



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISA FAKTOR 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**

SKRIPSI

AJIRAGA AMRANTARA

0105000131

**FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER UMUM**

JAKARTA

JUNI 2009



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISA FAKTOR USIA PERTAMA KALI MENIKAH PADA WANITA
PESERTA PROGRAM PENAPISAN KANKER LEHER RAHIM DENGAN
PENDEKATAN “*SEE & TREAT*” : UNTUK DETEKSI DINI LESI
PRAKANKER DAN PENGOBATAN DENGAN TERAPI BEKU**

SKRIPSI

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

AJIRAGA AMRANTARA

0105000131

**FAKULTAS KEDOKTERAN
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 : Ajiraga Amrnatara

NPM : 0105000131

Tanda tangan :

Tanggal :

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Ajiraga Amrantara
NPM : 0105000131
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum
Judul Skripsi : Analisa Faktor Usia Pertama Kali Menikah pada Wanita Peserta Program Penapisan Kanker Leher Rahim dengan Pendekatan “*See & 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 syukur Penulis haturkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penelitian Analisa Faktor Usia Pertama Kali menikah pada Wanita Peserta Program Penapisan Kanker Leher Rahim Dengan Pendekatan “See & Treat” : Untuk Deteksi Dini Lesi Prakanker dan Pengobatan Dengan Terapi Beku ini dapat berjalan dengan lancar dan selesai tepat waktu. Dengan bimbingan-Nya jua akhirnya Penulis berhasil menyelesaikan pembuatan laporan penelitian ini dengan baik.

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

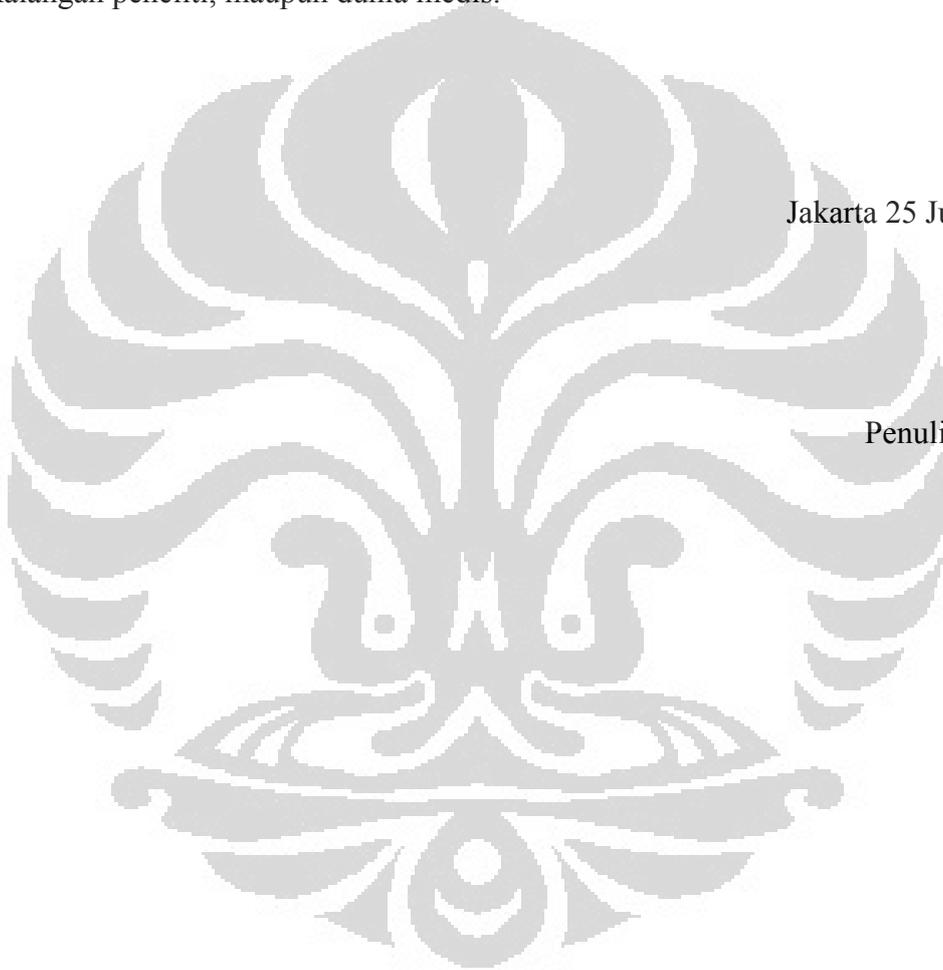
1. Prof. Dr. Santoso Cornain selaku dosen pembimbing penelitian yang dengan sabar selalu menuntun, membimbing dan mendukung penulis dalam proses penelitian dan pembuatan laporan penelitian. Segala saran dan masukan dari beliau sangatlah membantu Penulis.
2. Dr. Rathi yang telah membantu Penulis untuk ikut serta dalam pengambilan data dan memberikan kesempatan untuk melakukan tes IVA.
3. Bidan Tiur yang dengan sabar membimbing dan membantu Penulis di lapangan untuk melakukan tes IVA serta pengambilan data.
4. Seluruh staf dan karyawan *Female Cancer Programme* yang baik secara langsung maupun tidak langsung telah membantu proses kelancaran jalannya penelitian ini dari awal sampai akhir.
5. Kedua orang tua saya, Djoko Adiarto dan Sri Rahayu yang selalu memberi masukan, dukungan moral, materil, doa, dan kasih sayang yang tak ternilai. Kakak saya tercinta Abiraya Andratara dan istri Yoshi Dian yang selalu memberi dukungan penuh serta doanya.
6. Senior saya, Dr. Yayie Dwina yang telah meluangkan waktu dan banyak memberi masukan serta bimbingan dari awal sampai akhir penelitian.

7. Sahabat-sahabat saya Abdul Hakim, Amudi Tamba, Laras Lembahmanah, Lestari Mustika Rini dan Wahyu Ginealdy yang selalu bersama-sama menghadapi berbagai masalah dalam mengerjakan penelitian ini.

Penulis berharap semoga selanjutnya penelitian Analisa Faktor Usia Pertama Kali Menikah pada Wanita Peserta Program Penapisan Kanker Leher Rahim Dengan Pendekatan “See & Treat” : Untuk Deteksi Dini Lesi Prakanker dan Pengobatan Dengan Terapi Beku ini dapat berguna bagi banyak pihak, baik bagi masyarakat, kalangan peneliti, maupun dunia medis.

Jakarta 25 Juni 2009

Penulis



**LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS
(Hasil Karya Perorangan)**

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

Nama : Ajiraga Amrantara

NPM : 0105000131

Program Studi : Program Pendidikan Dokter Umum

Fakultas : Kedokteran

Jenis Karya : Skripsi

demi 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 Resiko 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.

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/ mempublikasikannya di Internet atau media lain untuk kepentingan sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah ini menjadi tanggungjawab saya pribadi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di :

Pada tanggal :

Yang menyatakan

(.....)

ABSTRAK

Nama : Ajiraga Amrantara
Program Studi : Pendidikan Kedokteran Umum
Judul Skripsi : Analisa Faktor 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

Latar Belakang: Saat ini telah diketahui di beberapa negara bahwa puncak insidensi lesi prakanker serviks terjadi pada kelompok usia pertama kali menikah 12-17 tahun. Namun belum ada data yang menggambarkan tentang sebaran dan hubungan antara usia pertama kali menikah dengan terjadinya lesi prakanker serviks di Indonesia, khususnya di Jakarta. **Tujuan:** Untuk mengidentifikasi target kelompok usia pertama kali menikah pada wanita peserta program skrining “*see and treat*” dan mengetahui hubungan antara usia pertama kali menikah, kesadaran dan hasil Tes Inspeksi Visual Asam asetat (IVA). **Metodologi:** Desain yang digunakan adalah uji potong lintang pada wanita peserta program di 4 puskesmas Jatinegara April – Mei 2009, untuk mengevaluasi frekuensi usia pertama kali menikah peserta, dan kesadaran. **Hasil:** Partisipasi skrining tertinggi adalah pada usia pertama kali menikah pada umur 20 tahun (14,5% dari n=612). Terdapat hubungan yang bermakna antara usia pertama kali menikah dan kesadaran dengan Uji Chi-Square ($p=0,002$) dengan $OR=5,83$, $IK\ 95\%=3,68 ; 50,22$. Tidak terdapat hubungan bermakna antara usia pertama kali menikah dan temuan hasil Tes IVA dengan Uji Chi-Square ($p=0,267$) dengan $OR4,59$, $CI\ 95\%=0,53;39,52$. Terdapat hubungan bermakna antara usia, jumlah melahirkan dan usia pertama menikah dengan temuan hasil Tes IVA ($0,05 < p < 0,10$). **Kesimpulan:** Pada penelitian ini tidak terdapat korelasi antara usia pertama kali menikah, kesadaran dan hasil Tes IVA.

Kata kunci: usia pertama kali menikah, kesadaran, hasil Tes IVA

ABSTRACT

Nama : Ajiraga Amrantara
Program Studi : General Medicine
Judul Skripsi : An Analysis Age of first marriage Factor Toward Female Participant in Cervical Cancer Program with “See & Treat” Approach : For Detection Precancer Lesion and Curative with Cryotherapy

Background: There are some medical research from other country that identified the peak incidence of premalignant cervical cancer was in the age of first marriage 12-17 age group. But report for distribution and relation between age and premalignant cervical cancer in Indonesia, especially in Jakarta, are poorly understood. **Purpose:** To identify the target age of first marriage amongst women participant of “see and treat” screening program and to analyze relation of age of first marriage, awareness and IVA test result. **Methodology:** We used a cross-sectional test to analyze data from Jatinegara female participants in 4 clinics in Jatinegara during April – May 2009, to evaluate frequency of participant age of first marriage, awareness. **Result:** The highest screening participation was amongst age of first marriage women at 20 year (14,5% in n=612). There was significance relation between age of first marriage and awareness with Chi-Square Test ($p = 0,002$) with OR=5,83, CI 95%=3,68 ; 50,22. There was no significance relation between age of first marriage and VIA test result with Chi-Square Test ($p = 0,276$) with OR=4,59, CI 95%=0,53;39,52. **Conclusions:** There was no correlation between age of first marriage, awareness and IVA test result. The increasing age of first marriage the participant, more frequencies awareness, will also have more positif pre-cancer detected by VIA.

Kata kunci: age of first marriage, awareness, IVA test result.

DAFTAR ISI

JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINILITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	3
1.3 Hipotesis.....	3
1.4 Tujuan Penelitian	
1.4.1 Tujuan Umum.....	4
1.4.2 Tujuan Khusus.....	4
1.5 Manfaat Penelitian	
1.5.1 Manfaat Bagi Peneliti.....	4
1.5.2 Manfaat Bagi Perguruan Tinggi.....	4
1.5.3 Manfaat Bagi Mahasiswa /i dan Masyarakat Luas	4
2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Kanker Serviks.....	6
2.1.1 Definisi.....	6
2.1.2 Epidemiologi.....	6
2.1.3 Etiologi.....	6
2.1.4 Faktor Resiko.....	7
2.1.5 Patogenesis dan Patofisiologi.....	12
2.1.6 Klasifikasi dan Staging.....	14
2.1.7 Diagnosis.....	17

2.1.8	Skrining.....	17
2.1.9	Pencegahan.....	21
2.1.10	Prognosis.....	24
2.2	Program See n Treat.....	25
2.2.1	Program See & Treat di Indonesia.....	26
3.	METODOLOGI.....	28
3.1	Desain Penelitian.....	28
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian.....	28
3.3	Populasi dan Sampel.....	28
3.4	Kriteria Inklusi, Kriteria Eksklusi.....	29
3.5	Identifikasi Variabel.....	30
3.6	Manajemen dan Data Analisis.....	30
3.7	Cara Kerja.....	31
3.8	Alur Penelitian.....	32
3.9	Definisi Operasional.....	33
3.10	Etika Penelitian.....	33
4.	HASIL PENELITIAN.....	34
4.1	Pengumpulan Data.....	34
4.2	Karakteristik Responden.....	34
4.3	Hubungan Antar Variabel.....	37
5.	PEMBAHASAN.....	40
5.1	Sebaran Jumlah Responden Berdasrakan Usia Menikah Pertama Kali.....	40
5.2	Hubungan Usia Pertama Kali Menikah dengan Kesadaran	40
5.3	Hubungan Usia Pertama Kali Menikah dengan Hasil Tes IVA.....	41
5.4	Hubungan Antar Usia, Jumlah Melahirkan, Usia Pertama Kali Menikah.....	42
6.	KESIMPULAN DAN SARAN.....	45
6.1	Kesimpulan.....	45
6.2	Saran.....	45
	DAFTAR PUSTAKA.....	46

