



UNIVERSITAS INDONESIA

**KORELASI STADIUM DENGAN USIA PENDERITA KANKER
SERVIKS DI DEPARTEMEN PATOLOGI ANATOMI RSCM
TAHUN 2006**

SKRIPSI

DYAH TJINTYA SARIKA

0105000603

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA
JUNI 2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**KORELASI STADIUM DENGAN USIA PENDERITA KANKER
SERVIKS DI DEPARTEMEN PATOLOGI ANATOMI RSCM
TAHUN 2006**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana
kedokteran.

**DYAH TJINTYA SARIKA
0105000603**

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA
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 : Dyah Tjintya Sarika

NPM : 0105000603

Tanda tangan :

Tanggal :

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Dyah Tjintya Sarika
NPM : 0105000603
Program Studi : Pendidikan Dokteran Umum
Judul Skripsi : Korelasi Stadium dengan Usia penderita Kanker
Serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM
Tahun 2006

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Gatot Purwoto, Sp.OG ()
Penguji : Dr. Gatot Purwoto, Sp.OG ()
Penguji : Beti Ernawati Ssi Phd ()

Jakarta, 09 Juni 2009

KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penelitian *Korelasi Stadium dengan Usia Penderita Kanker Serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM Tahun 2006* ini dapat berjalan 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 penyelesaian laporan, serta kepada pihak-pihak lain baik secara langsung maupun tidak langsung terlibat di dalamnya, yaitu:

1. Bapak Dr. Gatot Purwoto Sp.OG selaku dosen pembimbing penelitian yang dengan sabar selalu membimbing, menutun, mengarahkan dan mendukung Penulis dalam proses penelitian dan pembuatan laporan penelitian. Segala saran dan masukan dari beliau sangatlah membantu Penulis.
2. Ibu Dr. Budiningsih yang telah membantu dan memberi masukan untuk penelitian Penulis.
3. Dr. dr. Saptawati MS. sebagai ketua modul Riset yang turut serta pula membimbing dan membantu dalam proses penelitian penulis.
4. Bapak Sambodo staf Departemen OBGYN subbagian onkologi Fakultas edokteran Universitas Indonesia yang membantu pengumpulan data.
5. Bapak Anton staf Departemen Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia yang membantu pengumpulan data.
6. Wahyu Budi Santosa dari angkatan 2005 yang telah memberikan ilmu tentang statistik dan membantu dalam pengolahan data
7. Seluruh staf dan suster poliklinik Onkologi RSCM yang telah membantu pengumpulan data.

8. Seluruh staf dan karyawan Departemen OBGYN Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia yang secara tidak langsung telah membantu proses kelancaran jalannya penelitian ini dari awal hingga akhir.
9. Seluruh staf dan karyawan Departemen Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia yang secara tidak langsung telah membantu proses kelancaran jalannya penelitian ini dari awal hingga akhir.
10. Kedua orang tua Penulis “Pak Ato dan Bubi “ yang telah membantu dalam pembuatan penelitian ini
11. Kakak penulis AdiKresna BL yang telah jua membantu pembuatan penelitian ini
12. Terry Atmadinata yang selalu sabar dan memberi semangat serta hiburan kepada Penulis dalam pembuatan penelitian ini
13. Sella, beler, rima yang selalu menghibur penulis di saat Penulis sedang buntu dalam membuat penelitian ini
14. Amanda Putri W yang selalu menyemangati Penulis dalam membuat penelitian ini.
15. Puput, nurul, anes, liya, mia, mayang yang juga membantu dan menyemangati dalam membuat penelitian ini.

Penulis berharap semoga selanjutnya penelitian *Jumlah Kasus Baru Ca Cervix Di Poliklinik ERIA RSCM Pada Tahun 2006* ini dapat berguna bagi banyak pihak, baik bagi masyarakat, kalangan peneliti, maupun dunia medis.

Jakarta 30 Mei 2009

(Penulis)

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Dyah Tjintya Sarika
NPM : 0105000603
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum
Fakultas : Kedokteran
Jenis karya : Skripsi

demikian 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: " Korelasi Stadium dengan Usia Penderita Kanker Serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM Tahun 2006 " 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 akademis tanpa perlu meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah ini menjadi tanggung jawab saya pribadi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Jakarta, 09 Juni 2009

Yang menyatakan,

Dyah Tjintya Sarika

ABSTRAK

Nama : Dyah Tjintya Sarika
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum
Judul : Korelasi Stadium dengan Usia Penderita Kanker Serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM Tahun 2006

Tujuan : Untuk mengetahui karakteristik penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM pada tahun 2006

Metode : Merupakan penelitian cross-sectional. Telah dilakukan evaluasi terhadap 554 penderita kanker serviks yang datang ke Departemen Patologi Anatomi. Namun hanya 465 orang yang memenuhi kriteria inklusi. Data yang dikumpulkan adalah usia, stadium dan gambaran histopatologi

Hasil : terdapat 465 kasus baru penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi pada tahun 2006 dengan rata-rata usia $49 \pm 8,708$ tahun. Usia termuda 30 tahun dan usia tertua 78 tahun. Jumlah penderita terbanyak berada pada rentang usia 45-49 tahun yaitu 103 orang. Penderita kanker serviks terbanyak didiagnosis pada stadium IIIB dan gambaran histopatologi terbanyak adalah karsinoma sel skuamosa.

Kesimpulan : terdapat korelasi lemah antara usia dengan stadium pada penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM Jakarta tahun 2006

Kata kunci : kanker serviks, stadium kanker serviks, karsinoma sel skuamosa

ABSTRACT

Name : Dyah Tjintya Sarika
Study Programme : General Medicine
Title : Correlation of Stadium and Age in Cervical Cancer patients in Pathology Anatomy Department Cipto Mangunkusumo hospital in 2006

Purpose : To know the characteristic of cervical cancer patients in Pathology Anatomy Department Cipto Mangunkusumo hospital

Method : Cross-sectional study. 554 cervical cancer patients was evaluated in Pathology Anatomy Department Cipto Mangunkusumo hospital but only 465 patients who are included in this study. Data which are collected are age, stadium, and histopathology findings

Result : There are 465 new cases of cervical cancer in Pathology Anatomy Department Cipto Mangunkusumo hospital in 2006 with mean age $49 \pm 8,708$ years old. The youngest age is 30 years old and the oldest age is 78 years old. The greatest number of the cervical cancer cases are between 45 and 49 years old. Stadium IIIB is found very commonly in cervical cancer patients and the most often of histopathology findings are carcinoma cell squamosa

Conclusion : There are weak correlation of stadium and age in cervical cancer patients in Pathology Anatomy Department Cipto Mangunkusumo hospital in 2006

Keywords : Cervical cancer, stadium of cervical cancer, carcinoma cell squamosa

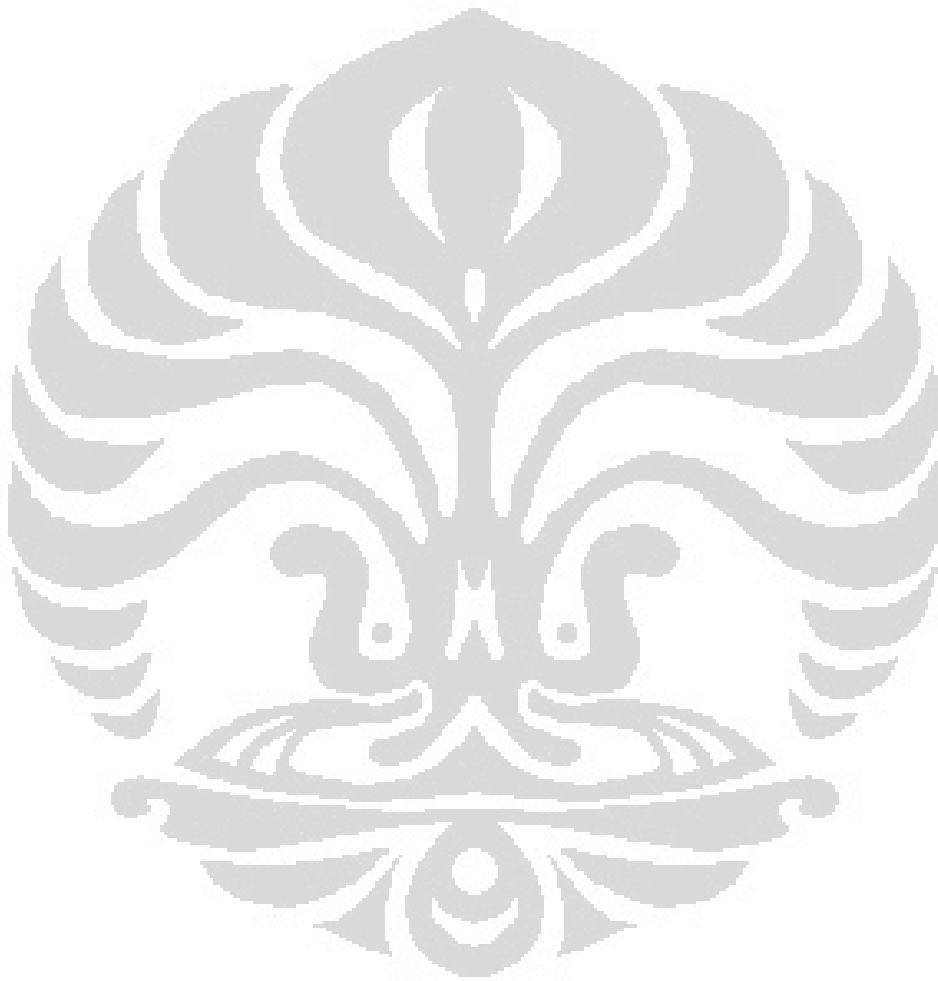
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1.PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Hipotesis	3
1.4. Tujuan Penelitian.....	3
1.4.1. Tujuan Umum	3
1.4.2. Tujuan Khusus	3
1.5. Hipotesis	3
1.6. Manfaat Penelitian.....	3
1.6.1. Penulis.....	3
1.6.2. Masyarakat.....	4
1.6.3. Dunia kedokteran.....	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1. Definisi.....	5
2.2. Natural History.....	5
2.3. Histopatologi	8
2.4. Kriteria klasifikasi TNM FIGO.....	9
2.5. Program skrining.....	11
2.6. Terapi	13
2.6.1. Bedah	13
2.6.2. Radiasi.....	14
2.6.3. Kemoterapi.....	14
2.6.4. Pengobatan menurut stadium.....	14
2.7. Kerangka konsep.....	17
BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN.....	18
3.1. Desain Penelitian.....	18
3.2. Tempat dan Waktu Penelitian.....	18
3.3. Populasi Penelitian.....	18
3.3.1. Populasi Target	18
3.3.2. Populasi Terjangkau.....	18
3.4. Sampel.....	18

3.4.1. Penghitungan besar sampel	18
3.4.2. Metode pengambilan sampel	19
3.5. Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	19
3.5.1. Kriteria Inklusi	19
3.5.2. Kriteria Eksklusi	19
3.6. Cara Kerja	19
3.7. Identifikasi Variabel	20
3.8. Rencana Pengolahan dan manajemen Data	20
3.9. Alur penelitian	21
3.10. Definisi Operasional	21
BAB 4. HASIL	22
4.1. Pengambilan data	22
4.2. Karakteristik responden	22
4.3 Hasil penelitian	22
4.3.1 Jumlah kasus baru	22
4.3.2 Karakteristik penderita kanker	22
4.3.3 Korelasi stadium dengan usia penderita kanker serviks	25
BAB 5. PEMBAHASAN	27
5.1. Jumlah kasus baru.....	27
5.2. Karakteristik penderita kanker.....	27
5.3. Korelasi stadium dengan usia penderita kanker serviks.....	31
BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN.....	36
6.1. Kesimpulan	36
6.2. Saran.....	36
LAMPIRAN.....	41
DAFTAR PUSTAKA	37

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Klasifikasi TNM FIGO	9
Tabel 4.1 Sebaran karakteristik penderita kanker serviks.....	23



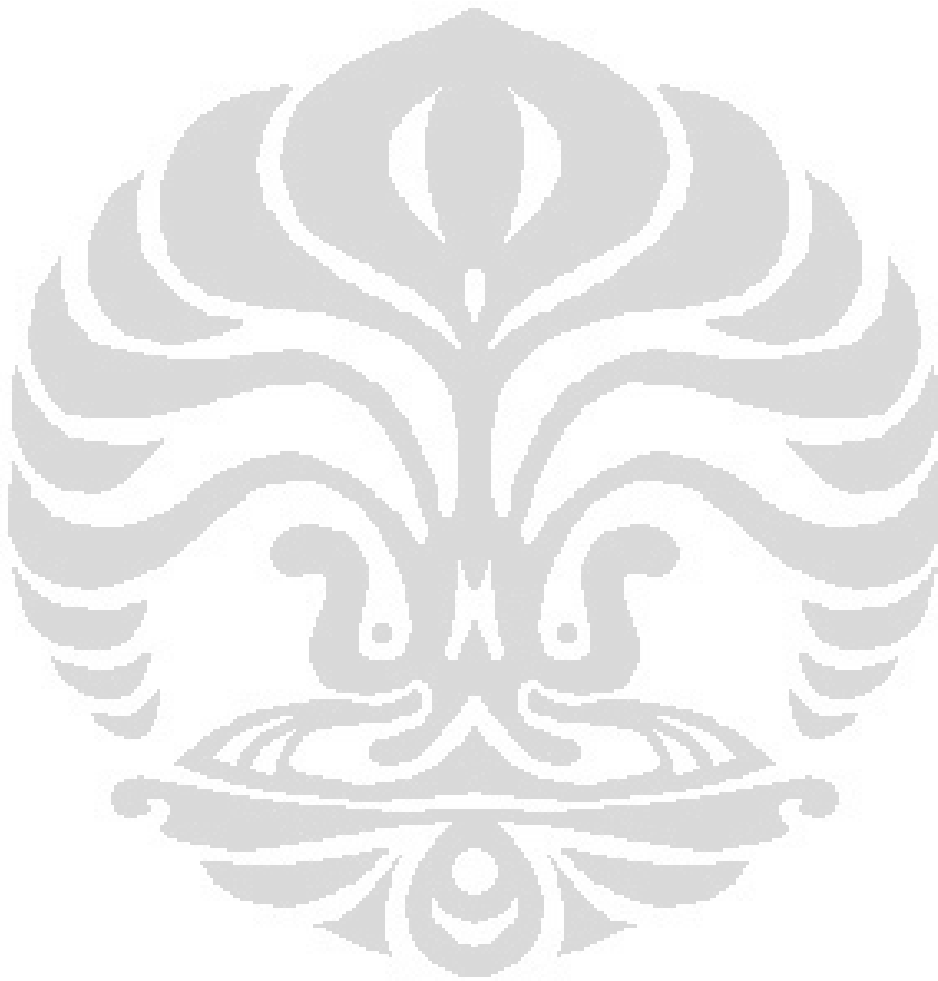
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Progresi dari infeksi HPV menjadi kanker serviks yang invasif	6
Gambar 2.2 Natural History Kanker Serviks	7
Gambar 2.3 Stadium kanker serviks.....	11
Gambar 4.1. Distribusi Stadium berdasarkan Kelompok Usia.....	25
Gambar 4.2. Grafik Korelasi Usia dengan stadium	26
Gambar 5.1. Jumlah kasus baru berdasarkan usia penderita kanker serviks di UK tahun 2006	28



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Daftar Pasien Responden	41
Lampiran 2. Hasil analisis korelasi usia dengan stadium.....	54
Lampiran 3. Tabel Distribusi Stadium berdasarkan Kelompok Usia	55



