab kutil kelamin (*genital warts*) dan banyak kasus kanker leher rahim. Hasil pengkajian atas 82 orang yang dipublikasikan di *New England Journal of Medicine* memperlihatkan bahwa wanita yang mengaku pasangannya selalu menggunakan kondom saat berhubungan seksual kemungkinannya 70% lebih kecil untuk terkena infeksi human papilloma virus (HPV) dibanding wanita yang pasangannya sangat jarang (tak sampai 5% dari seluruh jumlah hubungan seks) menggunakan kondom. Hasil penelitian memperlihatkan efektivitas penggunaan kondom di Indonesia masih tergolong rendah. Dari survey Demografi Kesehatan Indonesia pada 2003 (BPS-BKKBN) diketahui bahwa ternyata penggunaan kondom pada pasangan usia subur di Negara ini masih sekitar 0,9%.<sup>36</sup>

c. Sirkumsisi pada pria

Sebuah studi menunjukkan bahwa sirkumsisi pada pria berhubungan dengan penurunan risiko infeksi HPV pada penis dan pada kasus seorang pria dengan riwayat *multiple sexual partners*, terjadi penurunan risiko kanker serviks pada pasangan wanita mereka yang sekarang.<sup>17</sup>

d. Tidak merokok

Tembakau mengandung bahan-bahan karsinogen baik yang dihisap sebagai rokok/sigaret atau dikunyah. Asap rokok menghasilkan *polycyclicaromatic hydrocarbon heterocyclic nitrosamines*. Pada wanita perokok konsentrasi nikotin pada getah serviks 56 kali lebih tinggi dibandingkan di dalam serum. Efek langsung bahan-bahan tersebut pada serviks adalah menurunkan status imun lokal sehingga dapat menjadi ko-karsinogen infeksi virus.<sup>17</sup>

e. Nutrisi

Banyak sayur dan buah mengandung bahan-bahan anti-oksidan dan berkhasiat mencegah kanker misalnya alpukat, brokoli, kol, wortel, jeruk, anggur, bawang,

bayam, tomat. Dari beberapa penelitian ternyata defisiensi asam folat (*folic acid*), vitamin C, vitamin E, beta karoten/retinol dihubungkan dengan peningkatan risiko kanker serviks. Vitamin E, vitamin C dan beta karoten mempunyai khasiat antioksidan yang kuat. Antioksidan dapat melindungi DNA/RNA terhadap pengaruh buruk radikal bebas yang terbentuk akibat oksidasi karsinogen bahan kimia. Vitamin E banyak terdapat dalam minyak nabati (kedelai, jagung, biji-bijian dan kacang-kacangan). Vitamin C banyak terdapat dalam sayur-sayuran dan buah-buahan.<sup>17</sup>

#### 2.1.10 Prognosis<sup>34</sup>

Prognosis kanker serviks tergantung dari stadium penyakit. Umumnya, *5-years survival rate* untuk stadium I lebih dari 90%, untuk stadium II 60-80%, stadium III kira - kira 50%, dan untuk stadium IV kurang dari 30%.

a. Stadium 0

100 % penderita dalam stadium ini akan sembuh.

b. Stadium 1

Kanker serviks stadium I sering dibagi menjadi 2, IA dan IB. dari semua wanita yang terdiagnosis pada stadium IA memiliki *5-years survival rate* sebesar 95%. Untuk stadium IB *5-years survival rate* sebesar 70 sampai 90%.

c. Stadium 2

Kanker serviks stadium 2 dibagi menjadi 2, 2A dan 2B. dari semua wanita yang terdiagnosis pada stadium 2A memiliki *5-years survival rate* sebesar 70 - 90%. Untuk stadium 2B *5-years survival rate* sebesar 60 sampai 65%.

#### 2.1.11 Kekambuhan<sup>29</sup>

a. Kekambuhan Lokal

Kekambuhan lokal meliputi kekambuhan di porsio, kekambuhan di puncak vagina. Kekambuhan lokal pasca pembedahan dapat diterapi dngan pembedahan atau terapi radioterapi. Kekambuhan lokal pasca radioterapi dapat diterapi dengan pembedahan atau terapi radiasi (bila terapi radioterapi yang lalu lebih dari satu tahun yang lalu). Pembedahan histerektomi radikal merupakan salah satu pilihan pada

kekambuhan lokal ataupun persisten pada pemberian pengobatan dengan radioterapi. Pembedahan histerektomi radikal pada kekambuhan atau persisten pasca radioterapi mempunyai risiko komplikasi yang cukup besar. Komplikasinya berupa stenosis ureter, fistula baik vesikovaginal ataupun uretero-vaginal dan rekto-vaginal. Kejadian komplikasi ini dapat mendapat mencapai 44%. Dengan demikian pembedahan tersebut sangat menuntut kehati-hatian, karena faktor penyembuhan perprimam nampaknya menjadi kendala utama, sehingga faktor seleksi pasien sangat menentukan.

Kemampuan pasien atau survival rata-rata dengan pembedahan histerektomi radikal pada 44% penderita dengan keadaan residif dapat mencapai 81 bulan dan 53% penderita meninggal dengan rata-rata survival 22 bulan, dan survival 5 tahun 49%.

**b. Kekambuhan Sentral**

Kekambuhan sentral adalah kekambuhan di uterus dengan atau vesika urinaria, rektum, ataupun parametrium. Kejadian kekambuhan sentral pada 5 tahun pertama berkisar 6,8% pada 10 tahun pasca terapi 7,8% dan pada 20 tahun 9,6%. Hasil terapi yang menderita rekurensi >36 bulan lebih baik jika dibandingkan dengan yang benar <36 bulan. Kekambuhan sentral pasca pembedahan dapat diterapi dengan pembedahan (eksenterasi bila memungkinkan) atau terapi radioterapi. Kekambuhan sentral pasca radioterapi dapat diterapi dengan pembedahan (histerektomi radikal atau eksenterasi bila memungkinkan) atau terapi radiasi.

Pembedahan eksenterasi pada kekambuhan dapat menolong pada kondisi tertentu, lesi yang tidak mencapai dinding panggul atau lebih jauh merupakan syarat utama keberhasilan pembedahan eksenterasi. Adanya penyebaran atau metastasis tumor ke kelenjar getah bening pelvik dan paraaorta merupakan petunjuk telah lanjutnya proses penyebaran tumor, dan keadaan ini mengindikasikan bahwa pembedahan bukan merupakan terapi pilihan. Analisa terhadap 70% pasien yang dilakukan pembedahan (dilakukan pembedahan eksenterasi) dengan kekambuhan sentral didapatkan angka mortalitas 9% dengan morbiditas pembedahan 44% sedangkan survival 5 tahun sebesar 23%.

### c. **Kekambuhan Regional**

Kekambuhan regional adalah kekambuhan yang meliputi organ genital dan mencapai dinding panggul. Kekambuhan regional pascapembedahan dapat diterapi dengan radioterapi. Kekambuhan regional pasca radioterapi dapat diterapi dengan radioterapi.

## 2.2. Program *See & Treat*<sup>35</sup>

*See & Treat* program adalah metode skrining dan terapi pada kanker serviks yang sangat baik untuk Negara dengan sumber daya terbatas. Tim yang terdiri dari dokter, petugas kesehatan, perawat atau bidan, bekerja sama dalam upaya menemukan secara dini lesi prakanker serviks. Selama kunjungan pada suatu daerah tertentu petugas kesehatan memberikan penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kanker serviks dan hal-hal lain tentang kesehatan reproduksi seperti hubungan seks yang aman, KB, dan penyakit menular seksual. Setelah didata atau diregistrasi wanita dilakukan skrining dengan tes IVA ( Inspeksi Visual Asetat ) atau dengan tes Pap (sitologi) oleh seorang dokter. Jika ditemukan adanya kelainan maka penderita langsung dilakukan terapi dengan krioterapi saat itu juga.

### **Tujuan Program *See & Treat* :**

1. Meningkatkan cakupan skrining, *downstaging* dan terapi pada lesi prakanker serviks.
2. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran para wanita tentang kanker serviks dan masalah kesehatan reproduksi lainnya.
3. Menurunkan kejadian hilang dalam pengamatan lanjutan, meningkatkan akses pelayanan kesehatan, dan menekan biaya.

### 2.2.1. Program *See & Treat* di Indonesia<sup>19</sup>

Pada bulan oktober 2004 *Female Cancer Programme* memulai program *See & Treat* di Indonesia pada 3 lokasi yaitu di Jakarta, Tasikmalaya (Bandung) dan Bali. Pada program ini dilakukan upaya skrining pada wanita untuk mencari kanker serviks

dan lesi prakanker serviks dengan IVA test dan Tes Pap dan saat itu juga dilakukan tindakan krioterapi jika ditemukan kelainan lesi prakanker, sedangkan jika ditemukan kanker akan dirujuk pada pusat pelayanan tersier untuk dilakukan re-evaluasi dan dilakukan tindakan jika memang ditemukan kanker serviks.

