

PENGobatan KARSINOMA SERVIKS

Susianti¹, Wita Aulia²

¹Bagian Histologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Karsinoma serviks merupakan karsinoma nomor tiga terbanyak dan salah satu penyebab kematian yang ditemukan pada perempuan. Penyebab utama dari karsinoma serviks adalah infeksi dari *human papilloma virus* (HPV). HPV merupakan virus dengan DNA berantai ganda yang terdiri atas tiga jenis yaitu kutaneotropik, mukosotropik, dan tipe yang ditemukan pada mukosa dan kutan. HPV tipe 16 dan 18 yang sering menyebabkan karsinoma serviks. Kelompok berisiko untuk terjadinya karsinoma serviks adalah wanita di atas usia 30 tahun yang memiliki banyak anak dan dengan perilaku menjaga kesehatan reproduksi yang masih kurang. Kebiasaan sering berganti pasangan seksual merupakan salah satu faktor utama penularan virus HPV penyebab karsinoma serviks ini terjadi. Kejadian karsinoma serviks akan sangat mempengaruhi hidup dari penderita dan keluarganya serta juga akan sangat mempengaruhi sektor pembiayaan kesehatan oleh pemerintah. Sebagian besar pasien karsinoma serviks datang ke rumah sakit sudah dalam stadium lanjut. Akibatnya pengobatan karsinoma serviks menjadi lebih sulit dan hasilnya tidak memuaskan, bahkan cenderung mempercepat kematian. Salah satu parameter yang dapat digunakan untuk menilai keberhasilan pengobatan adalah probabilitas ketahanan hidup. Tatalaksana dengan kemoterapi dan radioterapi adalah modal untuk pengobatan karsinoma serviks. Dengan melakukan pencegahan dan skrining, serta diagnosis dan penatalaksanaan yang tepat dapat menurunkan angka kematian, angka pravelensi dan metastasis ke organ lain akibat karsinoma serviks uteri.

Kata Kunci : Karsinoma Serviks, *human papilloma virus*, kemoterapi, radioterapi

Abstract

Cervical carcinoma is the third highest carcinoma and one of the causes of death were found in women. The main cause of cervical carcinoma is an infection of the human papilloma virus (HPV). HPV is a DNA virus with a double chain which consists of three types, namely kutaneotropik, mukosotropik, and type are found on mucosal and cutaneous. HPV types 16 and 18 which often cause cervical carcinoma. Risk group for the occurrence of cervical carcinoma is women over age 30 years who have many children and to maintain reproductive health behavior is still lacking. The habit of frequently changing sexual partners is one of the main factors of HPV virus cause cervical carcinoma is the case. The incidence of cervical carcinoma will greatly affect the lives of patients and their families and will also greatly affect the health sector financing by the government. The majority of cervical carcinoma patients come to the hospital already in an advanced stage. As a result, the treatment of cervical carcinoma becomes more difficult and the results are not satisfactory, and even tends to hasten death. One of the parameters that can be used to assess the success of the treatment is the probability of survival. Procedures with chemotherapy and radiotherapy is an asset for the treatment of cervical carcinoma. With prevention and screening, and diagnosis and appropriate containment procedures can reduce mortality, pravelensi and metastasis to other organs caused by carcinoma of the cervix uteri.

Keywords: Cervical carcinoma, *human papilloma virus*, chemotherapy, radiotherapy

Korespondensi: Wita Aulia, Alamat Jln Pom Bensin Bumi Agung No 41 Muaradua Oku Selatan Sumatera Selatan, HP 081279065335, e-mail wita.aulia@ymail.com

Pendahuluan

Karsinoma serviks (Ca Serviks) adalah tumor ganas paling sering ditemukan pada sistem reproduksi wanita. Kebanyakan berupa karsinoma epitel skuamosa, tumor tumbuh setempat, umumnya menginvasi jaringan parametrium dan organ pelvis serta menyebar ke kelenjar limfe kavum pelvis.¹