DAFTAR TABEL

Tabel 2-1	Klasifikasi Lesi Prakanker.....	14
Tabel 2-2	Klasifikasi Histologik Kanker Serviks.....	15
Tabel 2-3	<i>Staging</i> Menurut FIGO.....	16
Tabel 2-4	Klasifikasi IVA Sesuai Temuan Klinis.....	20
Tabel 4-1	Sebaran Jumlah Responden Berdasarkan Usia Pertama Kali Menikah.....	36
Tabel 4.2	Tabel hubungan antara usia pertama kali menikah dengan kesadaran.....	37
Tabel 4.3	Tabel hubungan antara usia pertama kali menikah dengan hasil Tes IVA.....	38
Tabel 4.4	Hubungan Antara Usia, Jumlah Melahirkan dan Usia Pertama Menikah Dikaitkan Dengan Temuan Hasil Tes IVA.....	39

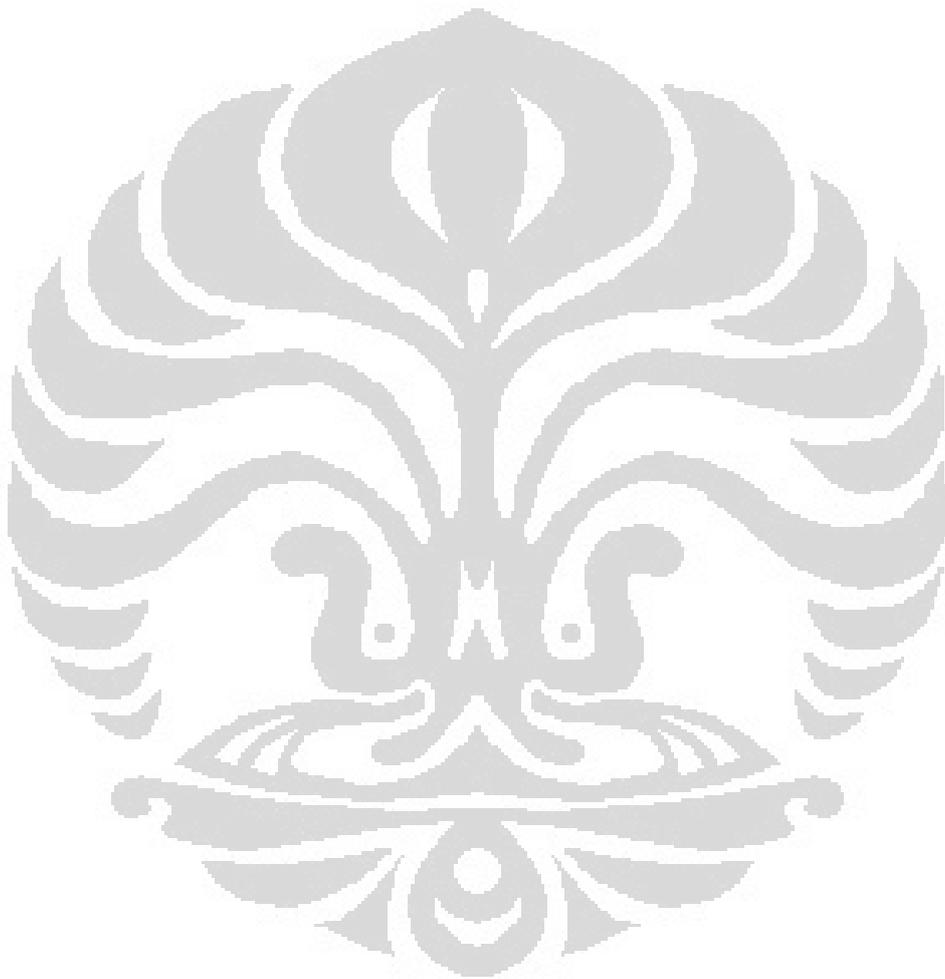
DAFTAR GAMBAR

Gambar 3-1	Alur Penelitian.....	34
Gambar 4-1	Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Kesadaran	36
Gambar 4-3	Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Hasil Tes IVA	36



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembaran Inform Consent.....	51
Lampiran 2	Lembaran Kuesioner.....	52
Lampiran 3	Lampiran Data Penelitian.....	53



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.¹ 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.²

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 pertahun³. Laporan terakhir pada skrining kanker serviks di Indonesia tahun 2004-2006 menunjukkan hasil Tes IVA positif mencapai 4,5% dari seluruh peserta.⁴ Sedangkan laporan yang sama di wilayah Jakarta menunjukkan angka 2,1% dari 8004 responden dan di Tasikmalaya mencapai 5,3% dari 7986 responden.⁵

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%⁶. Hal tersebut dimungkinkan karena adanya program deteksi dini dan tatalaksana yang baik⁷. 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^{1;7;8}. Kalaupun ada sedikit penurunan hal tersebut lebih banyak disebabkan karena perubahan social demografi bukan karena usaha pencegahan atau deteksi dini^{7;9}.

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).¹

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.¹⁰

Saat ini telah diketahui di beberapa negara bahwa puncak insidensi lesi prakanker serviks terjadi pada kelompok usia pertama kali menikah 12-17 tahun, sedangkan kejadian kanker serviks terjadi pada usia menikah pertama kali di atas 19 tahun.¹¹ Di Indonesia, telah dilakukan penelitian pada tahun 2004 mengenai puncak insidensi kanker serviks yaitu pada kelompok usia menikah pertama kali 18-20 tahun.¹² 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 usia 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 kelompok usia 30-50 tahun yang belum mendapat pelayanan deteksi dini kanker serviks. Dengan adanya program metode skrining yang lebih sederhana dan relatif memerlukan biaya yang murah dan praktis yaitu dengan metode IVA,

kiranya dapat menjangkau lebih banyak masyarakat ekonomi golongan menengah kebawah.

Hal ini menjadi alasan penulis untuk melakukan penelitian mengenai insidensi lesi prakanker serviks terkait usia, sekaligus untuk deteksi dini terjadinya lesi prakanker serviks. Penelitian ini akan mengambil data dari program skrining “see & treat” yang sedang dilaksanakan oleh *Female Cancer Program* di wilayah puskesmas Jatinegara, Jakarta Timur sejak bulan April 2009. Meskipun program tersebut dilaksanakan pada 12 puskesmas di Jatinegara, atas 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 pertama kali menikah pada bulan April-Mei 2009 di 4 puskesmas wilayah Jatinegara?
- 1.2.2 Bagaimana hubungan antara usia pertama kali menikah responden dikaitkan dengan kesadaran?
- 1.2.3 Apakah terdapat hubungan antara usia pertama kali menikah responden dengan terjadinya lesi pra-kanker serviks dari hasil Tes IVA positif

1.3 Hipotesis

- 1.3.1 Makin rendah usia menikah pertama kali responden akan memiliki kecenderungan semakin rendah juga tingkat kesadarannya.
- 1.3.2 Makin rendah usia menikah pertama kali responden akan berpengaruh pada makin tingginya kejadian Tes IVA positif
- 1.3.3 Semakin rendah usia pertama kali menikah responden dan semakin rendah tingkat kesadarannya, lebih cenderung untuk mendapatkan hasil tes IVA positif.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

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

1.4.2 Tujuan Khusus

1.4.2.1 Mengetahui prevalensi wanita peserta program skrining “*see & treat*” berdasarkan usia pertama kali menikah pada bulan April-Mei 2009 di 4 puskesmas Jatinegara.

1.4.2.2 Mengetahui keterkaitan antara usia pertama kali menikah responden dengan tingkat kesadaran.

1.4.2.3 Diketuainya pengaruh usia pertama kali menikah responden terhadap terjadinya lesi pra-kanker serviks.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Bagi Peneliti

1.5.1.1 Sebagai salah satu syarat kelulusan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

1.5.1.2 Memperoleh pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan penelitian

1.5.1.3 Mengaplikasikan ilmu medik dan non-medik

1.5.1.4 Meningkatkan kemampuan berkomunikasi

1.5.1.5 Mengembangkan daya nalar, minat, dan kemampuan di bidang penelitian

1.5.2 Manfaat Bagi Perguruan Tinggi

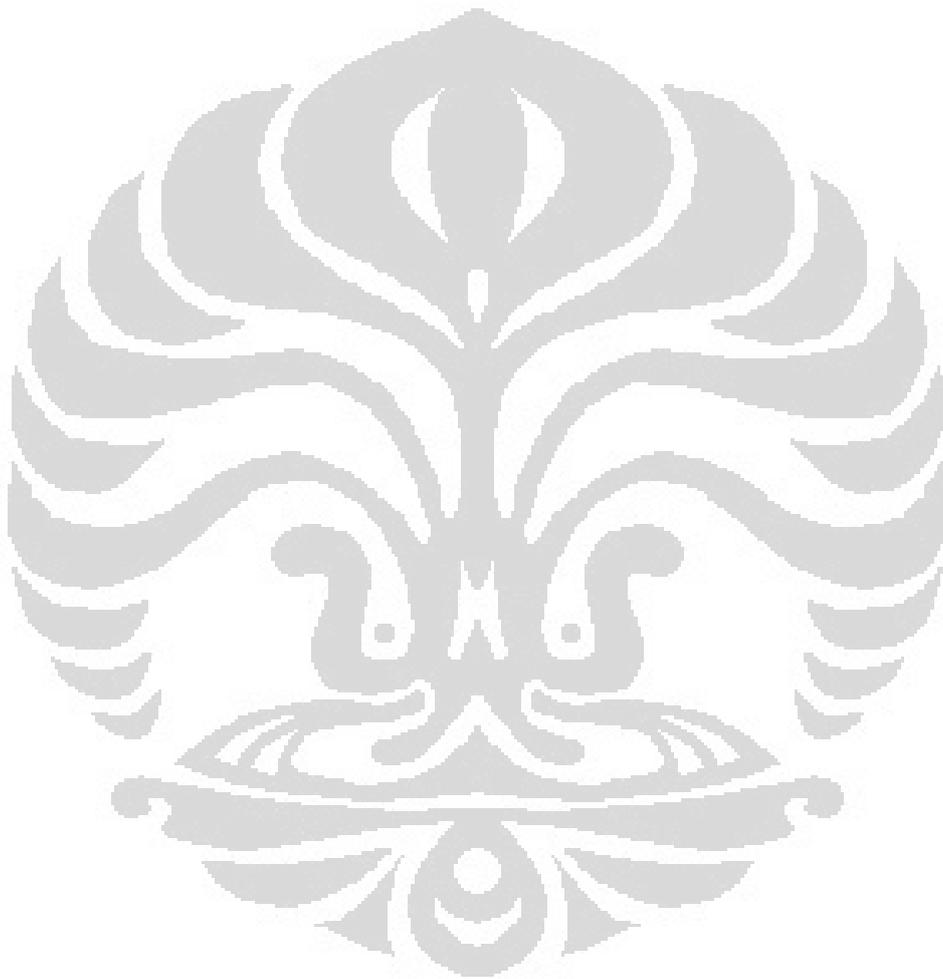
1.5.2.1 Realisasi Tridarma Perguruan Tinggi dalam melaksanakan fungsinya sebagai lembaga yang menyelenggarakan pendidikan, penelitian, dan pengabdian bagi masyarakat.

1.5.2.2 Memberikan sumbangsih kepada Universitas Indonesia dalam rangka mewujudkan visinya sebagai salah satu universitas riset terkemuka di Indonesia.

1.5.2.3 Meningkatkan hubungan yang baik dan kerjasama antara mahasiswa dengan staf pengajar.

1.5.3 Manfaat Bagi Mahasiswa/I dan Masyarakat Luas

- 1.5.3.1 Memberikan informasi dan pengetahuan yang tepat mengenai kanker serviks, terutama mengenai cara penularan dan pencegahannya
- 1.5.3.2 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.



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.¹³⁻¹⁶

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. Hal itu terjadi karena pasien datang dalam stadium lanjut.^{13;14}

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.^{17;18}

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 <35 tahun menunjukkan kanker serviks yang invasif pada saat didiagnosis, sedangkan 53% dari KIS (kanker *in-situ*) terdapat pada wanita di bawah usia 35 tahun.¹⁸

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 Suppressor 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.^{14;19}

2.1.4 Faktor Risiko

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

a. Usia

Saat ini telah diketahui di beberapa negara bahwa puncak insidensi lesi prakanker serviks terjadi pada kelompok usia 30-39 tahun, sedangkan kejadian kanker serviks terjadi pada usia di atas 60 tahun.¹¹ Di Indonesia, telah dilakukan penelitian pada tahun 2002 mengenai puncak insidensi kanker serviks yaitu pada kelompok usia 45-54 tahun.¹²

Pada penelitian lain secara retrospektif yang dilakukan oleh Schellekens dan Ranti di Rumah Sakit dr. Hasan Sadikin Bandung untuk periode januari tahun 2000 sampai juli 2001 dengan interval umur mulai 21 sampai 85 tahun (N=307), didapatkan usia rata-rata dari pasien karsinoma serviks yaitu 32 tahun. Ditempat 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.^{20;21}

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.^{20;21}

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

Telah lama diketahui bahwa umur sangat berpengaruh terhadap proses reproduksi. Umur yang dianggap optimal untuk reproduksi antara 20-35 tahun.²¹

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.²¹

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.²¹

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.²² 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 didinding epitel serviks wanita dewasa.²¹

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.²¹

c. Jumlah paritas lebih banyak lebih berisiko mengalami kanker

Kehamilan yang optimal adalah kehamilan anak lebih dari tiga. Kehamilan setelah tiga mempunyai risiko yang meningkat.²³ 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.²³

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.²³

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 risiko 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.²³

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.²³

d. **Tingkat pendidikan rendah**

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.²²

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 di lingkungan sekolah seperti SD, SLTP, SLTA, Perguruan Tinggi dan lain-lain. Pendidikan formal berfungsi untuk mengajarkan pengetahuan umum dan pengetahuan yang bersifat khusus.²² 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.²²

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.²²

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.

