

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1. Kanker Leher Rahim**

#### **2.1.1. Definisi Kanker Leher Rahim**

Kanker leher rahim adalah kanker yang terdapat pada serviks atau leher rahim, yaitu area bagian bawah rahim yang menghubungkan rahim dengan vagina. Kanker leher rahim terjadi jika sel-sel serviks menjadi abnormal dan membelah secara tidak terkendali. (Emilia, 2010).

#### **2.1.2. Epidemiologi**

Pada tahun 2003, WHO menyatakan bahwa kanker merupakan problem kesehatan yang sangat serius karena jumlah penderitanya meningkat sekitar 20% per tahun dan merupakan urutan pertama terbanyak yang menyerang kaum wanita di Indonesia (Azamris, 2006). Di seluruh dunia, diperkirakan terjadi sekitar 500.000 kanker leher rahim baru dan 250.000 kematian setiap tahunnya yang  $\pm$  80% terjadi di negara-negara sedang berkembang. Jumlah kematian akibat kanker leher rahim juga meningkat dari 7,6 juta orang tahun 2008 menjadi 8,2 juta pada tahun 2012. Kanker menjadi penyebab kematian nomor 2 di dunia sebesar 13% setelah penyakit kardiovaskular. Diperkirakan pada 2030 insiden

kanker dapat mencapai 26 juta orang dan 17 juta di antaranya meninggal akibat kanker, terutama pada negara miskin dan berkembang (Depkes RI, 2010).

Di Indonesia, insiden kanker leher rahim diperkirakan  $\pm$  40.000 kasus pertahun dan masih merupakan kanker wanita yang tersering. Hal itu terjadi karena pasien datang dalam stadium lanjut (Suwiyoga, 2006). Penelitian lain menunjukkan bahwa diperkirakan 15.000 kasus baru kanker leher rahim terjadi setiap tahunnya, sedangkan angka kematiannya diperkirakan 7.500 kasus per tahun. Setiap harinya diperkirakan terjadi 41 kasus baru kanker leher rahim dan 20 perempuan meninggal dunia karena penyakit tersebut. Pada tahun 2009, kasus baru kanker leher rahim berjumlah 2.429 atau sekitar 25,91% dari seluruh kanker yang ditemukan di Indonesia. Dengan angka kejadian ini, kanker leher rahim menduduki urutan kedua setelah kanker payudara pada wanita usia subur 15 – 44 tahun (Wijaya, 2010).

Kanker leher rahim yang sudah masuk ke stadium lanjut sering menyebabkan kematian dalam jangka waktu relatif cepat. Selain itu, lebih dari 70% kasus yang datang ke rumah sakit ditemukan dalam keadaan stadium lanjut. Selama kurun waktu 5 tahun, usia penderita antara 30 – 60 tahun, terbanyak antara 45- 50 tahun. Periode laten dari fase prainvasif untuk menjadi invasif memakan waktu sekitar 10 tahun. Hanya 9% dari wanita berusia <35 tahun menunjukkan kanker leher

rahim yang invasif pada saat didiagnosis, sedangkan 53% dari KIS (kanker in-situ) terdapat pada wanita di bawah usia 35 tahun (Depkes RI, 2010).

### **2.1.3. Etiologi**

Penyebab kanker leher rahim adalah *Human Papilloma Virus* (HPV) atau virus papiloma manusia. Virus ini ditemukan pada 95 % kasus kanker leher rahim. Ada beberapa tipe HPV yang dapat menyebabkan kanker, yaitu tipe 16 dan 18 ( paling sering di Indonesia ) serta tipe 31, 34, 45, dan lain-lain (Depkes RI, 2009). HPV dapat dengan mudah ditularkan melalui aktifitas seksual dan beberapa sumber transmisi tidak tergantung dari adanya penetrasi, tetapi juga melalui sentuhan kulit di wilayah genital tersebut (*skin to skin genital contact*). Dengan demikian setiap wanita yang aktif secara seksual memiliki risiko untuk terkena kanker leher rahim (Emilia, 2010).