Ca serviks merupakan suatu penyakit keganasan dimana menyerang leher rahim/serviks yang kebanyakan disebabkan

oleh Human papiloma virus (HPV) . Serviks merupakan sepertiga bagian bawah uterus, berbentuk silindris, menonjol dan berhubungan dengan vagina melalui ostium uteri eksternum yang biasanya juga bisa disebabkan genetik, pola hidup yang tidak baik, higiene yang kurang, serta sering berganti pasangan seksual.²

Menurut Yayasan Peduli Karsinoma Serviks Indonesia (2012), di Indonesia setiap tahun jumlah penderita karsinoma serviks

sangat tinggi yaitu 15.000 kasus. Hal ini dinyatakan setara dengan 40 wanita menderita karsinoma serviks dan 20 diantaranya meninggal. Pada tahun 2030, di Indonesia jumlah penderita karsinoma serviks diperkirakan akan mengalami peningkatan sebesar tujuh kali lipat. Berdasarkan hasil penelitian Has dan Hendrati (2009), riwayat wanita yang melakukan hubungan seksual kurang dari 17 tahun memiliki risiko terkena karsinoma serviks 0,592 kali dibandingkan dengan wanita yang melakukan hubungan seksual di atas umur 17 tahun dan kebersihan genital yang buruk memiliki risiko terkena karsinoma serviks 38,965 kali dibandingkan dengan kebersihan genital yang baik. Menurut data WHO, Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita karsinoma serviks tertinggi di dunia karena, sulit sekali dideteksi hingga penyakit telah mencapai stadium lanjut, kematian akibat kanker payudara dan karsinoma serviks pada tahun 2011 sebanyak 273.500 kematian dan pada tahun 2010 sebanyak 247.000 kematian.^{3, 4, 5}

Insiden karsinoma serviks bisa dilakukan upaya pencegahan primer seperti meningkatkan atau intensifikasi kegiatan penyuluhan kepada masyarakat untuk menjalankan pola hidup sehat, menghindari faktor risiko terkena karsinoma serviks, melakukan imunisasi dengan vaksin HPV dan diikuti dengan deteksi dini karsinoma serviks tersebut melalui pemeriksaan pap smear atau IVA (inspeksi visual dengan menggunakan asam acetat). Saat ini cakupan "screening" deteksi dini karsinoma serviks di Indonesia melalui pap smear dan IVA masih sangat rendah (sekitar 5%), padahal cakupan "screening" yang efektif dalam menurunkan angka kesakitan dan angka kematian karena karsinoma serviks adalah 85%.⁶

Isi

Karsinoma serviks adalah tumor ganas paling sering ditemukan pada sistem reproduksi wanita. Kebanyakan kasus berupa karsinoma epitel skuamosa, tumor tumbuh setempat, umumnya menginvasi jaringan parametrium dan organ pelvis serta menyebar ke kelenjar limfe kavum pelvis. Serviks uteri

merupakan jaringan berbentuk silinder, panjang 2,5-3 cm, terbagi menjadi pars vaginalis dan pars kanalis serviks uteri, keatas berhubungan dengan korpus uteri, ke bawah berhubungan dengan fornix vagina. Serviks uteri terbentuk dari jaringan ikat, pembuluh darah, otot polos konsistensi kenyal. Permukaan pars vagina diselubungi epitel berlapis skuamosa, mukosa kanalis servikalis berupa epitel torak, terdapat kelenjar musinosa yang mensekresikan sedikit cairan alkalis membentuk sumbat mukus yang menyumbat kanalis servikalis, mencegah masuknya kuman.^{1, 2}