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.

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

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.²¹

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.²⁰

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. Resiko 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.^{16;18}

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.^{13;14;17}

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).^{13;17}

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).¹⁴

l. Gangguan sistem kekebalan.

m. Infeksi herpes genitalis atau infeksi klamidia menahun.¹⁵

n. Golongan ekonomi lemah (karena tidak mampu melakukan Pap smear secara rutin)²¹

2.1.5 Patogenesis dan Patofisiologi

Karsinoma serviks biasa timbul di daerah yang disebut *squamo-columnar junction (SCJ)*, yaitu batas antara epitel yang melapisi ektoserviks (porsio) dan

endoserviks kanalis serviks, dimana secara histologik terjadi perubahan dari epitel ektoerviks yaitu epitel skuamosa berlapis dengan epitel endoserviks yaitu epitel kuboid/kolumnar pendek selapis bersilia. Letak SCJ dipengaruhi oleh faktor usia, aktivitas seksual dan paritas. Pada wanita muda SCJ berada di luar ostium uteri eksternum, sedangkan pada wanita berusia di atas 35 tahun SCJ berada di dalam kanalis serviks.²⁴ Oleh karena itu pada wanita muda, SCJ yang berada di luar ostium uteri eksternum ini rentan terhadap faktor luar berupa mutagen yang akan memicu displasia dari SCJ tersebut. Pada wanita dengan aktivitas seksual tinggi, SCJ terletak di ostium eksternum karena trauma atau retraksi otot oleh prostaglandin.²⁵

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 SCJ ini disebut daerah transformasi.²⁵

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 tuan rumah sehingga menyebabkan terjadinya mutasi sel.²⁴ 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 prakanker.

Displasia mencakup pengertian berbagai gangguan maturasi epitel skuamosa yang secara sitologik dan histologik berbeda dari epitel normal, tetapi tidak memenuhi persyaratan sel karsinoma.²⁵ 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.²⁶

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 dysplasia berat dan karsinoma *in-situ*.

Patogenesis NIS dapat dianggap sebagai suatu spektrum penyakit yang dimulai dari displasia ringan (NIS 1), dysplasia 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 2.²⁶ 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 Prakanker¹

Ada beberapa sistem klasifikasi lesi prakanker yang digunakan saat ini, dibedakan berdasarkan pemeriksaan histology dan sitologinya. Berikut table 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 ASC-H	Atipik	Atipik
Kelas III	LSIL	NIS 1 termasuk kondiloma	Koilosis
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 serviks²⁷

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

Dari seluruh jenis kanker serviks di atas jenis skuamosa merupakan jenis yang paling sering ditemukan, yaitu \pm 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 ^{28;29}

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. Jikasudah 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.^{30,31} 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.³²

b. Penegakan Diagnosis

Diagnosis definitive harus didasarkan pada konfirmasi histopatologi dari hasil biopsy lesi sebelum sebelum pemeriksaan dan tatalaksana lebih lanjut dilakukan.¹

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 prekanker 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 Asetat (IVA), tes HPV, kolposkopi dan sitologi berbasis cairan (*Thin-Layer Pap Smear Preparation*).³³

Namun metode yang sekarang ini sering digunakan diantaranya adalah Tes Pap dan (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 sehingga dapat menjadi metode skrining yang efektif pada negara berkembang seperti di Indonesia.³²

a. Tes IVA

i. Definisi

Tes visual dengan menggunakan larutan asam cuka (asam asetat 2%) dan larutan iosium 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.²¹

ii. Indikasi

Skrining kanker serviks²¹

iii. Kontraindikasi

Tidak direkomendasikan pada wanita pasca menopause, karena daerah zona transisional seringkali terletak kanalis servikalis dan tidak tampak dengan pemeriksaan inspekulo.²¹

iv. Persiapan dan syarat

a) Persiapan alat dan bahan^{7;10;21}

- 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 tindakan²¹

- 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 fornix.

v. Teknik / prosedur^{7:10;21}

- 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.

vi. Komplikasi / efek samping

Tidak ada²¹

vii. Interpretasi ^{7;10}

Klasifikasi IVA sesuai temuan klinis

Klasifikasi IVA	Temuan Klinis
Hasil Tes-Positif	Plak putih yang tebal atau epitel <i>acetowhite</i> , biasanya dekat SCJ
Hasil Tes-Negatif	Permukaan polos dan halus, berwarna merah jambu, ektropion, polip, servisitis, inflamasi, Nabothian cysts.
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.

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 paksa 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.

x. Penilaian responden

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. Manfaat²¹

- 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), speculum dan sumber cahaya (lampu/senter)
- Dapat dilakukan di semua tingkat sistem pelayanan kesehatan, oleh petugas yang telah dilatih

xii. Keterbatasan²¹

- 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 Pencegahan³⁴

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 pra-kanker. 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 pra-kanker, 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 menangkal timbulnya kutil di daerah genital yang diakibatkan oleh HPV 6 dan 11, juga HPV 16 dan 18. Manfaat tersebut telah diuji pada uji klini stahap III dan harus dapat diwujudkan dalam waktu dekat. Keyakinan hasil uji klinis tahap III ini menunjukkan bahwa vaksin-vaksin tersebut dapat membantu menangkal infeksi HPV dari tipe-tipe diatas dan mencegah lesi pra-kanker pada wanita yang belum terinfeksi HPV sebelumnya.⁷

b. Penggunaan kondom

Para ahli sebenarnya sudah lama meyakinkinya, 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) disbanding wanita yang pasangannya sangat jarang (tak sampai 5 persen 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%.³⁵

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.³⁶

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.

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.

2.1.10 Prognosis³⁴

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 Kekambuhan²⁹

a. Kekambuhan Lokal

Kekambuhan lokal meliputi kekambuhan di porsio, kekambuhan dipuncak vagina. Kekambuhan lokal pasca pembedahan dapat diterapi dngan pembedahan atau terapi radioterapi. Kekambuhan lokal pascaradioterapi 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 pascaradioterapi 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 pertam berkisar 6,8% pada 10 tahun pascaterapi 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 pascapembedahan dapat diterapi dengan pembedahan (eksenterasi bila memungkinkan) atau terapi radioterapi. Kekambuhan sentral pascaradioterapi dapat diterapi dengan pembedahan (histerektomi radikal atau eksenterasi bila memungkinkan) atau terapi radiasi.

Pembedahan eksenterasi pada kekambuhan dapat menolong pada 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 pascaradioterapi dapat diterapi dengan radioterapi.

2.2. Program *See & Treat*³⁷

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 IVA test (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 penagamatan lanjutan, meningkatkan akses pelayanan kesehatan, dan menekan biaya.

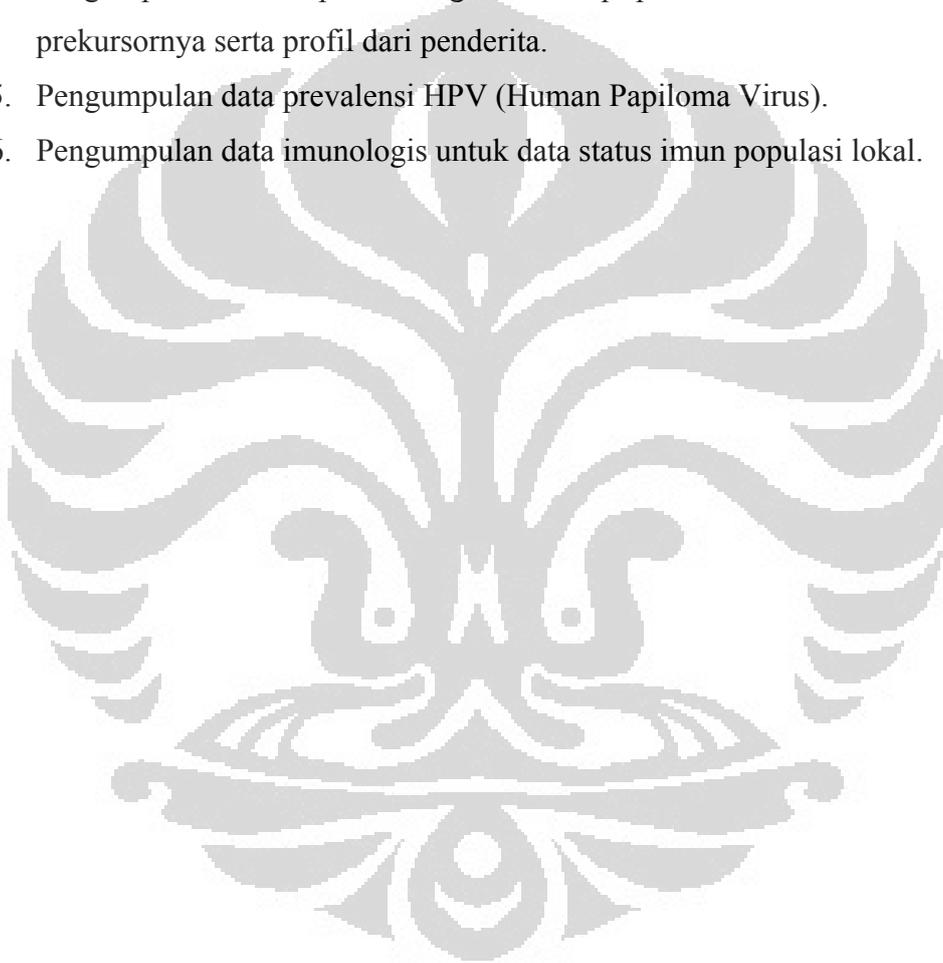
2.2.1. Program *See & Treat* di Indonesia ³⁶

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 reevaluasi dan dilakukan tindakan jika memang ditemukan kanker serviks.

Program ini adalah untuk meningkatkan kerja sama *Female Cancer Programme* dengan Partner local untuk membentuk metdeyang cukup akurat dan murah dalam upaya skrining, downstaging dan terapi kanker serviks dan untuk meningkatkan kepedulian dan peningkatan pengetahuan tentang kesehatan produksi. 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 di dukung oleh elemen pemerintahan dari tingkat kecamatan, Bupati, Gubernur samapi 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 local dimasa mendatang untuk program imunologi seperti vaksinasi.
4. Pengumpulan data epidemiologis terhadap prevalensi kanker serviks dan prekursornya serta profil dari penderita.
5. Pengumpulan data prevalensi HPV (Human Papiloma Virus).
6. Pengumpulan data imunologis untuk data status imun populasi lokal.



3. METODOLOGI 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 terapi beku. Responden didapat dari daerah sekitar puskesmas yang disosialisasikan oleh kader masing-masing daerah. Selanjutnya ditentukan waktu dan tempat pemeriksaan. Selanjutnya dilakukan penyuluhan, wawancara, pengisian kuisisioner, pemeriksaan IVA yang terlebih dahulu dilakukan persiapan tindakan yaitu menerangkan prosedur tindakan, bagaimana dikerjakan, dan menerangkan hasil tes. Setelah itu data dikumpulkan dan diolah untuk kemudian dibuat laporan penelitian.

3.2 Tempat dan Waktu

Penelitian dilakukan di 4 Puskesmas di daerah Jatinegara yaitu Puskesmas Kampung Melayu, Puskesmas Cipinang Besar Utara, Puskesmas Bidara Cina dan Puskesmas Rawa Bunga. Penelitian dilakukan pada bulan April hingga 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 puskesmas didaerah Jatinegara pada bulan April hingga 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:

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

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

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

- Menikah usia dini
- Jumlah melahirkan
- tingkat pendidikan
- riwayat penggunaan KB
- riwayat penyakit kanker
- keluhan kandungan

3.5.2 Variabel Terikat

Lesi pra-kanker serviks

3.6 Manajemen dan Analisis Data

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui distribusi jumlah responden berdasarkan usia menikah pertama kali (data numerik), Kesadaran (data kategorik) dan temuan hasil Tes IVA (data numerik), serta apakah terdapat hubungan antara usia pertama kali menikah dengan kesadaran (data numerik) dan kaitannya dengan dengan hasil Tes IVA yang merupakan data kategorik. Karena penelitian ini merupakan penelitian komparatif, terdiri atas 2 kelompok, tidak berpasangan, maka uji hipotesis yang digunakan adalah uji non parametrik *chi-square* atau *Fisher*. Analisis data dari penelitian ini dilakukan dengan menggunakan program SPSS versi 11.5 dan MedCalc.