### **2.1.4. Perjalanan Alamiah Kanker Leher Rahim**

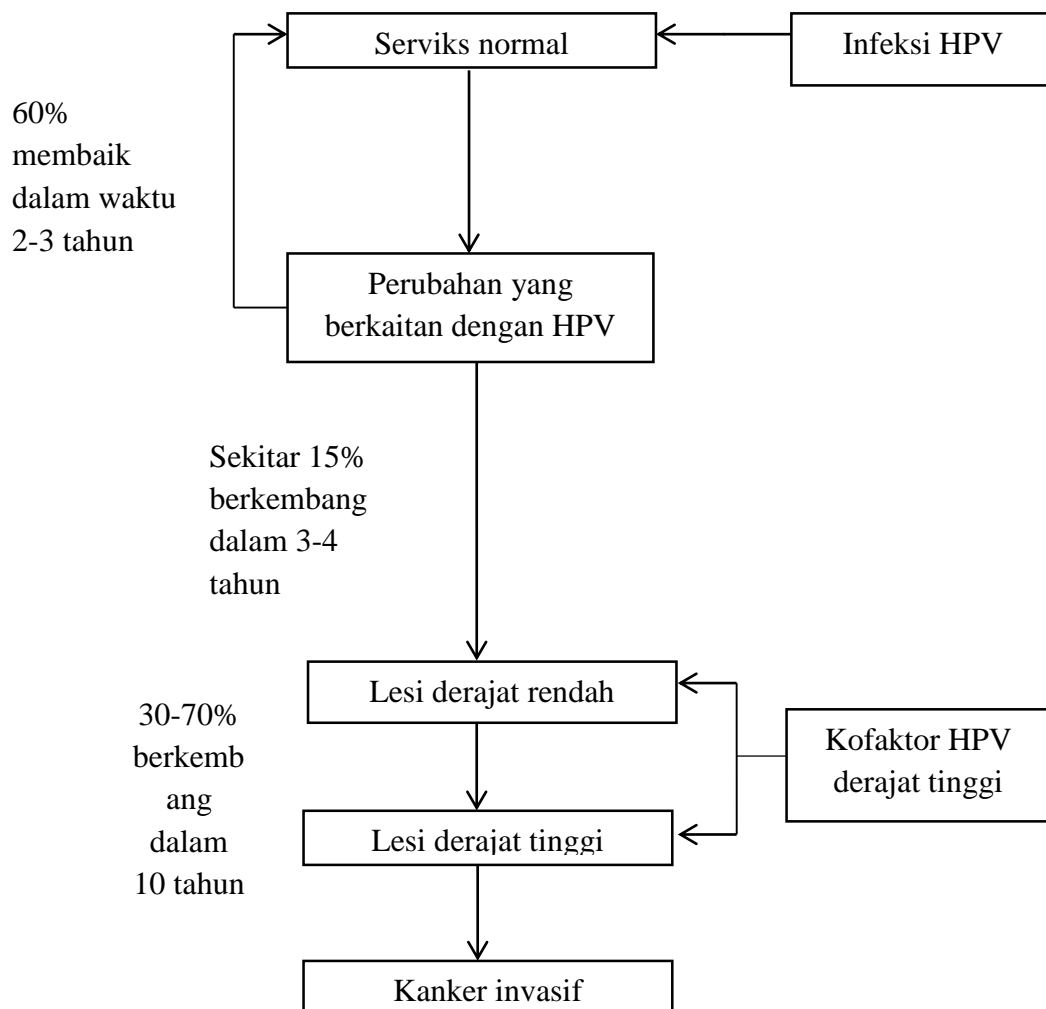
Karsinoma serviks biasa timbul di daerah yang disebut *squamo-columnar junction* (SCJ), yaitu batas antara epitel yang melapisi ektoserviks (porsio) dan endoserviks kanalis serviks, dimana secara histologik terjadi perubahan dari epitel ektoserviks yaitu epitel skuamosa berlapis dengan epitel endoserviks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

di luar ostium uteri eksternum, sedangkan pada wanita berusia di atas 35 tahun SCJ berada di dalam kanalis serviks. Oleh karena itu pada wanita muda, SCJ yang berada di luar ostium uteri eksternum ini rentan terhadap faktor luar berupa mutagen yang akan memicu displasia dari SCJ tersebut. Pada wanita dengan aktivitas seksual tinggi, SCJ terletak di ostium eksternum karena trauma atau retraksi otot oleh prostaglandin (Wiknjosastro, 2007).

Pada masa kehidupan wanita terjadi perubahan fisiologis pada epitel serviks. Epitel kolumnar akan digantikan oleh epitel skuamosa yang diduga berasal dari cadangan epitel kolumnar. Proses pergantian epitel kolumnar menjadi epitel skuamosa disebut proses metaplasia dan terjadi akibat pengaruh pH vagina yang rendah. Aktivitas metaplasia yang tinggi sering dijumpai pada masa pubertas. Akibat proses metaplasia ini maka secara morfogenetik terdapat 2 SCJ, yaitu SCJ asli dan SCJ baru yang menjadi tempat pertemuan antara epitel skuamosa baru dengan epitel kolumnar. Daerah di antara kedua SCJ ini disebut daerah transformasi (Wiknjosastro, 2007).

Penelitian akhir-akhir ini lebih memfokuskan virus sebagai salah satu faktor penyebab yang penting, terutama virus DNA. Pada proses karsinogenesis asam nukleat virus tersebut dapat bersatu ke dalam gen dan DNA sel tuan rumah sehingga menyebabkan terjadinya mutasi sel. Sel yang mengalami mutasi tersebut dapat berkembang menjadi sel

displastik sehingga terjadi kelainan epitel yang disebut displasia. Dimulai dari displasia ringan, displasia sedang, displasia berat dan karsinoma in-situ dan kemudian berkembang menjadi karsinoma invasif (Wiknjosastro, 2007). Perjalanan alamiah kanker leher rahim menurut Depkes (2007a) adalah sebagai berikut:



**Gambar 1.**  
Perjalanan Alamiah Kanker Leher Rahim Menurut Depkes

### **2.1.5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Kanker Leher Rahim**

Menurut Palank, Studi epidemiologi telah mengidentifikasi sejumlah faktor yang mempunyai peran nyata terhadap perkembangan kanker derajat rendah. Faktor-faktor risiko terinfeksi HPV dan kanker leher rahim antara lain; Aktifitas seksual sebelum berusia 20 tahun, Berganti-ganti pasangan seksual, Terpapar infeksi yang ditularkan secara seksual (IMS), Ibu atau kakak perempuan yang menderita kanker leher rahim, Tes pap sebelumnya yang abnormal, Merokok, dan Imunosupresi/penurunan kekebalan tubuh (HIV/AIDS, penggunaan kortikosteroid seperti asthma dan lupus) (Yuliwati, 2012).