Program ini adalah untuk meningkatkan kerja sama *Female Cancer Programme* dengan partner lokal untuk membentuk metode yang cukup akurat dan murah dalam upaya skrining, *downstaging* dan terapi kanker serviks dan untuk meningkatkan kepedulian dan peningkatan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi. Partner lokal yang dimaksud disini adalah akademisi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran (Bandung), Fakultas Kedokteran Universitas Udayana (Bali), Yayasan Kanker Indonesia (YKI) dan PKK. PKK merupakan organisasi kewanitaan yang mempunyai struktur kuat di Indonesia dari tingkat yang paling rendah di pedesaan, dengan didukung oleh elemen pemerintahan dari tingkat kecamatan, Bupati, Gubernur sampai tingkat Menteri. Organisasi ini sangat mendukung dalam program *See & Treat* di Indonesia.

**Tujuan dari program ini diantaranya :**

1. Meningkatkan pelayanan kesehatan dalam skrining, *downstaging* dan terapi pada kanker dan lesi prakanker.
2. Merangsang kepedulian dan pendidikan terhadap kanker serviks dan penyakit menular seksual.
3. Membentuk sistem jaringan lokal di masa mendatang untuk program imunologi seperti vaksinasi.
4. Pengumpulan data epidemiologis terhadap prevalensi kanker serviks dan prekursorinya serta profil dari penderita.
5. Pengumpulan data prevalensi HPV (Human Papiloma Virus).
6. Pengumpulan data imunologis untuk data status imun populasi lokal.

## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji potong lintang atau *cross sectional* untuk menganalisa faktor faktor gaya hidup pada wanita peserta program penapisan kanker leher rahim dengan pendekatan *see and treat* untuk deteksi lesi prakanker dan pengobatan dengan krioterapi. Responden didapat dari daerah sekitar puskesmas yang disosialisasikan oleh kader masing-masing daerah. Selanjutnya ditentukan waktu dan tempat pemeriksaan. Selanjutnya dilakukan penyuluhan, wawancara, pengisian kuisioner, pemeriksaan IVA yang terlebih dahulu dilakukan persiapan tindakan yaitu menerangkan prosedur tindakan, bagaimana dikerjakan, dan menerangkan hasil tes. Setelah itu data dikumpulkan dan diolah serta dianalisa untuk kemudian dibuat laporan penelitian.

#### **3.2 Tempat dan Waktu**

Penelitian dilakukan di Puskesmas di daerah Jatinegara dan Bagian obsetri dan ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia - Rumah sakit Cipto Mangunkusumo. Penelitian dilakukan pada bulan April - Mei 2009.

#### **3.3 Populasi dan Sampel**

##### **3.3.1 Populasi**

- Populasi target : Wanita berusia 15 sampai 69 tahun.
- Populasi terjangkau : Wanita berusia produktif yang berkunjung ke 4 puskesmas didaerah Jatinegara pada bulan April - Mei 2009 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

##### **3.3.2 Estimasi Besar Sampel**

Besar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini ditentukan dengan rumus sebagai berikut:

**Universitas Indonesia**

$$n_1 = \frac{Z\alpha^2 (pq)}{L^2}$$

$$n_2 = n_1 + 10\% n_1$$

Keterangan:

$n_1$  = besar sampel minimal

$n_2$  = besar sampel ditambah substitusi 10 % (substitusi adalah persen responden yang mungkin *drop out*)

$Z\alpha$  = tingkat batas kepercayaan, pada  $\alpha = 5\%$  dari tabel distribusi didapatkan  $Z\alpha$  pada kurva normal = 1,96

$p$  = proporsi variabel yang ingin diteliti, dalam penelitian ini nilai  $p$  yang digunakan adalah 50 %

$q$  = 100 % -  $p$

$L$  = derajat kesalahan yang masih dapat diterima

Berdasarkan rumus di atas, maka didapatkan angka:

$$n_1 = \frac{(1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{(0,1)^2}$$

$$n_1 = 96,04$$

Untuk menjaga kemungkinan adanya sampel penelitian yang *drop out*, jumlah sampel ditambah menjadi:

$$n_2 = 96,04 + 10\% (96,04)$$

$$n_2 = 105,64 \text{ (dibulatkan menjadi 106 sampel penelitian)}$$

Jadi, dalam penelitian ini dibutuhkan subjek minimal sebanyak **106 orang**.

### 3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

#### 3.4.1 Kriteria Inklusi

- Berjenis kelamin wanita

- Bersedia mengikuti program see & treat.
- Mengikuti penelitian hingga selesai.
- Berusia antara 15 sampai 69 tahun.

#### **3.4.2 Kriteria Eksklusi**

- Sudah terdiagnosis kanker serviks
- Belum pernah melakukan hubungan seksual
- Sedang dalam siklus menstruasi
- Pasca bersalin, pasca operasi rahim, pasca radiasi.
- Mendapat pengobatan vaginal suppositoria.

### **3.5 Identifikasi Variabel**

#### **3.5.1 Variabel Bebas**

- Usia pertama menikah
- Hasil tes IVA

#### **3.5.2 Variabel Terikat**

Tingkat Pendidikan

### **3.6 Manajemen dan Analisis Data**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara usia pertama menikah responden (data numerik), hasil penemuan tes IVA (data kategorik), dengan tingkat pendidikan responden yang merupakan data kategorik ordinal. Karena penelitian ini merupakan penelitian asosiatif, terdiri atas 2 kelompok, tidak berpasangan, maka uji hipotesis yang digunakan adalah uji non parametrik *Chi-square*. Analisis data dari penelitian ini dilakukan dengan menggunakan program SPSS versi 11.5 dan MedCalc.

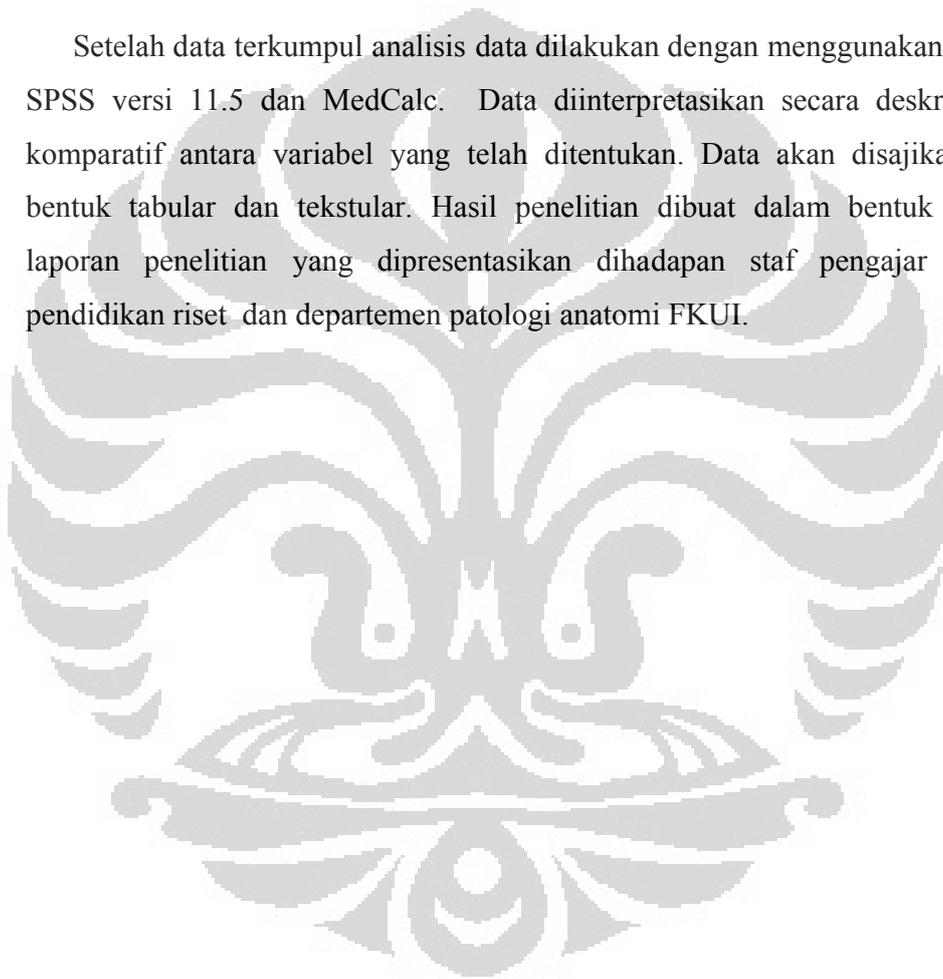
### 3.7 Cara Kerja

Pada penelitian ini, data didapatkan dari kumpulan kuisioner program skrining “*see and treat*” yang terkumpul dari subjek penelitian dari beberapa puskesmas di daerah Jatinegara pada periode April-Mei tahun 2009. Kuisioner tersebut berisi identitas dan pertanyaan yang berhubungan dengan faktor risiko lesi pra-kanker serviks. Responden didapat dari daerah sekitar puskesmas yang disosialisasikan oleh kader masing-masing daerah. Selanjutnya ditentukan waktu dan tempat pemeriksaan. Dan dilakukan penyuluhan, wawancara, pengisian kuisioner, pemeriksaan IVA yang terlebih dahulu dilakukan persiapan tindakan yaitu menerangkan prosedur tindakan, bagaimana dikerjakan, dan apa artinya hasil tes positif. Setelah itu yakinkan bahwa pasien telah memahami dan menandatangani *informed consent*. Selanjutnya pemeriksaan IVA dapat dilakukan dengan prosedur seperti dibawah ini <sup>3,10,20</sup> :