3.7 Cara Kerja

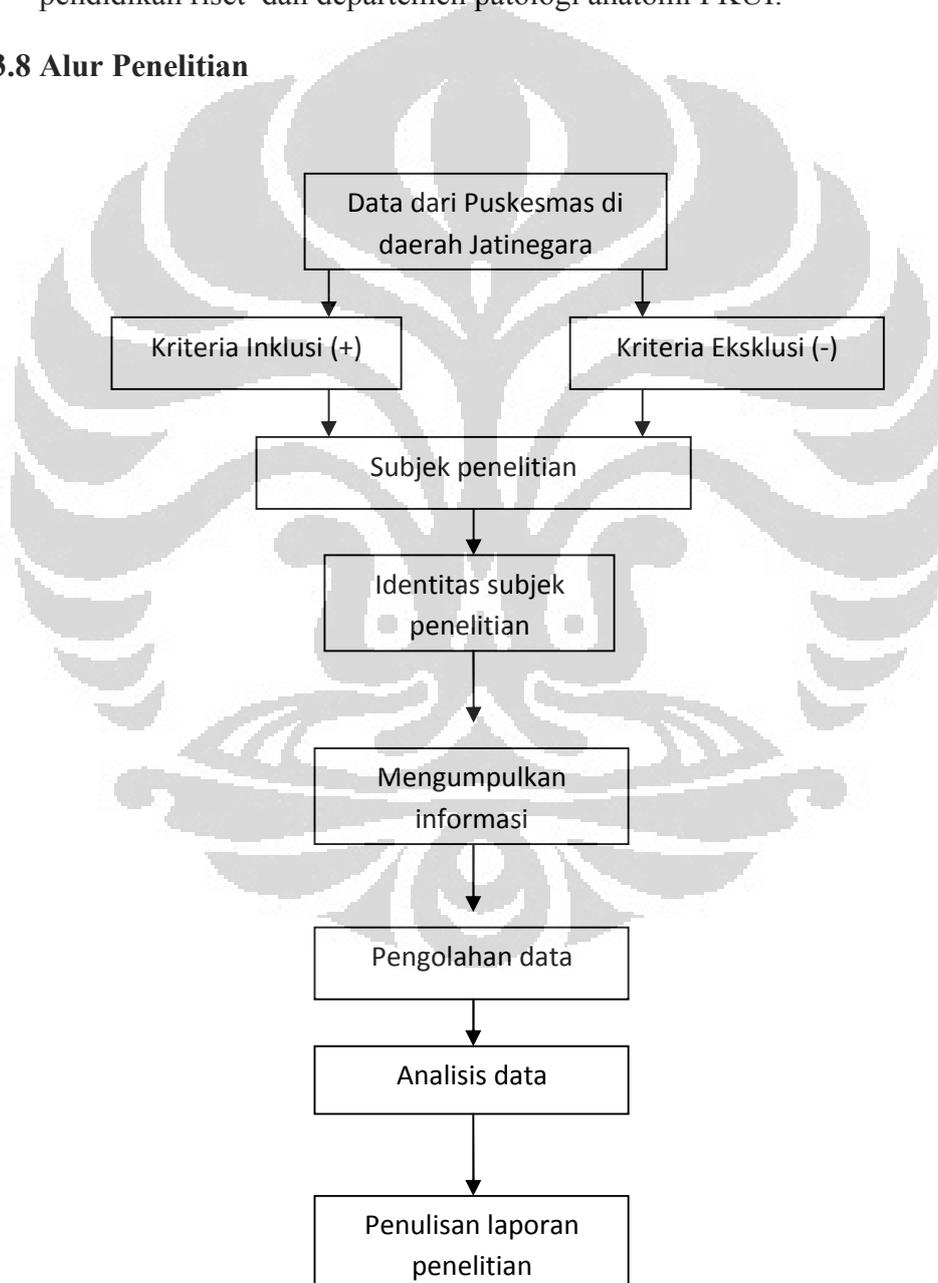
Pada penelitian ini, data didapatkan dari kumpulan kuisioner program skrining “*see and treat*” yang terkumpul dari subjek penelitian dari beberapa puskesmas di daerah Jatinegara pada periode April hingga Mei 2009. Kuisioner tersebut berisi pertanyaan yang berhubungan dengan faktor risiko lesi pra-kanker 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 (7;10;21):

- 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. 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 menikah : Usia saat pertama kali menikah: variabel ini merujuk pada usai saat mereka pertama kali menikah¹¹. Pembagian interval usianya yaitu:
 - a. Dibawah 15 tahun
 - b. 15-17 tahun
 - c. 18-20 tahun
 - d. 21-23 tahun
 - e. Diatas 24 tahun

- 2 Lesi pra-kanker serviks : merupakan awal dari perubahan menuju karsinoma servik uterus yang diawali dengan Neoplasia Intraepitelial Serviks. Secara histopatologi karsinoma serviks terdiri dari 2 jenis yaitu: jenis karsinoma epidermoid (95%) dan jenis adenokarsinoma (5%). Proses perubahan sel kolumnar endoserviks menjadi sel skuamosa ektoerviks terjadi secara fisiologik pada setiap wanita yang disebut sebagai proses metaplasia. Karena adanya faktor-faktor risiko yang bertindak sebagai ko-karsinogen, proses metaplasia fisiologis ini dapat berubah menjadi proses displasia yang bersifat patologis. Adanya proses displasia inilah yang dinamakan sebagai lesi prakanker atau disebut sebagai *Cervical Intraepithelial Neoplasia* (CIN) atau Neoplasia Intraepitel Serviks (NIS).(45) Lesi prakanker serviks tersebut di atas dibagi menjadi :
 - a. NIS I : sesuai dengan displasia ringan.
 - b. NIS II sesuai dengan displasia sedang.
 - c. NIS III : sesuai dengan displasia berat

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*.

4. HASIL PENELITIAN

4.1. Pengumpulan Data

Data didapatkan dari kuesioner program skrining “See & Treat” 3 Puskesmas Jatinegara yaitu Cipinang Besar Utara, Bidara Cina dan Rawa Bunga dari bulan April – Mei 2009. Didapatkan 612 data yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi sehingga dapat menjadi subjek penelitian. Pada penelitian ini, data dianalisis menurut karakteristik responden yang meliputi aspek usia pertama kali menikah, dan temuan hasil Tes IVA. Selain itu penulis juga menganalisis hubungan antara usia pertama kali menikah dengan kesadaran dan mengaitkannya dengan temuan hasil Tes IVA. Kemudian penulis akan menggabungkan hasil yang ditemukan dengan hasil analisis faktor lainnya yang merujuk pada penelitian lain

4.2. Karakteristik Responden

4.2.1 Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Usia Pertama kali menikah

Responden atau subjek dalam penelitian ini adalah wanita yang memenuhi kriteria penelitian. Jumlah seluruh subjek penelitian adalah 612 orang. Usia pertama kali menikah termuda yang didapatkan adalah 11 tahun, sementara usia menikah yang tertinggi didapatkan adalah pada umur 40 tahun. Dari data 612 subjek penelitian didapatkan *mean* 21,56 tahun dengan *standard deviasi* 4,270.

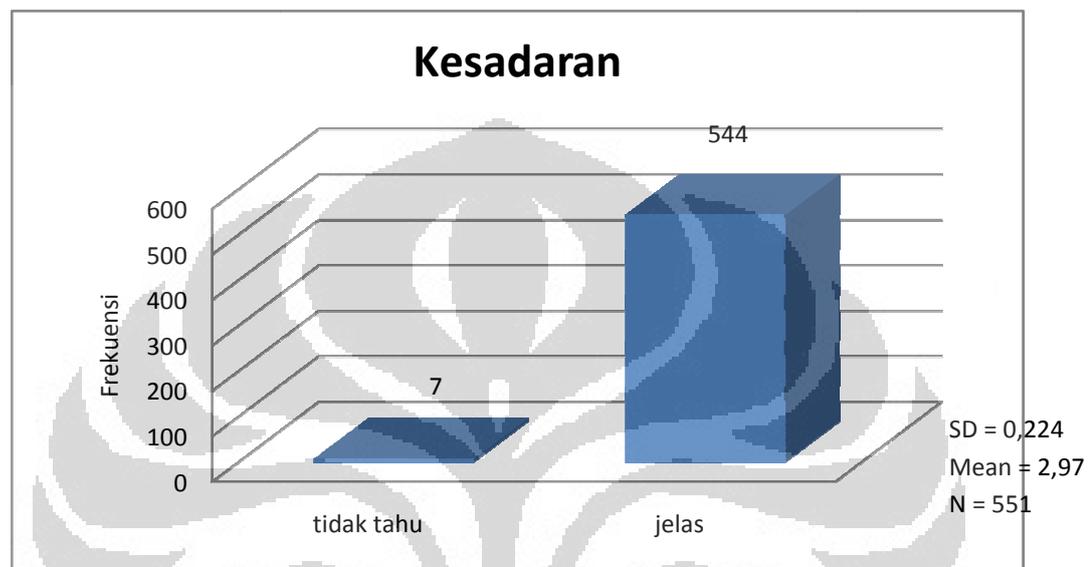
Tabel 4.1

Usia pertama kali menikah		
(tahun)	Frekuensi	Persentase (%)
11	1	0,2
12	3	0,5
13	3	0,5
14	5	0,8
15	15	0,5
16	23	3,8
17	52	8,5
18	39	6,4
19	41	6,7
20	89	14,5
21	43	7,0
22	42	6,9
23	39	6,4
24	40	6,5
25	48	7,8
26	24	3,9
27	21	3,4
28	8	1,3
29	14	2,3
30	8	1,3
31	5	0,8
32	4	0,7
33	1	0,2
35	2	0,3
37	2	0,3
38	1	0,2
40	1	0,2
Total	574	93,8
Missing	38	6,2
Total	612	100,0

Dari tabel 4.1 didapatkan bahwa responden yang usia menikah pertama kalinya terbanyak yang mengikuti penelitian ini adalah pada umur 20 tahun dengan jumlah 89 orang dari 612 subjek penelitian (14,5%). Berikutnya yang terbanyak kedua adalah pada umur 17 tahun yaitu sekitar 52 responden dari 612 subjek penelitian (8,5%). Berikutnya yang terbanyak ketiga adalah pada umur 25

tahun sekitar 48 responden dari 612 subjek penelitian (7,8%). Sedangkan yang terkecil respondennya dengan jumlah 1 responden dari 612 subjek penelitian yaitu pada umur 11 tahun, 33 tahun, 38 tahun, dan 40 tahun (0,2%).

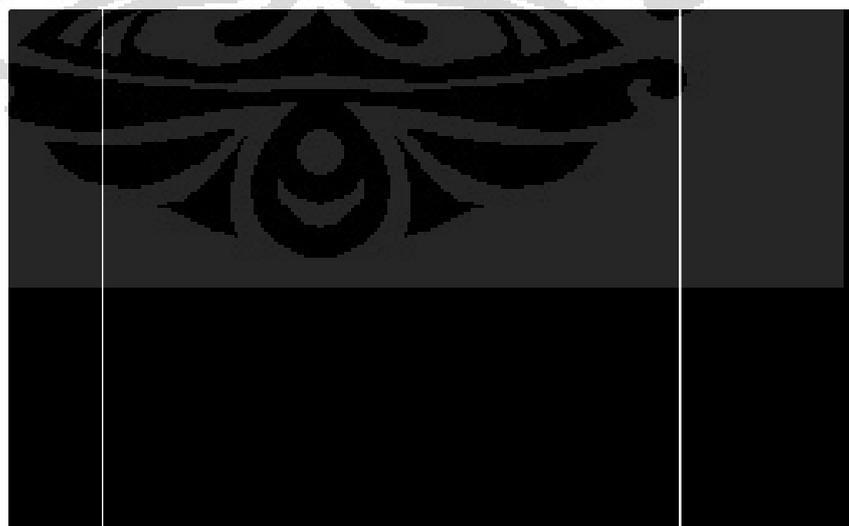
4.2.2 Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan angka kesadaran



* Missing Value = 61 (10%)

Gambar 4-2. Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Kesadaran

4.2.3 Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Hasil Tes IVA



* Missing value = 2

Gambar 4-3. Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Hasil Tes IVA

4.3. Hubungan Antar Variabel

4.3.1. Hubungan antara usia pertama kali menikah dengan kesadaran

Usia pertama kali menikah	Kesadaran				OR	IK 95%	P
	Tidak tahu		Jelas				
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)			
< 21 tahun	5	1,0	236	45,6	5,83	3,68;50,22	
≥ 21 tahun	1	0,2	275	53,2	1		0,002
Total	6	1,2	511	98,8			

Tabel 4.2

1. Missing value = 95 (15,5%)
2. Data ini menggunakan uji Chi-Square
3. Dat ini bermakna karena nilai $P=0,002$ dengan batas kemaknaan $P<0,05$

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara usia pertama kali menikah dengan kesadaran. Uji statistik ini dilakukan dengan menggunakan uji Chi-Square. Dengan uji Chi-Square didapatkan hasil yang bermakna berdasarkan statistik karena didapatkan nilai $p=0,002$. Pada tabel ini diambil *cut of point* 21 tahun karena didapatkan perbedaan yang nyata pada kedua kelompok tersebut. Pada responden yang berusia kurang dari 21 tahun didapatkan angka kesadaran dengan sebanyak 236 responden (45,6%), sedangkan yang tidak sadar didapatkan 5 responden (1,0%). Pada usia lebih dari atau sama dengan 21 tahun didapatkan responden yang sadar sebanyak 275 responden (53,2%), sedangkan yang tidak sadar sebanyak 1 responden (0,2%). Dari tabel tersebut dapat disimpulkan bahwa pada umur dibawah 21 tahun kesadarannya masih tinggi yaitu 5 responden dibandingkan dengan yang berumur lebih dari 21 tahun yaitu 1 responden.