Penelitian lain mengungkapkan faktor risiko yang dapat meningkatkan peluang terjadinya kanker leher rahim antara lain :

#### **a. Umur**

Wanita yang berumur 35 – 50 tahun dan masih aktif berhubungan seksual rawan terserang kanker leher rahim. Hasil penelitian oleh Wahyuningsih (2014) menunjukkan responden yang mengalami lesi prakanker leher rahim pada perempuan yang berumur  $\geq 35$  tahun berisiko 5,86 kali untuk mengalami kejadian lesi prakanker leher rahim dibanding mereka yang berumur  $< 35$  tahun. Uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara umur responden dengan kejadian lesi prakanker leher rahim ( $p < 0,05$ ). Menurut Benson KL, 2% dari wanita yang berusia 40 tahun akan menderita kanker leher rahim dalam hidupnya. Hal ini

dimungkinkan karena perjalanan penyakit ini memerlukan waktu 7 sampai 10 tahun untuk terjadinya kanker invasif sehingga sebagian besar terjadinya atau diketahuinya setelah berusia lanjut (Rasjidi, 2008)

b. Umur pertama kali berhubungan seksual

Umur pertama kali melakukan hubungan seksual juga merupakan faktor risiko terjadinya kanker leher rahim, sekitar 20% kanker leher rahim dijumpai pada wanita yang aktif berhubungan seksual sebelum umur 16 tahun (Rasjidi, 2008). Periode rentan ini berhubungan dengan kiatnya proses metaplasia pada usia pubertas, sehingga bila ada yang mengganggu proses metaplasia tersebut misalnya infeksi akan memudahkan beralihnya proses menjadi displasia yang lebih berpotensi untuk terjadinya keganasan (Cullati, 2009).

c. Jumlah pasangan seksual

Pada prinsipnya setiap pria memiliki protein spesifik berbeda pada spermanya. Protein tersebut dapat menyebabkan kerusakan pada sel epitel serviks. Sel epitel serviks akan mentoleransi dan mengenali protein tersebut tetapi jika wanita itu melakukan hubungan dengan banyak pria maka akan banyak sperma dengan protein spesifik berbeda yang akan menyebabkan kerusakan tanpa perbaikan dari sel serviks sehingga akan menghasilkan luka. Adanya luka akan

mempermudah infeksi HPV. Risiko terkena kanker leher rahim menjadi 10 kali lipat lebih besar pada wanita yang mempunyai partner sex 6 orang atau lebih (Novel, 2010).

d. Frekuensi kehamilan

Frekuensi kehamilan juga meningkatkan risiko terjadinya kanker leher rahim karena memiliki riwayat infeksi di daerah kelamin (Rasjidi, 2008). Pada faktor paritas, penelitian yang dilakukan oleh Wahyuningsih (2014) menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang memiliki paritas  $\geq 3$  kali lebih berisiko mengalami lesi prakanker leher rahim 24,930 kali lebih besar untuk mengalami lesi prakanker leher rahim dibanding dengan responden yang memiliki paritas  $< 3$  kali. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan kejadian lesi prakanker leher rahim ( $p < 0,05$ ).

e. Aktifitas merokok

Wanita yang merokok atau perokok pasif juga meningkatkan risiko kanker leher rahim (Rasjidi, 2008). Responden yang merokok mempunyai peluang 3,545 kali lebih besar untuk mengalami lesi prakanker leher rahim dibandingkan dengan responden yang tidak merokok. Namun hasil statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan merokok dengan



kejadian lesi prakanker leher rahim ( $p > 0,05$ ) (Wahyuningsih & Mulyani, 2014).

f. Penggunaan alat kontrasepsi hormonal

Penggunaan alat kontrasepsi hormonal merupakan salah satu faktor risiko terjadinya kanker leher rahim. Pada kontrasepsi hormonal terdapat 2 hormon yang terlibat yaitu hormon estrogen sintetik dalam bentuk *etinil estradiol* dan *mestranol* serta hormon progesteron sintetik dalam bentuk *norethrinone*, *noretinodrel*, *etinodiol*, dan *norgestrel* (Guyton, 2007). Kontrasepsi hormonal dibedakan menjadi 2 yaitu kontrasepsi hormonal kombinasi dan non kombinasi. Kontrasepsi hormonal kombinasi menggunakan gabungan kedua hormon sintetik tersebut contohnya pil, implant, dan suntik 1 bulan, sedangkan kontrasepsi non kombinasi hanya menggunakan salah satunya (progesteron), contohnya suntik 3 bulan (Rati, 2010).