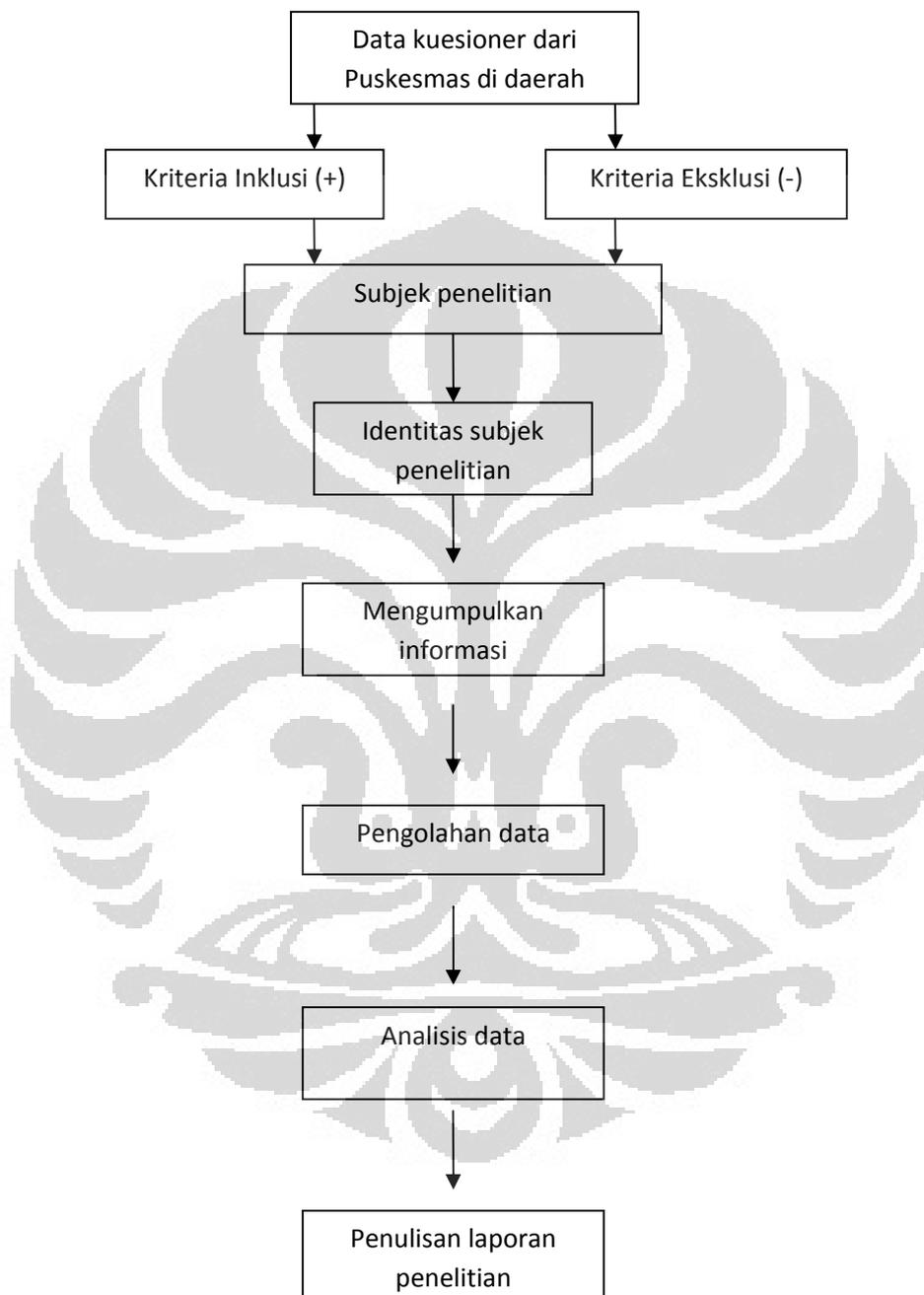
- Sesuaikan pencahayaan untuk mendapatkan gambaran terbaik dari serviks
- Gunakan lidi kapas untuk membersihkan darah, mucus dan kotoran lain pada serviks
- Identifikasi daerah sambungan skuamo-kolumnar (zona transformasi) dan area di sekitarnya
- Oleskan larutan asam asetat secara merata pada serviks, tunggu 1-2 menit untuk terjadinya perubahan warna. Amati setiap perubahan pada serviks, perhatikan dengan cermat daerah di sekitar zona transformasi.
- Lihat dengan cermat SCJ dan yakinkan area ini dapat semuanya terlihat. Catat bila serviks mudah berdarah. Lihat adanya plak warna putih dan tebal (epitel *acetowhite*) bila menggunakan larutan asam asetat. Bersihkan segala darah dan debris pada saat pemeriksaan.
- Bersihkan sisa larutan asam asetat dengan lidi kapas atau kasa bersih.
- Lepaskan spekulum dengan hati-hati.
- Catat hasil pengamatan, dan gambar denah temuan.

- Hasil tes (positif atau negatif) harus dibahas bersama pasien dan pengobatan harus diberikan setelah konseling, jika diperlukan dan tersedia.
- Bila hasil tes positif, maka dapat dilakukan *Cryotherapy* dan bila hasil tes negatif dianjurkan untuk kontrol satu tahun kemudian.

Setelah data terkumpul analisis data dilakukan dengan menggunakan program SPSS versi 11.5 dan MedCalc. Data diinterpretasikan secara deskriptif dan komparatif antara variabel yang telah ditentukan. Data akan disajikan dalam bentuk tabular dan tekstular. Hasil penelitian dibuat dalam bentuk makalah laporan penelitian yang dipresentasikan dihadapan staf pengajar program pendidikan riset dan departemen patologi anatomi FKUI.



### 3.8 Alur Penelitian



### 3.9 Definisi Operasional

- 1 Usia : merupakan usia pasien saat diagnosis sitologi dibuat. Dikelompokkan empat interval dengan amplitudo berbeda, dengan memfokuskan pada perilaku wanita usia muda dibawah 25 tahun yaitu<sup>11</sup>:
  - a. Dibawah 25 tahun
  - b. 25 – 29 tahun
  - c. 30 – 39 tahun
  - d. Di atas 40 tahun
  
- 2 Usia menikah : variabel ini merujuk pada usai saat mereka pertama kali menikah<sup>11</sup>. Pembagian interval usianya yaitu:
  - a. Dibawah 15 tahun
  - b. 15-17 tahun
  - c. 18-20 tahun
  - d. 21-23 tahun
  - e. Diatas 23 tahun
  
- 3 Tingkat pendidikan: Tingkat pendidikan dalam penelitian ini adalah lamanya seseorang menempuh pendidikan sekolah. Penskoran dilakukan dengan mengklasifikasikan tingkat pendidikan yang pernah ditempuh oleh responden wanita dengan indikator lulusan pendidikan formal<sup>23</sup>, yaitu meliputi:
  - a. Tingkat pendidikan rendah/dasar: tidak sekolah (buta huruf), tidak tamat SD, tamat SD, dan tamat SMP
  - b. Tingkat pendidikan tinggi/lanjutan: tamat SLTA, Akademi, Diploma, dan tamatan Perguruan Tinggi, Universitas/Institut
  
- 4 Hasil penemuan tes IVA: merupakan hasil tes visual dengan menggunakan larutan asam cuka (asam asetat 3-5%) dan larutan iodium lugol pada serviks dan melihat perubahan warna yang terjadi setelah dilakukan olesan.

Tujuannya untuk melihat adanya sel yang mengalami displasia sebagai salah satu metode skrining kanker serviks, dengan interpretasi hasil sebagai berikut:

- a. Hasil Tes Positif: terdapat plak putih tebal (epitel *acetowhite*), biasanya dekat SSK
- b. Hasil Tes Negatif: permukaan polos dan halus, berwarna merah jambu, ekropion, polip, servisititis, inflamasi, *Nabothian cysts*.
- c. Kanker: massa mirip kembang kol atau bisul.

### 3.10 Etika Penelitian

Responden yang diwawancarai untuk pengisian kuesioner pada penelitian ini diberi jaminan kerahasiaan terhadap data-data yang diberikan dan berhak untuk menolak menjadi responden. Sebelum melakukan penelitian terlebih dahulu responden diberi *informed consent*.