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kanker serviks merupakan kanker tersering kedua di dunia pada wanita. Setiap tahunnya, 230,000 perempuan meninggal akibat kanker serviks dan 190,000 kasus berasal dari negara berkembang.¹ Kanker serviks juga merupakan kanker yang paling banyak menyebabkan kematian pada wanita di dunia. Di United Kingdom terdapat sekitar 2800 kasus baru dan 1100 kematian tiap tahun sementara di Amerika Serikat terdapat 10.000 kasus baru dan 3700 kematian tiap tahun. Setiap 2 menit ada penderita kanker serviks yang meninggal di dunia. Kanker serviks tidak hanya mengenai wanita usia tua, namun saat ini menjadi kanker tersering kedua pada wanita di bawah usia 45 tahun. Lebih dari 80% kanker serviks berasal dari negara berkembang. Di Zambia misalnya terdapat 63 wanita kanker serviks tiap 100.000 penduduk dibandingkan dengan Australia yang hanya 7 wanita tiap 100.000 penduduk.²

Di Asia Tenggara, pada tahun 2002 terdapat 42.500 kasus baru. Di Indonesia kasus baru sebanyak 3256 pada tahun 2000. Data tersebut diperkirakan bukan angka yang sebenarnya karena penelitian tidak dilakukan di seluruh pusat pelayanan kesehatan.³ Menurut data tahun 2000 Kanker serviks merupakan kanker tersering di Indonesia, yaitu sekitar 28% dari seluruh kanker perempuan dan 18% dari seluruh kanker di Indonesia.³

Kanker serviks dapat terjadi pada semua umur mulai dari dekade ke-2 kehidupan. Insidens puncak pada usia 45-54 tahun untuk kanker invasif dan 30 tahun untuk lesi prekanker.⁴ Di Indonesia puncak insidens kanker serviks terjadi pada usia 35-54 tahun.³ Usia ditemukannya kanker serviks semakin menurun diperkirakan karena aktivitas seksual yang terjadi lebih awal dan program skrining aktif sehingga dapat mendeteksi lesi prekanker lebih awal.⁴

Penyebab utama kanker serviks adalah infeksi virus HPV yaitu infeksi menular seksual yang paling sering dengan prevalensi sekitar 19-46%. Prevalensi infeksi HPV menurun dengan meningkatnya usia, namun infeksi yang persisten setelah usia 30 tahun berhubungan dengan tipe HPV yang onkogenik. Tipe HPV

yang onkogenik adalah HPV 16 dan 18. Tipe HPV tersebut dapat mempersingkat jangka waktu antara infeksi dan terjadinya neoplasia dari hitungan tahun menjadi hitungan bulan. Tipe HPV yang agresif itu juga dapat melewati stadium progresivitas sehingga lesi kanker yang invasif dapat muncul tiba-tiba, sehingga pada perempuan yang lebih tua, risiko displasia dan kanker meningkat dengan stadium yang lanjut.⁵

Seringkali kanker yang ditemukan telah mencapai stadium lanjut pada saat diagnosis diasumsikan karena penderita terlambat ke dokter atau keterlambatan dalam penegakan diagnosis. Pada penelitian Schwartz et al⁶ ditemukan bahwa setengah dari perempuan dengan kanker serviks belum pernah menjalani Pap smear dan penderita dengan kanker stadium lanjut biasanya baru mencari pertolongan medis setelah mengeluarkan sekret, perdarahan per vaginam atau rasa nyeri yang tidak dapat dihindari lagi. Dalam penelitian itu ditemukan juga sekelompok perempuan muda yang menjalani Pap smear secara teratur namun masih mengalami kanker serviks kurang dari setahun setelah pemeriksaan Pap smear yang normal.

Symonds et al⁷ mengajukan bahwa progresi kanker serviks lebih dipengaruhi oleh sifat biologis dari tumor itu sendiri daripada oleh keterlambatan diagnosis. Kanker yang berada pada stadium lanjut mempunyai tingkat proliferasi yang lebih cepat dan waktu pembelahan yang lebih singkat sehingga berkembang lebih cepat.

Kanker serviks yang sangat progresif terutama terjadi pada perempuan berusia lebih tua, namun penelitian yang baru melaporkan bahwa perempuan berusia lebih muda mempunyai kecenderungan untuk mengalami kanker tipe progresif.⁷

Diagnosis stadium lanjut sering diidentifikasi sebagai penyebab utama peningkatan morbiditas dan mortalitas. Hal itu merupakan hasil interaksi beberapa faktor seperti tidak adanya standar skrining, diagnosis dan terapi serta faktor-faktor lain yang belum sepenuhnya diteliti.⁵

Dengan metode terapi sekarang *5-year survival rate* pada stadium IA adalah 95%, stadium IB 80-90%, stadium II 75%, dan pada stadium III ke atas

angka ini menurun sampai kurang dari 50%. Penderita dengan diagnosis stadium IV menurun sampai 5,7% dan cenderung memiliki komplikasi perdarahan, anemia, dan radioterapi.⁴

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diurai diatas, maka rumusan masalah yang dapat diambil adalah

1. Berapa jumlah kasus baru kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM pada tahun 2006?
2. Bagaimana karakteristik penderita kanker serviks berdasarkan usia, stadium, dan gambaran histopatologi di Departemen Patologi Anatomi RSCM pada tahun 2006?
3. Apakah terdapat korelasi stadium dengan usia penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM pada tahun 2006 ?

1.3. Hipotesis

Terdapat korelasi antara stadium pada saat didiagnosis dengan usia penderita kanker serviks

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Mengetahui karakteristik penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM pada tahun 2006 dalam upaya mendapatkan data dasar untuk program pencegahan

1.4.2. Tujuan Khusus

4. Mengetahui jumlah kasus baru kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM pada tahun 2006

5. Mengetahui usia, stadium, dan gambaran histopatologi penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM pada tahun 2006
6. Mengetahui korelasi stadium dengan usia penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM pada tahun 2006

1.5. Manfaat Penelitian

- **Bagi penulis**

1. Memperoleh pengalaman belajar dan pengetahuan dalam melakukan penelitian
2. Mengamalkan ilmu pengetahuan yang telah diperoleh melalui proses perkuliahan dan diskusi
3. Mengembangkan minat dan kemampuan dalam bidang penelitian

- **Bagi masyarakat**

1. Sebagai referensi bagi masyarakat untuk mengenali stadium awal dari kanker serviks sehingga terapi dapat segera dilakukan dan hal ini berhubungan erat dengan *survival rate*.
2. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

- **Bagi dunia kedokteran**

Memberikan informasi mengenai jumlah kasus baru penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM pada tahun 2006

Memberikan informasi mengenai stadium dan usia penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM pada tahun 2006

Memberikan informasi mengenai korelasi stadium dengan usia penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM pada tahun 2006

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi

Karsinoma serviks merupakan kanker kedua tersering di dunia dan pertama di Indonesia.^{1,3} Gambaran histologik tersering dari karsinoma serviks adalah tipe sel skuamosa.¹ Hampir seluruh kanker serviks didahului lesi prekanker atau *Cervical Intraepithelial Neoplasia*. Infeksi kronik *human papilloma virus* (HPV) berperan penting pada perkembangan karsinoma serviks.²

Serviks terletak pada sepertiga bawah uterus dan terproyeksi melalui bagian atas dinding vagina dan terhubung dengan vagina melalui ostium uteri eksternum.⁸ Secara histologik permukaan serviks dilapisi epitel kolumnar pada proksimal dan epitel gepeng tanpa keratin pada bagian distalnya.⁹ Zona transformasi antara kedua jenis epitel tersebut merupakan daerah kebanyakan karsinoma serviks dan lesi prekursorinya berasal.¹

2.2 Natural History

Data epidemiologi memperlihatkan keterlibatan banyak agen transmisi seksual yang berperan penting dalam patogenesis kanker serviks, yang sekarang ditetapkan adalah Human Papiloma Virus (HPV). HPV sekarang benar-benar dipertimbangkan sebagai agen terpenting dalam onkogenesis dari serviks.⁹

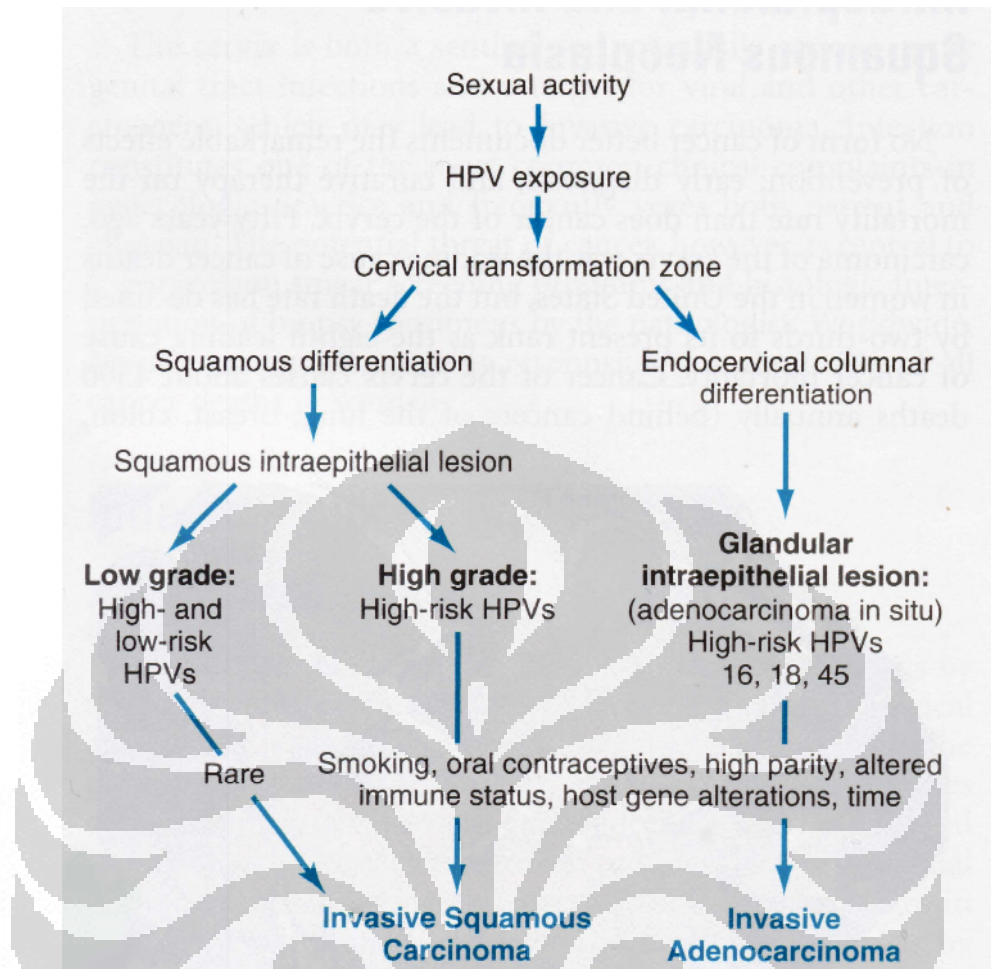
Virus ini merupakan penyebab dari *condyloma acuminatum* pada vulva dan sudah pernah diisolasi dari KSS vulva dan vagina. HPV juga diduga sebagai agen onkogenik pada KSS dan lesi proliferasi lain pada kulit dan membran mukosa. Selain infeksi HPV ada beberapa faktor risiko yang semuanya berhubungan dengan interaksi kompleks dari virus dan host, yaitu:

1. Usia yang terlalu muda ketika melakukan *intercourse* pertama,
2. Partner seksual multipel
3. Banyak melahirkan

4. Defisiensi vitamin A, C, atau E,
5. Memiliki pasangan yang banyak pasangan,
6. Kerusakan sistem imun
7. Infeksi tetap dari HPV risiko tinggi, terutama konsentrasi tinggi
8. Terpapar dengan kontrasepsi oral dan nikotin, dan
9. Terpapar infeksi menular seksual

DNA HPV dari 12 tipe HPV yang berbeda dideteksi pada 96% spesimen. Tiga tipe yang paling sering adalah tipe 16 (44%), 18 (39%), dan 53 (14%). Pada 14% spesimen, ada tipe HPV lebih dari satu. Tipe HPV yang lebih dari satu ini secara signifikan lebih sering terjadi pada karsinoma adenoskuamosa dibandingkan dengan karsinoma sel skuamosa maupun adenokarsinoma. Distribusi jenis HPV di Indonesia sedikit berbeda dari negara lain dalam hal predominansi dari HPV tipe 18.⁸

Gambar 2.1. Progresi dari infeksi HPV menjadi kanker serviks yang invasif⁸



Gambar 2.2 *Natural history* Kanker Serviks⁹

Setelah seorang perempuan terinfeksi HPV, dapat terjadi suatu pertumbuhan sel abnormal sehingga dapat terjadi suatu keganasan. Kebanyakan sel yang abnormal akan regresi dan tidak berlanjut, terutama bila infeksi terjadi pada perempuan di bawah usia 35 tahun. Jika abnormalitas itu bertahan dan menetap dalam jangka waktu lama, sel-sel yang abnormal tersebut dapat berkembang menjadi sel kanker.

Sel yang bentuk dan ukurannya menjadi abnormal mulai muncul ke permukaan serviks dan bereplikasi, hal ini disebut displasia. Displasia dari serviks biasanya merupakan tahap pertama dari terjadinya kanker, namun tidak semua perempuan dengan displasia serviks berkembang menjadi kanker. Sel yang displastik ini berbentuk seperti sel kanker, namun tidak dianggap ganas karena masih menetap di permukaan serviks dan tidak menginvasi jaringan yang sehat.

Keadaan ini disebut sebagai keadaan prakanker.

Keadaan prakanker ini diklasifikasikan menjadi tiga:

1. CIN I: displasia ringan dimana sel abnormal terbatas pada sepertiga luar lapisan permukaan yang melapisi serviks. Termasuk didalamnya adalah perubahan sel yang disebabkan oleh virus HPV. Keadaan ini umum terjadi pada usia muda dan paling sering muncul pada usia 25-35 tahun.
2. CIN II: displasia sedang dimana sel abnormal menempati setengah dari lapisan permukaan serviks
3. CIN III: displasia berat dimana keseluruhan lapisan epitel tersusun oleh sel abnormal namun belum menyebar ke bawah permukaan, kategori ini disebut juga karsinoma in situ. Keadaan ini paling sering terjadi pada perempuan usia 30-40 tahun.

Tanpa terapi yang tepat sel yang displasia berat akan menembus lapisan yang lebih dalam dari serviks dan menyebar ke organ lain. Perkembangan dari infeksi HPV untuk menjadi kanker serviks dapat memakan waktu bertahun-tahun, namun dapat juga terjadi dalam hitungan bulan.

2.3 Histopatologi

Suatu kasus baru dapat dikatakan sebagai karsinoma serviks bila pertumbuhan primernya memang terjadi di serviks. Ini termasuk semua tipe histologiknya. Grading dengan berbagai metode lebih baik dilakukan, tapi tidak digunakan sebagai basis untuk memodifikasi pengelompokkan berdasar staging. Jika operasi adalah terapi primer, penemuan histologik dapat memberikan staging patologik pada kasus yang bersangkutan. Pada situasi ini, nomenklatur TNM dapat digunakan.