Kombinasi hormonal pada alat kontrasepsi dapat bertindak sebagai kofaktor dalam proses infeksi kanker leher rahim. Estrogen berfungsi untuk meningkatkan laju pembelahan sel dalam epitel duktus sehingga meningkatkan probabilitas mutasi yang terjadi, sedangkan progesteron dan progestagens dapat meningkatkan efek ini. Selain itu, kontrasepsi hormonal akan membuat kekentalan lendir pada leher rahim. Kekentalan lendir tersebut, akan

memperlama keberadaan suatu agen karsinogenik di leher rahim, yang terbawa melalui hubungan seksual, termasuk adanya virus HPV (Urban *et al.*, 2012).

Pada faktor penggunaan alat kontrasepsi pil diketahui bahwa 95,5% responden yang menggunakan pil kontrasepsi  $\geq 4$  tahun, dinyatakan positif lesi prakanker leher rahim. Penggunaan pil kontrasepsi  $\geq 4$  tahun berisiko 42 kali untuk mengalami kejadian lesi prakanker leher rahim dibanding kelompok responden yang menggunakan pil kontrasepsi  $< 4$  tahun. Uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara lama penggunaan pil kontrasepsi dengan kejadian lesi prakanker leher rahim ( $p \leq 0,05$ ) (Wahyuningsih & Mulyani, 2014). Sedangkan peningkatan risiko kanker leher rahim yang berhubungan dengan penggunaan suntik progesteron ditemukan pada lama penggunaan lebih dari 5 tahun (Urban *et al.*, 2012).

#### **2.1.6. Diagnosis Kanker Leher Rahim**

Pada tahap prakanker lesi sering tidak menimbulkan gejala. Bila ada gejala biasanya berupa keputihan yang tidak khas, atau ada perdarahan setitik yang bisa hilang sendiri. Pada tahap selanjutnya (kanker) dapat timbul gejala berupa keputihan atau keluar cairan encer dari vagina yang biasanya berbau, perdarahan diluar siklus haid, perdarahan sesudah melakukan senggama, timbul kembali haid setelah mati haid

(menopause) nyeri daerah panggul, gangguan buang air kecil (Depkes RI, 2007).

Perubahan dini pada serviks, khususnya *Carcinoma In-Situ* (CIN), bisa dideteksi sebelum berkembang menjadi kasus karsinoma invasif dengan cara skrining dengan menggunakan Pap smear, tes HPV, dan skrining visual dengan menggunakan asam asetat atau larutan Lugol iodin (WHO, 2013). Untuk mendapatkan diagnosis pasti keganasan dilakukan biopsi serviks. Biopsi jaringan pada keganasan serviks dapat dipandu baik oleh suatu lesi yang jelas terlihat atau dengan kolposkopi. Indikasi dilakukannya kolposkopi adalah temuan HGSIL (*High Grade Squamous Intraepithelial Lesion*) pada Pap smear, termasuk di dalamnya displasia sedang, berat, dan karsinoma in situ. Indikasi lain untuk melakukan kolposkopi adalah adanya LGSIL (*Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion*) yang persisten. Macam biopsi yang dapat dilakukan antara lain *punch biopsy*, *incisional biopsy*, LEEP (*Loop Electrosurgical Excision Procedure*), *cold knife biopsy*, dan *laser cone biopsy*. Konisasi dapat digunakan juga untuk mengobati lesi pra-invasif serviks seperti displasia berat (CIN 3), terutama jika fungsi reproduksi masih dibutuhkan (Sulaini, 2006).

#### **2.1.7. Tatalaksana**

Penentuan terapi dapat dilakukan setelah diagnosis kanker ditegakkan. Secara umum, jenis terapi yang dapat diberikan tergantung pada usia,

keadaan umum penderita, luasnya penyebaran, dan komplikasi yang menyertai. Pada stadium awal, terapi yang diberikan adalah pembedahan atau radiasi. Sementara pada stadium lanjut (2B, 3, dan 4) dipilih radiasi intrakaviter (brakhiradiasi) dan eksternal. Penggunaan kemoterapi dapat diberikan pada pasien dengan stadium lanjut atau kasus berulang yang tidak mungkin dilakukan pembedahan atau radiasi. (Chamim, 2006).

## **2.2. Kontrasepsi Hormonal**

Kontrasepsi hormonal berisi 2 hormon steroid yaitu hormon estrogen dan progesteron. Estrogen sintetik adalah *etinil estradiol*, *mestranol* dan progesteron sintetik adalah *progestin*, *norethindron*, *noretinodrel*, *etinodiol*, *norgestrel*. Alasan utama untuk menggunakan estrogen dan progesteron sintetik adalah bahwa hormon alami hampir seluruhnya akan dirusak oleh hati dalam waktu singkat setelah diabsorpsi dari saluran cerna ke dalam sirkulasi porta (Rati, 2010).