Wanita segala usia dapat terkena karsinoma serviks uteri, tapi jarang ditemukan pada usia sebelum 20 tahun. Pertumbuhan 30-60 tahun relatif cepat, 40-60 tahun insiden tertinggi. Lebih dari 30% dari kematian akibat karsinoma disebabkan oleh lima faktor risiko perilaku dan pola makan, yaitu: (1) Indeks massa tubuh tinggi, (2) Kurang konsumsi buah dan sayur, (3) Kurang aktivitas fisik, (4) Penggunaan rokok, dan (5) Konsumsi alkohol berlebihan. Merokok merupakan faktor risiko utama karsinoma yang menyebabkan terjadinya lebih dari 20% kematian akibat karsinoma di dunia dan sekitar 70% kematian akibat karsinoma paru di seluruh dunia. Karsinoma yang menyebabkan infeksi virus seperti virus hepatitis B/hepatitis C dan virus *human papilloma* berkontribusi terhadap 20% kematian akibat karsinoma serviks di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Lebih dari 60% kasus baru dan sekitar 70% kematian akibat karsinoma serviks di dunia setiap tahunnya terjadi di Afrika, Asia dan Amerika Tengah dan Selatan. Diperkirakan kasus karsinoma serviks setiap tahun akan meningkat dari 14 juta pada 2012 menjadi 22 juta dalam dua dekade berikutnya.⁷

Banyak faktor yang disebut-sebut mempengaruhi terjadinya karsinoma serviks. Pada berbagai penelitian epidemiologi menunjukkan bahwa golongan wanita yang mulai melakukan hubungan seksual pada usia < 20 tahun atau mempunyai pasangan seksual yang berganti-ganti lebih berisiko untuk menderita karsinoma serviks. Tembakau juga mengandung bahan-bahan karsinogen baik

yang dihisap sebagai rokok/sigaret atau dikunyah. Asap rokok menghasilkan *polycyclic aromatic 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 karsinogen infeksi virus.⁸

Kondom dan diafragma dapat memberikan perlindungan. Kontrasepsi oral yang dipakai dalam jangka panjang yaitu lebih dari 5 tahun dapat meningkatkan risiko relatif 1,53 kali. WHO melaporkan risiko relatif pada pemakaian kontrasepsi oral sebesar 1,19 kali dan meningkat sesuai dengan lamanya pemakaian.⁸

Antioksidan dapat melindungi DNA/RNA terhadap pengaruh buruk radikal bebas yang terbentuk akibat oksidasi karsinogen bahan kimia. Banyak makan sayur dan buah mengandung bahan-bahan antioksidan dan berkhasiat mencegah karsinoma serviks misalnya advokat, 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 karsinoma serviks. Vitamin E, vitamin C dan beta karoten mempunyai khasiat antioksidan yang kuat. Vitamin E banyak terdapat dalam minyak nabati (kedelai, jagung, biji-bijian dan kacang-kacangan). Vitamin C banyak terdapat dalam sayur-sayuran dan buah-buahan.⁸

Patologi karsinoma serviks dapat dijelaskan berdasarkan gambaran CIN. CIN menunjukkan sebagian sel dalam epitel skuamosa serviks uteri menunjukkan heterotipia dengan derajat bervariasi, setara dengan hiperplasia atipik dan karsinoma in situ yang dahulu digunakan. Dan menurut derajat patologinya dibagi menjadi :

1. CIN-I : Hiperplasia atipikal ringan: yaitu 1/3 sel dibagian bawah epitel skuamosa serviks susunannya menjadi kacau, polaritas lenyap, dismorfosis inti, hiperkeratosis, ukuran dan morfologi inti tak beraturan, kromatin bertambah, kasar, ratio

nukleositoplasma kacau, tampak mitosis atipikal

2. CIN-II : Hiperplasia atipikal sedang yaitu 2/3 bagian epitel skuamosa mengalami hiperplasia atipikal, heteropia sel jelas, mitosis banyak.
3. CIN-III : Hiperplasia atipikal berat dan karsinoma in situ: hiperplasia atipikal berat menunjukkan hiperplasia atipikal mengenai 2/3 lebih lapisan epitel, hanya 1-2 lapis sel permukaan masih normal, mitosis tampak di seluruh lapisan epitel, karsinoma in situ menunjukkan sel hiperplasia atipikal menempati seluruh lapisan epitel skuamosa, tapi membran basal masih intak, tanpa infiltrasi interstitial. Hiperplasia atipikal dan karsinoma in situ sering kali mengenai glandula tubular uteri.¹