Klasifikasi berdasar histopatologi⁹

1. *Cervical Intra-epithelial Neoplasia* (CIN) grade III

2. Karsinoma sel skuamosa in situ
3. Karsinoma sel skuamosa
 - a. Berkeratin
 - b. Tidak berkeratin
 - c. Verukosa
4. Adenokarsinoma in situ
5. Adenokarsinoma ini situ tipe endocervical
6. Adenokarsinoma endometrioid
7. *Clear cell* adenokarsinoma
8. Karsinoma adenoskuamosa
9. Karsinoma kistik adenoid
10. *Small cell carcinoma*
11. Karsinoma tidak berdiferensiasi

Grading Histopatologi

1. GX: Grade tidak dapat dinilai
2. G1 : Diferensiasi baik
3. G2 : Diferensiasi sedang
4. G3 : Diferensiasi kurang

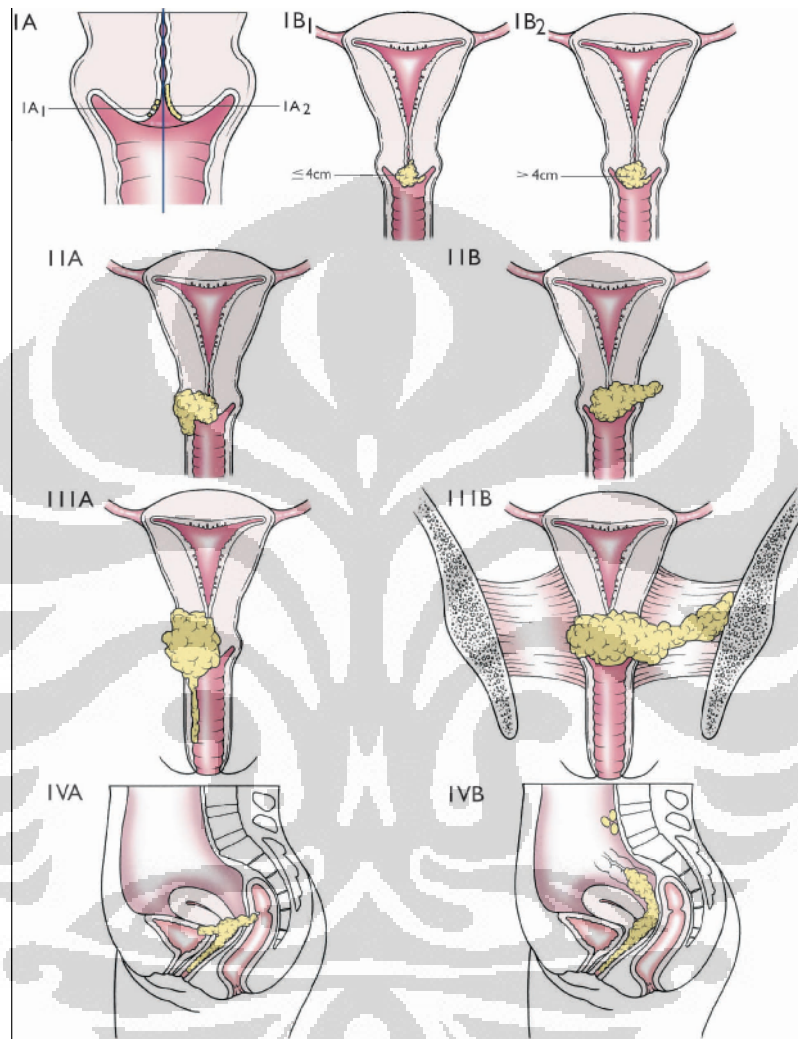
2.4. Kriteria Klasifikasi TNM FIGO

Tabel 2.1. Kriteria Klasifikasi TNM FIGO ¹

TNM FIGO	
TX	Tumor primer tidak dapat dinilai
T0	Tidak ditemukan adanya tumor primer
TIS	0 Karsinoma in situ (kanker pra invasif)
T1	I Karsinoma serviks hanya ditemukan di uterus (hanya terbatas korpus)

T1a	IA	Kanker invasive hanya dapat diidentifikasi secara mikroskopis. Semua lesi yang dapat dinilai secara makro dimasukkan ke T1b/IB
T1a1	IA1	Invasi stromal sedalam kurang dari 3 mm dan lebar kurang dari 7 mm
T1a2	IA2	Invasi ke stroma di antara 3-5 mm dengan penyebaran horizontal kurang dari 7 mm
T1b	IB	Lesi klinis yang masih di serviks atau lesi mikroskopik yang lebih besar dari T1a2/IA2
T1b1	IB1	Lesi klinis tidak lebih besar dari 4 cm
T1b2	IB2	Lesi klinis lebih besar dari 4 cm
T2	II	Tumor telah menginvasi melewati uterus tapi tidak sampai ke dinding pelvis atau sepertiga bawah vagina
T2a	IIA	Tanpa invasi perimetrial
T2b	IIB	Dengan invasi perimetrial
T3	III	Tumor meluas sampai ke dinding pelvis dan/atau menncapai sepertiga bawah dinding vagina dan atau menyebabkan hidronefrosis atau ginjal menjadi tidak berfungsi
T3a	IIIA	Tumor mencapai sepertiga bawah vagina namun tanpa ekstensi ke dinding pelvis
T3b	IIIB	Tumor mencapai dinding pelvis dan atau menyebabkan hidronefrosis atau ginjal tidak berfungsi
T4	IVA	Tumor menginvasi mukosa dari kandung kemih atau rectum dan atau melewati pelvis

M1 IVB Metastasis jauh



Gambar 2.3 Stadium Kanker Serviks¹⁰

2.5 Program skrining

Sejak tahun 1940 mulai dikenal, Pap smear adalah metode standar untuk skrining dari kanker servis. Pap smear adalah suatu pemeriksaan dimana contoh dari sel epitel serviks diambil untuk kemudian diperiksa secara mikroskopik apakah ada sel yang abnormal.¹¹

Kanker serviks biasanya berkembang perlahan dalam periode beberapa tahun. Pada tahap awal atau tahap prekanker, biasanya penderita tidak menunjukkan gejala. Hal ini dapat membuat penderita didiagnosis terlambat sehingga perlu dilakukan suatu program skrining berupa Pap smear untuk mendeteksi penderita yang telah mengalami perubahan selular pada serviksnya sehingga dapat dilakukan tindakan untuk mencegah progresi lesi prekanker tersebut menjadi kanker.

Walaupun tingkat negatif palsu dari Pap smear pada populasi umum mencapai sekitar 20-45%, skrining yang dilakukan setiap tahun dapat menurunkan angka tersebut. *The American College of Obstetrician and Gynecologists, the American Academy of Family Physician* dan *US Preventive Services Task Force* merekomendasikan bahwa semua perempuan yang telah melakukan hubungan seksual atau berusia lebih dari 18 tahun untuk melakukan Pap smear karena ditemukan bukti kuat bahwa skrining dengan Pap smear dapat menurunkan angka kejadian dari kanker serviks.¹²

Pada populasi yang tidak diskriking dengan benar, seperti perempuan berusia lebih dari 65 tahun, Hispanic, perempuan Afrika Amerika, dan perempuan yang tidak rutin melakukan skrining, merupakan 25% dari angka kanker serviks dan 41% dari kematian karena penyakit tersebut. Sekitar 60% perempuan yang didiagnosis mengalami kanker serviks ditemukan belum pernah menjalani skrining sama sekali.¹²

Pap smear yang menunjukkan kemungkinan adanya kelainan yang invasif harus dievaluasi lebih lanjut dengan kolposkopi, biopsi yang dipandu kolposkopi dan kuret endoservikal. Kolposkopi akan memberikan visualisasi serviks sehingga dapat dilakukan biopsi dari daerah yang abnormal.¹²

Selain Pap smear, ada beberapa teknik skrining lainnya yang bisa menjadi alternatif. Strategi skrining yang telah dijelaskan di atas mungkin tidak efektif secara ekonomi jika diaplikasikan secara luas pada negara berkembang ataupun negara miskin, walaupun pemeriksaan sitologi dengan Pap smear merupakan standar baku emas. Karena itu diperlukan cara skrining yang rendah biayanya dan

mudah dilakukan sehingga dapat dilakukan oleh semua tenaga medis, termasuk yang berdomisili di area terpencil.¹³

Salah satu cara yang murah dan mudah adalah inspeksi serviks dengan asam asetat. Teknik ini sangat sederhana, yaitu mengaplikasikan asam asetat pada serviks dan kemudian dilakukan inspeksi serviks. Setelah melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik, serviks diinspeksi dengan spekulum dan larutan asam asetat 4% akan diaplikasikan dan kelebihan akan diaspirasi dari fornix posterior. Serviks kemudian diinspeksi setelah 2 menit. Lesi yang berwarna putih akan dinyatakan sebagai IVA positif. Jika batasnya tegas lesi dianggap derajat rendah dan bila batasnya tajam lesi dianggap berderajat tinggi. Penelitian telah menunjukkan bahwa teknik ini cukup sensitif, efektif dan dapat dipercaya sebagai alternatif dari Pap smear, terutama pada keadaan dengan sumber daya yang kurang.¹³

2.6 Terapi

Ada 3 terapi standard yang digunakan dalam pengobatan kanker serviks antara lain¹⁴

A. Pembedahan

Prosedur-prosedur pembedahan yang digunakan adalah :

- *Conization* : Mengangkat jaringan *cone-shaped piece* dari serviks dan kanal servikal. Jaringan tersebut kemudian dilihat dibawah mikroskop oleh ahli Patologi Anatomi. Jadi cara ini selain untuk pengobatan, dapat juga digunakan untuk diagnosis berdasarkan sel kanker yang terlihat di bawah mikroskop. Prosedur ini dapat juga disebut *a cone biopsy*.
- *Total hysterectomy* : pembedahan dengan cara mengangkat uterus termasuk serviks. Jika uterus dan serviks dikeluarkan melalui vagina, operasinya disebut *vaginal hysterectomy*. Jika uterus dan serviks dikeluarkan melalui sayatan luas pada daerah abdomen, operasi disebut *abdominal hysterectomy*. Jika uterus dan serviks dikeluarkan

melalui sayatan kecil pada daerah abdomen dengan menggunakan alat laparoskopi, operasi disebut *laparoscopic hysterectomy*.

- *Bilateral salpingo-oophorectomy* : pembedahan dengan cara mengangkat kedua ovarium dan kedua tuba fallopi
- *Radical hysterectomy* : pembedahan dengan cara mengangkat uterus, serviks dan sebagian dari vagina. Ovarium, tuba fallopi atau sebagian kelenjar limfe juga dapat diangkat.
- *Pelvic exenteration* : pembedahan dengan cara mengangkat kolon bagian bawah, rektum, dan kandung kemih. Pada perempuan, bagian serviks, vagina, ovarium, dan kelenjar limfe juga ikut diangkat. Dibuat saluran urin dan tinja buatan (stoma) untuk mengeluarkan urin dan tinja dari tubuh ke kantung penampungan. *Plastic surgery* juga dibutuhkan untuk membuat vagina buatan setelah operasi ini dilakukan.
- *Cryosurgery* : pengobatan dengan cara mendinginkan dan menghancurkan jaringan abnormal seperti pada karsinoma in-situ. Pengobatan disebut juga cryotherapy
- *Laser surgery* : Pengobatan dengan menggunakan sinar laser untuk mengangkat jaringan atau tumor.
- *Loop electrosurgical excision procedure (LEEP)* : Pengobatan dengan menggunakan listrik untuk mengangkat tumor atau jaringan

B. Terapi radiasi

Terapi radiasi digunakan sebagai pengobatan kanker dengan sinar X berenergi tinggi atau tipe radiasi lain untuk membunuh sel kanker atau mencegah pertumbuhan. Ada 2 tipe terapi radiasi. Pada terapi radiasi eksternal, sinar radiasi tidak langsung mengenai kanker (di luar tubuh) sedangkan terapi radiasi internal, sinar radiasi langsung mengenai kanker melalui kateter, dan jarum.

C. Kemoterapi

Pengobatan kanker dengan menggunakan obat untuk menghentikan pertumbuhan sel kanker dengan cara membunuh sel kanker atau menghentikan pembelahan sel-sel kanker. Obat masuk ke dalam tubuh

dapat melalui oral atau injeksi vena ataupun otot, obat-obat tersebut masuk ke dalam sirkulasi pembuluh darah dahulu dan kemudian mencapai sel kanker. Disebut juga *systemic chemotherapy*.

Pengobatan kanker serviks menurut Stadium ¹⁵

Stadium 0 (karsinoma in situ)

- *Loop electrosurgical excision procedure (LEEP)*.
- *Laser surgery*.
- *Conization*.
- *Cryosurgery*.
- *Total hysterectomy* untuk perempuan yang tidak berencana memiliki anak lagi.
- *Internal radiation* untuk perempuan yang tidak dapat menjalani prosedur bedah

Stadium I

Stadium IA

- *Total hysterectomy*
- *Conization*.
- *Radical hysterectomy*
- Radiasi Internal

Stadium IB

- Kombinasi radiasi internal dan eksternal
- *Radical hysterectomy* dan pengangkatan nodus limfe.
- *Radical hysterectomy* dan pengangkatan nodus limfe diikuti dengan terapi radiasi dan kemoterapi
- Radiasi dan kemoterapi

Stadium II

Stadium IIA

- Kombinasi radiasi internal dan eksternal
- *Radical hysterectomy* dan pengangkatan nodus limfe.
- Radical hysterectomy dan pengangkatan nodus limfe diikuti dengan terapi radiasi dan kemoterapi
- Radiasi dan kemoterapi

Stadium II B

Terapi radiasi internal dan eksternal dikombinasi dengan kemoterapi

Stadium III

Terapi radiasi internal dan eksternal dikombinasi dengan kemoterapi

Stadium IV

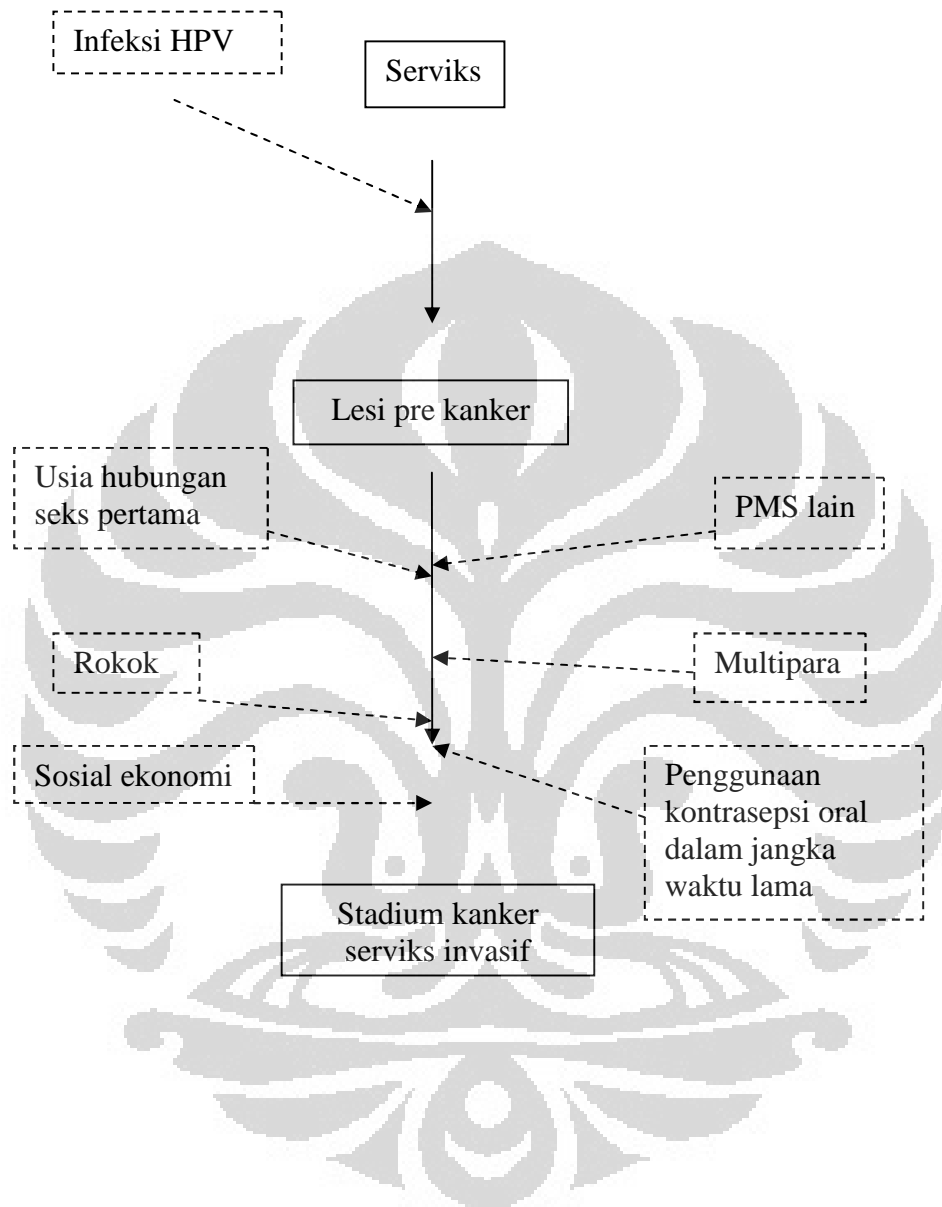
Stadium IVA

Terapi radiasi internal dan eksternal dikombinasi dengan kemoterapi

Stadium IV B

- Terapi radiasi sebagai terapi paliatif untuk mengurangi gejala yang disebabkan oleh kanker dan meningkatkan kualitas hidup
- Kemoterapi

2.7 Kerangka Konsep



BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini merupakan desain penelitian cross-sectional atau uji potong lintang untuk mengetahui korelasi stadium dengan usia penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM pada tahun 2006.