## **BAB 4**

### **HASIL PENELITIAN**

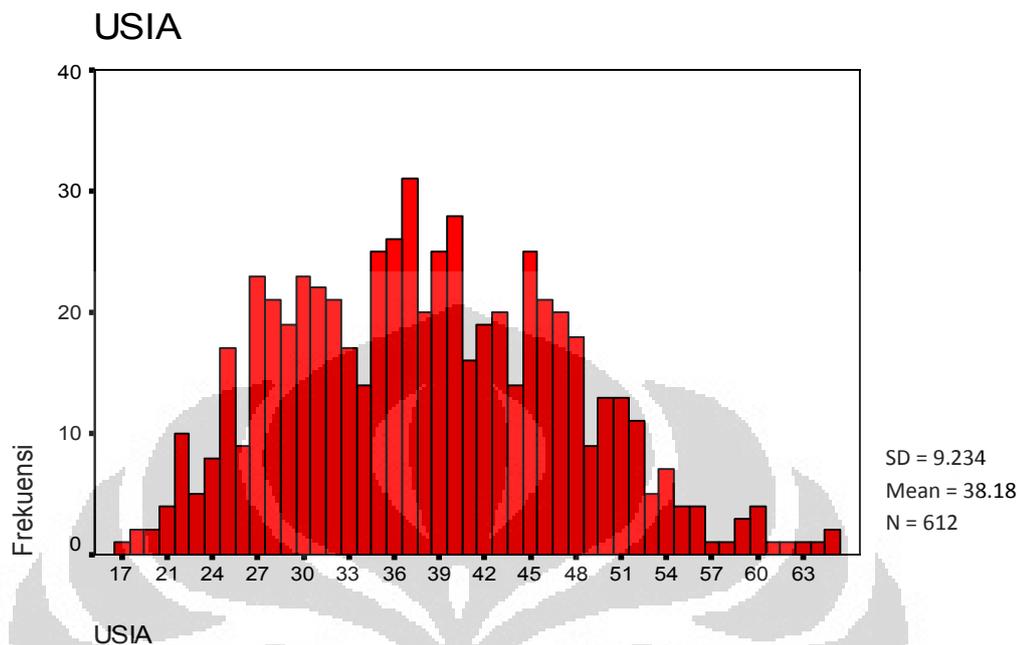
#### **4.1 Pengumpulan Data**

Data didapatkan dari kuesioner Program Skrining “*See and Treat*” yang terkumpul dari bulan April hingga Mei 2009 di beberapa puskesmas daerah Jatinegara di Jakarta, yang meliputi Puskesmas Rawa Bunga, Cipinang Besar Utara, Kampung Melayu, dan Bidara Cina. Total data yang dikumpulkan adalah sebanyak 612 data dan telah disaring berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi sehingga data menjadi subjek penelitian.

Pada penelitian ini data yang dianalisa meliputi aspek hubungan antara tingkat pendidikan dengan usia pertama menikah dan antara tingkat pendidikan dengan penemuan tes IVA.

#### **4.2 Karakteristik Responden**

Responden atau subjek dalam penelitian ini adalah penderita perempuan yang memenuhi kriteria penelitian. Jumlah seluruh subjek penelitian adalah 612 orang. Usia terendah yang didapatkan adalah 17 tahun, sementara usia tertinggi adalah 68 tahun. Dari data 612 subjek penelitian didapatkan *mean* 38.18 tahun dengan simpang baku/standar deviasi 9.234.



**Gambar 4.1 Sebaran Jumlah Responden Menurut Usia**

Gambar 4.1 menunjukkan sebagian besar responden merupakan kelompok usia 35 – 39 tahun, yaitu 20,8% dari jumlah keseluruhan responden. Diikuti dengan kelompok usia 30-34 tahun (15,8%) dan 40-44 tahun (15,8%), kemudian kelompok usia 45-49 tahun (15,2%), kelompok usia 25-29 tahun (14,5%), kelompok usia 50-54 tahun (8,0%), kelompok usia 20-24 tahun (4,7%), kelompok usia 55-59 tahun (2,1%), kelompok usia 60-64 tahun (1,3%), kelompok usia 15-19 tahun (0,5%) dan kelompok usia 65-69 tahun (0,3%).

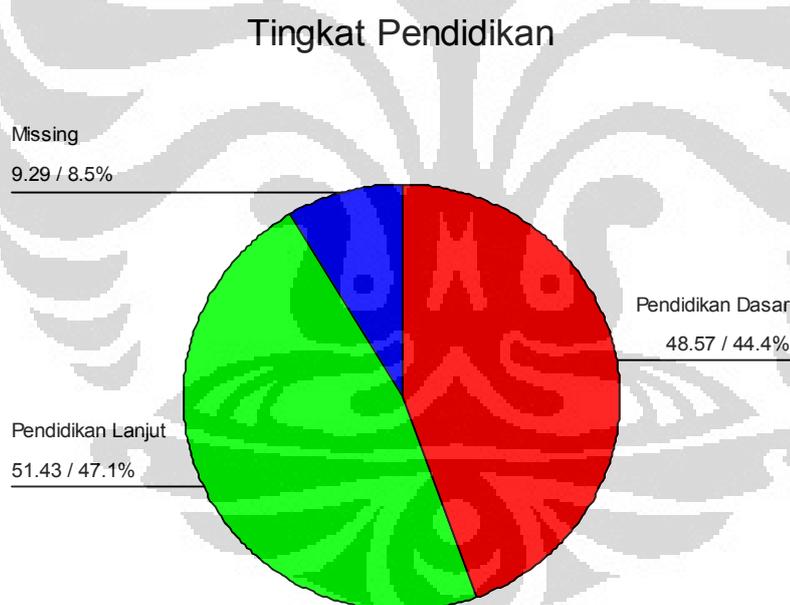
#### **4.2.1 Karakteristik Sebaran Tingkat Pendidikan**

Sesuai dengan data pada Tabel 4.1 dan Gambar 4.2 didapatkan jumlah responden yang lebih banyak berada pada tingkat pendidikan tinggi/lanjutan dengan persentase sebesar 47.1% dibandingkan dengan responden yang berpendidikan rendah/dasar dengan persentase sebesar 44.4%.

**Tabel 4.1 Sebaran Responden Menurut Tingkat Pendidikan**

| Tingkat Pendidikan                 |                                     | Frekuensi | Persentase (%) |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------|----------------|
| <b>Tingkat Pendidikan Dasar</b>    | Tidak Sekolah/ Buta huruf           | 4         | 0.7            |
|                                    | Tidak Tamat SD                      | 17        | 2.8            |
|                                    | Tamat SD                            | 116       | 19.0           |
|                                    | Tamat SMP                           | 135       | 22.1           |
|                                    | Total                               | 272       | 44.4           |
| <b>Tingkat Pendidikan Lanjutan</b> | Tamat SMA/Akademi/ Perguruan Tinggi | 288       | 47.1           |
| <b>Total</b>                       |                                     | 560       | 91.5           |

\* *Missing value*: 52 responden (8.5%)

**Gambar 4.2 Diagram Pai Kelompok Tingkat Pendidikan Responden**

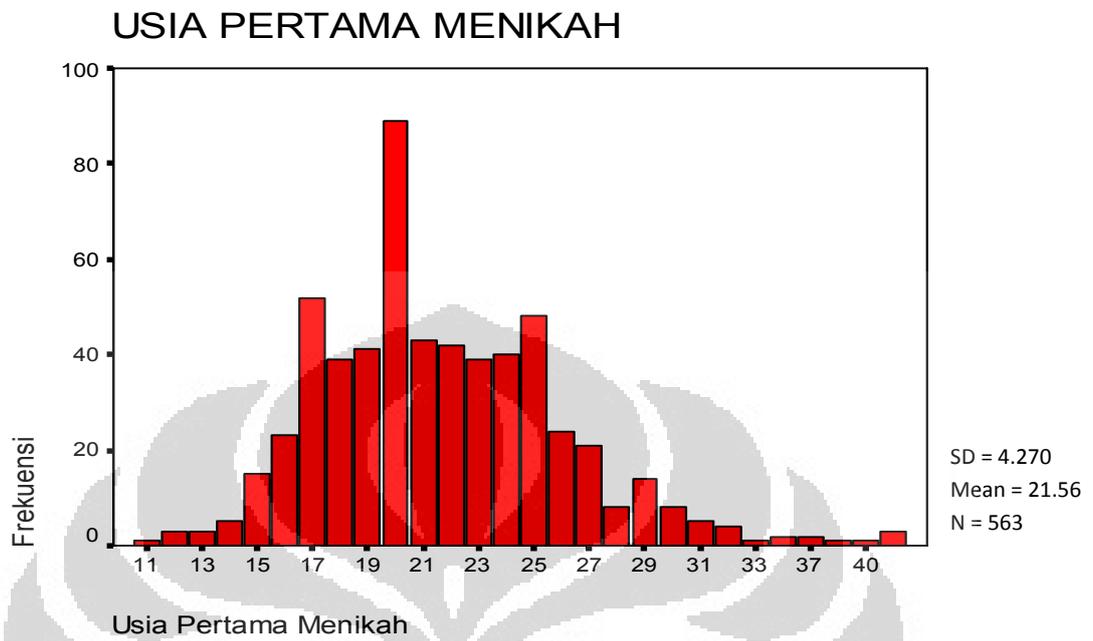
#### 4.2.2 Karakteristik Sebaran Usia Pertama Menikah

Pada Gambar 4.3, yaitu sebaran menurut usia pertama menikah didapatkan responden dengan jumlah tertinggi pada usia 20 tahun. Namun setelah dikelompokkan menjadi 5 kelompok usia menikah (Gambar 4.4), jumlah tertinggi terdapat pada usia menikah di atas 23 tahun. Usia pertama menikah terendah yang didapatkan adalah 11 tahun, sementara usia tertinggi adalah 40 tahun. Dari data 563 subjek penelitian didapatkan *mean* 21.56 tahun dengan simpang baku/standar deviasi 4.270.

