

MEWASPADAI PENYAKIT KANKER LEHER RAHIM DENGAN METODE PAP SMEAR

Oleh :

Muhamad Firdaufan

APIKES Citra Medika Surakarta

Email: ndari_015@ymail.co.id

ABSTRAK

Menurut Sarwono (1995) mengatakan bahwa :Kanker adalah penyakit akibat mutasi sel-sel tubuh secara abnormal dan tidak terkendali. Jika pertumbuhannya tidak dihentikan maka pertumbuhannya akan terus berlanjut secara perlahan-lahan. Apabila sel kanker telah menyerang satu atau sekelompok sel maka perkembangannya akan menjadi sangat cepat, berlipat ganda secara terus menerus. Kanker Leher rahim (serviks) merupakan kanker terbanyak yang diderita oleh wanita. Setiap tahun ditemukan sekitar 400.000 kasus baru di seluruh dunia dan 80 % terjadi di negara berkembang. Di Indonesia terdapat sekitar 6000 kasus di setiap propinsi dan jumlah tersebut menduduki peringkat pertama di antara penyakit kanker pada wanita.

Masalah kanker serviks di Indonesia sangat khas yaitu banyak, 80-90% kasus kanker biasanya tidak dapat disembuhkan karena penderita datang berobat setelah dalam stadium lanjut.(JHPIEGO Co, 1997). Agar tercapai hasil pengobatan kanker serviks yang lebih baik, salah satu faktor utamanya adalah pemberian pengetahuan tentang gejala, bahaya dan penemuan /deteksi dini dan masyarakat selalu diberikan informasi bagaimana mewaspadai gejala kanker leher rahim secara optimal . Hal tersebut dikarenakan pengobatan kanker seviks lebih dini hasilnya lebih baik. Adapun penanganan kanker serviks banyak macamnya diantaranya : operasi, radioterapi, kolposkopi dan uji schiller , tes Pap Smear

Pemeriksaan pap smear adalah pemeriksaan sitologi epitel porsio dan leher rahim untuk menentukan tingkat praganas dan ganas pada portio dan leher rahim serta diagnosa dini karsinoma leher rahim.Pemeriksaan ini dikerjakan dengan mata telanjang pada beberapa tempat di leher rahim yaitu dengan cara mengambil sebagian/seluruh tumor dengan menggunakan tang oligator, sampai jaringan lepas dari tempatnya

Kata Kunci : Mewaspadai,kanker leher rahim,Pap Smear.

PENDAHULUAN

Kanker leher rahim merupakan masalah kesehatan yang penting bagi wanita di seluruh dunia. Kanker ini termasuk jenis kanker ketiga yang paling umum menimpa wanita dan dialami oleh lebih dari 1,4 juta perempuan di seluruh dunia. Setiap tahun lebih dari 460.000 kasus terjadi dan sekitar 231.000 yang meninggal karena penyakit tersebut. Berdasarkan laporan WHO pada tahun 2005, terdapat lebih dari 500.000 kasus kanker leher rahim baru dan lebih (95%) di antaranya ditemukan di negara-negara berkembang. Diperkirakan lebih satu juta wanita di seluruh dunia yang saat ini sedang menderita kanker leher rahim dan kebanyakan belum terdiagnosis atau tidak mendapatkan pengobatan yang dapat

menyembuhkan atau memperpanjang hidup mereka. Pada tahun 2005, hampir 260.000 wanita yang meninggal akibat penyakit tersebut, dan (95%) di antaranya berasal dari negara-negara berkembang

Menurut penelitian dari Asia-Link Female Cancer Program Foundation, sebuah organisasi non pemerintah yang dibiayai oleh Pemerintah Belanda dan Europeaid cooperation office, pada Agustus 2006 jumlah prevalensi kanker leher rahim di Indonesia diperkirakan sekitar 100 pasien per 100.000 penduduk dan ini adalah masalah besar. Jika dibandingkan dengan negara lain semisal Belanda, prevalensinya hanya 9 per 100.000 penduduk.