3.2. Tempat dan Waktu Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Departemen Patologi Anatomi RSCM pada bulan Maret-Mei 2009.

3.3. Populasi Penelitian

3.3.1. Populasi Target : Penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM

3.3.2. Populasi Terjangkau : Penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM yang datang pada tahun 2006 dan memenuhi kriteria inklusi serta eksklusi

3.4. Sampel

3.4.1. Penghitungan besar sampel

$$n = \frac{Z^2 P.Q}{d^2}$$

n : jumlah subjek penelitian

: angka kepercayaan, pada penelitian ini dipakai 0,05

Z : tingkat batas kepercayaan, pada = 0,5% dari tabel distribusi didapatkan

Z pada kurva normal= 1,96

P : proporsi variabel yang ingin diteliti, dalam penelitian ini nilai p yang digunakan adalah 50%

Q : 100% - P

L : tolerable degree of error, 5%

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{(0,05)^2} = 384$$

Jadi, jumlah subyek yang diperlukan dalam penelitian ini adalah 384

3.4.2. Metode pengambilan sampel

Metode pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Consecutive sampling*.

3.5. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.5.1. Kriteria inklusi :

1. Penderita didiagnosis kanker serviks secara klinis dan histopatologis di laboratorium Departemen Patologi Anatomi RSCM pada tahun 2006
2. Data usia dan stadium penderita lengkap

3.5.2. Kriteria eksklusi :

1. Penderita dengan *pre cancer lesion*
2. Penderita dengan kanker residif yang sudah menjalani terapi untuk kanker serviks sebelumnya

3.6. Cara Kerja

1. Peneliti akan mengumpulkan data penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM pada tahun 2006
2. Subjek penelitian yang digunakan adalah data yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak memenuhi kriteria eksklusi
3. Data tersebut kemudian akan diolah menggunakan program SPSS.
4. Hasil pengolahan data dengan SPSS kemudian dianalisis dan ditulis dalam bentuk laporan penelitian

3.7. Identifikasi Variabel

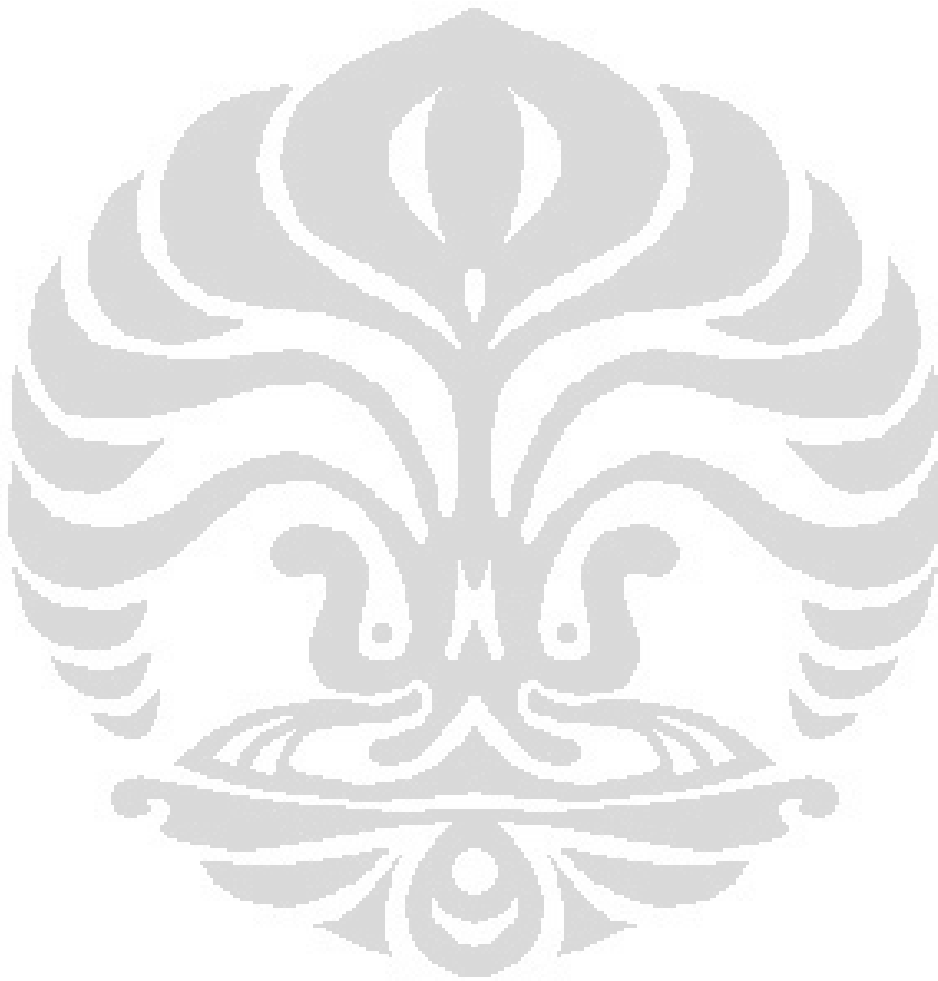
Variabel bebas: usia

Variabel terikat: stadium

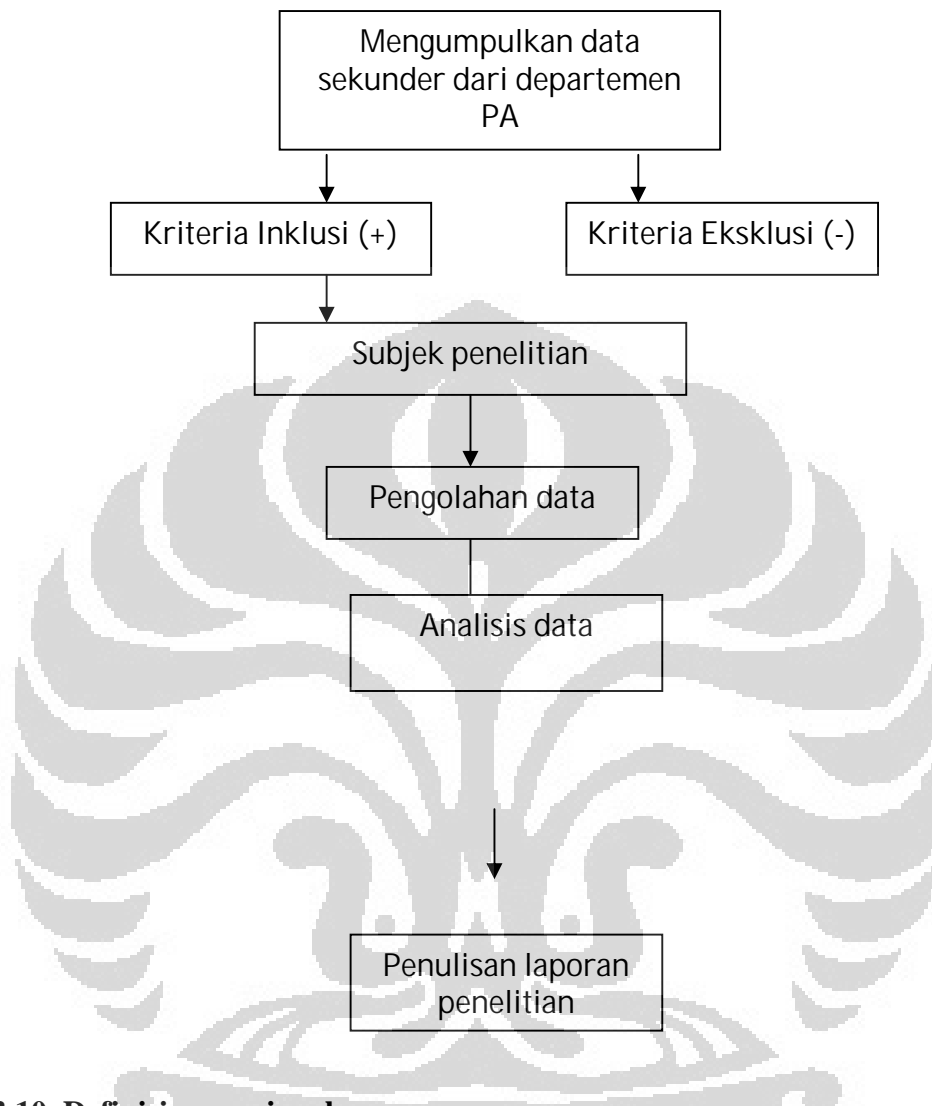
3.8. Rencana Pengolahan dan Manajemen Data

Data yang diperoleh dalam penelitian ini terdiri atas usia yang merupakan data numerik dan stadium kanker serviks yang merupakan data kategorik ordinal. Karena penelitian ini ingin diketahui apakah terdapat korelasi antara usia dengan

stadium kanker serviks pada penderita yang berkunjung ke Departemen Patologi Anatomi RSCM pada tahun 2006, maka uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji non-parametrik korelasi Spearman dengan batas kemaknaan $p < 0,05$. Data penelitian ini akan dianalisis dengan program software SPSS ver 16.



3.9 Alur Penelitian



3.10. Definisi operasional

1. Penderita kanker serviks adalah orang yang didiagnosis kanker serviks berdasarkan hasil pemeriksaan biopsi oleh ahli patologi di Departemen Patologi Anatomi RSCM
2. Stadium kanker serviks ditetapkan secara klinis dengan menggunakan klasifikasi TNM/FIGO
3. Usia adalah usia yang tertera pada data sekunder yang didapatkan dari Departemen Patologi Anatomi RSCM.

BAB 4

HASIL

4.1 Pengambilan Data

Data didapatkan dari rekam medik penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM Jakarta tahun 2006. Data yang didapatkan adalah sebanyak 554 kasus. Namun setelah menyaring berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, didapatkan 465 data penderita yang menjadi subjek penelitian.

4.2 Karakteristik Responden

Responden atau subjek dalam penelitian ini adalah penderita perempuan yang didiagnosis menderita kanker serviks dari hasil pemeriksaan patologi anatomi oleh Departemen Patologi Anatomi RSCM Jakarta tahun 2006, yang memenuhi kriteria penelitian.

Jumlah seluruh subjek penelitian adalah 465 orang. Usia termuda yang didapatkan adalah 30 tahun, sementara usia tertua adalah 78 tahun. Dari data 465 subjek penelitian didapatkan *mean* 48,69 tahun dengan standard deviasi 8,708.

4.3 Hasil Penelitian

4.3.1 Jumlah Kasus Baru Penderita Kanker Serviks

Jumlah kasus baru yang disaring berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, didapatkan 465 kasus baru penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM pada tahun 2006.

4.3.2. Karakteristik Penderita Kanker Serviks

Pada penelitian ini didapatkan bahwa usia penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM Jakarta pada tahun 2006 yang paling muda adalah 30 tahun dan yang paling tua adalah 78 tahun. Rata-rata usia adalah 48,69 tahun dengan standard deviasi sebesar 8,708.

Tabel 4.1. Sebaran karakteristik penderita kanker serviks

Karakteristik umum kanker serviks	Jumlah (n)	Persentase (%)
Usia :		
- 30-34	16	3,5
- 35-39	55	11,8
- 40-44	82	17,7
- 45-49	103	22,2
- 50-54	86	18,5
- 55-59	66	14,2
- 60-64	39	8,4
- 65-69	13	2,7
- 70-74	4	0,8
- 75-79	1	0,2
Stadium :		
- IA	1	0,2
- IB	1	0,2
- IIA	1	0,2
- IIB	1	0,2
- IIIA	1	0,2
- IIIB	1	0,2
- IVA	1	0,2
- IVB	118	25,4
Gambaran histopatologi :		
- Karsinoma sel skuamosa	57	12,3
- Adenokarsinoma	102	21,9
- Adenoskuamosa	24	5,2
- Tipe lain	160	34,4

3	0,6
0	0
320	68,81
53	11,4
70	15,05
22	4,73

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa penderita kanker serviks dalam penelitian ini paling banyak ditemukan berada di rentang usia 45-49 tahun dengan jumlah 103 orang dari 465 subjek penelitian, atau 22,2% dan paling sedikit ditemukan pada rentang usia 75-79 tahun dengan jumlah 1 orang dari 465 subjek penelitian atau 0,2%

Pada penelitian ini dapat dilihat bahwa kasus baru kanker serviks berdasarkan usia dalam penelitian ini mulai meningkat dari usia 30-34 tahun, mencapai puncak saat usia 45-49 tahun, kemudian menurun tajam mulai rentang usia 50-54 tahun sampai rentang usia 75-79 tahun.

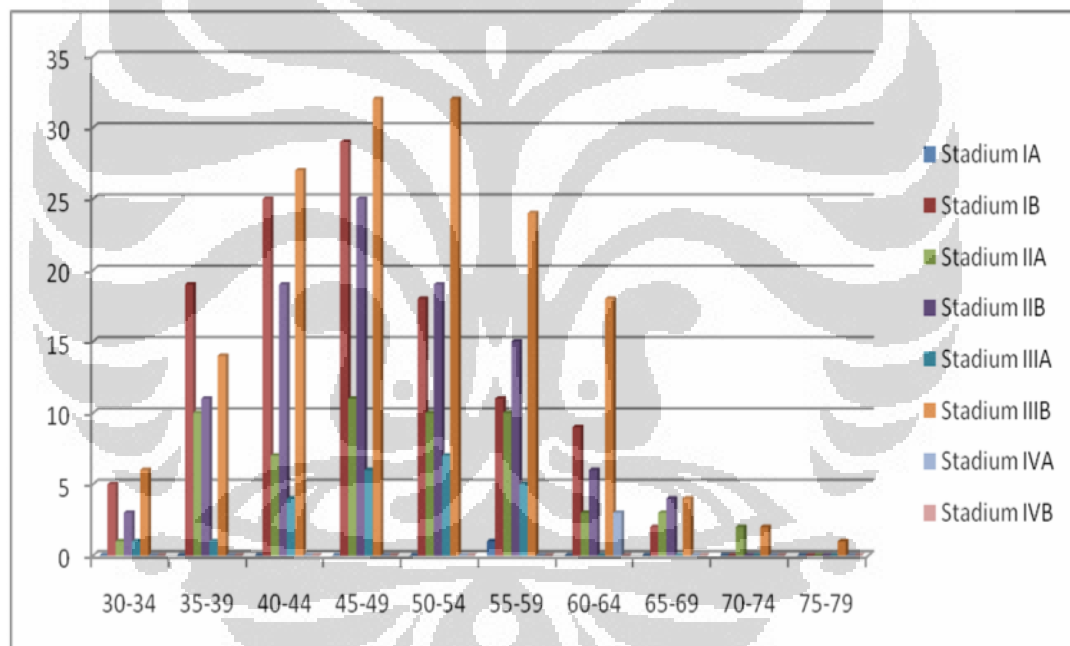
Berdasarkan tabel 4.1 dapat dilihat bahwa jumlah penderita kanker serviks dalam penelitian ini paling banyak terdiagnosis pada stadium IIIB, dimana tumor sudah menyebar ke dinding pelvis atau disebut juga stadium regional. Sekitar 34,4% penderita terdiagnosis dalam stadium IIIB. Hanya sekitar 25,6% penderita yang masih terdiagnosis pada stadium awal. Sementara 0,6% penderita ditemukan sudah bermetastasis ke organ lain.