**Tabel 4.2 Sebaran Responden Menurut Usia Pertama Menikah**

| Usia Pertama Menikah (tahun) |       | Frekuensi  | Persentase (%) |
|------------------------------|-------|------------|----------------|
| ≤ 20                         | < 15  | 13         | 2.1            |
|                              | 15-17 | 90         | 14.7           |
|                              | 18-20 | 165        | 27.0           |
|                              | Total | 268        | 43.8           |
| > 20                         | 21-23 | 122        | 19.9           |
|                              | > 23  | 175        | 28.6           |
|                              | Total | 297        | 48.5           |
| <b>Total</b>                 |       | <b>563</b> | <b>92.3</b>    |

\* *Missing value*: 47 responden (7.7%)



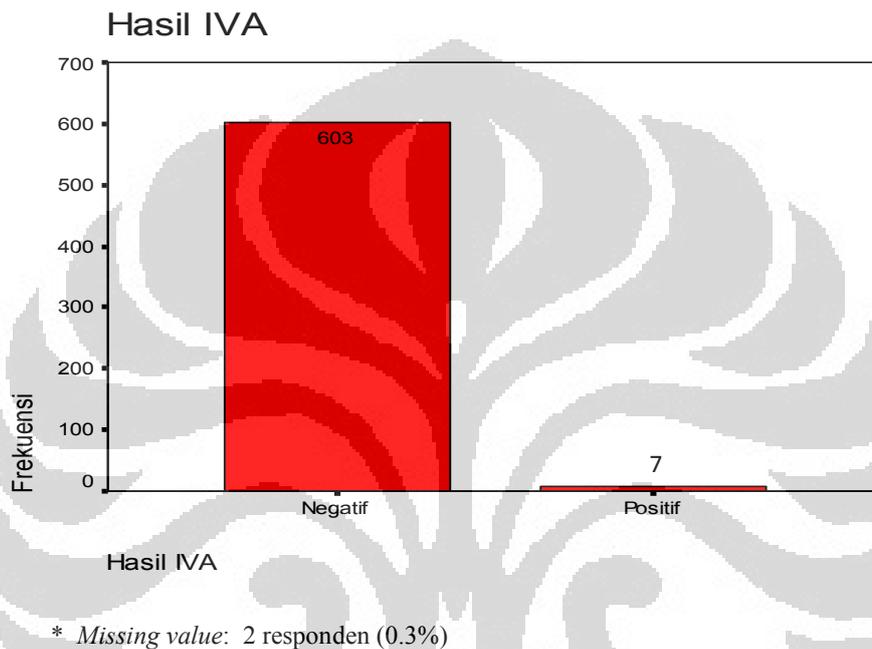
**Gambar 4.3 Diagram Sebaran Usia Pertama Menikah Responden**



**Gambar 4.4 Distribusi Usia Pertama Menikah Berdasarkan Golongan Usia**

### 4.2.3 Karakteristik Sebaran Penemuan Tes IVA

Berdasarkan data penemuan Tes IVA didapatkan sebaran responden sebesar 610 orang dengan jumlah hasil penemuan negatif yang dominan yaitu sebanyak 603 responden (98.5%), sedangkan hasil positif terdata sebanyak 7 responden (1.1%).



**Gambar 4.5 Diagram Sebaran Penemuan Tes IVA**

### 4.3 Korelasi Tingkat Pendidikan dan Usia Pertama Menikah

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa pada responden terdapat hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan usia pertama menikah. Dari 526 responden yang memiliki data usia pertama menikah didapatkan yang berpendidikan rendah/dasar adalah 258 orang (49.1%), sedangkan yang berpendidikan tinggi/lanjutan adalah 268 orang (50.9%). Pada tabel ini diambil *cut off point* usia 20 tahun oleh karena frekuensi usia pertama menikah responden terbanyak berada pada batas usia 20 tahun. Dengan *cut of point* pada batas usia  $\leq 20$  tahun tersebut didapatkan tingkat pendidikan rendah/dasar (tidak sekolah hingga tamat SMP) sebanyak 183 responden (34.8%), sedangkan yang berada pada tingkat pendidikan tinggi/lanjutan (tamam

SMA/akademi/ perguruan tinggi) sebanyak 64 responden (12.1%). Sementara pada kelompok usia diatas 20 tahun didapatkan responden berpendidikan dasar adalah sebanyak 75 orang (14.3%), sedangkan responden berpendidikan lanjut yaitu sebanyak 204 orang (38.8%). Tabel tersebut menunjukkan bahwa dengan lebih rendahnya tingkat pendidikan, maka akan semakin besar kemungkinan responden menikah pada usia muda ( $\leq 20$  tahun). Hal tersebut telah dibuktikan secara statistik dengan Tes *Chi-Square* sangat bermakna, yaitu  $p < 0,001$  dan RP (Rasio Prevalensi) = 7.78 dengan interval kepercayaan 95% (95% Confident Interval/CI) 5.27-11.47, yang juga berarti adanya hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan yang rendah dengan menikah usia muda.

**Tabel 4.3 Korelasi Antara Tingkat Pendidikan dengan Usia Pertama Menikah**

| Tingkat Pendidikan  | Usia Pertama Menikah |              | Total       | RP   | Interval Kepercayaan 95% | P         | Keterangan      |
|---------------------|----------------------|--------------|-------------|------|--------------------------|-----------|-----------------|
|                     | $\leq 20$ tahun      | $> 20$ tahun |             |      |                          |           |                 |
|                     | Frekuensi            | Frekuensi    |             |      |                          |           |                 |
| Pendidikan Dasar    | 183 (34.8%)          | 75 (14.3%)   | 258 (49.1%) | 7.78 | 5.27;11.47               |           |                 |
| Pendidikan Lanjutan | 64 (12.1%)           | 204 (38.8%)  | 268 (50.9%) | 1    |                          | $< 0.001$ | Sangat Bermakna |
| <b>Total</b>        | 247 (46,9%)          | 279 (53.1%)  | 526 (100%)  |      |                          |           |                 |

\* *Missing value*: 86 responden (14.1%)

\*\* Uji *Chi-Square* dengan batas kemaknaan  $< 0.05$

#### 4.4 Korelasi Tingkat Pendidikan dan Penemuan Tes IVA

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan hasil Tes IVA responden. Dari 559 responden yang mempunyai data hasil tes IVA didapatkan yang berpendidikan rendah/dasar adalah 272 orang (48.7%), sedangkan yang berpendidikan tinggi/lanjutan adalah 287 orang

(51.3%). Pada tabel ini juga diambil *cut of point* pada batas usia 20 tahun karena didapatkan perbedaan yang nyata pada kedua kelompok tersebut. Melalui uji kemaknaan *Chi-Square* dengan  $p < 0.05$  didapatkan  $p = 0,610$  dan  $RP = 1.58$  dengan interval kepercayaan 95% 0.27-9.50. Hasil ini menunjukkan bahwa faktor pendidikan tidak berhubungan dan bukan merupakan faktor risiko terhadap penemuan hasil tes IVA yang positif, karena interval kepercayaannya mencakup angka 1, walaupun nilai  $RP$  lebih dari 1. Dengan kata lain hasil ini secara statistik tidak bermakna, atau masih diperlukan lebih banyak kasus untuk membuktikannya.