Perkembangan karsinoma invasif berawal dari terjadinya lesi neoplastik pada lapisan epitel serviks, dimulai dari neoplasia intraepitel serviks (NIS) 1, NIS 2, NIS 3 atau karsinoma *in situ* (KIS). Selanjutnya setelah menembus membran basalis akan berkembang menjadi karsinoma mikroinvasif dan invasif. Pemeriksaan sitologi papsmear digunakan sebagai skrining, sedangkan pemeriksaan histopatologik sebagai konfirmasi diagnostik.²

Deteksi lesi pra karsinoma terdiri dari berbagai metode :

1. Papsmear (konvensional atau *liquid-base cytology /LBC*),
2. Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA),
3. Inspeksi Visual Lugoliodin (VILI),
4. Test DNA HPV (*genotyping / hybrid capture*).²

Perubahan prekarsinoma pada serviks biasanya tidak menimbulkan gejala dan perubahan ini tidak terdeteksi kecuali jika wanita tersebut menjalani pemeriksaan panggul dan *Pap smear*. Gejala biasanya baru muncul ketika sel serviks yang abnormal berubah menjadi keganasan dan menyebar ke jaringan di sekitarnya. Gejala klinis jika sudah menjadi karsinoma serviks dapat dibedakan

dalam beberapa tahapan atau stadium karsinoma serviks, yaitu sebagai berikut :

- a. Gejala awal
 - 1) Perdarahan lewat vagina, berupa pendarahan pascasangama atau perdarahan spontan di luar masa haid.
 - 2) Keputihan yang berulang, tidak sembuh-sembuh walaupun telah diobati. Keputihan biasanya berbau, gatal, dan panas karena sudah mengalami infeksi sekunder.
- b. Gejala lanjut: cairan yang keluar dari liang vagina berbau tidak sedap, nyeri (panggul, pinggang, dan tungkai), gangguan berkemih, nyeri di kandung kemih dan *rectum*/anus.
- c. Karsinoma telah menyebar/*metasis*: timbul gejala sesuai dengan organ yang terkena, misalnya penyebaran di paru-paru, liver, atau tulang.
- d. Kambuh/*residif*: bengkak/*edema* tungkai satu sisi, nyeri panggul menjalar ke tungkai, dan gejala pembuntuan saluran kencing.

Sedangkan menurut Arisusilo (2012), terdapat beberapa gejala untuk mengetahui karsinoma serviks, yaitu:

- a. Tahap awal: Pada tahap awal, penyakit ini tidak menimbulkan gejala yang mudah diamati.
- b. Gejala karsinoma serviks tingkat lanjut:
 - 1) Munculnya rasa sakit dan perdarahan saat berhubungan intim (*contact bleeding*).
 - 2) Keputihan yang berlebihan dan tidak normal.
 - 3) Perdarahan di luar siklus menstruasi.
 - 4) Penurunan berat badan drastis.
 - 5) Apabila karsinoma sudah menyebar ke panggul, maka pasien akan menderita keluhan nyeri punggung.
 - 6) Hambatan dalam berkemih, serta pembesaran ginjal.
- c. Masa preinvasif (pertumbuhan sel-sel abnormal sebelum menjadi keganasan) pada penyakit ini terbilang cukup lama, sehingga penderita yang berhasil mendeteksinya sejak dini dapat melakukan berbagai langkah untuk mengatasinya.