Pada penelitian ini dapat dilihat bahwa kasus kanker serviks bila diurutkan berdasarkan stadium, paling tinggi terdapat pada stadium IIIB yaitu 160 orang kemudian yang kedua tertinggi adalah stadium IB dan yang ketiga tertinggi adalah

stadium IIB. Paling rendah ditemukan adalah stadium IA. Tidak ditemukan stadium IVB.

Terdapat 4 jenis gambaran histopatologi dalam penelitian ini yaitu karsinoma sel skuamosa, adenokarsinoma, adenoskuamosa dan tipe lain. Hasil penelitian menunjukkan bahwa gambaran histopatologi yang paling banyak adalah karsinoma sel skuamosa yaitu sebanyak 320.

Grafik dari sebaran stadium berdasarkan kelompok usia ditampilkan dalam gambar 4.1.



Gambar 4.1 Distribusi stadium berdasar kelompok usia

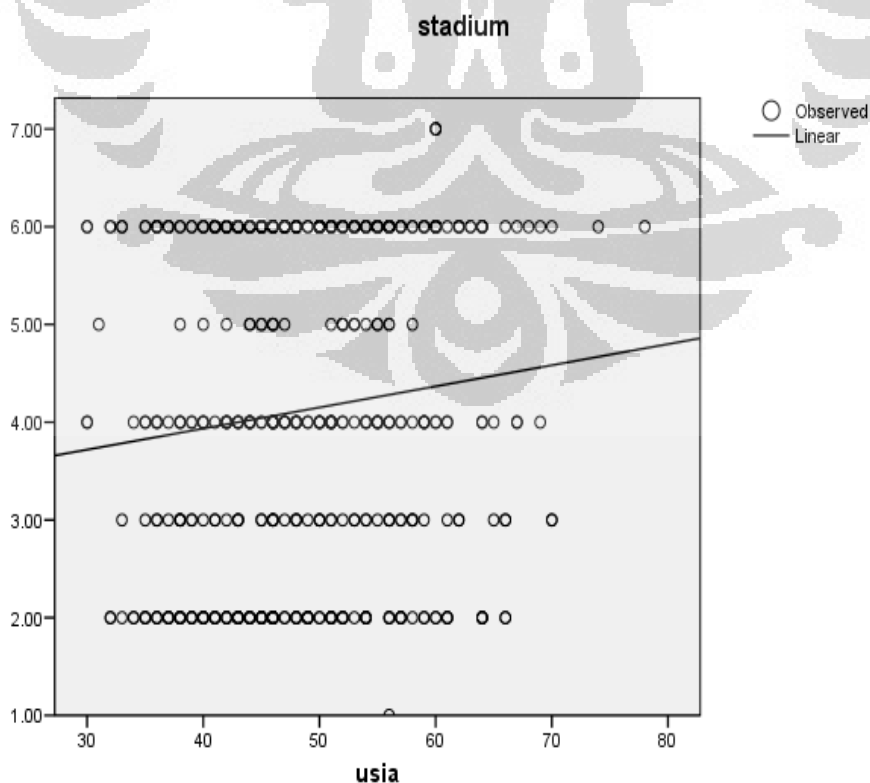
Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa pengidap kanker serviks paling banyak terdapat pada stadium IIIB pada rentang usia 45-49 tahun dan 50-54 tahun yaitu masing-masing 32 orang. Dapat dilihat bahwa jumlah kasus yang terdiagnosis pada stadium IB meningkat sejak usia 30-34 tahun mencapai puncak pada usia 45-49 tahun dan kemudian menurun. Hal tersebut hampir sama dengan

pada stadium IIIB. Namun jumlah penderita stadium IIIB lebih banyak daripada IB. Dapat dilihat juga bahwa semakin tinggi usia, semakin lanjut stadium kanker serviks.

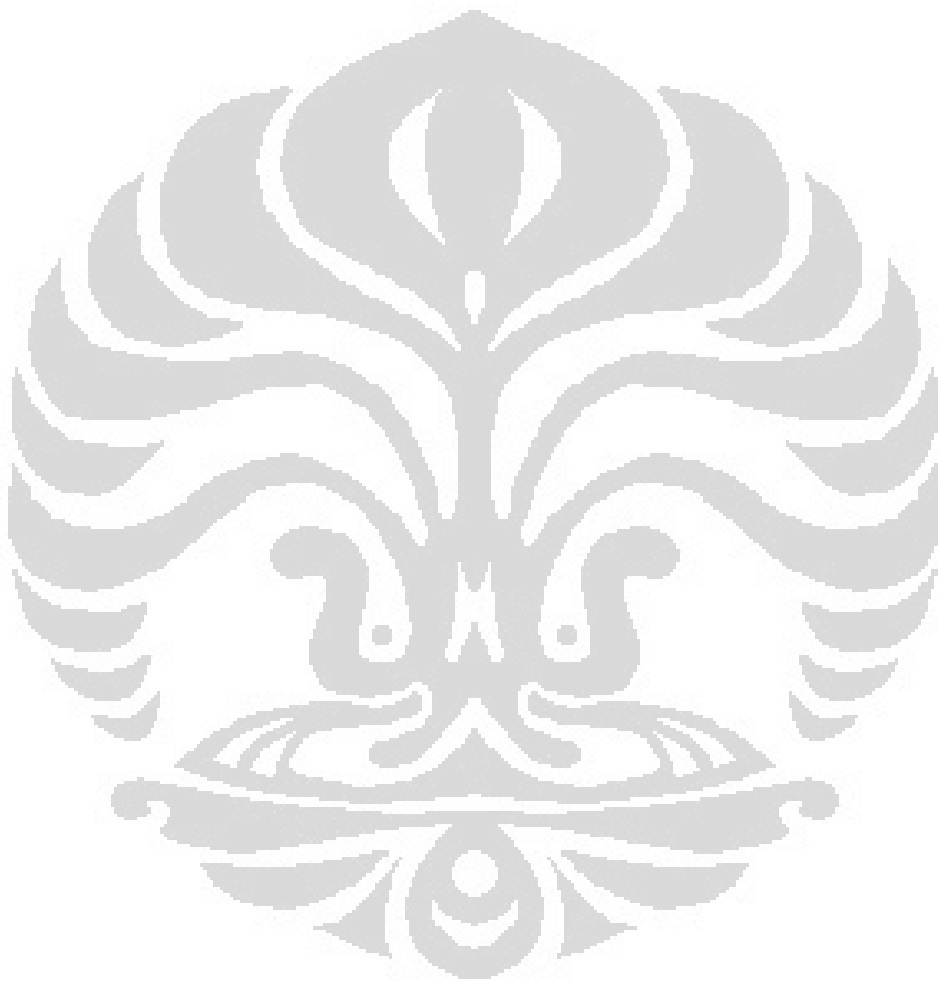
4.3.2 Korelasi Stadium dan Usia Penderita Kanker Serviks

Pada penelitian ini data yang dikumpulkan berupa data numerik dan ordinat. Karena tujuan dari penelitian ini adalah untuk menilai apakah ada korelasi stadium dengan usia penderita kanker serviks saat didiagnosis kanker serviks, maka digunakan uji korelasi Spearman.

Berdasarkan hasil dari uji korelasi Spearman didapatkan koefisien korelasi antara usia dan stadium penderita kanker serviks adalah 0.116. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat korelasi positif yang lemah antara usia dan stadium, yang berarti semakin lanjut usia penderita yang datang dan didiagnosis kanker serviks, semakin tinggi stadium kanker serviks yang didiagnosis.



Gambar 4.2 Grafik korelasi usia dengan stadium



BAB 5

PEMBAHASAN

5.1 Jumlah kasus baru kanker serviks pada tahun 2006

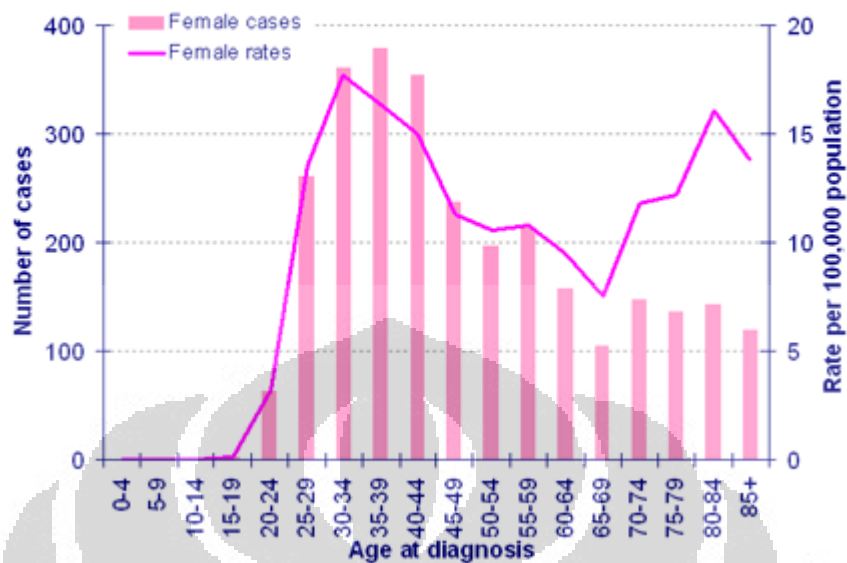
Jumlah kasus baru penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi pada tahun 2006 adalah 554 kasus. Terdapat 89 kasus yang datanya tidak lengkap karena tidak tercantum usia dan stadium kanker serviks sehingga tidak dapat dilakukan evaluasi sesuai tujuan penelitian ini.

5.2 Karakteristik penderita kanker serviks pada tahun 2006

5.2.1 Usia

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa usia penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM Jakarta pada tahun 2006 yang paling muda adalah 30 tahun dan yang paling tua adalah 78 tahun. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian di Inggris pada tahun 2006 dikatakan bahwa kanker serviks mulai diketahui pada usia di atas 20 tahun.¹⁶ Hal ini terjadi mungkin karena di Inggris program skrining berjalan dengan baik, setiap perempuan di atas usia 40 tahun dikirimkan surat untuk mengingatkan agar melakukan skrining papsmear rutin sehingga kanker serviks dapat diketahui lebih awal dibandingkan di Indonesia dan juga tingkat pendidikan serta kepedulian terhadap suatu penyakit di sana tinggi.

Figure 1.1: Numbers of new cases and age specific incidence rates, by sex, cervical cancer, UK 2006



Gambar 5.1. Jumlah kasus baru berdasarkan usia penderita kanker serviks di UK tahun 2006¹⁶

Pada penelitian ini rata-rata usia penderita kanker serviks adalah 48,69 tahun dengan standar deviasi sebesar 8,708. Data ini sesuai dengan data statistik dari *the National Breast and Cervical Cancer Early detection programe* pada bulan Juli 1995- Maret 2001 yang meneliti pada 750.000 perempuan dari golongan sosial ekonomi lemah yang memberikan hasil usia rata-rata penderita kanker serviks adalah 49 tahun.¹⁷

Penderita kanker serviks dalam penelitian ini paling banyak ditemukan berada pada rentang usia 45-54 tahun dengan jumlah 189 orang dari 465 subjek penelitian, atau 40,7 %. Data ini tidak sesuai dengan penelitian pada perempuan di suatu area di Amerika Serikat pada tahun 1998-2001, yang menyatakan bahwa puncak insidens berada pada rentang usia 40-44 tahun, relatif konstan pada usia 45-64 tahun kemudian menurun setelah usia 69 tahun.¹⁸ Hal ini mungkin disebabkan karena perempuan di Amerika Serikat lebih cepat terkena kanker serviks karena perilaku seks bebas yang dilakukan pada usia muda dibandingkan di Indonesia, serta program skrining di sana sudah berjalan dengan baik sehingga

kanker serviks dapat diketahui lebih awal dibandingkan di Indonesia. Namun hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Chi Dennis, et al pada tahun 2008 di Amerika Serikat yang menyatakan bahwa usia puncak penderita terdiagnosis kanker serviks adalah usia antara 45-49 tahun dengan perbandingan 16,5/100.000 penduduk.¹⁹

Pada penelitian ini dapat dilihat bahwa kasus baru penderita kanker serviks berdasarkan usia mulai meningkat dari usia 30-34 tahun, mencapai puncak saat usia 45-49 tahun, kemudian menurun tajam mulai rentang usia 50-54 tahun sampai rentang usia 75-79 tahun. Data ini tidak sesuai dengan data di Inggris yang mulai meningkat pada usia 20-24 tahun, mencapai puncak pada usia 35-39 tahun, mulai menurun pada usia 45-49.¹⁶

5.2.2 Stadium

Jumlah penderita kanker serviks dalam penelitian ini paling banyak terdiagnosis pada stadium IIIB, yaitu 160 orang atau sekitar 34,4%. Hasil ini tidak sesuai dengan laporan mengenai kanker serviks oleh Ohio Department of Health di Ohio pada tahun 1996-1998 menunjukkan bahwa 56 persen penderita terdiagnosis pada stadium awal dimana tumor masih terlokalisasi belum menyebar ke jaringan sekitar, sekitar 28 persen terdiagnosis pada stadium regional dimana tumor sudah menyebar ke jaringan sekitar, dan sekitar 6 % penderita terdiagnosis pada stadium akhir/lanjut dimana sel kanker sudah bermetastasis ke organ lain dari tubuh.²⁰ Hal ini menunjukkan bahwa program skrining di Indonesia belum terlaksana dengan baik sehingga penderita-penderita kanker serviks baru terdiagnosis pada stadium-stadium regional yaitu stadium IIIB.

Sementara pada laporan kanker serviks di Florida pada tahun 2005 menunjukkan bahwa terdapat 45,2 persen orang kulit putih dan 37,2 persen orang kulit hitam terdiagnosis pada stadium awal dan sekitar 44,3 persen orang kulit putih dan 51,7 persen orang kulit hitam terdiagnosis pada stadium lanjut.²¹ Hasil itu menunjukkan bahwa kepedulian terhadap kanker serviks pada orang kulit hitam kurang, mirip dengan di Indonesia walaupun program skrining di sana berjalan

lebih baik dibandingkan di Indonesia. Hal itu terbukti dari jumlah orang kulit putih yang terdeteksi pada stadium awal lebih banyak dibandingkan pada stadium lanjut.

Pada penelitian Ohio department of Health juga menyatakan bahwa kesempatan hidup 5 tahun setelah didiagnosis kanker serviks di Amerika Serikat pada tahun 1992-1997 adalah 91,9 persen pada penderita kanker serviks stadium awal, 49,1 persen pada penderita kanker serviks stadium regional dan 14,6 persen pada penderita kanker serviks stadium lanjut.²⁰ Sehingga sangat baik untuk melakukan skrining rutin agar dapat menemukan penderita-penderita kanker serviks pada stadium awal dan segera dapat diobati sedini mungkin sehingga tingkat kesembuhan meningkat dan kesempatan hidup 5 tahun pada penderita-penderita kanker serviks juga meningkat.