Di Indonesia, kasus kanker leher rahim menempati urutan pertama dengan jumlah kasus 14.368 orang. Dari jumlah itu, 7.297 di antaranya, meninggal dunia, dan prevalensi setiap tahunnya 10.823 orang. Informasi tersebut memberikan arti bahwa dari jumlah kasus yang ada, (50,78%) mengalami kematian. Sementara jika mengacu pada prevalensi setiap tahunnya yang mencapai 10.823 kasus, berarti setiap tahunnya terjadi kematian 5.495 orang

Kasus kanker leher rahim di Indonesia, diperburuk lagi dengan banyaknya (>70%) kasus yang sudah berada pada stadium lanjut ketika datang ke Rumah Sakit. Kondisi ini terjadi juga di beberapa negara berkembang, atau di negara miskin. Agar tercapai hasil pengobatan kanker leher rahim yang lebih baik, salah satu faktor utama adalah penemuan stadium lebih awal. Pengobatan kanker leher rahim pada stadium lebih dini, akan lebih berhasil, sehingga mortalitas akan menurun. (Nurana L, 2001: 3) Kasus penyakit kanker leher rahim yang ditemukan di provinsi Jawa Tengah tahun 2005, terdiri atas 2.076 kasus (19,70%) dari 10.546 kasus kanker, sedangkan di Surakarta insiden terjadinya kanker leher rahim pada tahun 2004 sebanyak 252 kasus (DKK Surakarta)

Faktor predisposisi terjadinya Kanker Leher Rahim antara lain: menikah atau memulai aktivitas seksual pada usia muda atau kurang dari 18 tahun, berganti-ganti pasangan seksual, berhubungan seks dengan laki-laki yang sering berganti pasangan, riwayat infeksi di daerah kelamin atau radang panggul, perempuan yang melahirkan banyak anak, perempuan perokok mempunyai risiko dua setengah kali lebih besar untuk menderita kanker leher rahim dibanding dengan yang tidak merokok perokok pasif (yang tinggal bersama keluarga yang mempunyai kebiasaan merokok) akan meningkat risikonya 1,4 kali dibanding perempuan yang hidup dengan udara bebas, defisiensi Vitamin A, C, dan E. Sejauh ini, deteksi dini kanker leher rahim yang cukup dikenal masyarakat adalah *pap smear* yang dilakukan dengan mengambil sampel dari leher rahim.

TINJAUAN PUSTAKA

Teori Kanker Leher Rahim

Karsinoma

Yaitu tumor yang bersifat ganas yang khusus di berikan untuk tumor epitelial dan disebabkan oleh *neoplasma*. *Neoplasma* adalah penyakit pertumbuhan sel yang terjadi karena didalam tubuh timbul dan terjadi perkembangbiakan sel-sel yang baru, yang bentuk dan sifat kinetiknya berbeda dari sel-sel normal asalnya sehingga merusak bentuk atau fungsi organ yang terkena. *Neoplasma* ini terjadi karena mutasi atau transformasi sel akibat ada kerusakan gen yang mengatur pertumbuhan dan diferensiasi sel (Nada, 2007: 1).

Leher rahim

Merupakan bagian dari uterus yang menjorok kedalam vagina yang terdiri dari pars *vaginalis* atau portio dan *pars supra vaginalis uteri* atau bagian kanalis yang berada diatas vagina saluran yang berada pada leher rahim disebut kanalis servikkalis, panjangnya 2,5 cm yang dilapisi kelenjar-kelenjar bersilia yang berfungsi sebagai *reseptakulum seminis* dengan pintu saluran leher rahim sebelah dalam atau OUI (Ostium Uteri Internum) dan pintu saluran leher rahim di vagina atau OUE (Ostium Uteri Eksternum) (Prawirohardjo, 2001: 9-10).

Karsinoma Leher rahim

Yaitu tumor yang timbul diantara epitel yang melapisi ektoleher rahim portio dan endoleher rahim kanalis servikalik yang disebut sebagai *scuomosa columner junction* (SCJ) (Nada, 2007:1). Dari pengertian *Kanker leher rahim* diatas, penulis menyimpulkan bahwa *Kanker leher rahim* adalah proses keganasan yang terjadi pada leher rahim dimana pada keadaan ini terdapat kelompok-kelompok sel abnormal, yang timbul diantara epitel, yang melapisi ektoleher rahim maupun endoleher rahim kanalis servikalik yang sebagai *scuomosa columner junction* atau SCJ yang terbentuk oleh sel-sel jaringan yang tumbuh terus-menerus tak terbatas.