Pada perhitungan rasio *odds* didapatkan angka 5,83 (RO lebih dari 1) dan interval kepercayaan 3,68 ; 50,22 (tidak mencakup angka 1), menunjukkan bahwa responden dengan usia menikah pertama kali dibawah 21 tahun cenderung

tidak memiliki kesadaran untuk memeriksakan kesehatan reproduksinya hampir 6 kali lipat lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang menikah pada usia diatas 21 tahun.

4.3.2. Hubungan antara usia pertama kali menikah dengan hasil Tes IVA

Tabel 4.3

Usia pertama kali menikah	Hasil Tes IVA				OR	IK 95%	P
	Negatif		Positif				
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)			
< 21 tahun	267	47,3	1	0,2	1		0,267
≥ 21 tahun	291	51,6	5	0,9	4,59	0,53;39,52	
Total	558	98,9	6	1,1			

1. Missing value = 48 (7,8%)

2. Data ini menggunakan uji fisher

3. Data ini tidak bermakna karena nilai $P=0,267$ dengan batas kemaknaan $P<0,05$

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang tidak bermakna antara usia pertama kali menikah dengan IVA. Pada tabel ini juga diambil cut off point pada batas usia 21 tahun karena terdapat perbedaan yang nyata pada dua kelompok tersebut. Uji statistik ini dilakukan dengan menggunakan uji Chi-Square. Dengan uji Chi-Square didapatkan hasil yang tidak bermakna berdasarkan statistik karena didapatkan nilai $p=0,267$ yang berarti berdasarkan uji statistik ini terdapat hasil yang tidak bermakna. Pada tabel dapat dilihat pada umur kurang dari 21 tahun terdapat 267 (47,3%) responden yang hasil tes IVA nya negatif, sedangkan yang positif hasil tes IVA nya terdapat 1 (0,2%) responden. Pada umur lebih dari atau sama dengan 21 tahun didapatkan 291(51,6%) responden yang hasil IVA nya negatif, sedangkan yang hasil tes IVA nya positif didapatkan sekitar 5 (0,9%) responden. Dari tabel ini dapat disimpulkan bahwa dengan

menikah pada usia lebih dari 21 tahun akan lebih terkena hasil tes IVA nya positif daripada yang menikah dibawah umur 21 tahun.

Pada perhitungan rasio *odds* didapatkan nilai 4,59 (lebih dari 1) yang berarti menunjukkan responden usia menikah pertama kali diatas 21 tahun memiliki faktor risiko hampir 5 kali lebih besar mendapatkan hasil tes IVA positif dibandingkan dengan responden yang usia menikah pertama kalinya dibawah 21 tahun. Namun karena interval kepercayaannya mencakup angka 1 (0,53;39,52), maka usia pertama kali menikah tidak memiliki hubungan dengan terjadinya lesi prakanker, atau diperlukan lebih banyak kasus untuk membuktikannya.

4.3.3 Hubungan Antara Usia, Jumlah Melahirkan dan Usia Pertama Menikah Dikaitkan Dengan Temuan Hasil Tes IVA

Tabel 4.4

Klasifikasi	Tes IVA		
	Negatif	Positif	
Usia	≤ 35 tahun	267	2
	> 35 tahun	334	5
Jumlah Melahirkan	0 - 2	298	2
	> 2	305	5
Usia Pertama Menikah	< 21 tahun	267	1
	≥ 21 tahun	291	5

1. Data ini diolah dengan Mantel Haenszel
2. Didapatkan nilai $0,05 < p < 0,10$ pada Tes Chi-Square

Tabel ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara variabel usia, jumlah melahirkan dan usia pertama menikah dengan temuan hasil Tes IVA. Pada perhitungan Mantel Haenszel dengan Tes Chi-Square dari ketiga variabel didapatkan nilai 3,07. Nilai tersebut dicocokkan pada tabel Chi-Square score dengan variasi *degrees of freedom* (df) 1, didapatkan nilai $0,05 < p < 0,10$. Pada tabel tersebut dapat dilihat pula angka temuan hasil Tes IVA positif cenderung lebih tinggi pada usia > 35 tahun dibandingkan usia ≤ 35 tahun, jumlah melahirkan > 2 kali lebih tinggi dibandingkan dengan jumlah melahirkan kurang dari 2, dan angka yang lebih tinggi terdapat pada usia pertama kali menikah pada usia 21 tahun atau lebih dibanding usia pertama menikah dibawah 21 tahun.

5. PEMBAHASAN

5.1. Sebaran Jumlah Responden Berdasarkan Usia Pertama Kali Menikah

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. Usia menikah pertama kali terendah yang didapatkan adalah 11 tahun, sementara usia pertama kali menikah tertinggi adalah 40 tahun. Dari data 612 subjek penelitian didapatkan rerata usia 21,56 tahun dengan simpang baku 4,270. Dari hasil pengolahan data, didapatkan jumlah responden terbanyak yang datang terdapat pada usia menikah pertama kali 20 tahun yaitu sebanyak 89 orang (14,5%). Hal tersebut menunjukkan dengan adanya program skrining ini para responden baik yang menikah pertama kalinya pada usia 11 tahun maupun yang 40 tahun sama keinginnannya untuk memeriksakan diri. Angka rerata usia responden 21,56 tahun menunjukkan pengunjung terbanyak adalah dari usia menikah pertama kalinya sekitar 20-23 tahun, berbeda dengan rata-rata partisipasi masyarakat di negara maju seperti di India yang dilakukan oleh Litan Naha Biswas dkk yaitu antara usia 14-15 tahun dan mulai menurun pada usia di atas 18 tahun⁴⁰. Perbedaan ini dapat terjadi karena sistem skrining dan data base kependudukan di negara maju tertata lebih baik. Sementara di negara berkembang umumnya masyarakat termotivasi setelah adanya program yang ditunjang oleh pemerintah.

5.2. Hubungan Usia Pertama Kali Menikah dengan Kesadaran.

Dari sebaran usia pertama kali menikah responden yang dibagi dengan kelompok kurang dari 21 tahun dan lebih dari atau sama dengan 21 tahun dihubungkan dengan kesadaran. Cut of point yang diambil adalah 21 tahun karena pembagian jumlah respondennya merata. Diambil cut of pointnya 21 tahun berdasarkan jumlah respondennya merata karena dengan menggunakan ROC curve tidak dapat ditentukan predictive value-nya. Jadi pada data ini dilakukan uji Chi-Square dan didapatkan nilai $p=0,002$ dengan batas kemaknaan $p<0,05$. Dari nilai tersebut menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara usia

pertama kali menikah dengan kesadaran memeriksakan diri. Pada perhitungan rasio *odds* didapatkan angka 5,83 (RO lebih dari 1) dan interval kepercayaan 3,68 ; 50,22 (tidak mencakup angka 1), menunjukkan bahwa responden dengan usia menikah pertama kali dibawah 21 tahun cenderung tidak memiliki kesadaran untuk memeriksakan kesehatan reproduksinya hampir 6 kali lipat lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang menikah pada usia diatas 21 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa pada usia yang menikah pertama kali kurang dari 21 tahun masih kurang kesadarannya untuk memeriksakan diri dan mereka belum mengetahui bahayanya menikah usia muda merupakan faktor resiko terjadinya kanker serviks.

Sebenarnya belum ada yang melakukan penelitian pada variabel ini sehingga peneliti belum mengetahui data-data penelitian sebelumnya. Data ini juga terdapat data missing hal ini dikarenakan mungkin hal ini lupa ditanyakan oleh para peneliti, karena banyaknya para responden dan padatnya waktu.

5.3. Pembahasan Hubungan Usia Pertama Kali Menikah dengan Hasil Tes IVA

Dari seluruh peserta skrining didapatkan 6 responden dari 612 (1,1%) responden dengan hasil Tes IVA positif. Angka tersebut berbeda dari hasil laporan skrining di Jakarta pada tahun 2004-2006 dengan temuan hasil Tes IVA positif mencapai 3,4% dari 8004 responden. Laporan yang sama di wilayah Tasikmalaya menunjukkan angka lebih tinggi yaitu 6,4% dari 7986 responden. Hal ini kemungkinan belum dapat menggambarkan hasil keseluruhan, karena laporan dari puskesmas-puskesmas yang lain belum digabungkan. Atau sebagian masyarakat yang mampu secara finansial telah memeriksakan dirinya ke rumah sakit yang ada di sekitar wilayahnya, sehingga tidak mengikuti program skrining di lapangan.

Jumlah responden dengan hasil Tes IVA positif hanya 1,1% masih kurang untuk dilakukan analisis. Dengan perhitungan statistik menggunakan uji Chi-Square, tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara usia pertama kali menikah dan hasil Tes IVA positif (nilai $p=0,267$). Pada perhitungan rasio *odds* didapatkan nilai 4,59 (lebih dari 1) yang berarti menunjukkan responden usia

menikah pertama kali diatas 21 tahun memiliki faktor risiko hampir 5 kali lebih besar mendapatkan hasil tes IVA positif dibandingkan dengan responden yang usia menikah pertama kalinya dibawah 21 tahun. Namun karena interval kepercayaannya mencakup angka 1 (0,53;39,52), maka usia pertama kali menikah tidak memiliki hubungan dengan terjadinya lesi prakanker, atau diperlukan lebih banyak kasus untuk membuktikannya. Kemungkinan akan mendapatkan hasil yang berbeda bila seluruh sampel dari seluruh wilayah puskesmas digabungkan. Dapat dilihat dari tabel, angka positif lebih banyak pada usia menikah pertama kali menikah pada usia lebih dari atau sama dengan 21 tahun. Hal ini berbeda dengan literatur dan penelitian lain, dimana angka positif nya lebih banyak pada usia pertama kali menikahnya kurang dari 21 tahun. Di literatur memang dikatakan bahwa bila usia menikah pertama kalinya dibawah usia 17-20 tahun akan lebih tinggi resiko terkena kanker serviks. Hal berbeda ini mungkin dikarenakan pada penelitian ini masih kekurangan sampel.

Berdasarkan pembahasan hasil penelitian menunjukkan terdapat keterkaitan antara usia pertama kali menikah dengan kesadaran dan hasil tes IVA positif. Hasil ini menunjukkan bahwa pada usia menikah pertama kali dibawah 21 tahun angka kesadarannya untuk memeriksakan diri masih dibawah yang usia menikah pertama kali nya diatas 21 tahun. Akan tetapi pada hubungannya dengan hasil tes IVA positif justru responden yang usia menikah pertama kali pada kelompok usia dibawah 21 tahun lebih sedikit dari kelompok responden yang usia menikah pertama kalinya diatas 21 tahun. Hal ini tidak sesuai dengan literatur yang mengatakan bahwa usia menikah pertama kali dibawah 21 tahun cenderung akan terdapat hasil IVA positif. Kemungkinan hal ini karena kekurangan sampel.