**Tabel 4.4 Korelasi Antara Tingkat Pendidikan dengan Hasil Tes IVA**

| Tingkat Pendidikan  | Hasil IVA |             | Total       | RP   | Interval Kepercayaan 95% | P     | Keterangan     |
|---------------------|-----------|-------------|-------------|------|--------------------------|-------|----------------|
|                     | (+)       | (-)         |             |      |                          |       |                |
|                     | Frekuensi | Frekuensi   |             |      |                          |       |                |
| Pendidikan Dasar    | 3 (0.6%)  | 269 (48.1%) | 272 (48.7%) | 1.58 | 0.27;9.50                |       |                |
| Pendidikan Lanjutan | 2 (0.4%)  | 285 (50.9%) | 287 (51.3%) | 1    |                          | 0.610 | Tidak Bermakna |
| <b>Total</b>        | 5 (0.9%)  | 554 (99.1%) | 559 (100%)  |      |                          |       |                |

\* *Missing value*: 53 responden (8.7%)

\*\* Uji *Chi-square* dengan batas kemaknaan  $< 0.05$

## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN**

#### **5.1 Sebaran Responden**

##### **5.1.1 Sebaran Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan**

Dari hasil pengumpulan data seluruh responden selama bulan April-Mei 2009 dari 4 puskesmas (Puskesmas Kampung Melayu, Puskesmas Cipinang Besar Utara, Puskesmas Bidara Cina dan Puskesmas Rawa Bunga) didapatkan 612 responden. Namun dari 612 responden, hanya 560 responden (91.5%) yang terdata tingkat pendidikannya secara lengkap. Dengan kata lain terdapat *missing value* sebanyak 8.5%. Dari hasil pengolahan data, didapatkan jumlah responden terbanyak terdapat pada tingkat pendidikan lanjutan dengan persentase sebesar 47.1% (288 orang). Sedangkan responden yang berpendidikan rendah/dasar sebanyak 272 orang (44.4%). Hal ini menunjukkan bahwa responden dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatannya dengan memeriksakan diri ke puskesmas dibandingkan dengan responden yang berpendidikan lebih rendah. Berdasarkan organisasi kanker yang mengatakan bahwa tingkat pengetahuan yang tinggi pada seseorang akan menjadikannya lebih kritis dalam menghadapi berbagai masalah. Sehingga pada wanita yang mempunyai tingkat pendidikan yang baik akan membangkitkan partisipasinya dalam memelihara dan merawat kesehatannya. Wanita yang berpendidikan tinggi cenderung akan memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya.

##### **5.1.2 Sebaran Responden Berdasarkan Usia Pertama Menikah**

Dari hasil sebaran menurut usia pertama menikah didapatkan responden dengan jumlah tertinggi pada usia 20 tahun. Namun setelah dikelompokkan menjadi 2 kelompok usia menikah, yaitu usia menikah  $\leq 20$  tahun dan  $> 20$  tahun, jumlah yang lebih tinggi terdapat pada usia menikah di atas 20 tahun. Ditentukan *cut off point* pada usia 20 karena pada usia tersebut terdapat perbedaan yang nyata pada kedua kelompok tersebut. Selain itu menurut beberapa literatur usia 20 merupakan batas

atas usia remaja, sehingga pada penelitian ini usia menikah  $\leq 20$  tahun tergolong sebagai usia menikah muda. Usia pertama menikah terendah yang didapatkan adalah 11 tahun, sementara usia tertinggi adalah 40 tahun. Dari data 563 subjek penelitian didapatkan *mean* 21.56 tahun dengan simpang baku/standar deviasi 4.270. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden usia menikah pertamanya berada pada kelompok usia  $> 20$  tahun.

Badan Pusat Statistik mendapatkan bahwa rata-rata usia perkawinan pertama di Indonesia adalah usia 19 tahun bagi penduduk yang sekarang usia 20-24 tahun. Sedangkan bagi penduduk usia 25-29 tahun menikah pertama usia 15 tahun adalah 11 %, usia menikah pertama 18 tahun adalah 18% dan usia menikah 20 tahun sebesar 51%.<sup>37</sup> Berdasarkan data tersebut, terdapat sedikit perbedaan dimana sebagian besar usia menikah responden di daerah Jatinegara yang berada pada kelompok usia yang lebih tua tersebut disebabkan oleh sebaran tingkat pendidikan responden di 4 puskesmas di Jatinegara yang lebih tinggi pula.

### **5.1.3 Sebaran Responden Berdasarkan Penemuan Tes IVA**

Berdasarkan data penemuan Tes IVA didapatkan sebaran responden sebesar 610 orang dengan jumlah hasil penemuan negatif yang dominan yaitu sebanyak 603 responden (98.5%), sedangkan hasil positif terdata sebanyak 7 responden (1.1%). Jika dibandingkan dengan populasi wanita usia 20-60 tahun di Poliklinik Guanabo, Kuba, tahun 2001 didapatkan data 36 dari 1000 wanita (3.6%) dengan lesi prakanker serviks.<sup>17</sup> Dalam hal ini, walaupun Kuba sama-sama merupakan Negara yang sedang berkembang, perbedaan prevalensi ini dapat disebabkan oleh faktor budaya Barat dengan budaya Timur, dimana pada budaya Barat didapatkan tingkat seks multipartner yang tinggi.

## **5.2 Korelasi Tingkat Pendidikan dan Usia Pertama Menikah**

Hipotesis penelitian ini adalah terdapatnya hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dan usia pertama menikah. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang sangat bermakna antara tingkat pendidikan dengan usia

pertama menikah. Selain itu Hal ini sesuai dengan penelitian Soegiyanto H. yang mengemukakan bahwa pada dasarnya peningkatan pendidikan formal wanita akan mendewasakan usia perkawinan. Tingkat pendidikan yang tinggi akan meningkatkan kemungkinan bagi wanita untuk tidak menikah sama sekali selama hidupnya. Hal ini terjadi terutama karena tingkat pendidikan yang tinggi mampu membuka kesempatan yang lebih luas bagi wanita untuk bekerja, berorganisasi, dan mengembangkan kariernya di luar rumah. Sebaliknya bagi wanita yang memiliki tingkat pendidikan rendah memiliki kecenderungan menikah pada usia muda. Sedangkan menurut Rotkins (2006), menikah pada usia muda akan meningkatkan risiko kemungkinan terjadinya kanker.

### **5.3 Korelasi Tingkat Pendidikan dan Penemuan Tes IVA**

Hipotesis penelitian ini adalah terdapatnya hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dan penemuan tes IVA. Namun pada hasil uji statistik (Tabel 4.3) menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan penemuan tes IVA. Hal ini dapat berarti tingkat pendidikan yang rendah tidak berhubungan dan bukan merupakan faktor risiko terhadap penemuan hasil tes IVA yang positif.

Hasil statistik tersebut tidak didukung oleh pernyataan bahwa tingkat pendidikan seseorang dapat mendukung atau mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang, dan taraf pendidikan yang rendah selalu berhubungan dengan informasi dan pengetahuan yang terbatas. Dalam hal ini logika penulis setuju dengan pernyataan diatas, dimana semakin tinggi pendidikan seseorang semakin tinggi pula pemahaman seseorang terhadap informasi yang didapat dan pengetahuannya pun akan semakin tinggi. Pendidikan yang rendah menyebabkan seseorang tidak peduli terhadap program kesehatan yang ada, sehingga mereka tidak mengenal bahaya yang mungkin terjadi. Walaupun ada sarana yang baik belum tentu mereka tahu menggunakannya. Disamping itu perilaku hidup sehat sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan penduduk. Tingkat pendidikan yang masih rendah merupakan salah satu sebab rendahnya pemahaman masyarakat terhadap informasi kesehatan serta

pembentukan perilaku sehat. Namun penulis berpendapat bahwa hasil statistik yang tidak mendukung tersebut dapat disebabkan oleh beberapa faktor lain yang lebih berkontribusi terhadap penemuan hasil tes IVA positif, seperti seks multipartner dan multiparitas.

#### **5.4 Pembahasan Faktor Lain dalam Penelitian *See and Treat* pada Responden yang Sama**

Dengan merujuk penelitian lain mengenai faktor usia pertama kali menikah, didapatkan angka kesadaran untuk memeriksakan diri pada kelompok usia menikah pertama dibawah 21 tahun lebih rendah dari kelompok responden dengan usia pertama menikah diatas 21 tahun. Selain itu kelompok usia menikah pertama responden dibawah 21 tahun memiliki kecenderungan untuk mendapat hasil tes IVA positif.<sup>38</sup>

Sementara hasil penelitian yang menghubungkan jumlah melahirkan, riwayat *Pap smear*, dan hasil pemeriksaan IVA, menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan responden yang pernah melahirkan lebih dari 2 kali memiliki jumlah responden yang telah melakukan pemeriksaan *Pap smear* lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok responden dengan jumlah melahirkan kurang dari 2. Pada hubungan antara jumlah melahirkan dengan pemeriksaan IVA didapatkan hasil IVA positif yang terbanyak pada kelompok responden dengan jumlah melahirkan lebih dari 2 kali. Hal ini membenarkan hipotesis bahwa jumlah melahirkan lebih dari 2 dapat meningkatkan kemungkinan hasil IVA yang positif, dan tingginya jumlah wanita yang telah melakukan *Pap smear* dapat disebabkan oleh faktor kesadaran responden mengenai pentingnya melakukan pemeriksaan *Pap smear* pada wanita yang telah melahirkan lebih dari 2 kali.<sup>39</sup>