Jenis- jenis kontrasepsi hormonal adalah sebagai berikut :

### **1. Pil Kontrasepsi**

Untuk kontrasepsi oral kombinasi yang berisi derivat estrogen dan progestin maka fungsinya akan menggantikan produksi normal estrogen dan progesteron oleh ovarium. Pil oral akan menekan hormon ovarium selama siklus haid yang normal, dan kemudian akan menekan *releasing* faktor di otak dan akhirnya mencegah ovulasi. Pil oral harus diminum setiap hari agar

efektif karena pil tersebut dimetabolisir dalam 24 jam. Bila pengguna KB lupa minum 1 atau 2 tablet, maka akan terjadi peninggian hormon secara alami, kemudian ovum akan matang dan dilepaskan. Karenanya efek samping dari penggunaan kontrasepsi apabila tidak teratur dalam penggunaannya maka perdarahan/*spotting* bisa terjadi pada akseptor. Efek samping lain dari penggunaan kontrasepsi oral kombinasi yakni mual, dan muntah bisa menjadi alasan akseptor untuk kembali tidak menggunakan pil secara teratur, akibatnya bisa terjadi efek samping perdarahan (Rati, 2010).

## **2. Alat Kontrasepsi Suntik**

Terdapat dua jenis suntikan KB yang ditemukan oleh Upjohn Company yakni Depo Provera yang mengandung *medroxyprogesteron acetat* 150 mg dan Cyclofem yang mengandung acetat 50 mg dan komponen estrogen serta oleh Schering AG yaitu *Norgest* 200 mg yang merupakan derivat testosteron. DMPA (*Depo medroxyprogesteron Asetat*) diberikan setiap 3 bulan sekali dengan dosis 150 mg, mekanisme kerjanya adalah menurunkan kadar FSH dan LH dan tidak terjadi sentakan LH karena respon kelenjar hipofisis tidak berubah terhadap *gonadotropin-releasing hormone* sehingga memberi kesan proses terjadi di hipotalamus daripada di kelenjar hipofisis. Pada pemakaian DMPA, endometrium menjadi dangkal dan atrofi kelenjar-kelenjar yang tidak aktif. Stroma sering menjadi edematous. Dengan pemakaian jangka lama, lapisan endometrium dapat menjadi semakin sedikit, sehingga tidak didapatkan atau hanya didapatkan sedikit sekali jaringan bila dilakukan biopsi. Tetapi perubahan-perubahan tersebut akan

kembali menjadi normal dalam waktu 90 hari setelah suntikan DMPA yang terakhir. Kemudian efek sekunder dari pemakaian DMPA yakni lendir serviks menjadi lebih kental dan sedikit, sehingga menjadi *barrier* terhadap spermatozoa, membuat endometrium menjadi kurang baik/layak untuk implantasi dari ovum yang telah dibuahi, mungkin mempengaruhi kecepatan transport ovum di dalam tuba fallopii (Rati, 2010).

Kontrasepsi suntik sebulan sekali mengandung estrogen dan progesterone dan sangat efektif, dengan angka kegagalan kurang dari 1%. Saat ini di Indonesia telah tersedia kontrasepsi suntikan sekali-sebulan, dengan nama dagang Cyclofem dalam kemasan 0,5 ml *suspense aqueous steril* yang berisi 25 mg *Medroxyprogesteron asetat* dan 5 mg *Estradiol Cypionate*. Sebagian wanita lebih menyukai obat suntik sebulan sekali daripada obat suntik jangka panjang karena obat suntik sebulan sekali ini menghasilkan perdarahan bulanan teratur dan jarang menyebabkan *spotting*, dan efek menghambat fertilitasnya cepat hilang. Salah satu kekurangan utama dari obat suntikan sebulan sekali adalah efek samping akibat estrogen seperti mual yang dialami oleh sebagian wanita (Rati, 2010).

### 3. **Implant**

Implant adalah alat kontrasepsi hormonal yang mengandung *levonorgestrel* dalam kapsul *silastic-silicon (polydimethylsiloxane)* dan dimasukkan dibawah kulit. Dikenal dua macam implant yakni *Non-Biodegradable* Implant, yaitu Norplant (6 kapsul) dengan daya kerja 5 tahun berisi hormon

*Levonorgestrel*, yang dimasukkan di bawah kulit sebanyak 6 kapsul dan masing-masing panjangnya 34 mm dan berisi 36 mg *levonorgestrel*. Setiap hari sebanyak 30 mcg *levonorgestrel* dilepaskan ke dalam darah secara difusi melalui dinding kapsul. *Levonorgestrel* adalah suatu hormon progestin yang dipakai juga dalam pil KB seperti *mini-pill* atau pil kombinasi ataupun pada AKDR yang bioaktif. Norplant-2 (2 batang), berisi hormon *Levonorgestrel*, dengan daya kerja 3 tahun, satu batang berisi hormon ST-1435 dengan daya kerja 2 tahun dan yang berisi hormon *3-keto desogestrel* dengan daya kerja 2,5 sampai 4 tahun sebagai contoh Implanon 1 batang dengan panjang 4 cm, diameter luar 2 mm, terdiri dari suatu inti EVA (*Ethylene Vinyl Acetate*) berisi 60 mg *3-keto desogestrel* dengan daya kerja 2-3 tahun (Rati, 2010).