5.2.3 Gambaran histopatologi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa gambaran histopatologi terbanyak pada penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi tahun 2006 adalah karsinoma sel skuamosa yaitu 320 kasus, kemudian kedua terbanyak adalah adenoskuamosa. Data ini sesuai dengan data dari Cancer research UK yang menyatakan bahwa lebih dari dua pertiga gambaran histopatologi kanker serviks adalah karsinoma sel skuamosa.¹⁶ Data ini juga sesuai dengan penelitian di Amerika Serikat dengan judul *Prognostic value of histopathology and trends in cervical cancer* pada tahun 1973-2002 yang menyatakan bahwa gambaran histopatologi tersering adalah karsinoma sel skuamosa walaupun terjadi penurunan jumlah kasus baru penderita kanker serviks tiap tahunnya dan terjadi peningkatan jumlah dari gambaran histopatologi adenokarsinoma dan adenoskuamosa. Hal ini mungkin disebabkan program skrining di Amerika Serikat yang telah berjalan dengan baik.²² Hal serupa jg dikatakan pada penelitian S.bulk et al²³ di Amsterdam yang mengatakan bahwa gambaran histopatologi karsinoma sel skuamosa lebih banyak dibandingkan dengan adenokarsinoma pada penderita kanker serviks. Hal itu mungkin disebabkan karena pada skrining

papsmear pada adenokarsinoma kurang efisien dibandingkan dengan karsinoma sel skuamosa sehingga banyak kasus adenokarsinoma yang baru diketahui pada stadium lebih lanjut sehingga prognosisnya lebih buruk, selain itu juga pada adenokarsinoma lebih sering berhubungan dengan tipe HPV 18 yang prognosisnya lebih buruk dibandingkan tipe HPV lain.

5.3 Korelasi stadium dengan usia penderita kanker serviks

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat korelasi positif yang lemah antara usia dan stadium. Artinya semakin lanjut usia penderita yang datang dan didiagnosis kanker serviks, semakin tinggi stadium kanker serviks. Data ini sesuai dengan grafik 4.1 dan penelitian S.bulk et al²³ di Amsterdam yang mengatakan bahwa pasien yang semakin muda usianya saat didiagnosis kanker serviks memiliki stadium yang lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang usianya lebih tua. Delapan puluh dua persen dari wanita berusia 15-29 tahun didiagnosis stadium I menurut cara FIGO sementara hanya 15 % dari wanita berusia 75 tahun ke atas yang didiagnosis stadium I. Hanya 2 % dari wanita berusia 15-29 tahun didiagnosis stadium IV, sementara 14 % dari wanita berusia 75 tahun ke atas yang didiagnosis stadium IV. Hal ini mungkin disebabkan program skrining di sana sudah berjalan dengan baik sehingga penderita kanker serviks dapat didiagnosis lebih awal saat stadium masih rendah. Pada penelitian ini juga dikatakan bahwa pasien kanker serviks stadium I memiliki kemungkinan sembuh 90% sedangkan kanker serviks stadium IV memiliki kemungkinan sembuh hanya 16% dan kemungkinan sembuh pada wanita yang didiagnosis kanker serviks <45 tahun adalah 85% sedangkan pada wanita yang baru didiagnosis kanker serviks saat usia 75 tahun atau lebih, kemungkinan sembuhnya hanya 41 %. Sehingga penting sekali untuk melakukan skrining agar kanker serviks dapat diketahui saat usia lebih muda dan stadium yang lebih awal yang akan berpengaruh pada pengobatan dan tingkat kesembuhan penderita kanker serviks itu sendiri. Hal itu sesuai dengan penelitian tersebut di mana Belanda memiliki insidens kanker serviks yang lebih rendah dibandingkan dengan negara Eropa lain karena program skrining kanker serviks di sana berjalan lebih baik dibandingkan negara Eropa

lain.

Beberapa penelitian mengajukan bahwa kanker serviks yang sangat progresif terutama terjadi pada perempuan berusia lebih tua, yang sesuai dengan hasil dari penelitian ini dimana terdapat korelasi positif antara usia dan stadium penderita kanker serviks yang berarti semakin tua usia penderita, semakin tinggi stadiumnya. Namun penelitian-penelitian yang baru melaporkan bahwa perempuan berusia lebih muda mempunyai kecenderungan untuk mengalami kanker tipe progresif ini.⁷

Perjalanan penyakit pada kanker serviks dari lesi prekanker menjadi kanker stadium lanjut dapat terjadi dalam waktu yang tidak dapat ditentukan. Kanker serviks memiliki berbagai macam faktor risiko antara lain infeksi human papilloma virus (HPV), merokok, infeksi HIV, infeksi klamidia, faktor makanan, kontrasepsi oral, status ekonomi rendah, *multiple pregnancies*, mengkonsumsi obat-obat hormonal yaitu diethylstilbestrol (DES) dan riwayat keluarga menderita kanker serviks.^{24,25}

Faktor risiko primer dari kanker serviks sangat berperan dalam memicu berkembangnya lesi prakanker menjadi kanker stadium lanjut adalah tipe virus HPV onkogenik yaitu tipe 16 dan 18. Gen E6 pada virus dapat menghambat gen p53 yang merupakan *central cellular switch* untuk apoptosis sehingga terjadi mitosis yang berlebihan dan sel-sel yang mengalami kerusakan DNA jumlahnya semakin banyak dan dapat menginvasi jaringan lain.²⁶ Tipe virus yang onkogenik itu akan mempercepat progresi penyakit dari lesi in situ menjadi kanker. Pada perempuan yang tidak terinfeksi virus yang onkogenik perjalanan dari lesi in situ yang *low grade* menjadi *high grade* butuh waktu rata-rata 83,5 bulan. Namun pada perempuan yang terinfeksi, waktu ini dipercepat menjadi 73,3 bulan.²⁷ Tipe HPV yang agresif itu juga dapat melewati stadium progresivitas sehingga lesi kanker yang invasif dapat muncul secara tiba-tiba. Prevalensi infeksi HPV menurun dengan meningkatnya usia, namun infeksi yang persisten setelah usia 30 tahun berhubungan dengan tipe HPV yang onkogenik. Sehingga pada perempuan yang lebih tua, terjadi peningkatan risiko dari displasia dan terjadinya kanker dengan stadium yang lanjut.⁵ Pendapat tersebut sesuai dengan hasil dari

penelitian ini dimana terdapat korelasi positif antara usia dan stadium penderita kanker serviks yang berarti semakin tua usia penderita, semakin tinggi stadiumnya.

Kecepatan progresi tumor juga ditentukan oleh sifat biologis dari tumor. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Symonds et al⁷ mengajukan bahwa progresi kanker serviks lebih dipengaruhi oleh sifat biologis dari tumor itu sendiri daripada oleh keterlambatan diagnosis. Kanker yang berada pada stadium lanjut mempunyai tingkat proliferasi yang lebih cepat, waktu pembelahan yang lebih singkat sehingga berkembang lebih cepat.

Pada penelitian ini korelasi yang didapatkan bersifat lemah. Hal ini mungkin disebabkan oleh banyaknya faktor lain yang mempengaruhi progresi dari kanker serviks seperti paritas, penggunaan kontrasepsi oral, rokok, imunodefisiensi, koinfeksi dengan penyakit menular seksual lainnya, dan nutrisi. Namun bagaimana faktor-faktor ini mempengaruhi terjadinya kanker serviks sampai saat ini masih belum dapat dijelaskan.²²

Merokok : Perokok-perokok perempuan memiliki kecenderungan dua kali lebih besar untuk menderita kanker serviks dibandingkan perempuan yang tidak merokok. Dilaporkan bahwa pada mukosa serviks perempuan yang merokok ditemukan tembakau yang merupakan salah satu kandungan dari rokok. Para peneliti yakin bahwa substansi-substansi dari tembakau tersebut mengakibatkan kerusakan pada DNA sel-sel serviks dan juga berperan dalam perkembangan kanker serviks.^{24,25}

Infeksi HIV: HIV adalah virus yang dapat mengakibatkan AIDS. HIV dapat merusak sistem imun tubuh dan menyebabkan perempuan lebih rentan terinfeksi HPV. Kedua hal ini dapat meningkatkan risiko untuk menderita kanker serviks pada perempuan dengan AIDS. Para peneliti yakin bahwa sistem imun itu penting untuk menghancurkan sel kanker dan memperlambat pertumbuhan dan penyebaran sel kanker. Pada perempuan dengan HIV, waktu yang dibutuhkan untuk perkembangan prekanker menjadi kanker yang invasif lebih singkat dibandingkan dengan perempuan yang tidak menderita HIV.^{24,25}

Infeksi Klamidia : merupakan salah satu bakteri yang biasanya menyerang sistem reproduksi dan disebarkan melalui kontak seksual. Terdapat 7 penelitian dengan metode kasus kontrol yang mengatakan bahwa perempuan yang terinfeksi klamidia memiliki risiko 3 kali lebih tinggi untuk menderita kanker serviks dibandingkan dengan yang sebelumnya belum pernah terinfeksi klamidia. Infeksi klamidia sering tidak bergejala.^{24,25}

Faktor makanan : perempuan-perempuan yang kurang mengonsumsi buah-buahan dan sayuran lebih berisiko untuk menderita kanker serviks.^{24,25}

Kontrasepsi oral : perempuan yang mengonsumsi kontrasepsi oral dalam jangka waktu lama memiliki risiko yang lebih tinggi untuk menderita kanker serviks. Para peneliti mengatakan bahwa risiko kanker serviks meningkat pada perempuan yang mengonsumsi kontrasepsi oral dalam waktu lama tetapi risiko dapat menurun setelah kontrasepsi oral dihentikan. Ada beberapa penelitian mengatakan bahwa risiko kanker serviks meningkat dua kali lipat pada perempuan yang mengonsumsi kontrasepsi oral lebih dari 5 tahun tetapi risiko juga dapat menurun 10 tahun setelah kontrasepsi oral dihentikan dan juga terdapat 10 penelitian kasus kontrol mengatakan bahwa penggunaan kontrasepsi oral meningkatkan risiko kanker serviks sebesar empat kali pada perempuan yang mempunyai riwayat infeksi HPV.^{24,25}

Multiple pregnancies : Perempuan-perempuan yang sering hamil memiliki risiko yang lebih tinggi untuk menderita kanker serviks. Tetapi sebabnya masih belum diketahui pasti. Ada suatu teori yang mengatakan bahwa perubahan hormonal yang terjadi saat hamil mengakibatkan perempuan tersebut lebih rentan terinfeksi HPV dan juga sistem imun pada perempuan hamil lebih lemah sehingga mempermudah untuk terinfeksi HPV dan mempermudah kanker untuk berkembang dan juga trauma pada serviks akibat kelahiran normal. Dari 8 penelitian dengan metode kasus kontrol yang dilakukan pada kasus kanker serviks dan 2 penelitian pada karsinoma in situ dari empat benua ditemukan bahwa perempuan yang sudah menjalani kehamilan aterm sebanyak 3-4 kali mempunyai risiko 2,6 kali mengalami kanker serviks dibandingkan perempuan yang tidak pernah hamil.^{24,25}

Sosio ekonomi lemah : kemiskinan juga merupakan salah satu faktor risiko kanker serviks. Banyak perempuan dengan pendapatan rendah tidak mempunyai dana untuk melakukan tes-tes kesehatan termasuk tes pap untuk skrining kanker serviks sehingga bila ia menderita kanker serviks stadium awal sulit untuk diketahui. Selain itu juga status nutrisi perempuan-perempuan dari kalangan ekonomi lemah tersebut buruk dan kesadaran terhadap pentingnya kesehatan juga kurang.^{24,25}

Riwayat keluarga kanker serviks : Apabila ibu atau saudara perempuan menderita kanker serviks, maka risiko untuk menderita kanker serviks meningkat 2 sampai 3 kali.^{24,25}

Keterbatasan dari penelitian ini adalah bahwa data yang digunakan adalah data sekunder, dimana peneliti tidak melihat penderita secara langsung dan melakukan sendiri penilaian dari stadium, dan data mengenai usia hanya didapatkan dari usia yang tertera pada data sekunder tersebut sehingga ada kemungkinan terdapat kesalahan baik dalam penilaian stadium maupun penentuan usia penderita. Keterbatasan ini bisa mempengaruhi hasil dari penelitian ini sehingga sebaiknya diadakan penelitian lanjutan mengenai korelasi usia dengan stadium penderita kanker serviks yang dilakukan dengan penilaian secara langsung pada penderita yang baru pertama kali datang.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

1. Jumlah kasus baru penderita kanker serviks yang diperiksa di Departemen Patologi Anatomi RSCM Jakarta sepanjang tahun 2006 adalah 465 kasus.
2. Karakteristik dari penderita baru kanker serviks yang diperiksa di bagian Patologi Anatomi RSCM Jakarta pada tahun 2006 adalah :
 - Subjek penelitian berusia antara 30-78 tahun, dengan rata-rata usia adalah 48,69 tahun (dibulatkan menjadi 49 tahun) dengan standar deviasi sebesar 8,708.
 - Stadium kanker serviks yang paling banyak adalah stadium IIIB, 160 kasus (34,4%). Diikuti stadium IB 118 kasus (25,4%), stadium IIB 102 kasus (21,9%), stadium IIA 57 kasus (12,3%), stadium IIIA 24 kasus (5,2%), stadium IVA 3 kasus (0,6%), stadium IA 1 kasus (0,2%). Tidak ditemukan stadium IVB
 - Gambaran histopatologi terbanyak adalah karsinoma sel skuamosa sebanyak 320 kasus (68,81%), diikuti adenoskuamosa sebanyak 70 kasus (15,05%), adenokarsinoma 53 kasus (11,4%) dan tipe lain sebanyak 22 kasus (4,73%).
3. Terdapat korelasi bermakna ($p=0,012$) positif lemah ($r=0,116$) antara stadium dengan usia pada penderita kanker serviks di Departemen Patologi Anatomi RSCM Jakarta tahun 2006.

6.2 Saran

Pada perempuan-perempuan yang sudah aktif secara seksual ataupun perempuan-perempuan yang sudah menikah sebaiknya dilakukan skrining secara rutin agar dapat mendeteksi kanker serviks secara dini sehingga pengobatan dapat dilakukan lebih awal dan prognosis serta kesempatan hidup penderita juga akan meningkat.