- d. Infeksi menetap akan menyebabkan pertumbuhan sel abnormal yang akhirnya dapat mengarah pada perkembangan karsinoma. Perkembangan ini memakan waktu antara 5-20 tahun, mulai dari tahap infeksi, lesi pra-karsinoma hingga positif menjadi karsinoma serviks.^{1,2}

Klasifikasi karsinoma serviks berdasarkan FIGO adalah sebagai berikut:

- a. O : Karsinoma in situ
- b. I : Karsinoma serviks terbatas di uterus (ekstensi ke korpus uterus dapat diabaikan)
- c. IA : Karsinoma invasif didiagnosis hanya dengan mikroskop. Semua lesi yang terlihat secara makroskopik, meskipun invasi hanya superfisial, dimasukkan ke dalam stadium IB
- d. IA1 : Invasi stroma tidak lebih dari 3,0 mm kedalamannya dan 7,0 mm atau kurang pada ukuran secara horizontal
- e. IA2 : Invasi stroma lebih dari 3,0 mm dan tidak lebih dari 5,0mm dengan penyebaran horizontal 7,0 mm atau kurang
- f. IB : Lesi terlihat secara klinik dan terbatas di serviks atau secara mikroskopik lesi lebih besar dari IA2
- g. IB1 : Lesi terlihat secara klinik berukuran dengan diameter terbesar 4,0 cm atau kurang
- h. IB2 : Lesi terlihat secara klinik berukuran dengan diameter terbesar lebih dari 4,0 cm
- i. II : Invasi tumor keluar dari uterus tetapi tidak sampai ke dinding panggul atau mencapai 1/3 bawah vagina
- j. IIA : Tanpa invasi ke parametrium
- k. IIA1 : Lesi terlihat secara klinik berukuran dengan diameter terbesar 4,0 cm atau kurang

- l. IIA2 : Lesi terlihat secara klinik berukuran dengan diameter terbesar lebih dari 4,0 cm
- m. IIB : Tumor dengan invasi ke parametrium
- n. III : Tumor meluas ke dinding panggul/ atau mencapai 1/3 bawah vagina dan/atau menimbulkan hidronefrosis atau afungsi ginjal
- o. IIIA : Tumor mengenai 1/3 bawah vagina tetapi tidak mencapai dinding panggul
- p. IIIB : Tumor meluas sampai ke dinding panggul dan / atau menimbulkan hidronefrosis atau afungsi ginjal
- q. IVA : Tumor menginvasi mukosa kandung kemih atau rektum dan/atau meluas keluar panggul kecil (*true pelvis*)
- r. IVB : Metastasis jauh (termasuk penyebaran pada peritoneal, keterlibatan dari kelenjar getah bening supraklavikula, mediastinal, atau para aorta, paru, hati, atau tulang.²

Diagnosis ditegakkan atas dasar anamnesis, pemeriksaan klinik. Pada umumnya, lesi prakarsinoma belum memberikan gejala. Bila telah menjadi karsinoma invasif, gejala yang paling umum adalah perdarahan (*contact bleeding*, perdarahan saat berhubungan intim) dan keputihan. Pada stadium lanjut, gejala dapat berkembang menjadi nyeri pinggang atau perut bagian bawah karena desakan tumor di daerah pelvik ke arah lateral sampai obstruksi ureter, bahkan sampai oligo atau anuria. Gejala lanjutan bisa terjadi sesuai dengan infiltrasi tumor ke organ yang terkena, misalnya: fistula vesikovaginal, fistula rektovaginal, edema tungkai.²

Pemeriksaan klinik dan menegakkan diagnosis karsinoma serviks meliputi inspeksi, kolposkopi, biopsi serviks, sistoskopi, rektoskopi, USG, BNO-IVP, foto toraks dan

bone scan, CT scan atau MRI, PET scan. Kecurigaan metastasis ke kandung kemih atau rektum harus dikonfirmasi dengan biopsi dan histologik. Konisasi dan amputasi serviks dianggap sebagai pemeriksaan klinik. Khusus pemeriksaan sistoskopi dan rektoskopi dilakukan hanya pada kasus dengan stadium IB2 atau lebih. Stadium karsinoma serviks didasarkan atas pemeriksaan klinik oleh karena itu pemeriksaan harus cermat. Stadium klinik ini tidak berubah bila kemudian ada penemuan baru. Kalau ada keraguan dalam penentuan maka dipilih stadium yang lebih rendah.^{1, 2}