### **2.3. Metode Skrining Kanker Leher Rahim**

Tidak dapat dipungkiri cara terbaik untuk mencegah kanker leher rahim saat ini adalah dengan *screening gynaecological* yang dideteksi sebelum berkembang menjadi kasus karsinoma invasif dengan cara skrining dengan menggunakan Pap smear, tes HPV, dan skrining visual dengan menggunakan asam asetat atau larutan Lugol iodin dan jika dibutuhkan dilengkapi dengan treatment yang terkait dengan kondisi pra-kanker. Namun demikian, dengan adanya biaya dan rumitnya proses *screening dan treatment*, cara ini hanya memberikan manfaat yang sedikit di negara-negara yang membutuhkan penanganan. Beberapa kasus kanker leher rahim lebih tinggi terjadi di negara berkembang, karena tidak mempunyai program penapisan yang efektif. Metode penapisan harus efektif

dalam mendeteksi perubahan prakanker dan dapat dilakukan di lingkungan dengan sumber daya yang terbatas. Program berbasis tes Pap sulit untuk dilakukan dan dipertahankan di banyak negara-negara berkembang karena banyak melibatkan langkah-langkah yang kompleks dan mahal (Depkes RI, 2009). Metode yang sesuai dengan kondisi di negara berkembang termasuk di Indonesia adalah dengan menggunakan metode IVA, karena tekniknya mudah/sederhana, biaya rendah/murah, dan tingkat sensitifitasnya tinggi, cepat, dan cukup akurat untuk menemukan kelainan pada tahap kelainan sel (displasia) atau sebelum prakanker (Depkes RI, 2009).

## **2.4. Inspeksi Visual Asam Asetat Sebagai deteksi Dini Kejadian Kanker Leher Rahim**

### **2.4.1. Definisi Inspeksi Visual Asam Asetat**

Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA) adalah pemeriksaan leher rahim secara visual menggunakan asam cuka dengan mata telanjang untuk mendeteksi abnormalitas setelah pengolesan asam cuka 3-5% (Depkes RI, 2009). Menurut Rasjidi, tujuan pemeriksaan IVA adalah untuk melihat adanya sel yang mengalami displasia sebagai salah satu metode skrining kanker mulut rahim. IVA tidak direkomendasikan pada wanita pasca menopause, karena daerah zona transisional seringkali terletak di kanalis servikalis dan tidak tampak dengan pemeriksaan inspekulo (Yuliwati, 2012).



#### **2.4.2. Penggunaan IVA Sebagai Metode Deteksi Dini Kejadian Kanker Leher Rahim**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sankaranayan, *et. al* tentang perbandingan pasien kanker leher rahim yang meninggal dunia pada kelompok yang dilakukan deteksi dini dengan IVA dan pada kelompok yang tidak dilakukan deteksi dini pada negara berkembang (India) didapatkan hasil bahwa mereka yang melakukan skrining IVA, 35% lebih sedikit yang meninggal dunia dibanding mereka yang tidak mendapat skrining IVA. Mayoritas perempuan yang terdiagnosa kanker leher rahim biasanya tidak melakukan deteksi dini (skrining) atau tidak melakukan tindak lanjut setelah ditemukan adanya hasil abnormal. Tidak melakukan deteksi dini secara teratur merupakan faktor terbesar penyebab terjangkitnya kanker leher rahim pada seorang wanita, terutama karena belum menjadi program wajib pelayanan kesehatan (Emilia, 2010).

Data terkini menunjukkan bahwa pemeriksaan visual leher rahim menggunakan asam asetat (IVA) paling tidak sama efektifnya dengan Test Pap dalam mendeteksi penyakit dan bisa dilakukan dengan lebih sedikit logistic dan hambatan teknis. IVA dapat mengidentifikasi lesi derajat tinggi pada 78% perempuan yang didiagnosa memiliki lesi derajat tinggi dengan menggunakan kolposkopi 3,5 kali lebih banyak daripada jumlah perempuan yang teridentifikasi dengan menggunakan Tes Pap (Depkes RI, 2009). Nilai sensitifitas IVA lebih baik, walaupun memiliki spesifisitas yang lebih rendah. IVA merupakan praktek yang dianjurkan

untuk fasilitas dengan sumber daya rendah dibandingkan dengan penapisan lain dengan beberapa alasan antara lain karena aman, murah, mudah dilakukan, kinerja tes sama dengan tes lain, dapat dilakukan oleh hampir semua tenaga kesehatan, memberikan hasil yang segera sehingga dapat diambil keputusan segera untuk penatalaksanaannya, peralatan mudah didapat, dan tidak bersifat invasif serta efektif mengidentifikasi berbagai lesi prakanker (Emilia, 2010).

WHO mengindikasikan skrining deteksi dini kanker leher rahim dilakukan pada kelompok berikut ini :

- a. Setiap perempuan yang berusia antara 25-35 tahun, yang belum pernah menjalani tes sebelumnya, atau pernah menjalani tes 3 tahun sebelumnya atau lebih.
- b. Perempuan yang ditemukan lesi abnormal pada pemeriksaan tes sebelumnya.
- c. Perempuan yang mengalami perdarahan abnormal pervaginam, perdarahan pasca sanggama atau perdarahan pasca menopause atau mengalami tanda dan gejala abnormal lainnya.
- d. Perempuan yang ditemukan ketidaknormalan pada leher rahimnya.