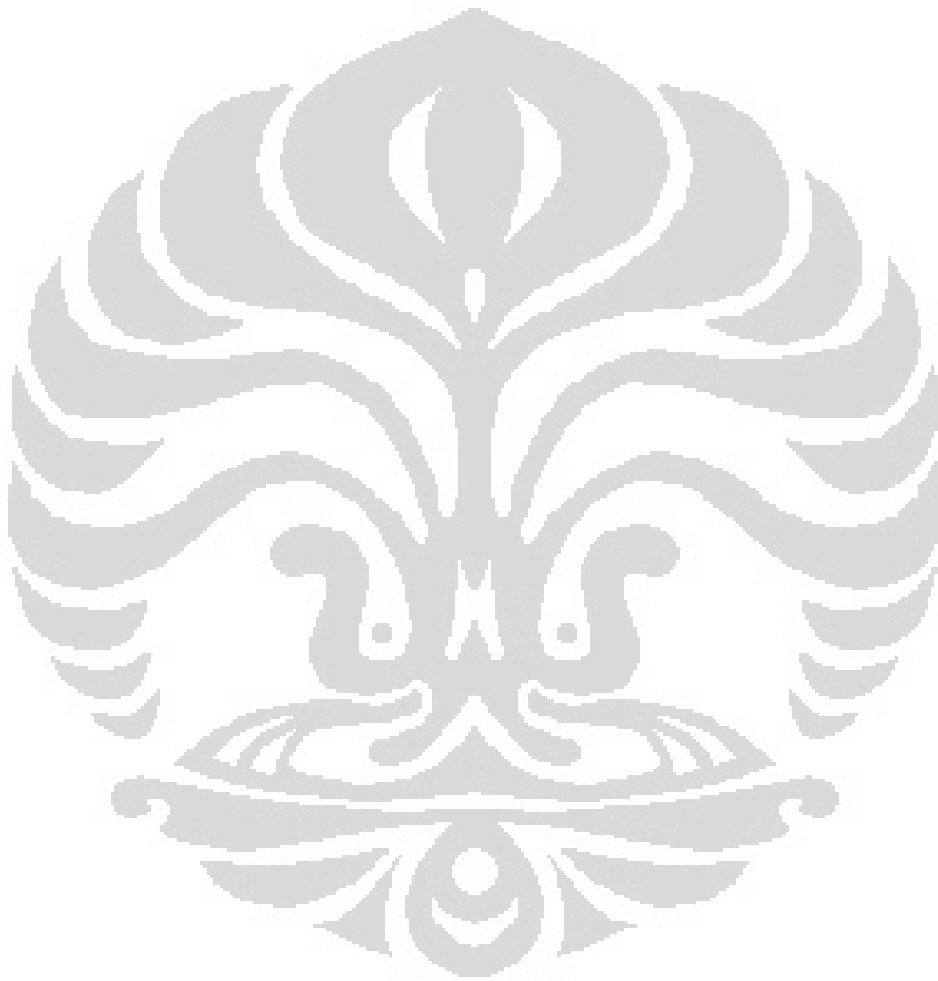
Daftar pustaka

1. Tavassoli FA, Devilee P. Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organ. Geneva : WHO; 2001
2. GSK in Focus. A new era in Cervical Cancer Prevention. England and Wales; 2007. Diunduh dari <http://www.gsk.com/infocus/cervical-cancer.htm> (03 Juni 2009)
3. Schellekens M, A Djikman, M.F Aziz, B Siregar, S Cornain, S Kolkman-Uljee et al. Prevalence of single and multiple HPV types in cervical carcinomas in Jakarta, Indonesia. in *Gynecologic Oncology* 93 (2004) 49–53.
4. de Boer MA, LA Peters, M F Aziz, B Siregar, S Cornain, M A Vrede et al. Human papillomavirus type 16 E6, E7, and L1 variants in cervical cancer in Indonesia, Suriname, and The Netherlands. in *Gynecologic Oncology* 94 (2004) 488–494.
5. Garner, Elizabet EO. Disparities in screening, treatment and survival of Cervical cancer. *Epidemiology, biomarkers and prevention* vol. twelve, 242s-247s. March 2003. American Association of Cancer Research. Diunduh dari <http://cebp.aacrjournals.org/cgi/content/full/12/3/242S?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&titleabstract=cervical+cancer+stadium+age&fulltext=cervical+cancer+stadium+age&searchid=1&FIRSTINDEX=270&resourcetype=HWCIT> (20 Mei 2009)
6. Schwartz PE, Merino MJ, Curnen MGM. Clinical Management of Patient with Invasive Cervical Cancer Following a Negative Pap Smear. In *Yale Journal of Biology and medicine* 1988 jul-Aug; 61(4): 327-338.
7. Symonds P, B Bolger, D Hole, J H Mao, T Cooke. Advanced stage cervix cancer: rapid tumor growth rather than late diagnosis. In *British Journal of Cancer* (2000)83(5), 566-568.
8. de Boer Ma, J N I Vet, M F Aziz, S Cornain, G Purwoto, A Djikman et al. Human papillomavirus type 18 and other risk factors for cervical cancer in Jakarta, Indonesia. in *International Journal of Gynecological Cancer* 2006, 16, 1809–14.

9. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. *Robbin's Pathologic Basis of Disease*. Philadelphia: Elsevier, Inc. 2005
10. Claudia CC, Sylvia MFB, Karen VPL, Maria CRD, Luiz Carlos Z. Magnetic resonance imaging in the staging of cervical cancer. Rio de Janeiro : Instituto National de Cancer; 2007. Diunduh dari http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842007000300014&tlng=en&lng=en&nrm=iso (15 Mei 2009)
11. Gartner LP, Hiatt JL. *Color Textbook of Histology*. Philadelphia: WB. Saunders. 2001
12. Canavan TP, Doshi NR. Cervical Cancer. In *Amrican Family Psychian* 2000;61:1369-76. Diunduh dari <http://www.aafp.org/afp/AFPprinter/20000301/1369.html> (20 Mei 2009)
13. Kerkar RA, Kulkarni YV. Screening for Cervical Cancer: an overview. In *Journal of Obstetric and Gynecology of India* Vol 56, No 2: March/April 2006 115-122.
14. National Cancer Institute. Treatment Option Overview. USA : US National Institutes of Health ; 2008. Diunduh dari <http://www.cancernet.gov/cancertopics/pdq/treatment/cervical/Patient/page4> (21 Mei 2009)
15. A.P John. Institute for cancer research. Cervical cancer treatment. Florida : Institute cancer research; 2007. Diunduh dari <http://www.apjohncancerinstitute.org/cancer/cervical.htm> (25 mei 2009)
16. Cancer research UK. UK Cervical Cancer Incidence Statistics. London : Cancer Research UK ; 2009. Diunduh dari <http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/cervix/incidence/>(21 Mei 2009)
17. Bernard VB, Coughlin SS, Thompson T, Richardson LC. Cervical cancer incidence in the United States by area of residence, 1998 2001. In *Obstetry Gynecology* 2007 Sep; 110(3):681-6.

18. Christine H Holschneider. Invasive cervical cancer : Epidemiology, clinical features, and diagnosis. Waltham; 2008. Diunduh dari <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~bbJemztLaS/LEnJ> (20 Mei 2009)
19. Dennis SC, Carlos AP, John kavanagh. In Cancer Management : a Multidisciplinary Approach. 11th edition, Chapter 20: Cervical Cancer. US : United Business Media; 2008.
20. Ohio Department of Health. Cervical cancer in Ohio 1996-1998. Columbus : Ohio Cancer Incidence Surveillance System ; December 2001. Diunduh dari http://www.hawaii.edu/hivandaids/Cervical_Cancer_in_Ohio,_1996-1998.pdf (21 Mei 2009)
21. Florida Department of Health, Bureau of Epidemiology. Cervical cancer in Florida 2005. Florida : Florida Department of Health; 2008. Diunduh dari http://www.doh.state.fl.us/Disease_Ctrl/epi/cancer/Cervix_Report.pdf (21 Mei 2009)
22. Vincent vin hung, Claire Bourgain, George Vlastos, Gabo Cserni, Mark De Ridder, Guy Storme et al. Prognostic value of histopathology and trends in cervical cancer: a SEER population study. BMC center 2007; 7 :164.
23. Bulk, S O Visser, L Rozendaal, R H M Verheijen, C J L M Meijer. Incidence and survival rate of woman with cervical cancer in Greater Amsterdam Area. *British Journal of Cancer* (2003) **89**, 834–839.
24. Alliance for Cervical Cancer . Risk factor for Cervical Cancer: Evidence to Date. New York; 2004. Diunduh dari http://www.path.org/files/RH_fs_risk_factors.pdf (21 Mei 2009)
25. American Cancer Society. What Are the Risk factors for Cervical Cancer. US ; 2009. Diunduh dari http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X_What_are_the_risk_factors_for_cervical_cancer_8.asp (21 Mei 2009)
26. Wiki Health Beta. Cervical Cancer. Diunduh dari http://www.wikihealth.com/Cervical_cancer (21 Mei 2009)

27. Brotzman, Gregory L. Evaluating the Impact of HPV-related diseases: cervical cancer and genital warts. In Journal of family Practice 2005. Diunduh dari http://www.goliath.ecnext.com/coms2/gi_0199-5835045evaluation-of-the-impact-of-HPV.html-page.html (22 Mei 2009)



LAMPIRAN

Lampiran 1. Daftar pasien responden

No	Usia	Stadium	Gambaran Histopatologi
1	66	IB	ADENOKARSINOMA
2	46	IIB	KSS TIDAK BERKERATIN
3	53	IIA	KARSINOMA SEL SKUAMOSA
4	56	IIA	KARSINOMA SEL SKUAMOSA
5	43	IIB	KSS SERVIKS TDK BERKERATIN
6	50	IIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
7	34	IB	KSS SERVIKS
8	64	IIB	ADENOSQUAMOUS CA
9	44	IB	KSS BERKERATIN GR I
10	43	IB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
11	62	IIIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
12	41	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
13	57	IIIB	KSS TDK BERKERATIN
14	52	IIIB	KARSINOMA SEL KECIL
15	44	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS GR I
16	48	IB	KSS NON KERATIN
17	52	IB	KSS SERVIKS TDK BERKERATIN
18	37	IIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
19	55	IIB	ADENOKARSINOMA PAPILER
20	41	IIA	SQ CELL CA NON KERATIN
21	64	IIIB	KSS SERVIKS
22	60	IIB	KSS SERVIKS BERDIFF SEDANG
23	50	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
24	43	IB	SQ CELL CA NON KERATIN

25	42	IIIB	KSS SERVIKS TDK BERKERATIN
26	59	IIB	SQ CELL CA KERATIN
27	40	IIIA	KSS SERVIKS
28	38	IIA	SQUAMOUS CELL CA
29	60	IIIB	KSS MIKROINVASI-INVASIF
30	66	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
31	58	IIA	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
32	48	IIIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
33	52	IIIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
34	40	IIIB	KSS TIDAK BERKERATIN

(Lanjutan)

No	Usia	Stadium	Gambaran histopatologi
35	46	IIIB	KSS NON KERATIN
36	64	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
37	45	IIIB	KSS TDK BERKERATIN
38	60	IVA	KSS BERKERATIN SERVIKS
39	43	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
40	41	IIIB	ADENOKARSINOMA
41	59	IB	GLASSY CELL CARCINOMA
42	59	IIB	KSS TANPA KERATIN SERVIKS
43	61	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
44	37	IIIB	KSS TDK BERKERATIN
45	64	IB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
46	42	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
47	47	IIIB	KSS BERKERATIN
48	48	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
49	44	IIIA	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS

50	39	IIB	KSS TDK BERKERATIN
51	45	IB	SQ CELL CA NON KERATIN
52	42	IIB	SQ CELL CA
53	45	IIIB	ADENOKARSINOMA
54	51	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
55	51	IIB	ADENOKARSINOMA
56	35	IIIB	ADENOCA
57	48	IIB	ADENOKARSINOMA
58	46	IB	ADENOKARSINOMA SERVIKS
59	45	IIIB	SQ CELL CA KERATIN
60	57	IIIB	KSS TDK BERKERATIN
61	43	IIIB	ADENOSQUAMOUS CA
62	52	IB	KSS TDK BERKERATIN GRADE 2
63	44	IIIB	ADENOKARSINOMA SERVIKS
64	30	IIB	KSS TIDAK BERKERATIN
65	45	IIIA	KSS TDK BERKERATIN
66	64	IB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
67	56	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
68	61	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
69	45	IIIB	KARSINOMA SEL KECIL

(Lanjutan)

No	Usia	Stadium	Gambaran histopatologi
70	50	IIIB	KSS BERKERATIN
71	43	IIIB	KSS TDK BERKERATIN GR II
72	56	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS

73	52	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
74	50	IIA	KSS TDK BERKERATIN
75	49	IIB	ADENOKARSINOMA SERVIKS
76	46	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
77	49	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
78	55	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
79	41	IB	KSS SERVIKS TDK BERKERATIN
80	51	IB	ADENOKARSINOMA MUSINOSA
81	48	IIIB	ADENOKARSINOMA SERVIKS
82	46	IIIA	ADENOCA
83	50	IB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
84	35	IB	KSS TIDAK BERDIFF SEDANG
85	47	IIIB	ADENOKARSINOMA MUSINOSA
86	45	IIA	KSS BERKERATIN
87	46	IB	KSS SERVIKS TDK BERKERATIN
88	45	IIA	SQ CELL CA NON KERATIN
89	39	IB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
90	43	IB	KSS BERKERATIN
91	60	IB	KARSINOMA SEL SKUAMOSA
92	32	IB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
93	54	IIIA	KSS TANPA KERATIN
94	46	IB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
95	45	IIIA	SCC
96	34	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
97	46	IIIA	ADENOSQUAMOUS CA
98	45	IB	ADENOSQUAMOUS CA
99	46	IIIB	SQ CELL CA KERATIN
100	46	IIIB	KARSINOMA SEL SKUAMOSA

101	55	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
102	37	IIA	KSS
103	44	IIIB	KSS DENGAN SEDIKIT KERATIN
104	60	IB	KSS TDK BERKERATIN
105	64	IB	KARSINOMA SEL SKUAMOSA
106	54	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS

(Lanjutan)

No	Usia	Stadium	Gambaran histopatologi
107	47	IIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
108	43	IIIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
109	47	IIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
110	55	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
111	46	IIA	KSS BERKERATIN SERVIKS
112	42	IB	ADENOSKUAMOSA
113	64	IIB	ADENOSKUAMOSA KARSINOMA
114	60	IIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
115	56	IB	KSS TDK BERKERATIN
116	56	IIA	ADENOKARSINOMA PAPILER
117	44	IB	KARSINOMA SEL SKUAMOSA
118	57	IIA	ADENOSKUAMOSA KARSINOMA
119	46	IIIB	KARSINOMA SEL SKUAMOSA
120	70	IIIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
121	37	IB	ADENOKARSINOMA PAPILER
122	58	IIA	ADENOSQUAMOUS
123	42	IB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
124	44	IIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA

125	37	IB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
126	35	IIB	KARSINOMA SEL SKUAMOSA
127	47	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
128	60	IVA	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
129	61	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
130	46	IIA	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
131	66	IIA	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
132	48	IIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
133	66	IIA	SEL SKUAMOSA NON KERATIN
134	52	IIB	SQ CELL CA NON KERATIN
135	33	IB	KARSINOMA SEL SKUAMOSA
136	36	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
137	53	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
138	68	IIIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
139	38	IB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA

(Lanjutan)

No	Usia	Stadium	Gambaran histopatologi
140	45	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
141	65	IIB	SEL TUMOR YG KURANG VIABLE
142	62	IIIB	SQ CELL CA NON KERATIN
143	38	IIIB	KSS BERKERATIN GR 1
144	56	IIIB	KSS TIDAK BERKERATIN SERVIKS
145	70	IIA	KSS TDK BERKERATIN
146	60	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
147	46	IIA	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA

148	50	IIB	KSS TDK BERKERATIN
149	61	IB	KSS TDK BERKERATIN
150	51	IIIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
151	53	IIIB	KSS SERVIKS TANPA KERATIN
152	58	IIIA	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
153	39	IIIB	KSS SERVIKS UTERU
154	50	IIB	ADENOKARSINOMA SERVIKS
155	48	IIA	KSS DENGAN SEDIKIT KERATIN
156	45	IIIB	KARSINOMA SEL SKUAMOSA
157	66	IIIB	KSS TIDAK BERKERATIN
158	69	IIIB	KSS SERVIKS TDK BERKERATIN
159	46	IB	Adenokarsinoma
160	49	IIB	KSS SERVIKS TDK BERKERATIN
161	50	IIB	ADENOKARSINOMA SERVIKS
162	60	IIIB	KSS TDK BERKERATIN
163	46	IIB	KSS SERVIKS BERKERATIN
164	52	IIIA	KSS BERKERATIN SERVIKS ADENOCARCINOMA
165	56	IIIB	MUSINOSUM
166	59	IIIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
167	46	IIB	KSS TDK BERKERATIN KSS PAPILER BERKERATIN
168	51	IIIB	SERVIKS
169	45	IIIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
170	58	IIIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
171	44	IIIB	KSS TIDAK BERKERATIN ADENOKARSINOMA
172	44	IIIB	ENDOSERVIKS
173	46	IIIA	KARSINOMA SEL SKUAMOSA

(Lanjutan)

No	Usia	Stadium	Gambaran histopatologi
174	46	IB	KSS SEDIKIT KERATIN
175	55	IIB	ADENOSKUAMOSA SERVIKS
176	56	IA	KSS TIDAK BERKERATIN SERVIKS
177	51	IIB	KSS SERVIKS
178	52	IIIB	KS BERKERATIN SERVIKS
179	51	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
180	42	IIIB	KSS
181	36	IB	KSSS SERVIK
182	37	IB	KSS
185	49	IB	KSS TIDAK BERKERATIN
186	50	IIIB	KSS NON KERATIN SERVIKS
187	39	IIIB	KSS
188	52	IIIB	KSS SERVIKS
189	56	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
190	36	IIIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
191	40	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
192	40	IIB	KSS TIDAK BERKERATIN
193	42	IIIB	KSS BERKERATIN MINIMAL
194	41	IIIB	ADENOKARSINOMA PAPILER
195	59	IIIB	KSS SERVIKS
196	40	IB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
197	59	IIA	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
198	49	IIIB	KSS TDK BERKERATIN
199	36	IIA	ADENOKARSINOMA