Metode penatalaksanaan karsinoma serviks terdapat operasi, radioterapi, kemoterapi, imunoterapi dan lainnya. Pemilihan metode terapi berdasarkan pembagian stadium klinis, derajat diferensiasi patologi, dan ukuran tumor. Kasus stadium dini hanya dengan operasi atau radioterapi sudah membawa hasil yang cukup baik, sedangkan dengan progresi penyakit umumnya diperlukan terapi gabungan.¹

Penatalaksanaan dan terapi karsinoma serviks terdiri atas beberapa yaitu sebagai berikut :

1. Terapi Konservatif

Terapi konservatif dilakukan sesuai dengan stadium patologi karsinoma berdasarkan gambaran CIN. CIN menunjukkan sebagian sel dalam epitel skuamosa serviks uteri. Menurut derajat tatalaksananya adalah sebagai berikut :

- a. CIN I : Menurut data statistik hanya 15% pasien CIN I mengalami progresivitas lesi, 20% lesi menetap, 65% lesi lenyap spontan. Maka dapat dipilih terapi fisika atau observasi dan tindak lanjut.
- b. CIN II : dapat dengan terapi konservatif ataupun konisasi, seperti laser, krioterapi, elektrokoagulasi, konisasi pisau dingin, LEEP. Dengan LEEP dan konisasi pisau dingin dapat diperoleh spesimen untuk pemeriksaan patologik, dapat menemukan karsinoma insitu atau mikroinvasif yang belum ditemukan praterapi.
- c. CIN III : terdapat hiperplasia atipik berat dan karsinoma in situ. Perlu konisasi, untuk pasien berusia lebih tinggi atau tak memerlukan reproduksi lagi dapat dilakukan histerektomi total, masih

kontroversial apakah perlu mengangkat dinding segmen atas vagina, tapi dewasa ini umumnya membuang 0,5-1 cm vagina, LEEP hanya sesuai untuk pasien hiperlasia atipik berat.¹

2. Terapi karsinoma serviks uteri invasif :

- Terapi Operasi
 - a. IA1: Dengan histerektomi total, bila perlu konservasi fungsi reproduksi, dapat dengan konisasi.
 - b. IA2: Dengan histerektomi radikal modifikasi ditambah pembersihan kelenjar limfe kavum pelvis bilateral.
 - c. IB1-IIA: Dengan histerektomi radikal modifikasi atau histerektomi radikal ditambah pembersihan kelenjar limfe kavum pelvis bilateral, pasien usia muda dapat mempertahankan ovari.^{1,2}
- Radioterapi
 - a. Radioterapi radikal
 - b. Radioterapi praoperasi
 - c. Radioterapi pascaoperasi.^{1,2}
- Kemoterapi

Kemoterapi digunakan untuk terapi kasus stadium sedang dan lanjut pra-operasi atau kasus rekuren, metastasis. Untuk tumor ukuran besar, relatif sulit diangkat secara operasi, kemoterapi dapat mengecilkan tumor, meningkatkan keberhasilan operasi, terhadap pasien radioterapi, tambahan kemoterapi yang sesuai dapat meningkatkan sensitivitas terhadap radiasi, sedangkan bagi pasien stadium lanjut yang tidak sesuai untuk operasi atau radioterapi, kemoterapi dapat membawa efek paliatif. Kemoterapi yang sering digunakan secara klinis adalah DDP, karboplatin, CTX, 5FU, ADR, BLM, IFO, taksan, CPT11, dll. Selain kemoterapi lewat kateterisasi intra-arteri, belakangan ini dilakukan kateterisasi arteri femoral perkutan menginjeksikan kemoterapi intra arteri iliaka interna iliaka bilateral juga membawa efektivitas serupa.^{1,2}
- Elektrokauter

Metode ini menggunakan alat elektrokauter atau radiofrekuensi dengan melakukan eksisi *Loop diathermy* terhadap jaringan lesi prakarsinoma pada zona transformasi. Jaringan spesimen akan dikirimkan ke laboratorium patologi anatomi untuk konfirmasi diagnostik secara histopatologik untuk menentukan tindakan cukup atau perlu terapi lanjutan.²