Penyebab Karsinoma leher rahim

Penyebab langsung dari *Kanker leher rahim* belum diketahui. Ada bukti kuat kejadiannya mempunyai hubungan erat dengan sejumlah faktor ekstrinsik, diantaranya yang penting adalah : (a) Jarang ditemukan pada perawan (virgo), insiden lebih tinggi pada mereka yang kawin dari pada yang tidak kawin, (b) Insiden tinggi pada mereka yang kawin atau *coitarche* pada usia yang sangat muda (kurang 16 tahun), (c) Insiden meningkat dengan tingginya paritas dengan jarak persalinan yang terlampau dekat, (d) Aktifitas seksual yang sering bergantangi pasangan/*promiskuita*, (e) Insiden banyak dari golongan sosial ekonomi rendah, hygiene seksual yang jelek, (f) Sering terjadi pada masyarakat, dimana suaminya tidak disunat/sirkumsisi, (g) Sering ditemukan pada wanita yang mengalami infeksi virus HPV atau Human Papiloma Virus tipe 16-18, (h) Sering pada ibu yang mempunyai kebiasaan merokok (Prawirohardjo, 2001: 381).

Patologi Karsinoma serviks

Kanker serviks timbul di batas antara epitel yang melapisi ektoleher rahim dan endoleher rahim yang disebut *scuomosa columner junction*. Pada masa kehidupan wanita terjadi perubahan fisiologis pada epitel leher rahim dimana epitel kolumner akan digantikan oleh epitel skuomosa yang diduga berasal dari epitel kankerangan kolumnar. Proses pergantian epitel kolumner menjadi epitel skuomosa disebut proses metaplasia. Pada wanita muda, SCJ berada diluar OUE sedangkan pada wanita berumur lebih dari 35 tahun SCJ berada didalam uteri.

Pada awal perkembangan *Kanker leher rahim* tidak memberikan tanda-tanda dan keluhan. Pada pemeriksaan spekulum tampak sebagai portio yang erosi atau *metaplasia scuamosa* yang fisiologik atau patologi. Tumor dapat tumbuh secara : (a) *Eksofilik*, mulai dari SCJ kearah lumen vagina sebagai masa proliferaatif yang mengalami infeksi sekunder dan nekrosis, (b) *Endofitik*, mulai dari SCJ tumbuh kedalam stroma leher rahim dan cenderung mengadakan infiltrasi menjadi ulkus yang luas, (c) *Ulseratif*, mulai dari SCJ dan cenderung merusak struktur jaringan leher rahim dengan melibatkan awal fornises vagina menjadi ulkus yang luas.

Metaplasia skuomosa yang fisiologi dapat berubah menjadi patologi displasia melalui tingkatan neoplasma insitu I, II, III dan karsinoma insitu akhirnya menjadi karsinoma invasif sekali lalu menjadi makro invasif/invasif, proses keganasan akan berjalan terus (Prawiroharjo, 2001: 382).

Penyebaran Karsinoma leher rahim

Berdasarkan biopsi yang dilakukan secara berurutan diketahui bahwa proses perubahan dari displasia ringan ke *karsinoma in situ*, sampai *karsinoma invasif* berjalan lambat, dimana memerlukan waktu sampai beberapa tahun yaitu 10 sampai 15 tahun.

Pada umumnya secara limfogen melalui pembuluh getah bening menuju ke 3 arah : (a) Ke arah forniks dan dinding vagina, (b) Ke arah korpus uteri, (c) Ke arah parametrium dan dalam tingkatan yang lanjut menginfiltrasi *septum rectovaginal* dan kandung kemih.

Melalui pembuluh getah bening dalam parametrium kanan dan kiri sel tumor dapat menyebar ke kelenjar iliaka luar dan iliaka dalam (hipogastrika), menjadi hal yang tidak lazim jika terjadi penyebaran lewat pembuluh darah.