5.4 Hubungan Antar Usia, Jumlah Melahirkan dan Usia Pertama Menikah dengan Temuan Hasil Tes IVA

Dengan merujuk pada penelitian lainnya dengan responden yang sama, tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara usia dengan hasil Tes IVA, jumlah melahirkan dengan Tes IVA dan usia pertama kali menikah dengan hasil Tes IVA. Oleh karena itu, dapat dibuat penggabungan variabel antara usia, jumlah

melahirkan dan usia pertama menikah untuk dicari kemungkinan adanya keterkaitan faktor-faktor tersebut dalam mempengaruhi terjadinya lesi prakanker serviks. Dari hasil pengolahan data didapatkan nilai yang cukup bermakna dengan $0,05 < p < 0,10$. Pada tabel yang telah dibuat, terlihat angka temuan hasil Tes IVA positif pada tiap variabel cenderung meningkat pada usia responden diatas 35 tahun dibandingkan usia ≤ 35 tahun. Responden yang memiliki jumlah melahirkan > 2 kali, menunjukkan angka yang lebih tinggi dibandingkan dengan jumlah melahirkan kurang dari 2. Jumlah hasil Tes IVA positif yang lebih tinggi juga terdapat pada responden dengan usia pertama kali menikah 21 tahun atau lebih dibanding usia pertama menikah dibawah 21 tahun. Data ini menunjukkan bahwa usia, jumlah melahirkan dan usia pertama menikah dapat mempengaruhi terjadinya lesi prakanker serviks.^{41;42}

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

Pada penelitian lain dengan responden yang sama dapat diketahui pengaruh faktor gaya hidup terhadap terjadinya lesi prakanker serviks. Pada penelitian mengenai faktor usia menunjukkan adanya keterkaitan antara variabel usia, jumlah melahirkan dan hasil Tes IVA positif. Adanya hubungan bermakna antara usia dengan jumlah melahirkan, membuahakan pemikiran bahwa semakin tinggi usia semakin banyak pula jumlah melahirkan responden. Selain itu diketahui juga kaitan antara usia dengan hasil 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 jumlah melahirkan, akan lebih cenderung mendapatkan hasil Tes IVA positif.⁴¹

Pada penelitian mengenai faktor kontrasepsi, dari 532 subjek penelitian didapatkan hasil yang memiliki riwayat kontrasepsi sebanyak 457 orang yaitu 85,9% dengan pengguna pil sebanyak 136 subjek dan spiral 101 subjek. Tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara riwayat Kontrasepsi oral dan hasil Tes IVA positif (nilai $p=1,000$). Responden yang mengikuti program KB dengan menggunakan kontrasepsi memiliki anak lebih kurang sama dengan dua.

Didapatkan pula hubungan yang bermakna antara riwayat kontrasepsi dan jumlah melahirkan dengan nilai $p=0,022$.⁴³

Pada penelitian mengenai faktor pendidikan, terdapat kecenderungan bahwa tingkat pendidikan yang rendah akan berpengaruh pada penemuan hasil IVA positif, walaupun dari hasil analisa statistik tidak bermakna. Hubungan yang bermakna terjadi pada tingkat pendidikan dengan usia pertama menikah. Rendahnya tingkat pendidikan akan berpengaruh terhadap usia menikah yang dini (≤ 20 tahun).⁴⁴

Hasil penelitian yang menghubungkan jumlah melahirkan, riwayat Pap smear, dan hasil pemeriksaan IVA. Menunjukkan terdapat kecenderungan bahwa jumlah melahirkan lebih dari 2 kali, memiliki jumlah responden yang telah melakukan pemeriksaan Pap smear lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok jumlah melahirkan kurang dari 2. Pada hubungan antara jumlah melahirkan dengan pemeriksaan IVA didapatkan hasil IVA positif yang terbanyak pada jumlah melahirkan lebih dari 2. Hal ini membenarkan hipotesis bahwa jumlah melahirkan lebih dari 2 dapat meningkatkan kemungkinan hasil IVA yang positif dan tingginya jumlah wanita yang telah melakukan pemeriksaan Pap smear dapat dikarenakan faktor kesadaran bahwa pemeriksaan Pap smear dianjurkan pada wanita yang telah melahirkan lebih dari 2.⁴²

Hasil penelitian yang menghubungkan riwayat kanker keluarga dengan dengan riwayat pap smear. Wanita yang mempunyai riwayat kanker keluarga mempunyai kesadaran yang lebih tinggi untuk melakukan pap smear dibandingkan yang tidak. Dan bila dihubungkan dengan 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.⁴⁵

6. KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

- 6.1.1. Dari seluruh 612 responden didapatkan rentang usia menikah pertama kali antara 11 tahun hingga 40 tahun dengan rerata usia 21,56 tahun.
- 6.1.2. Responden terbanyak adalah usia menikah 20 tahun (14,5%)
- 6.1.3. Hubungan antara usia menikah pertama kali dan kesadaran, secara statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna dengan Tes Chi-Square ($p = 0,002$). Terdapat kecenderungan semakin muda usia menikahnya semakin rendah kesadaran untuk memeriksakan diri.
- 6.1.4. Temuan hasil Tes IVA positif didapatkan 1,2% (7/612)
- 6.1.5. Dari kelompok temuan hasil Tes IVA positif dengan usia menikah pertama kali secara statistik tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna dengan Tes Chi-Square ($p = 0,267$), kemungkinan karena jumlah hasil Tes IVA positif masih terlalu sedikit. Hasil penelitian ini semakin tinggi usia menikah pertama kalinya semakin tinggi angka positif hasil tes IV nya.
- 6.1.6. Terdapat korelasi antara usia, jumlah melahirkan dan hasil Tes IVA. Semakin tinggi usia responden, semakin banyak jumlah melahirkan, akan lebih cenderung mendapatkan hasil Tes IVA positif.
- 6.1.7. Terdapat korelasi bermakna antara usia, jumlah melahirkan dan usia pertama menikah dikaitkan dengan hasil Tes IVA. Didapatkan nilai $0,05 < p < 0,10$ pada Uji Chi Square dan perhitungan Mantel Haenszel. Semakin tinggi usia, semakin banyak jumlah melahirkan dan semakin muda usia pertama menikah, lebih cenderung mendapat hasil Tes IVA positif.

6.2. Saran

- 6.2.1. Diperlukan jumlah sampel yang lebih banyak dari data puskesmas lainnya untuk menambah hasil temuan IVA positif.
- 6.2.2. 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. *Japan Journal Clinical Oncology*; 32 S17-S21. 2002.
3. Suwiyoga IK. Tes Human Papillomavirus sebagai skrining alternative kanker serviks. *Cermin Dunia Kedokteran* No. 151: 29-33. 2006.
4. Cornain S. Further Development of Cervical Cancer Screening and Anticipation of HPV vaccination in Indonesia. Report. 2009.
5. Cornain S. Sustainable Development of Cervical Cancer Screening by "See and Treat" Approach in Indonesia. Report. 2009.
6. Saslow D, et al. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Cervical Neoplasia and Cancer. *CA Cancer J Clin*; 52:342. 2002.
7. Sankaranarayanan R, Budukh AM Rajkumar R. Effective Screening programmes for cervical cancer in low and middle-income developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*; 79:954-962. 2001.
8. Coleman M.et al. Time trends in cancer incidence, mortality, and prevalence worldwide, version 1.0. Lyon, IARC (IARC scientific Publication No. 121). 1995.
9. Wabinga H et al. Trends in cancer incidence in Kyadondo country, Uganda, 1860-1997. *British Journal of Cancer*; 82:585-592. 2000.
10. 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* 353 (9156): 869-873. 1999.
11. Gupta S, Sodhani P Halder K Chachra KL Singh V Sehgal A. Age trends in pre-cancerous and cancerous lesions of the uterine cervix in a cytology screening programme: what should be the target age group for a major thrust of screening in resource-limited settings? *19(2):106-10*. 2008.
12. Aziz MF. Gynecological cancer in Indonesia. Vol .20, No 1:8-10. 2009.
13. Anonim. Kanker Leher Rahim, www.medicastore.com. 2006.

14. Garcia , Agustin. Cervical Cancer, www.emedicine.com. 2006.
15. Mardjikoen. Tumor ganas alat genital. dalam: Wiknjosastro H, Saifuddin AB, Rachimhadi T. Ilmu kandungan. Edisi kedua. Jakarta:Yayasan bina pustaka Sarwono Prawirohardjo. h.367 - 405. 1999.
16. Aziz F, Nugroho K dan Ratna S S. Karsinoma serviks Uterus, Bagian / SMF Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran UI - RS dr. Ciptomangunkusumo Jakarta. 1985.
17. Anonim. Bahaya Kanker Serviks Bagi wanita, www.kesrepro.info. 2006.
18. Anonim. DEPKES RI, Penanggulangan Kanker Serviks dengan Vaksin HPV, Departemen Kesehatan RI. 2005.
19. Putri, Henny. Manajemen Karsinoma Serviks, Referat, Bagian / SMF Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran UGM - RS dr. Sardjito Yogyakarta.
20. Anonim. Female Cancer Program. Indonesia: Mutual Enthusiasm About Working Together. Diunduh dari : <http://www.femalecancerprogram.org/FCP/whoareourpartners/Indonesia/default>.
21. Rasjidi Imam. Manual Prakanker Serviks. Jakarta: Sagung Seto. 2008.
22. Anonim. Pendidikan. Dalam: Kamus Besar Bahasa Indonesia. Diunduh dari www.kbbi.web.id.
23. Anonim. What Are The Risk Factors For Cervical Cancer?. Diunduh dari: <http://www.cancer.org/docroot/CRI/conten.asp>. 2009.
24. Wiknjosastro H, Saifudin AB Rachimhadi T editor. Ilmu Kandungan. Ed. 2, Cet. 5. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo;h. 381-3. 2007.
25. Morrow CP, Curtin JP Townsend DE. Synopsis of Gynecologic Oncology. New York: Churchill Livingstone. 1987.
26. Goodman HM, Nelson JH. Cervical malignancies. In : Knaap KC, Berkowitz RS (eds). Gynaecology Oncology. New York: Macmillan Publ Co. p. 225-65. 1986.

27. Krivak TC, McBroom JW Elkas JC. Cervical and vaginal cancer. Dalam : (ed: Berek JS, Adashi EY, Hillard PA. (editor). Novak's gynecology. 13th ed. Lippincot Williams & Wilkin. Baltimore. P:1199-244. 2002.
28. Benedet JL, Ngan HYS Hacker NF. Staging Classifications and clinical practice guidelines of gynecologic cancers. *Int J Gynecol Cancer*; 70:207-312. 2000.
29. Andrijono. Kanker Serviks, Divisi Onkologi, Dep.Obstetri-Ginekologi FKUI. 2007.
30. Boon ME, Suurmeijer. AJH. The Pap smear. Leiden: Coulomb. 1991.
31. Pretorius R, Semrad N Watring W Fotheringham N. Presentation of cervical cancer. *Gynecol Oncol*; 42: 48-52. 1991.
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.P Symonds. Detection of cervical intraepithelial neoplasia in developing countries. *Lancet* 353.p: 856-857. 1999.
34. Sjamsuddin, sjahrul. Pencegahan dan deteksi dini kanker serviks. dalam cermin dunia kedokteran : obstetri dan ginekologi. edisi 133. 2001.
35. Petignat P, Roy M. Diagnosis and management of cervical cancer. *BMJ*; 335:765-768. 2007.
36. Legra TL, Guerreiro TC. Prevalence and Risk Factors In Positive Cervix Cytology. Diunduh dari :
http://www.medicc.org/publications/medicc_review/1004/pdfs/Cuban%20Medicine%20Literature_3.pdf. 2004.
37. Anonim. Female Cancer Program Foundation. Who Are Our Partners. Diunduh dari :
<http://www.femalecancerprogram.org/FCP/whoareourpartners/default/default>.
38. F.Gary Cunningham. William Obstetrics. 22nd Edition. McGraw-Hill Companies. 2005.
39. Aziz F, Andrijono Saifuddin AB. Onkologi Ginekologi. Edisi ke-1. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2006.

40. Biswas L, Manna B, Maiti P, Sengupta S, in Sexual Risk Factors for cervical Cancer among Rural Indian Woman--case control study. 26:e491-495. 1997.
41. Mustika L. Analisa Faktor Usia pada Wanita Peserta Program Penapisan Kanker Leher Rahim Dengan Pendekatan "See & Treat" : Untuk Deteksi Lesi Prakanker dan Pengobatan Dengan Terapi Beku. 2009.
42. 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. 2009.
43. 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. 2009.
44. Lembahmanah L. Analisa Faktor Tingkat Pendidikan pada Wanita Peserta Program Penapisan Kanker Leher Rahim Dengan Pendekatan "See & Treat" : Untuk Deteksi Lesi Prakanker dan Pengobatan Dengan Terapi Beku. 2009.
45. Tamba A. Analisa Faktor Resiko Kanker pada Wanita Peserta Program Penapisan Kanker Leher Rahim Dengan Pendekatan "See & Treat" : Untuk Deteksi Lesi Prakanker dan Pengobatan Dengan Terapi Beku. 2009.