Berdasarkan pembahasan hasil penelitian antara riwayat kontrasepsi dengan jumlah melahirkan dan hasil tes IVA positif. Hasil ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan pada wanita yang menggunakan kontrasepsi dapat menurunkan jumlah melahirkannya. Namun dengan hasil tes IVA positif belum didapatkan hubungan yang bermakna dengan riwayat kontrasepsi, hal ini mungkin terjadi karena jumlah

sampel dengan hasil IVA positif yang masih kurang. Hasil ini juga belum sesuai dengan beberapa literatur yang menyebutkan bahwa riwayat oral kontrasepsi dapat meningkatkan resiko kanker serviks yang nantinya akan meningkatkan hasil temuan IVA positif.<sup>40</sup>

Pada penelitian mengenai faktor alat kontrasepsi, didapatkan responden yang cukup banyak memakai alat kontrasepsi, terutama pada penggunaan pil dan spiral. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara riwayat alat kontrasepsi oral dengan hasil tes IVA positif. Namun terdapat hubungan yang bermakna antara riwayat kontrasepsi dengan jumlah melahirkan. Responden yang mengikuti program KB dengan menggunakan alat kontrasepsi cenderung memiliki anak tidak lebih dari dua.<sup>40</sup>

Penelitian lain menunjukkan adanya keterkaitan antara usia responden, jumlah melahirkan, dan hasil tes IVA positif. Adanya hubungan bermakna antara usia dengan jumlah melahirkan, membuahkan pemikiran bahwa semakin tinggi usia responden semakin banyak pula jumlah melahirkannya. Selain itu diketahui juga kaitan antara usia dengan penemuan tes IVA, dimana terdapat kecenderungan bahwa semakin tinggi usia akan semakin banyak temuan hasil tes IVA positif. Hal ini dapat membenarkan hipotesis semakin tinggi usia responden, semakin banyak melahirkan, maka akan mempunyai kecenderungan mendapatkan hasil tes IVA positif.<sup>41</sup>

Hasil penelitian mengenai faktor riwayat kanker menyatakan bahwa terdapat hubungan sangat bermakna antara riwayat kanker keluarga dengan dengan riwayat pap smear. Wanita yang mempunyai riwayat kanker dalam keluarga mempunyai kesadaran yang lebih tinggi untuk melakukan pap smear dibandingkan yang tidak. Dan bila dihubungkan dengan hasil tes IVA, maka ternyata tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik. Namun demikian, dari data didapatkan semua responden dengan riwayat kanker keluarga mendapat hasil IVA negatif. Hal ini dikarenakan jumlah responden IVA positif dan riwayat kanker keluarga yang terlalu sedikit.<sup>42</sup>

## 6. KESIMPULAN DAN SARAN

### 6.1. Kesimpulan

- 1) Dari seluruh 612 responden didapatkan rentang usia antara 17 hingga 68 tahun dengan rerata usia 30.18 tahun.
- 2) Responden terbanyak adalah kelompok usia 35-39 tahun (20.8%)
- 3) Jumlah responden lebih banyak berada pada kelompok tingkat pendidikan tinggi/lanjutan (47.1%)
- 4) Responden terbanyak menikah pada kelompok usia di atas 20 tahun (48.5%).
- 5) Temuan hasil Tes IVA positif didapatkan 1.1% (7/612)
- 6) Terdapat hubungan yang sangat bermakna antara tingkat pendidikan dan usia pertama menikah, yaitu tingkat pendidikan responden yang lebih rendah akan berpengaruh kepada menikah usia muda. Dengan *cut of point* pada usia 20 tahun didapatkan nilai  $p=0,000$  dan  $RP= 7.78$  dengan interval kepercayaan 95% 5.27-11.47.
- 7) Dari kelompok temuan hasil Tes IVA positif secara statistik tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna pada tingkat pendidikan dengan  $p=0,610$  dan  $RP=1.58$  dengan interval kepercayaan 95% 0.27-9.50. Hal ini dapat berarti tingkat pendidikan yang rendah tidak berhubungan dan bukan merupakan faktor risiko terhadap penemuan hasil tes IVA yang positif.

### 7.1. Saran

- 1) Diperlukan jumlah sampel yang lebih banyak dari data puskesmas lainnya untuk mendapatkan prevalensi hasil di daerah Jatinegara secara keseluruhan.
- 2) Program skrining di wilayah kiranya dapat melibatkan seluruh wanita kelompok risiko meskipun kemungkinan telah memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan lainnya, agar mendapatkan proporsi angka yang lebih akurat berdasarkan jumlah penduduk.

**DAFTAR PUSTAKA**

1. World Health Organization. *Comprehensive Cervical Cancer Control. A Guide to Essential Practice*. Geneva: WHO; 2006.
2. Tjindarbumi D, Mangunkusumo R. Cancer in Indonesia, Present and Future. *Jpn J Clin Oncol* 2002;32 S17-S21.
3. Suwiyoga IK. Tes Human Papillomavirus sebagai skrining alternative kanker serviks. *Cermin Dunia Kedokteran* 2006;151:29-33.
4. Cornain S. Further Development of Cervical Cancer Screening and Anticipation of HPV vaccination in Indonesia. *Female Cancer Programme with "See and Treat" Approach*; 2009.
5. Saslow D, et al. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Cervical Neoplasia and Cancer. *CA Cancer J Clin* 2002;52:342.
6. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective Screening programmes for cervical cancer in low and middle-income developing countries. *Bull WHO* 2001;79:954-62.
7. Coleman M, et al. Time trends in cancer incidence, mortality, and prevalence worldwide. Version 1.0. *Lyon, IARC Sci Publ* 1995;121
8. Wabinga H, et al. Trends in cancer incidence in Kyadondo country, Uganda, 1860-1997. *Br J Cancer* 2000;82:585-92.

9. Anonim. University of Zimbabwe/JHPIEGO Cervical Cancer Project. Visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening: Test qualities in a primary care setting. *Lancet* 1999;353:869-73.
10. Aziz F. Masalah pada Kanker Serviks. *Cermin Dunia Kedokteran* 2001; 133:5-7.
11. Anonim. Kanker Leher Rahim. Diunduh dari [www.medicastore.com](http://www.medicastore.com) / Mei 2009.
12. Garcia A. Cervical Cancer. Diunduh dari [www.emedicine.com](http://www.emedicine.com) / Mei 2009.
13. Mardjikoen. Tumor ganas alat genital. *Dalam*: H. Wiknjosastro, AB Saifuddin, T. Rachimhadi. *Ilmu kandungan*. Edisi 2. Jakarta: Yayasan bina pustaka Sarwono Prawirohardjo; 1999. h. 367 - 405.
14. Aziz F, Nugroho K, Ratna SS. Karsinoma serviks Uterus, Bagian / SMF Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran UI - RS dr. Ciptomangunkusumo Jakarta; 1985.
15. Anonim. Bahaya Kanker Serviks Bagi wanita, [www.kesrepro.info](http://www.kesrepro.info). 2006.
16. DEPKES RI, Penanggulangan Kanker Serviks dengan Vaksin HPV, Departemen Kesehatan RI; 2005.
17. Legra TL, Guerreiro TC. Prevalence and Risk Factors In Positive Cervix Cytology. Diunduh dari :  
[http://www.medicc.org/publications/medicc\\_review/1004/pdfs/Cuban%20Medical%20Literature\\_3.pdf](http://www.medicc.org/publications/medicc_review/1004/pdfs/Cuban%20Medical%20Literature_3.pdf); 2004. / Mei 2009.

18. Putri H. Manajemen Karsinoma Serviks, Referat, Bagian / SMF Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran UGM - RS dr. Sardjito Yogyakarta; 2000.
19. Female Cancer Program. Indonesia: Mutual Enthusiasm About Working Together. Diunduh dari:  
<http://www.femalecancerprogram.org/FCP/whoareourpartners/Indonesia/default> / Mei 2009.
20. Rasjidi I. *Manual Prakanker Serviks*. Jakarta: Sagung Seto; 2008.
21. Anonim. What Are The Risk Factors For Cervical Cancer?. Diunduh dari:  
<http://www.cancer.org/docroot/CRI/content.asp> / Mei 2009.
22. Anonim. Pendidikan. Kamus Besar Bahasa Indonesia. Diunduh dari  
[www.kbbi.web.id](http://www.kbbi.web.id) / Juni 2009.
23. Soegiyanto H. Paritas Penduduk di Daerah Pedesaan Kabupaten Klaten Jawa Tengah. Surakarta: Disertasi Pengukuhan Guru Besar UNS; 2008.
24. Wiknjosastro H, Saifudin AB, Rachimhadi T, editor. *Ilmu Kandungan*. Edisi 2. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo; 2007. h. 381-3.
25. Morrow CP, Curtin JP, Townsend DE. *Synopsis of Gynecologic Oncology*. New York: Churchill Livingstone; 1987.
26. Goodman HM, Nelson JH. Cervical malignancies. In: KC Knaap, RS Berkowitz (eds). *Gynaecology Oncology*. New York: Macmillan Publ Co; 1986. p. 225-65.