200	43	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
201	42	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
202	45	IB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
203	57	IIB	KSS TDK BERKERATIN GRADE I
204	36	IIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
205	43	IIB	KSS BERKERATIN GR 1
206	56	IIIB	KSS SERVIKS TDK BERKERATIN
207	48	IIB	ADENOKARSINOMA

(Lanjutan)

No	Usia	Stadium	Gambaran histopatologi
208	55	IIA	KSS TIDAK BERKERATIN
209	36	IIIB	KSS TIDAK BERKERATIN
210	45	IIIB	CA ADENOSKUAMOSA
211	58	IIIB	ADENOKARSINOMA PAPILER
212	44	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
213	48	IB	KSS SERVIKS
214	55	IIB	KSS TDK BERKERATIN
215	44	IB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
216	39	IB	ADENOKARSINOMA SERVIKS
217	48	IIB	KSS TIDAK BERKERATIN
218	67	IIIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
219	52	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
220	44	IIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
221	74	IIIB	KARSINOMA IN SITU
222	64	IIIB	SMALL CELL CARCINOMA

223	69	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
224	36	IIIB	KSS NON KERATIN
225	54	IIIB	KSS TIDAK BERKERATIN
226	46	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
227	38	IB	KSS TIDAK BERKERATIN
228	40	IIIB	KARSINOMA SEL SKUAMOSA
229	42	IIIB	KSS TIDAK BERKERATIN SERVIKS
230	41	IIIB	KSS TDK BERKERATIN
231	47	IIIB	ADENOKARSINOMA
232	62	IIIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
233	43	IIA	ADENOCA
234	36	IIIB	KARSINOMA SEL SKUAMOSA
235	30	IIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
236	49	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
237	42	IIIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
238	53	IIA	KSS BERKERATIN SERVIKS
239	67	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
240	55	IIIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
241	55	IIIB	ADENOKARSINOMA
242	60	IIIB	KSS

(Lanjutan)

No	Usia	Stadium	Gambaran histopatologi
243	41	IIA	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
244	55	IIIB	KSS BERKERATIN SERVIKS

245	60	IIIB	ADENOKARSINOMA
246	50	IIIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
247	55	IIIA	KSS TDK BERKERATIN SERVIK
248	57	IB	KSS TIDAK BERKERATIN GR 2
249	46	IIB	KSS TIDAK BERKERATIN
250	40	IB	KSS TIDAK BERKERATIN
251	46	IIB	KSS BERKERATIN GR 1
252	43	IB	KSS TDK BERKERATIN GR 2.
253	43	IIB	ADENOKARSINOMA SERVIKS
254	57	IIA	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
255	55	IIIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
256	46	IIA	ADENOKARSINOMA PAPILER
257	57	IB	KARSINOMA SEL SKUAMOSA
258	45	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
259	40	IB	ADENOKARSINOMA SERVIKS
260	40	IIA	ADENOKARSINOMA SERVIKS
261	45	IB	KSS BERKERATIN GR 2.
262	58	IIA	ADENOSKUAMOSAKARSINOMA
263	39	IIA	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
264	57	IIIB	ADENOSKUAMOSA
265	35	IIB	ADENOKARSINOMA
266	46	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
267	39	IB	KSS TDK BERKERATIN GR 1
268	45	IIIB	ADENOSKUAMOSA KARSINOMA
269	48	IIA	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
270	45	IIIB	ADENOKARSINOMA SERVIKS
271	45	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
272	48	IIIB	KSS BERKERATIN SERVIKS

273	40	IIB	KSS
274	52	IIIA	KSS BERKERATIN SERVIKS
275	54	IB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
276	47	IIIB	KSS
277	48	IIA	KSS BERKERATIN SERVIKS

(Lanjutan)

No	Usia	Stadium	Gambaran histopatologi
278	51	IIIA	KSS BERKERATIN SERVIKS
279	56	IIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
280	31	IIIA	KSS BERKERATIN SERVIKS
281	36	IIB	KSS TIDAK BERKERATIN
282	54	IIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
283	61	IIB	KSS SERVIKS
284	53	IIIA	KSS SERVIKS TDK BERKERATIN
285	54	IB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
286	34	IIB	KSS TIDAK BERKERATIN
287	47	IIIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
288	41	IB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
289	78	IIIB	KSS TIDAK BERKERATIN
290	51	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
291	67	IIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
292	49	IB	KSS TDK BERKERATIN
293	46	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
294	56	IB	KSS TIDAK BERKERATIN
295	60	IVA	KSS TDK BERKERATIN
296	46	IB	KSS SERVIKS TDK BERKERATIN
297	47	IB	KSS SERVIKS BERKERATIN
298	55	IIIB	KSS SERVIKS BERKERATIN

299	42	IIB	KSS TIDAK BERKERATIN
300	49	IIA	KSS BERKERATIN SERVIKS
301	52	IIIA	KSS BERKERATIN SERVIKS
302	36	IIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
303	61	IIA	KSS BERDIFF BURUK
304	59	IIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
305	54	IIIB	KSS TDK BERKERATIN GR 2
306	43	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
307	40	IB	ADENOKARSINOMA
308	46	IB	KSS DGN SEDIKIT KERATIN GR 2
309	40	IIIB	KSS SERVIKS
310	47	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
311	50	IIIB	KSS SEDIKIT BERKERATIN
312	43	IIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
313	56	IIIB	KSS BERKERATIN SERVIKS

(Lanjutan)

No	Usia	Stadium	Gambaran histopatologi
314	63	IIIB	KSS SERVIKS
315	59	IIIB	KSS TDK BERKERATIN
316	42	IIA	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
317	57	IIB	KSS
318	60	IIIB	KSS TIDAK BERKERATIN
319	40	IB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
320	42	IB	KSS SERVIKS
321	51	IB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
322	51	IIIB	KSS
323	51	IIB	ADENOKARSINOMA SERVIKS

324	51	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
325	37	IIIB	Adenoskuamosa
326	49	IIIB	KSS BERKERATIN GR 2
327	41	IIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
328	30	IIIB	KARSINOMA SEL SKUAMOSA
329	51	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
330	44	IIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
331	61	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
332	44	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
333	55	IIB	KSS TIDAK BERKERATIN
334	46	IIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
335	56	IIA	KSS BERKERATIN SERVIKS
336	38	IIB	KARSINOMA SEL SKUAMOSA
337	46	IIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
338	51	IIB	KSS TDK BERKERATIN
339	42	IB	ADENOKARSINOMA DIFF BAIK
340	41	IB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
341	44	IIIA	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
342	58	IB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
343	50	IIA	KSS
344	38	IIA	ADENOKARSINOMA SERVIKS
345	51	IB	KSS TIDAK BERKERATIN
346	51	IB	ADENOCA MUSINOSUM
347	39	IB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
348	46	IB	KSS KERATIN SERVIKS
349	48	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS

(Lanjutan)

No	Usia	Stadium	Gambaran histopatologi
350	50	IB	KSS TDK BERKERATIN GR 1
351	54	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
352	64	IIIB	ADENOSKUAMOSA
353	54	IB	KSS SERVIKS BERKERATIN GR 1
354	53	IIIA	ADENOKARSINOMA SERVIKS
355	56	IIIA	KSS TDK BERKERATIN
356	49	IB	KSS SERVIKS TDK BERKERATIN
357	48	IB	KSS SERVIKS TDK BERKERATIN
358	54	IB	KSS BERKERATIN SERVIKS
359	51	IB	KSS
360	50	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
361	36	IB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
362	55	IIIA	KSS BERKERATIN MINIMAL
363	51	IB	KSS
364	54	IIA	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
365	35	IIIB	KSS SERVIKS
366	37	IB	ADENOSKUAMOSA
367	59	IIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
368	47	IB	KSS
369	53	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
370	60	IIIB	KSS TDK BERKERATIN GR 2
371	38	IB	ADENOCA MUSINOSUM
372	54	IIIB	KSS
373	42	IIIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
374	48	IIIB	KSS BERKERATIN
375	45	IB	KSS
376	56	IIIB	KSS TDK BERKERATIN

377	43	IB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
378	57	IB	KS BERKEERATIN GRADE 1
379	45	IIIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
380	63	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
381	46	IIIB	KSS DGN SEDIKIT KERATIN
382	62	IIA	KSS
383	43	IIIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
384	39	IIA	ADENOCA MUSINOSUM
385	53	IIIB	KSS BERKERATIN SERVIKS

(Lanjutan)

No	Usia	Stadium	Gambaran histopatologi
386	39	IIB	ADENOKARSINOMA
387	38	IIA	KSS BERKERATIN SERVIKS
388	30	IIIB	KSS
389	50	IIIB	ADENOSQUAMOUS
390	53	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
391	44	IIIB	KSS
392	43	IIA	KSS BERKERATIN GR 1
393	32	IB	KSS NON KER
394	45	IIB	KSS
395	45	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
396	38	IIA	KARSINOMA ADENOSKUAOSA
397	42	IIIA	ADENOCA MUSINOSUM
398	58	IIB	ADENOKARSINOMA SEL KECIL
399	49	IB	KSS BERKERATIN GR 2
400	42	IIB	ADENOKARSINOMA SERVIKS
401	33	IIA	ADENOSKUAMOSA SERVIKS

402	50	IIA	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
403	38	IB	KSS BERKERATIN
404	54	IIIB	KSS TDK BERKERATIN
405	57	IIIB	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
406	38	IIIA	KARSINOMA ADENOSKUAMOSA
407	46	IIB	ADENOSQUAMOUS CA
408	52	IB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
409	51	IIA	KSS
410	60	IIIB	KSS
411	70	IIA	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
412	51	IIA	KSS SERVIKS TDK BERKERATIN
413	59	IB	KSS YG MASIH VIABEL
414	37	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
415	54	IIB	ADENOKARSINOMA SERVIKS
416	35	IB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
417	50	IIIB	KSS SERVIKS TDK BERKERATIN
418	46	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
419	43	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
420	53	IIB	ADENOKARSINOMA SERVIKS
421	41	IIIB	KSS SERVIKS

(Lanjutan)

No	Usia	Stadium	Gambaran histopatologi
422	47	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
423	52	IIA	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
424	50	IIIB	KSS SERVIKS TDK BERKERATIN
425	45	IB	KSS SERVIKS TDK BERKERATIN
426	54	IIB	KSS TDK BERKERATIN GR 2-3

427	56	IIB	ADENOCA MUSINOSUM
428	33	IIIB	KSS
429	36	IIIB	ADENOSKUAMOSA
430	47	IIB	KSS
431	59	IIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIK
432	64	IIIB	KSS TDK BERKERATIN SERVIKS
433	52	IIIB	KSS TIDAK BERKERATIN
434	45	IIIB	Adenoskuamosa
435	33	IIIB	KSS TDK BERKERATIN
436	51	IIIB	ADENOSKUAMOSA
437	53	IIIB	KSS BERKERATIN GR I
438	56	IIIB	ADENOSKUAMOSA
439	38	IB	KSS IN SITU
440	50	IIIB	KSS
441	36	IIA	ADENOSQUAMOUS CA CX
442	62	IIA	KSS SERVIKS
443	65	IIA	KSS BERKERATIN SERVIKS
444	43	IIA	KSS KER
445	48	IIIB	KSS TIDAK BERKERATIN
446	32	IIIB	KSS KER SERVIKS
447	32	IIIB	ADENOKARSINOMA SERVIKS
448	56	IIIB	KSS BERKERATIN SERVIKS
449	44	IIB	KARSINOMA PAPILER SERVIKS
450	57	IB	KSS NON TIDAK BERKERATIN
451	47	IIA	KSS NON KER
452	43	IB	ADENOSKUAMOSA
453	35	IIA	ADENOKARSINOMA

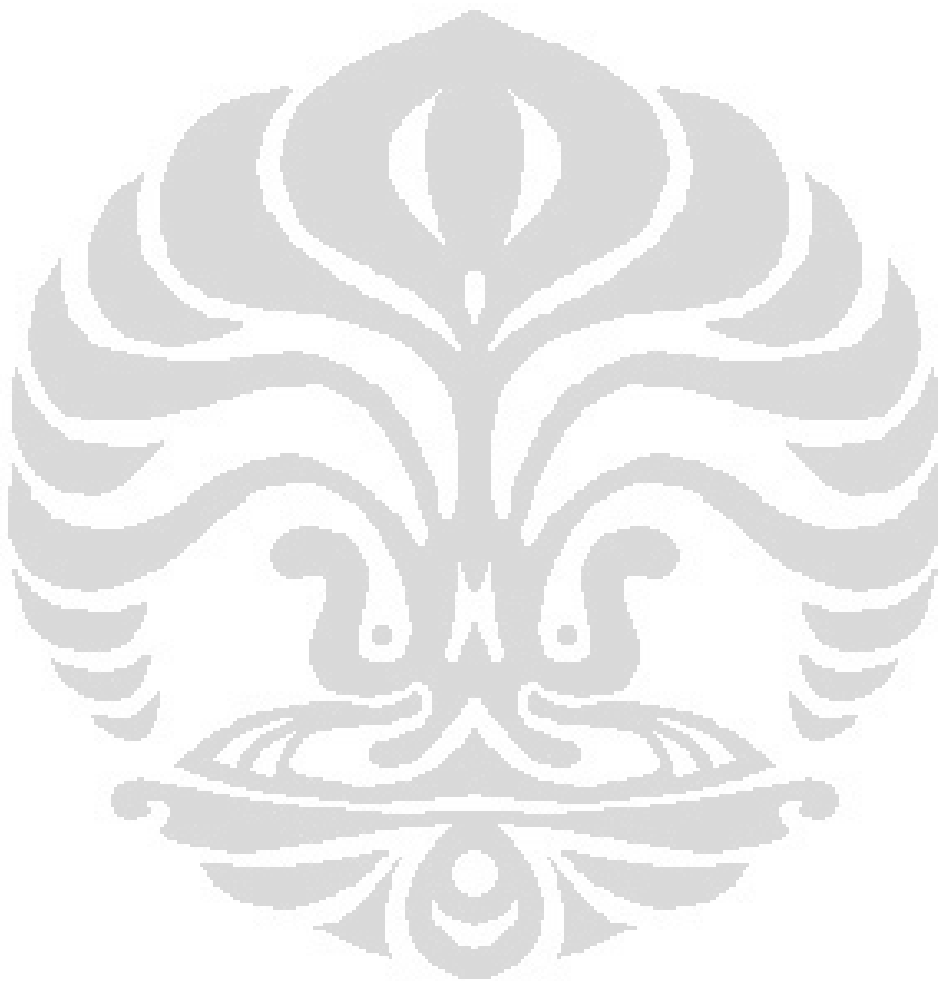
454	44	IB	ADENOSKUAMOSA
455	56	IIIA	KSS BERKERATIN SERVIKS
456	35	IB	ADENOSKUAMOSA

(Lanjutan)

No	Usia	Stadium	Gambaran histopatologi
457	54	IIA	ADENOSKUAMOSA
458	48	IIB	ADENOKARSINOMA SERVIKS
459	51	IIB	KSS BERKERATIN
460	51	IIIB	KSS BERKERATIN
461	38	IIB	KSS NON KERATIN
462	38	IIB	KSS BERKERATIN
463	50	IIB	KSS BERKERATIN
464	47	IIIA	KSS BERKERATIN
465	44	IIB	KSS BERKERATIN

Lampiran 2. Hasil analisis korelasi usia dengan stadium

		usia responden	stadium kanker serviks
Spearman's rho	usia responden	1	.116(*)
			.012
		465	465
	stadium kanker serviks	.116(*)	1
		.012	.
		465	465



Lampiran 3. Tabel Distribusi stadium berdasarkan kelompok usia

Usia	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79
Stadium	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0

IA										
Stadium IB	5	19	25	29	18	11	9	2	0	0
Stadium IIA	1	10	7	11	10	10	3	3	2	0
Stadium IIB	3	11	19	25	19	15	6	4	0	0
Stadium IIIA	1	1	4	6	7	5	0	0	0	0
Stadium IIIB	6	14	27	32	32	24	18	4	2	1
Stadium IVA	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0
Stadium IVB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