Karsinoma leher rahim umumnya terbatas pada daerah panggul saja. Bila sel tumor sudah terdapat lebih dari 1 mm dari membran basalis, atau sudah tampak berada dalam pembuluh limfa atau darah, maka prosesnya sudah invasif. Tumor mungkin telah menginfiltrasi stroma leher rahim, akan tetapi secara klinis belum tampak sebagai karsinoma. Tumor yang demikian disebut sebagai praklinik (tingkat *IB-occult*).

Sesudah tumor menjadi invasif, penyebaran secara limfogen menuju kelenjar limfa regional dan secara perkontinuitas (menjalar) menuju fornises vagina, korpus uteri, rectum, dan kandung kemih yang pada tingkat akhir dapat menimbulkan fistula rectum atau kandung kemih.

Biasanya penderita sudah meninggal lebih dahulu disebabkan perdarahan-perdarahan yang eksisif dan gagal ginjal menahun akibat uremia oleh karena obstruksi ureter ditempat ureter masuk kedalam kandung kemih (Prawirohardjo, 2001: 382-383).

Gambaran klinik Karsinoma leher rahim

Gejala-gejala yang timbul pada karsinoma leher rahim dan merupakan gejala yang sering di temukan pada karsinoma leher rahim adalah:

- a. Masa tanpa gejala, pada masa ini penderita tidak mengeluh dan tidak merasakan suatu gejala meskipun sebenarnya pasien sudah mengidap penyakit kanker leher rahim. Hal ini terjadi pada stadium dini.
- b. Keputihan, merupakan gejala yang sering di temukan. Getah yang keluar dari vagina makin lama makin banyak, berbau busuk akibat infeksi dan nekrosis jaringan (Manuaba, 2001: 640).
- c. Perdarahan yang timbul akibat terbukanya pembuluh darah yang makin lama makin lebih sering terjadi, misalnya setelah melakukan koitus atau perdarahan menstruasi lebih banyak, atau bisa juga diluar senggama/spontan, biasanya terjadi pada tingkat klinik lanjut stadium II-III (Yatim, 2005: 47).
- d. Rasa nyeri, terjadi karena infiltrasi sel tumor ke serabut saraf (Prawirohardjo, 2001: 386).
- e. Anemia, sering ditemukan pada stadium lanjut sebagai akibat dari perdarahan pervaginam dan akibat penyakitnya (Prawirohardjo, 2001: 385).

- f. Gejala yang dapat timbul karena metastasis jauh, misalnya obstruksi total vesika urinaria, cepat lelah, penurunan berat badan (Mansjoer, 2005: 379).

Pembagian tingkat keganasan karsinoma leher rahim

Tabel 1 : Pembagian Tingkat Keganasan Karsinoma Leher rahim FIGO

No	Tingkat	Kriteria
1	0	<i>Karsinoma In Situ</i> (KIS) atau <i>karsinoma intraepitel</i> , membran basalis masih utuh.
2.	I	Proses terbatas pada leher rahim walaupun ada perluasan ke korpus uteri.
	Ia	<i>Karsinoma mikro Invasif</i> , membran basalis sudah rusak dan sel tumor ganas sudah memasuki stroma tidak lebih dari 1 mm, dan sel tumor tidak terdapat dalam pembuluh limfa atau pembuluh darah.
	Ib occ:	(Ib <i>occult</i> =Ib yang tersembunyi), secara klinis tumor belum tampak sebagai karsinoma, tetapi pada pemeriksaan histologik ternyata sel tumor telah mengadakan invasi stroma melebihi Ia.
	Ib	Secara klinis sudah diduga adanya tumor ganas yang Histologik menunjukkan invasi kedalam stroma leher rahim uteri.
3.	II	Proses sudah keluar dari leher rahim dan menjalar ke 2/3 bagian atas vagina dan atau ke parametrium, tetapi tidak sampai dinding panggul.
	IIa	Penyebaran hanya ke vagina, parametrium masih bebas dari infiltrat tumor.
	IIb	Penyebaran ke parametrium.
4.	III	Penyebaran telah terjadi ke 1/3 distal vagina atau ke parametrium sampai dinding panggul.
	IIIa	Penyebaran sampai ke 1/3 bagian distal vagina, proses di parametrium tidak menjadi persoalan, asal tidak sampai pada dinding panggul.
	IIIb	Penyebaran sudah sampai dinding panggul, tidak ditemukan daerah bebas infiltrasi antara tumor dengan dinding panggul (<i>frozen pelvic</i>) atau proses pada tingkat klinik I dan II, tetapi sudah ada gangguan fungsi ginjal.
5.	IV	Proses keganasan telah keluar dari panggul kecil dan melibatkan mukosa rectum dan atau kandung kemih (dibuktikan secara histologik), atau telah terjadi metastasis keluar panggul kecil atau tempat-tempat yang jauh.
	Iva	Proses telah keluar dari panggul kecil, atau sudah menginfiltrasi mukosa rectum dan atau kandung kemih.
	Ivb	Telah terjadi penyebaran yang lebih jauh.