- Diatermi Elektrokoagulasi

Diatermi elektrokoagulasi dapat memusnahkan jaringan lebih luas dan efektif jika dibandingkan dengan elektrokauter, tetapi harus dilakukan dengan anestesi umum. Tindakan ini memungkinkan untuk memusnahkan jaringan serviks sampai kedalaman 1 cm, tetapi fisiologi serviks dapat dipengaruhi, terutama jika lesi tersebut sangat luas.²

Untuk evaluasi pengobatan biasanya dilakukan pemeriksaan *Pap Smear* setiap tiga bulan selama dua tahun pertama. Kemudian setiap enam bulan untuk tiga tahun berikutnya dan berikutnya diperiksa setiap tahun. Pemeriksaan *Ct-Scan* atau *PET-Scan* dilakukan apabila diindikasikan secara klinis.⁹

Pencegahan dan Skrining

1. Pencegahan Primer : Vaksinasi HPV

Pencegahan dengan vaksinasi lebih baik diberikan sebelum terjadinya pajanan terhadap HPV, yakni sebelum berhubungan seksual. Vaksinasi ini dapat memberikan perlindungan setidaknya selama 4,5 tahun setelah dilakukan 3 kali injeksi dalam rentang waktu 6 bulan. Vaksinasi yang sekarang tersedia hanya mampu untuk mencegah infeksi HPV tipe 16,18,6 dan 11 sehingga *pap smear* yang berkala tetap harus dilakukan.
2. Pencegahan Sekunder

Tes *pap smear* dan inspeksi visual dengan asam asetat (IVA) dapat mendeteksi perubahan epitel pada fase prakarsinoma (sebelum menjadi karsinoma serviks). Bila ditemukan pada fase prakarsinoma, keberhasilan terapi mendekati 100%.

Prosedur pap smear merupakan prosedur sitologi dengan mengambil sel-sel epitel serviks dan diperiksa secara histopatologis. Waktu pengambilan dianjurkan setelah bersih haid minimal 3 hari, dan disarankan tidak melakukan hubungan seksual atau menggunakan obat vaginal minimal 3 hari sebelum pemeriksaan. Sampel dikirim ke laboratorium dan hasil dapat diterima dalam waktu sekitar 7 hari. Hasil pap smear dapat dilaporkan sebagai berikut : (klasifikasi Bethesda, 2001)

- (1) Normal
- (2) *Atypical squamous cells of undetermined significance* (ASCUS)
 - a. ASCUS
 - b. ASC-H (tidak dapat mengeksklusi high grade SIL)
- (3) *Low-grade squamous intraepithelial lesions* (LSIL) , CIN I
- (4) *High-grade squamous intraepithelial lesions* (LSIL) , CIN II dan CIN III
- (5) Karsinoma Serviks.⁹

Perempuan dengan ASCUS, ASC-H, atau low-grade CIN harus mengulang *pap smear* 3-6 bulan kemudian. Sedangkan, perempuan dengan hasil *pap smear* high grade CIN atau ganas harus melakukan pemeriksaan biopsi dengan bantuan kolposkopi. Selanjutnya dapat, dilakukan *cone biopsy* apabila dicurigai adanya tumor endoserviks, kolposkopi dinilai tidak adekuat, pada biopsi menunjukkan karsinoma mikroinvasif, atau terdapat diskrepansi antara temuan pap smear dan kolposkopi. Sekitar 70% dari karsinoma serviks adalah tumor sel skuamosa, 20-25% adalah adenokarsinoma, dan 2-5% adalah adenoskuamosa dengan struktur glandula dan epitel.⁹

Selain *pap smear*, metode skrining yang lebih sederhana ialah inspeksi visual dengan asam asetat (IVA). Prosedur ini juga direkomendasikan untuk rutin pada perempuan usia > 20tahun atau telah aktif secara seksual. Kelebihan tes ini adalah metode yang lebih sederhana dan hasil yang lebih cepat dibandingkan *pap smear*. Pemeriksaan ini menggunakan larutan asam

asetat 5% yang dioleskan pada serviks. Larutan tersebut akan menimbulkan perubahan pada sel-sel epitel serviks melalui reaksi "acetowhite".⁹