Lampiran Data Penelitian

NAMA	USIA PERTAMA KALI MENIKAH (tahun)	AWARENESS	IVA
Sa'anah	11	Jelas	Negatif
Elih	12	Jelas	Negatif
hannny	12	Jelas	Negatif
rodiah	12	Jelas	Negatif
kustiah	13	Jelas	Negatif
Yanti	13	Jelas	Negatif
Rubiati	13	Jelas	Negatif
Ocah	14	Jelas	Negatif
Nayanti	14	Jelas	Negatif
Nanyih	14	Jelas	Negatif
Rani Rosa	15	Jelas	Negatif
Dewi	14	Jelas	Negatif
Tri	14	Jelas	Negatif
Tuniah	16	Tidak Tahu	Negatif
Ratinah	17	Tidak Tahu	Negatif
Hanny	17	Tidak Tahu	Negatif
rinie handayani	15	Jelas	Negatif
asiah	15	Jelas	Negatif
ken	15	Jelas	Negatif
suruna	15	Jelas	Negatif
Watem	15	Jelas	Negatif
Dina Yanti	15	Jelas	Negatif
suhartinah	15	Jelas	Negatif
waliyah	15	Jelas	Negatif
yati	15	Jelas	Negatif
Siti Aisah	15	Jelas	Negatif
Rukayah	15	Jelas	Negatif
Sugiyati	15	Jelas	Negatif
Ety	15	Jelas	Negatif
harli	16	Jelas	Negatif
winingsih	16	Jelas	Negatif
tuwarni	16	Jelas	Negatif
Nyi manih	16	Jelas	Negatif
juritah	16	Jelas	Negatif
mis rumiati	16	Jelas	Negatif
ismiyati	16	Jelas	Negatif
Maisaroh	16	Jelas	Negatif
Siti Nurhayati	16	Jelas	Negatif

Yun Moy	16	Jelas	Negatif
Amah	16	Jelas	Negatif
Aningsih	16	Jelas	Negatif
Saenah	16	Jelas	Negatif
Siti Rohana	16	Jelas	Negatif
Ida Rosida	16	Jelas	Negatif
Tarsih	16	Jelas	Negatif
Inel Dasa	16	Jelas	Negatif
H. Siti Aminah	16	Jelas	Negatif
Nani S	16	Jelas	Negatif
emi	17	Jelas	Negatif
Sartinah	17	Jelas	Negatif
Kartini	17	Jelas	Negatif
Badrich	17	Jelas	Negatif
Rohayah	17	Jelas	Negatif
sunarti	17	Jelas	Negatif
sunarti	17	Jelas	Negatif
dede	17	Jelas	Negatif
Maisaroh	17	Jelas	Negatif
Nurhayati	17	Jelas	Negatif
Mastura N	17	Jelas	Negatif
Maryam	17	Jelas	Negatif
Nuryati	17	Jelas	Negatif
Fauziah	17	Jelas	Negatif
Ibu Minah	17	Jelas	Negatif
Endah	17	Jelas	Negatif
Sum	17	Jelas	Negatif
Sumiah	17	Jelas	Negatif
ros	17	Jelas	Negatif
Suryati	17	Jelas	Negatif
Enis	17	Jelas	Negatif
Kasirah	17	Jelas	Negatif
emisuhaimi	17	Jelas	Negatif
Jubatiun	17	Jelas	Negatif
Neneng Rohayati	17	Jelas	Negatif
Chaeroni	17	Jelas	Negatif
Sumiyati	17	Jelas	Negatif
Ernawati	17	Jelas	Negatif
Ati	17	Jelas	Negatif
saripah	17	Jelas	Negatif
tini	17	Jelas	Negatif
saminah	17	Jelas	Negatif
Kurniati	17	Jelas	Negatif

Iis Sunarti	17	Jelas	Negatif
Arsih	17	Jelas	Negatif
novitasari	17	Jelas	Negatif
Maryani	17	Jelas	Negatif
Edah	17	Jelas	Negatif
Tini	17	Jelas	Negatif
sri murtanti	18	Jelas	Negatif
Miskiyem	19	Jelas	Negatif
Dalilah	15	.	Negatif
Sutinah	16	.	Negatif
Enur	16	.	Negatif
Ratnasih	17	.	Negatif
Erlina	17	.	Negatif
Sari	17	.	Negatif
Salamah	17	.	Negatif
nia komala sari	17	.	Negatif
Suheli	17	.	Negatif
suriyamah	17	.	Negatif
Safina	17	.	Negatif
Indri	17	.	Negatif
Weti	17	.	Negatif
Kartinih	17	.	Positif
Heni	18	Tidak Tahu	Negatif
Ratnaningsih	20	Tidak Tahu	Negatif
nelvi	18	Jelas	Negatif
Neni Nurbaini	18	Jelas	Negatif
Elis	18	Jelas	Negatif
Hermin	18	Jelas	Negatif
Sri Rahayu	18	Jelas	Negatif
linda	18	Jelas	Negatif
lamah	18	Jelas	Negatif
yanti	18	Jelas	Negatif
siti maryam	18	Jelas	Negatif
saimah	18	Jelas	Negatif
Sumiati	18	Jelas	Negatif
Martinah	18	Jelas	Negatif
Siti Fatihah	18	Jelas	Negatif
Connie	18	Jelas	Negatif
Onyos	18	Jelas	Negatif
titin	18	Jelas	Negatif
imas	18	Jelas	Negatif
rohyati	18	Jelas	Negatif
Parwiah	18	Jelas	Negatif

Rokiyah	18	Jelas	Negatif
ida R	18	Jelas	Negatif
Dina Farida	18	Jelas	Negatif
Tumirah	18	Jelas	Negatif
Nurchahya	18	Jelas	Negatif
siti zaenab	18	Jelas	Negatif
nurjanah	18	Jelas	Negatif
sutinah	18	Jelas	Negatif
Sri Widodo	18	Jelas	Negatif
Siti Harajah	18	Jelas	Negatif
Mardiana S	18	Jelas	Negatif
Sutirah	18	Jelas	Negatif
Iryani	18	Jelas	Negatif
Ni'mah	18	Jelas	Negatif
heni	18	Jelas	Negatif
herlinda	19	Jelas	Negatif
Zuharyati Zubair	19	Jelas	Negatif
Wartiah	19	Jelas	Negatif
Sari Budiarti	19	Jelas	Negatif
hasanah	19	Jelas	Negatif
siti sulha	19	Jelas	Negatif
Zumni Efitia	19	Jelas	Negatif
elis	19	Jelas	Negatif
ika	19	Jelas	Negatif
hatimi	19	Jelas	Negatif
ipah	19	Jelas	Negatif
Ny Melikna	19	Jelas	Negatif
Ny Ika Sugiman	19	Jelas	Negatif
Ny Aminah	19	Jelas	Negatif
Megawati	19	Jelas	Negatif
Lina	19	Jelas	Negatif
Yasmin	19	Jelas	Negatif
titi sulastris	19	Jelas	Negatif
yuyur	19	Jelas	Negatif
Latifah	19	Jelas	Negatif
Monti	19	Jelas	Negatif
Salmiana	19	Jelas	Negatif
Maemunah	19	Jelas	Negatif
suryani	19	Jelas	Negatif
Yuli	19	Jelas	Negatif
Lina	19	Jelas	Negatif
Lucky Amalia	19	Jelas	Negatif
Murilah	19	Jelas	Negatif

Retno Y	19	Jelas	Negatif
erlisa	19	Jelas	Negatif
sitiyaumid	19	Jelas	Negatif
Fitri	19	Jelas	Negatif
Wiwin	19	Jelas	Negatif
Leni L.	19	Jelas	Negatif
Ida Wati	19	Jelas	Negatif
Sarni	19	Jelas	Negatif
Dwi	19	Jelas	Negatif
herlina	20	Jelas	Negatif
Asiah	20	Jelas	Negatif
Noviyanti	20	Jelas	Negatif
Suhertati	20	Jelas	Negatif
Ade S	20	Jelas	Negatif
Ipok	20	Jelas	Negatif
Kiki	20	Jelas	Negatif
nida	20	Jelas	Negatif
neneng	20	Jelas	Negatif
Ria	20	Jelas	Negatif
Fatimah	20	Jelas	Negatif
halimah	20	Jelas	Negatif
hariani	20	Jelas	Negatif
mursidah	20	Jelas	Negatif
sakinem	20	Jelas	Negatif
puryanti	20	Jelas	Negatif
sri nur khasanah	20	Jelas	Negatif
Fierty F	20	Jelas	Negatif
Warsilah	20	Jelas	Negatif
Odah	20	Jelas	Negatif
Casminah	20	Jelas	Negatif
Asnah	20	Jelas	Negatif
Nia A	20	Jelas	Negatif
Marlina	20	Jelas	Negatif
Rosmaida	20	Jelas	Negatif
Heni	20	Jelas	Negatif
Yati	20	Jelas	Negatif
Chusnul Khotimah	20	Jelas	Negatif
Nely Linda	20	Jelas	Negatif
sarsinah	20	Jelas	Negatif
siti alawiyah	20	Jelas	Negatif
wulandari	20	Jelas	Negatif
ade mastini	20	Jelas	Negatif
ida farida	20	Jelas	Negatif

tri susilawati	20	Jelas	Negatif
nurani	20	Jelas	Negatif
siti fatimah	20	Jelas	Negatif
Maryana	20	Jelas	Negatif
Sriwiyatmin	20	Jelas	Negatif
Ela	20	Jelas	Negatif
Lina	20	Jelas	Negatif
Ati	20	Jelas	Negatif
Juriah	20	Jelas	Negatif
Yuli ningsih	20	Jelas	Negatif
yayah	20	Jelas	Negatif
Tuti	20	Jelas	Negatif
Yanti	20	Jelas	Negatif
Erniwati	20	Jelas	Negatif
Giyati	20	Jelas	Negatif
Haryanti	20	Jelas	Negatif
Kiki	20	Jelas	Negatif
Fauziah	20	Jelas	Negatif
Devi	20	Jelas	Negatif
Ihat	20	Jelas	Negatif
tika	20	Jelas	Negatif
hapsah	20	Jelas	Negatif
sity maryatun	20	Jelas	Negatif
tahliah	20	Jelas	Negatif
Eli Masyendi	20	Jelas	Negatif
Asanah	20	Jelas	Negatif
Dina	20	Jelas	Negatif
Salmah	20	Jelas	Negatif
Latifah	20	Jelas	Negatif
Kurnia	20	Jelas	Negatif
nuraini	20	Jelas	Negatif
lulu	20	Jelas	Negatif
tini	20	Jelas	Negatif
sanah	20	Jelas	Negatif
Nuryati	20	Jelas	Negatif
Heni	20	Jelas	Negatif
Vera	20	Jelas	Negatif
kiki	20	Jelas	Negatif
iis suryati	20	Jelas	Negatif
Rosnawati	20	Jelas	Negatif
Watinih	20	Jelas	Negatif
Ayuningsih	20	Jelas	Negatif
Elie Wati	20	Jelas	Negatif

Ari	20	Jelas	Negatif
Pujiati	20	Jelas	Negatif
Tri Mastuti	20	Jelas	Negatif
Ny Juli P	27	Jelas	Negatif
masripah	18	.	Negatif
fifi	18	.	Negatif
Menah Hasanah	18	.	Negatif
rosyanti	19	.	Negatif
Rokiyah	19	.	Negatif
Sari	19	.	Negatif
robinsyah	20	.	Negatif
janah	20	.	Negatif
Siti Masitoh	20	.	Negatif
Darsini	20	.	Negatif
Sulastri	20	.	Negatif
Arum	21	Tidak Tahu	Negatif
lany lestari	21	Jelas	Negatif
Widia	21	Jelas	Negatif
Kasni	21	Jelas	Negatif
Ika	21	Jelas	Negatif
suwarni	21	Jelas	Negatif
suwarni	21	Jelas	Negatif
Tiurmaida	21	Jelas	Negatif
ngatini	21	Jelas	Negatif
hasnimar lubis	21	Jelas	Negatif
Khodijah	21	Jelas	Negatif
Erna	21	Jelas	Negatif
Euis	21	Jelas	Negatif
Yuhana	21	Jelas	Negatif
Misliah	21	Jelas	Negatif
Ibu Elviatin	21	Jelas	Negatif
Mulyani	21	Jelas	Negatif
septiani	21	Jelas	Negatif
Ma'ani	21	Jelas	Negatif
Ritanur	21	Jelas	Negatif
Ety	21	Jelas	Negatif
mailinah	21	Jelas	Negatif
muji	21	Jelas	Negatif
Marliyah	21	Jelas	Negatif
sukisningsih	21	Jelas	Negatif
Marni	21	Jelas	Negatif
Neneng N	21	Jelas	Negatif
Siti Nurbaiti	21	Jelas	Negatif