Sumber : (Prawirohardjo, 2001: 384)

Diagnosa Karsinoma leher rahim

Diagnosis kanker adalah usaha untuk mengidentifikasi jenis kanker yang diderita dengan cara pemeriksaan tertentu.

Pemeriksaan yang dilakukan pada kanker leher rahim meliputi :

a. Pemeriksaan Ginekologi

Dengan melakukan *Vaginal tauche* atau *rectal tauche* yang berguna untuk mengetahui keadaan leher rahim serta sangat penting untuk mengetahui stadium kanker leher rahim (Prawirohardjo,2001: 150).

b. Pemeriksaan Pap smear

Pemeriksaan *pap smear* adalah pemeriksaan sitologi epitel porsio dan leher rahim untuk menentukan tingkat praganas dan ganas pada portio dan leher rahim serta diagnosa dini karsinoma leher rahim.

c. Pemeriksaan Kolposkopi

Kolposkopi adalah mikroskop teropong stereoskopis dengan pembesaran yang rendah 10-40 X, dengan kolposkopi maka *metaplasia scuomosa* infeksi HPV, neoplasma *Intraepiteliel* leher rahim akan terlihat putih dengan asam asetat atau tanpa corak pembuluh darah.

Kelemahannya: hanya dapat memeriksa daerah terlihat saja yaitu portio, sedangkan kelainan pada SCJ dan intraepitel tidak bisa dilihat.

Pemeriksaan Biopsi

Pemeriksaan ini dikerjakan dengan mata telanjang pada beberapa tempat di leher rahim yaitu dengan cara mengambil sebagian/seluruh tumor dengan menggunakan tang oligator, sampai jaringan lepas dari tempatnya (Manuaba, 2002: 633).

e. Konisasi

Adalah suatu tindakan operasi untuk mengambil sebagian besar jaringan leher rahim sehingga berbentuk menyerupai kuretase dengan alat di ektoleher rahim dan punkankerknya pada kanalis servikalis, kemudian dilakukan pematangan maupun pemeriksaan mikroskopis secara serial sehingga diagnosa lebih tepat.

Konisasi di laksanakan bila hasil *pap smear* mencurigakan, biasanya dikerjakan pada *karsinoma insitu* serta untuk mengetahui apakah sudah ada penembusan sel kanker dibawah membran basalis.

f. Diagnosa Pasti

1. Diagnosa pasti dapat ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan Tiap 3 bulan selama 2 tahun pertama.
2. Tiap 6 bulan kemudian tergantung keadaan.
3. Jangan lupa meraba kelenjar inguinal dan supraklavikuler.
4. Perabaan abdomen, abdominen vaginal dan abdominal rectal.
5. Pemeriksaan sitologi punkankerk vagina.
6. *Photo rontgent thorak* tiap 6 bulan.
7. *Kolposkopi* sangat penting untuk punkankerk vagina untuk menemukan bentuk *pra maligna*.
8. Pemeriksaan *retroskopi*, *Sistokopi*, *renogram I.V.P* (*Intra Venose Pielography*) dan *CT skankern* panggul atau *limfografi* dalam melaksanakan menurut Indikasi (Prawiroharjo,2001 : 389).