27. Benedet JL, Ngan HYS, Hacker NF. Staging Classifications and clinical practice guidelines of gynecologic cancers. *Int J Gynecol Cancer* 2000;70:207-312.
28. Krivak TC, McBroom JW, Elkas JC. Cervical and vaginal cancer. In: Berek JS, Adashi EY, Hillard PA, (editor). *Novak's gynecology*. 13<sup>th</sup> ed. Baltimore: Lippincot Williams & Wilkin; 2002. p. 1199-244.
29. Andrijono. Kanker Serviks, Divisi Onkologi, Dep. Obstetri-Ginekologi FKUI; 2007.
30. Boon ME, Suurmeijer AJH. The Pap smear. Leiden: Coulomb; 1991.
31. Pretoriun R, Semrad N, Watring W, Fotherongham N. Presentation of cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1991;42:48-52.
32. Nuranna, L. Penanggulangan Kanker Serviks yang Sahih dan Andal dengan metode Proaktif-VO (Proaktif, koordinatif dengan skrining IVA dan terapi krio). Desertasi program Doktor. Jakarta: FKUI; 2005.
33. Kitchener HC, Symonds P. Detection of cervical intraepithelial neoplasia in developing countries. *Lancet* 1999;353:856-7.
34. Sjamsuddin S. Pencegahan dan deteksi dini kanker serviks. *Cermin Dunia Kedokteran* 2001;133:9-14.
35. Female Cancer Program Foundation. Who Are Our Partners. Diunduh dari: <http://www.femalecancerprogram.org/FCP/whoareourpartners/default/default> / Mei 2009.

36. Petignat P, Roy M. Diagnosis and management of cervical cancer. *Br Med J* 2007;335:765-8.
37. Angkatan46. Singulate Mean Age at Marriage. Badan Pusat Statistik. 2006. Diunduh dari: [www.demografi.bps.go.id](http://www.demografi.bps.go.id) / Mei 2009.
38. Amrantara A. Analisa Usia Pertama Kali Menikah pada Wanita Peserta Program Penapisan Kanker Leher Rahim Dengan Pendekatan "See & Treat": Untuk Deteksi Lesi Prakanker dan Pengobatan Dengan Terapi Beku. Final Report. *FKUI 2009*.
39. Hakim A. Analisa Jumlah Melahirkan pada Wanita Peserta Program Penapisan Kanker Leher Rahim Dengan Pendekatan "See & Treat": Untuk Deteksi Lesi Prakanker dan Pengobatan Dengan Terapi Beku. Final Report. *FKUI 2009*.
40. Ginealdy W. Analisa Faktor Riwayat Kontrasepsi pada Wanita Peserta Program Penapisan Kanker Leher Rahim Dengan Pendekatan "See & Treat": Untuk Deteksi Lesi Prakanker dan Pengobatan Dengan Terapi Beku. Final Report. *FKUI 2009*.
41. Rini LM. Analisa Faktor Usia pada Wanita Peserta Program Penapisan Kanker Leher Rahim Dengan Pendekatan "See & Treat": Untuk Deteksi Lesi Prakanker dan Pengobatan Dengan Terapi Beku. Final Report. *FKUI 2009*.
42. Pasaribu AT. Analisa Riwayat Kanker pada Wanita Peserta Program Penapisan Kanker Leher Rahim Dengan Pendekatan "See & Treat": Untuk Deteksi Lesi Prakanker dan Pengobatan Dengan Terapi Beku. Final Report. *FKUI 2009*.

## Lampiran 1

 **MFS "See and Treat" Jakarta**

**PERSETUJUAN MEDIK (INFORMED CONSENT)**

Saya telah mendapat penjelasan tentang pemeriksaan dengan Asam Asetat (IVA) untuk deteksi dini kanker leher rahim dari dokter/bidan/perawat. Penjelasan mencakup tentang mengapa perlu diperiksa, cara pemeriksaan IVA, keuntungan dan efek samping yang bisa diatasi dengan mudah.

Saya juga mengerti bahwa bila hasil tes IVA ditemukan kelainan, maka akan dilakukan pengobatan krioterapi (menghancurkan jaringan kanker dengan pembekuan) langsung di tempat pemeriksaan. Bila ditemukan kanker leher rahim, maka dokter akan mengirim saya ke rumah sakit rujukan agar bisa mendapatkan pengobatan yang sesuai. Adapun biaya pengobatan di rumah sakit akan diusahakan dibantu sesuai peraturan yang ada.

Saya menyetujui bahwa semua hasil pemeriksaan akan digunakan untuk keperluan skrining kesehatan penduduk selama kerahasiaan saya terjaga.

Dengan demikian, saya menyatakan setuju mengikuti semua kegiatan pemeriksaan (dan pengobatan bila diperlukan) secara sukarela.

Jakarta, ..... 20...

(.....)  
Dokter/Bidan/Perawat

(.....)  
Pasien

**MFS "See and Treat" Jakarta - 2007 - 2010**

Lampiran 2

**MFS "see and treat" Jakarta**

No. Periksa : .....  
 Tanggal : ...../...../20.....  
 Nama kader : .....  
 No. Responden : 1.

### FORMULIR PROGRAM "SEE & TREAT"

**I. LOKASI / ALAMAT**  
 Regional :  Jakarta  Bali  Tasikmalaya  Medan  Surabaya  Banjarmasin  Manado  
 Kab./Kodya : ..... Kecamatan : ..... Kelurahan/Desa : .....  
 Alamat :  RT.....  RW.....  Tip./Hp.....

**II. IDENTITAS**  
 Nama : ..... Umur : ..... tahun Nama Suami : .....  
 Status kawin :  Menikah pertama  Menikah kedua/lebih  Janda  
 Pendidikan :  Buta huruf  Tdk tamat SD  Tamat SD  Tamat SMP  Tamat SMA/Akad/PT.  
 Pekerjaan suami :  Buruh  Supir  Pedagang  Peg. swasta  Pegawai Negeri  
 Dari siapa mendengar adanya pelayanan ini ?  Tetangga  Kader  Peg. Puskesmas  Lain .....  
 Jarak rumah ke tempat ini :  Dekat  Sedang  Jauh

**III. RIWAYAT KESEHATAN REPRODUKSI**  
 Umur pertama menikah : ..... tahun HPHT (Hari Pertama Haid yang Terakhir) : ..... / ..... / .....  
 Berapa kali menikah : ..... X Jumlah melahirkan : ..... X  
 Riwayat KB :  Tidak pernah  Pil  Spiral  Suntik  Susuk  Steril  Bergantian/lainnya:.....

**IV. RIWAYAT KANKER**  
 Pernah periksa Pap Smear :  Tidak  Ya  
 Ada yang sakit kanker :  Tidak  Ya  Tidak tahu  
 Siapa yang sakit : .....  
 Kanker apa :  Tidak tahu  Kanker .....

**V. KELUHAN KANDUNGAN**  
 Tidak ada keluhan  Pendarahan setelah senggama/campur  
 Pendarahan di luar haid  Nyeri panggul  
 Keputihan  Lain-lain .....

**VI. HASIL PEMERIKSAAN IVA**  
 SSK :  Tampak  Tidak Tampak  
 Hasil IVA :  Negatif, Serviks normal  
 Radang/servisit  
 Positif, ada bercak putih  
 Kanker  
 Ada kelainan (gambarakan) .....  
 Tempat periksa : ..... Tandatangan petugas : .....  
 Tanggal periksa : ..... / ..... / 20..... Dokter/Bidan/Perawat : .....

**VII. KRITERAPI**  
 Krioterapi dapat dikerjakan :  Tidak, alasan .....  Ya  
 Probe yang digunakan :  Datar  Kerucut superfisial  kerucut dalam  
 Masalah setelah krioterapi :  Tidak ada  Sakit  Perdarahan  Pingsan  Lain .....  
 Pemberian antibiotik profilaksis selama 7 hr :  Tidak  Ya, Doxycycline 2 dd 100 mg / lain .....  
 Dokter menjelaskan tentang kondisi yang harus dilakukan dan mungkin terjadi setelah krioterapi :  
 Tidak senggama 30 hari  Keputihan  Adanya demam  Kapan harus kembali  Lain .....

**VIII. TINDAKAN LAIN YANG DILAKUKAN**  
 Pemberian obat lain :  Tidak  Ya ; .....  
 Diberi surat rujukan :  Tidak  Ya, Tgl/No. Surat ; .....  
 Nama RS : ..... Bagian : .....  
 Diagnosa Klinis : .....

**IX. KEPUASAN**  
 Informasi yang diberikan petugas kesehatan :  Tidak tahu  Tidak Jelas  Jelas  
 Informasi yang masih ingin diketahui :  Tidak ada  Ada .....  
 Pelayanan Dokter / Bidan / Perawat :  Tidak ramah  Kurang ramah  Cukup ramah  Ramah  
 Ibu merasa puas dengan pelayanan dokter? :  Tidak puas  Kurang puas  Cukup puas  Puas  
 Ibu mau pemeriksaan diri sendiri y.a.d? :  Tidak  Ya

*MFS "See and Treat" Jakarta - 2007 - 2010*

Diisi oleh Responden atau Kader

Diisi oleh Petugas medis