Mursiyah	21	Jelas	Negatif
Dini Mariani	21	Jelas	Negatif
Darsinah	21	Jelas	Negatif
Siti Rohayati	21	Jelas	Negatif
SitiKomariah	21	Jelas	Negatif
Agustina	21	Jelas	Negatif
ine	21	Jelas	Negatif
umiasma	21	Jelas	Negatif
dewi	21	Jelas	Negatif
Irawati	21	Jelas	Negatif
Risma	21	Jelas	Negatif
Siti Yulis	21	Jelas	Negatif
neni nurhayani	22	Jelas	Negatif
susan	22	Jelas	Negatif
H Siti Juhriah	22	Jelas	Negatif
Harmingsih	22	Jelas	Negatif
Ninis Fauziah	22	Jelas	Negatif
Sunasih	22	Jelas	Negatif
Lina Aryana	22	Jelas	Negatif
samini	22	Jelas	Negatif
iis	22	Jelas	Negatif
sri hartati	22	Jelas	Negatif
Hartini	22	Jelas	Negatif
Uti	22	Jelas	Negatif
Nürmala	22	Jelas	Negatif
Hapsah	22	Jelas	Negatif
Tumiyem	22	Jelas	Negatif
Saodah	22	Jelas	Negatif
Ibu Vira	22	Jelas	Negatif
Laras	22	Jelas	Negatif
Nurhikmah	22	Jelas	Negatif
Iryanti S	22	Jelas	Negatif
Iin	22	Jelas	Negatif
Sumiyati	22	Jelas	Negatif
Dedah	22	Jelas	Negatif
Fita Sari	22	Jelas	Negatif
Rosmiyanti	22	Jelas	Negatif
Yulianti	22	Jelas	Negatif
Supriatina	22	Jelas	Negatif
Ratih	22	Jelas	Negatif
koloria gultom	22	Jelas	Negatif
erna	22	Jelas	Negatif
Haryati	22	Jelas	Negatif

Ibu Imah	22	Jelas	Negatif
Maryani	22	Jelas	99
Niin Anggraini	22	Jelas	Negatif
lina	22	Jelas	Negatif
harni	22	Jelas	Negatif
mariyam	22	Jelas	Negatif
ngademi	22	Jelas	Negatif
Martini	22	Jelas	Negatif
agustina	23	Jelas	Positif
nuning	23	Jelas	Negatif
Yeni Emelia	23	Jelas	Negatif
Nuryani	23	Jelas	Negatif
uci suhaeni	23	Jelas	Negatif
uci suhaeni	23	Jelas	Negatif
Tri	23	Jelas	Negatif
masitoh	23	Jelas	Negatif
sri wiji	23	Jelas	Negatif
yulia	23	Jelas	Negatif
sri ningsih	23	Jelas	Negatif
Nino	23	Jelas	Negatif
Sri Widiarsih	23	Jelas	Negatif
Sri Evayanti	23	Jelas	Negatif
Sofiawati	23	Jelas	Negatif
Asari	23	Jelas	Negatif
Heni Herlina	23	Jelas	Negatif
Henni Suryani	23	Jelas	Negatif
Iyah	23	Jelas	Negatif
sumarni	23	Jelas	Negatif
Tuti	23	Jelas	Negatif
Rissah	23	Jelas	Negatif
dyah	23	Jelas	Negatif
adriany M	23	Jelas	Negatif
yudy novida sayuto	23	Jelas	Negatif
Ibu Juju	23	Jelas	Negatif
Krisna	23	Jelas	Negatif
Susi Ratnasih	23	Jelas	Negatif
RA. Retno A	23	Jelas	Negatif
Siti Hindayani	23	Jelas	Negatif
dewi	23	Jelas	Negatif
santi fadillah	23	Jelas	Negatif
Helena Gandhi	23	Jelas	Negatif
Yayah Sobariyah	23	Jelas	Negatif
Mardianah	23	Jelas	Negatif

Hani	26	Jelas	Negatif
sriwidayati	21	.	Negatif
Eni	22	.	Negatif
Casinah H	22	.	Negatif
Suharti	22	.	Negatif
ningsih	23	.	Negatif
desma yulis	23	.	Positif
Rahayu	23	.	Negatif
wartini	23	Jelas	Negatif
fenty tuliana	24	Jelas	Negatif
Ika Rostika	24	Jelas	Negatif
Suryanti	24	Jelas	Negatif
Siti Rosana	24	Jelas	Negatif
nurlimah	24	Jelas	Negatif
devi	24	Jelas	Negatif
musliha	24	Jelas	Negatif
theresia	24	Jelas	Negatif
theresia	24	Jelas	Negatif
sofianah	24	Jelas	Negatif
sri rezki	24	Jelas	Negatif
widyaningtyas	24	Jelas	Negatif
leni herlina	24	Jelas	Negatif
ida	24	Jelas	Positif
marlina	24	Jelas	Negatif
Irawati	24	Jelas	Negatif
Mulyani	24	Jelas	Negatif
Sri Lestari	24	Jelas	Negatif
Rusminingsih	24	Jelas	Negatif
Eni	24	Jelas	Negatif
Mulyani	24	Jelas	Negatif
Hardaputri	24	Jelas	Negatif
irmaya	24	Jelas	Negatif
Pepriati	24	Jelas	Negatif
Faizah	24	Jelas	Negatif
Amsiyah	24	Jelas	Negatif
Sari	24	Jelas	Negatif
Dede Riski	24	Jelas	Negatif
jubelina	24	Jelas	Negatif
maesaroh	24	Jelas	Negatif
ulan	24	Jelas	Negatif
kartini	24	Jelas	Negatif
Arli	24	Jelas	Negatif
Resdalili Manik	24	Jelas	Negatif

hilda	24	Jelas	Negatif
Supriyati	24	Jelas	Negatif
Puji Astuti M	24	Jelas	Negatif
Tri Wahyuni	24	Jelas	Negatif
yulia arbay	25	Jelas	Negatif
henny	25	Jelas	Negatif
rusmiati	25	Jelas	Negatif
rostika	25	Jelas	Negatif
dewi	25	Jelas	Positif
sri ngatiati	25	Jelas	Negatif
feti stiawati	25	Jelas	Negatif
Febrina Harlin	25	Jelas	Negatif
Suryanti	25	Jelas	Negatif
Nunu Hardiana	25	Jelas	Negatif
Mariyam	25	Jelas	Negatif
Zazila	25	Jelas	Negatif
Hj Siti Zakiah	25	Jelas	Negatif
Sartini	25	Jelas	Negatif
Sri Erni Assri	25	Jelas	Negatif
Yuyut	25	Jelas	Negatif
endah	25	Jelas	Negatif
rahmawati	25	Jelas	Negatif
payparini	25	Jelas	Negatif
Casini	25	Jelas	Negatif
Mutiara	25	Jelas	Negatif
Tamimah	25	Jelas	Negatif
Marlinda	25	Jelas	Negatif
Hikmah	25	Jelas	Negatif
Diana	25	Jelas	Negatif
Nurjanah	25	Jelas	Negatif
Sunarti	25	Jelas	Negatif
Nina Triyana	25	Jelas	Negatif
Nurdiana	25	Jelas	Negatif
Sri Hariyati	25	Jelas	Negatif
Mutmainah	25	Jelas	Negatif
susi ratna	25	Jelas	Negatif
busfah herlis	25	Jelas	Negatif
ida	25	Jelas	Negatif
nurhalimah	25	Jelas	Negatif
kamti	25	Jelas	Negatif
leni	25	Jelas	Negatif
Suryani	25	Jelas	Negatif
juarti	25	Jelas	Negatif

Rukiyati	25	Jelas	Negatif
Imah	25	Jelas	Negatif
jekti Larasati	25	Jelas	Negatif
liz	26	Jelas	Negatif
aisah	26	Jelas	Negatif
fitria	26	Jelas	Negatif
melia	26	Jelas	Negatif
Asih	26	Jelas	Negatif
Siti Halimah	26	Jelas	Negatif
Erna	26	Jelas	Negatif
Ismah	26	Jelas	Negatif
Diajeng Wiwiek Nugroho	26	Jelas	Negatif
dahlia	26	Jelas	Negatif
Eva	26	Jelas	Negatif
Dina	26	Jelas	Negatif
Mesra P	26	Jelas	Negatif
Neni Suryani	26	Jelas	Negatif
entin	26	Jelas	Negatif
maryati	26	Jelas	Negatif
harliyati	26	Jelas	Negatif
Ratna	26	Jelas	Negatif
Ari	26	Jelas	Negatif
Hermawati	26	Jelas	Negatif
Tini	26	Jelas	Negatif
Suwandari	26	Jelas	Negatif
Dede a	26	Jelas	Negatif
Tien Martiaitin	27	Jelas	Negatif
Junah	27	Jelas	Negatif
Linda	27	Jelas	Negatif
rusmini	27	Jelas	Negatif
rusmani	27	Jelas	Negatif
dili	27	Jelas	Negatif
Aisyah	27	Jelas	Negatif
Suryani	27	Jelas	Negatif
Siti Daniyati	27	Jelas	Negatif
Juliharti	27	Jelas	Negatif
Nani	27	Jelas	Negatif
Asih	27	Jelas	Negatif
Winarni	27	Jelas	Negatif
Endang	27	Jelas	Negatif
weni	27	Jelas	Negatif
Santi	27	Jelas	Negatif

weni	27	Jelas	Negatif
medan	27	Jelas	Negatif
muli daya	28	Jelas	Negatif
marhanah	28	Jelas	Negatif
Neneng	28	Jelas	Negatif
tuminah	28	Jelas	Negatif
yuli yani	29	Jelas	Negatif
sujiem	29	Jelas	Negatif
weni	29	Jelas	Negatif
nining	29	Jelas	Negatif
Francina F M	29	Jelas	Negatif
Sumiati	29	Jelas	Negatif
Yati	29	Jelas	Negatif
Nina	29	Jelas	Negatif
Marni	29	Jelas	Negatif
Nanung	29	Jelas	Negatif
Lila	29	Jelas	Negatif
Ade Ecin	29	Jelas	Positif
nursila	29	Jelas	Negatif
syafrida	30	Jelas	Negatif
Sri Soeharti	30	Jelas	Negatif
Sufenti	30	Jelas	Negatif
Siti Fatimah	30	Jelas	Negatif
masitoh	30	Jelas	Negatif
Nurani	30	Jelas	Negatif
Turini	30	Jelas	Negatif
Siti Holifah	31	Jelas	Negatif
Nurjanah	31	Jelas	Negatif
Elita Sriwati	31	Jelas	Negatif
siti ubaiyah	31	Jelas	Negatif
Poniyati	31	Jelas	Negatif
Heranawati	32	Jelas	Negatif
Emi	32	Jelas	Negatif
Elvira	32	Jelas	Negatif
yuni	33	Jelas	Negatif
Murti	35	Jelas	Negatif
darwati	35	Jelas	Negatif
Maryani	37	Jelas	Negatif
Sumanah	37	Jelas	Negatif
Maria Christina	38	Jelas	Negatif
Katrina	40	Jelas	Negatif
Endang S	24	.	Negatif
Asniyatun	24	.	Negatif

ira darmawati	25	.	Negatif
Sumitri	25	.	Negatif
Tariyah	25	.	Negatif
Karjimah	25	.	Negatif
Siti Aisyah	27	.	Negatif
Titin	27	.	Negatif
Hanum	28	.	Negatif
retnodianti	28	.	Negatif
Siti chotimatul	28	.	Negatif
Yeni	29	.	Negatif
harni	30	.	Negatif
Desiana	32	.	Negatif
Narti	16	.	Negatif
Dedeh S	20	.	Negatif
Dini Wahyuni	20	.	Negatif
Siti Julaeha	20	.	Negatif
Lina	21	.	Negatif
Sulistiawati	21	.	Negatif
Jamzanati	25	.	Negatif
Siti Nuraeni	25	.	Negatif
Endah	28	.	Negatif
Yusiana	.	.	Negatif
Siti Mulyani	.	.	Negatif
Febrina	.	Tidak Tahu	Negatif
surinah	.	Jelas	Negatif
Ani	.	Jelas	Negatif
Sukismiyati	.	Jelas	Negatif
umi salamah	.	Jelas	Negatif
usnaer	.	Jelas	Negatif
sri nurningsih	.	Jelas	Negatif
usnaeri	.	Jelas	Negatif
sri nurningsih	.	Jelas	Negatif
Selmy	.	Jelas	Negatif
haesarah	.	Jelas	Negatif
dasih r	.	Jelas	Negatif
yuyun ayunah	.	Jelas	Positif
Tini Suprihatini	.	Jelas	Negatif
Farida Susanti	.	Jelas	Negatif
Nurbaiti	.	Jelas	Negatif
Ayu	.	Jelas	Negatif
Ponkiyem	.	Jelas	Negatif
Ucum Sumiyati	.	Jelas	Negatif
Olis	.	Jelas	Negatif

Fatimah	.	Jelas	Negatif
Erni	.	Jelas	Negatif
Lilis Kuswati	.	Jelas	Negatif
sriana	.	Jelas	Negatif
Ningsih	.	Jelas	Negatif
Warniti	.	Jelas	Negatif
Elly Tuti	.	Jelas	Negatif
Yuyu	.	Jelas	Negatif
Senni Ismawati	.	Jelas	Negatif
Jaidah	.	Jelas	Negatif
kardinah	.	Jelas	Negatif
nia sari	.	Jelas	Negatif
neneng	.	Jelas	Negatif
etty kusniati	.	Jelas	Negatif
sandra sari	.	.	Negatif
saripah	.	.	?