Faktor-faktor yang menentukan prognosis ialah umur penderita, keadaan umum, tingkat keganasan, ciri- ciri histologi sel tumor, kemampuan histopatologi (patologi Anatomi).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Akurasi Tes Pap

Telah diakui bahwa pemeriksaan Tes Pap mampu menu-runkan kematian akibat kanker leher rahim di beberapa negara, walaupun tentu ada kekurangan. Sensitivitas Tes Pap untuk mendeteksi NIS berkisar 50-98%(5,6) sedang negatif palsu antara 8-30% untuk lesi skuamosa(7,8) 40% untuk adeno-matosa(9). Adapun Spesifisitas Tes Pap adalah 93%, nilai prediksi positif adalah 80,2% dan nilai prediksi negatif adalah 91,3%. Harus hati-hati justru pada lesi leher rahim invasif, karena negatif palsu dapat menkankerpai 50%, akibat tertutup darah, adanya radang dan jaringan nekrotik(7,9). Fakta ini menunjuk-kan bahwa pada lesi invasif kemampuan pemeriksa melihat leher rahim secara makroskopik sangat diperlukan.

Cara Melakukan tes Pap-Smear

Sitologi apusan Pap adalah ilmu yang mempelajari sel-sel lepas atau deskuamasi dari system alat kandungan wanita, meliputi sel-sel yang lepas dari vagina, serviks, endoserviks dan endometrium. Kegunaan diagnostik sitologi apusan Pap adalah untuk evaluasi sitohormonal, meniagnosis peradangan, idenifikasi organisme penyebab peradangan, mendiagnosis kelainan prakanker/displasia serviks (NIS) dan kanker serviks dini maupun lanjut (karsinoma insitu/invasive) dan memantau hasil terapi. Syarat-syarat pengambilan bahan pemeriksaan apusan Pap harus dipenuhi agar sediaan apusan representatif sehingga meminimalkan hasil negatif palsu.

Bahan Pemeriksaan Apusan Pap

Bahan pemeriksaan apusan Pap terdiri atas sekret vaginal, sekret servikal (eksoserviks), sekret endoservikal, sekret endometrial dan forniks posterior. Setiap sekret mempunyai manfaat penggunaan yang khas, dimana untuk pemeriksaan tertentu sediaan apusan Pap yang dibaca harus berasal dari lokasi tertentu. Misalnya untuk pemeriksaan interpretasi hormonal, bahan sediaan yang diperiksa haruslah berasal dari dinding lateral vagina sepertiga bagian atas, karena bagian tersebut paling sensitif terhadap pengaruh hormon. Apabila digunakan sediaan dari tempat lain, maka hasil penilaian hormonal yang didapat menjadi kurang akurat, oleh sebab itu dalam membuat sediaan apusan Pap, pengambilan bahan sediaan harus disesuaikan dengan tujuan pemeriksaan yang diinginkan oleh dokter obstetri ginekologi.

1. Sekret vaginal, sekret vaginal diambil dengan mengapus dinding lateral vagina sepertiga bagian atas.
2. Sekret servikal (eksoservikal), sekret servikal diambil dengan mengapus seluruh permukaan portioserviks sekitar orifisium uteri eksternum (OUE).
3. Sekret endoservikal, sekret diambil dengan mengapus permukaan mukosa endoserviks dan daerah *squamo-columnar junction*, dengan alat lidi kapas, *ecouvillon rigide* atau *cytobrush*.
4. Sekret endometrial, sekret diambil dengan mengapus permukaan mukosa endometrium dengan alat khusus yang disebut sapu endometrium (balai endometre).

5. Sekret forniks posterior, sekret ini diambil dengan cara aspirasi, dengan pipet panjang terbuat dari plastik yang dihubungkan dengan sebuah pompa dari karet. Ini adalah cara pengambilan bahan pemeriksaan/pengumpulan sel yang tertua dan paling sederhana, yang asal mulanya diperkenalkan oleh Papanicolau, dan saat ini masih sering digunakan, sekret ini dapat pula diambil dengan spatula *Ayre*.