Ada juga pemeriksaan DNA HPV, saat ini pendeteksian dari DNA HPV mulai dievaluasi dan dipertimbangkan sebagai skrining primer pada perempuan usai 30-35 tahun. Pendeteksian DNA HPV ini juga dapat digunakan sebagai salah satu faktor prognostik pada pasien dengan hasil pemeriksaan sitologi ambigu (ASCUS, dan sebagainya). Pada suatu penelitian didapatkan bahwa deteksi virus pada ASCUS dapat memprediksi adanya lesi high-grade dengan sensitivitas yang tinggi.⁹

Simpulan

Karsinoma serviks adalah tumor ganas paling sering ditemukan pada sistem reproduksi wanita. Biasanya menginvasi jaringan parametrium dan organ pelvis serta menyebar ke kelenjar limfe kavum pelvis. Virus *human papilloma* berkontribusi terhadap 20% kematian akibat karsinoma di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Wanita segala usia dapat terkena karsinoma serviks uteri, tapi jarang ditemukan pada usia sebelum 20 tahun. Pertumbuhan 30-60 tahun relatif cepat, 40-60 tahun insiden tertinggi. Lebih dari 30% dari kematian akibat karsinoma disebabkan oleh lima faktor risiko perilaku dan pola makan, yaitu: (1) Indeks massa tubuh tinggi, (2) Kurang konsumsi buah dan sayur, (3) Kurang aktivitas fisik, (4) Penggunaan rokok, dan (5) Konsumsi alkohol berlebihan. Penegakan diagnosis karsinoma serviks adalah dengan cara anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Tujuan penatalaksanaan karsinoma serviks adalah untuk menurunkan angka kematian akibat karsinoma serviks, menurunkan prevalensi angka kejadian karsinoma serviks , serta mencegah metastasis virus HPV ke organ lain. Edukasi serta melakukan pencegahan dan deteksi secara dini dapat berguna pada pasien.

Daftar Pustaka

1. Wan D, editor. Buku Ajar Onkologi Klinis. Bab 18. Edisi 2. Jakarta:FKUI; 2013. hal. 492-493, 502-503.

2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Panduan Penatalaksanaan Karsinoma Serviks. Jakarta; 2010.
3. Laras L. Analisa Faktor Karsinoma Ca Serviks. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2009.
4. Rachmawati EN. Hubungan Antara Usia Pertama Kali Melakukan Hubungan Seksual Dan Personal Hygiene Dengan Kejadian Karsinoma Leher Rahim Di RSUD Kabupaten Sukoharjo. Surakarta. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2014.
5. Dewi R, Asfriyati, Arma AJA. Perubahan Pengetahuan Dan Sikap Wanita Yang Memiliki Pasangan Terhadap Pemeriksaan *PAP SMEAR* Sebelum Dan Sesudah Diberikan Penyuluhan Tentang Deteksi Dini Karsinoma Serviks Dengan Pemeriksaan *PAP SMEAR* Di Kelurahan Glugur Darat 1 Kecamatan Medan Timur Kota Medan. Medan. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sumatera Utara; 2012.
6. Septadina IS, Kesuma H, Handayani D, Suciati T, Liana P. Upaya Pencegahan Karsinoma Serviks Melalui Peningkatan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Wanita Dan Pemeriksaan Metode IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat) Di Wilayah Kerja Puskesmas Kenten Palembang. Palembang. Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya; 2012.
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pusat Data Dan Informasi Karsinoma. Jakarta; 2015.
8. Wulandari AS. Pengertian Dan Pemahaman Resiko Ca Cervix Pada Wanita Usia Subur Di Indonesia. Surabaya. Fakultas Kedokteran Universitas Wijaya Kusuma Surabaya; 2010.
9. Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S, editor. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi V. Jakarta; 2009. hal. 497