Interval skrining yang direkomendasikan oleh WHO yaitu :

- a. Bila skrining hanya mungkin dilakukan 1 kali seumur hidup maka sebaiknya dilakukan pada perempuan antara usia 35 – 45 tahun.

- b. Untuk perempuan usia 25- 45 tahun, bila sumber daya memungkinkan, skrining hendaknya dilakukan tiap 3 tahun sekali.
- c. Untuk usia diatas 50 tahun, cukup dilakukan 5 tahun sekali.
- d. Bila 2 kali berturut-turut hasil skrining sebelumnya negatif, perempuan usia diatas 65 tahun, tidak perlu menjalani skrining.
- e. Tidak semua perempuan direkomendasikan melakukan skrining setahun sekali

Di Indonesia interval pemeriksaan IVA adalah 5 tahun sekali. Jika hasil pemeriksaan negatif maka dilakukan ulangan 5 tahun dan jika positif maka dilakukan ulangan 1 tahun kemudian (Depkes RI, 2007a).

#### **2.4.3. Cara Pemeriksaan dan Interpretasi Hasil Pada IVA**

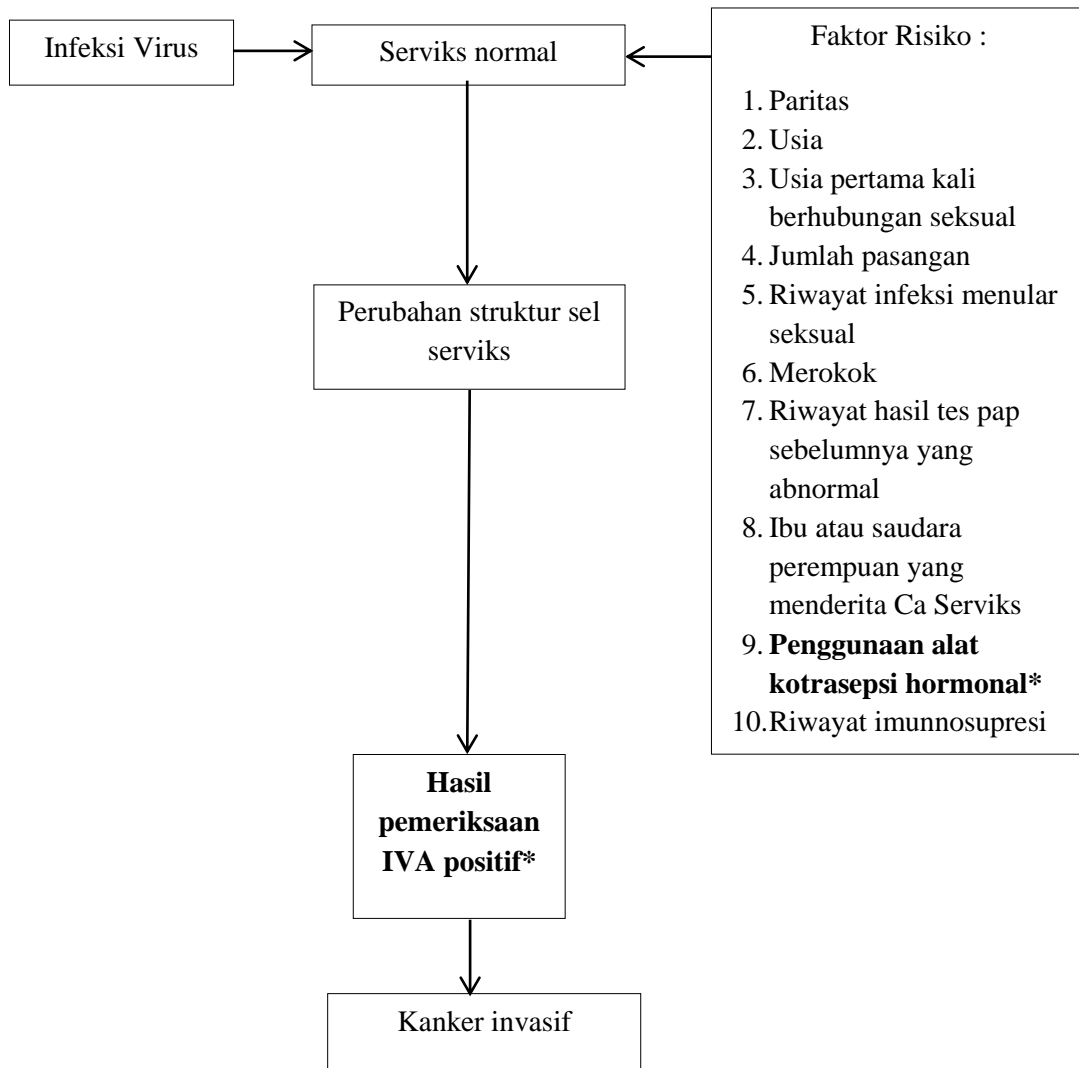
Saat melakukan pemeriksaan IVA, pertama petugas melakukan menggunakan speculum untuk memeriksa leher rahim. Lalu serviks dibersihkan untuk menghilangkan cairan keputihan (*discharge*), kemudian asam asetat dioleskan secara merata pada leher rahim. Setelah minimal 1 menit, leher rahim dan seluruh SCJ, diperiksa untuk melihat apakah terjadi perubahan *acetowhite*. Hasil tes (positif atau negatif) harus dibahas bersama ibu, dan pengobatan diberikan setelah konseling, jika diperlukan dan tersedia. Ada beberapa kategori yang dapat dipergunakan dalam melihat hasil pemeriksaan, salah satu kategori yang dapat dipergunakan adalah:

- a. IVA negatif adalah serviks normal.

- b. IVA radang adalah serviks dengan radang atau servisititis, atau kelainan jinak lainnya polip serviks.
- c. IVA positif adalah ditemukan bercak putih. Kelompok ini yang menjadi sasaran temuan skrining kanker serviks dengan metode IVA karena temuan ini mengarah pada diagnosis serviks pra kanker atau displasia ringan, sedang, berat atau kanker serviks in situ.
- d. IVA kanker serviks invasif yaitu stadium IIb dengan gambaran serviks seperti bunga kol (Rahayu, 2010).

## **2.5. Kerangka Teori**

Kanker leher rahim merupakan kanker yang terdapat pada leher rahim. Faktor yang berkaitan erat dengan kejadian ini adalah infeksi virus HPV dan didukung oleh faktor-faktor risiko lainnya. Gabungan faktor-faktor ini mengakibatkan perubahan sel-sel leher rahim menjadi abnormal dan membelah secara tidak terkendali. Perubahan ini dapat terdeteksi dengan pemeriksaan IVA. Perubahan pada jaringan leher rahim akan memberikan hasil yang positif pada saat pemeriksaan, yaitu timbulnya bercak-bercak putih pada permukaan leher rahim setelah dilakukan pengolesan asam asetat 10%. Apabila keadaan ini tidak ditangani, lama kelamaan sel-sel prekanker tersebut akan berkembang menjadi kanker invasif. Berdasarkan tinjauan teori tersebut maka didapatkan gambaran kerangka teori seperti pada gambar 2. :



Keterangan :

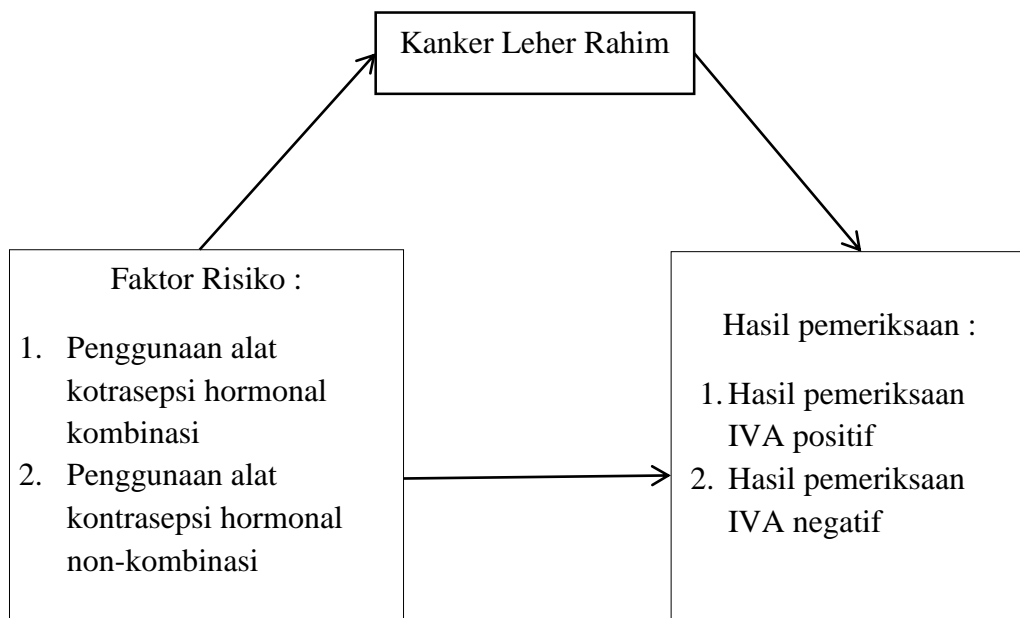
**\*variabel yang diteliti**

**Gambar 2. Kerangka Teori**

## 2.6. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2010). Dari uraian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi

hasil pemeriksaan IVA positif dapat digambarkan kerangka konsep penelitian sebagai berikut :



**Gambar 3. Kerangka Konsep**

## **2.7. Hipotesis**

Penggunaan kontrasepsi hormonal kombinasi lebih berpengaruh terhadap hasil pemeriksaan IVA positif dibandingkan kontrasepsi hormonal non kombinasi pada wanita PUS di wilayah kerja Puskesmas Madukoro.