Bahan Dan Alat Yang Diperlukan Untuk Membuat Sediaan Apusan Pap

Untuk membuat sediaan apusan Pap diperlukan bahan dan alat-alat sebagai berikut: kaca objek (object glass), tabung berisi cairan fiksasi alkohol 95% atau bahan fiksasi kering: *cyto-prep*, *dry fix* atau *hair spray*, pensil gelas atau pensil intan (diamond pencil), spatula *Ayre* dari kayu model standar atau modifikasi, lidi kapas, *ecouvillon rigide* atau *cytobrush*, sapu endometrium (balai endometre), spekulum vagina cocor bebek (spekulum Cusco), lampu sorot yang dapat digerak-gerakkan, dan formulir permintaan pemeriksaan sitologi apusan Pap.

Syarat-Syarat Pengambilan Bahan Pemeriksaan Apusan Pap

Beberapa syarat yang harus dipenuhi sebelum dilakukan pengambilan bahan pemeriksaan:

Sekret vaginal harus benar-benar berasal dari dinding lateral vagina bagian atas.

1. Pengambilan sekret harus dilaksanakan pada keadaan vagina normal tanpa infeksi dan tanpa pengobatan lokal paling sedikit dalam waktu 48 jam terakhir.
2. Untuk penilaian hormonal siklus menstruasi pada infertilitas, pengambilan sekret harus dilaksanakan pada hari siklus tertentu, sesuai pada fase-fase pada siklus haid. Sediaan vaginal biasanya harus diambil pada hari siklus ke-8, 14, 19 dan 22 atau hari siklus ke-8, 15 dan 22.
3. Untuk penilaian postmaturitas, pengambilan sekret vaginal dilakukan bila umur kehamilan telah melewati waktu dua minggu melebihi dari tanggal tafsiran partus dan ketuban janin harus masih utuh (belum pecah).

Penggunaan apusan Pap untuk deteksi dan diagnostik lesi prakanker dan kanker serviks, untuk menghasilkan interpretasi yang akurat diperlukan syarat-syarat sebagai berikut:

1. Bahan pemeriksaan harus berasal dari portio serviks (sediaan servikal) dan dari mukosa endoserviks (sediaan endoservikal).
2. Pengambilan apusan Pap dapat dilakukan setiap waktu diluar masa haid yaitu sesudah hari siklus haid ketujuh sampai masa premenstruasi.
3. Apabila penderita mengalami gejala perdarahan di luar masa haid dan dicurigai disebabkan oleh kanker serviks, maka sediaan apusan harus dibuat saat itu, walaupun ada perdarahan.
4. Alat-alat yang digunakan untuk pengambilan bahan apusan Pap sedapat mungkin diusahakan yang memenuhi syarat, untuk menghindari hasil pemeriksaan negatif palsu.

Fiksasi Sediaan Apusan Pap

Sediaan sitologi apusan Pap dapat difiksasi dengan berbagai macam bahan fiksasi, tetapi yang umum dilakukan saat ini adalah fiksasi basah

dengan cairan alkohol 95% atau fiksasi kering dengan *hair spray*. Macam-macam bahan fiksasi sediaan sitologi apusa Pap adalah:

1. Alkohol 95% (alkohol teknik, tidak perlu alkohol PA).
2. Alkohol eter dengan perbandingan 1:1.
3. Fiksasi kering dengan *cytotrep*, *dryfix* atau *hair spray*.

Hair spray untuk rambut merupakan bahan fiksasi yang cukup baik untuk sediaan sitologi apusan Pap. Fiksasi yang tepat memegang peranan penting untuk dapat menghasilkan sediaan yang baik. Prinsip fiksasi adalah memasukkan sediaan ke dalam cairan fiksasi secepat mungkin, sewaktu sekret masih segar dan jangan ditunggu sampai kering baru difiksasi, karena akan terjadi defek pengeringan pada sediaan, yang dapat menyulitkan interpretasi sediaan sitologi, terutama untuk interpretasi sitologi hormonal.

Cara Fiksasi Basah

Setelah sediaan selesai dibuat, sewaktu sekret masih segar, masukkan segera ke dalam alkohol 95%. Setelah difiksasi selama 30 menit, sediaan dapat diangkat dan dikeringkan atau dapat pula sediaan itu dikirim dalam botol bersama cairan fiksasinya.

Cara Fiksasi Kering

Setelah sediaan selesai dibuat, sewaktu sekret masih segar, semprotkan segera *hair spray* pada kaca objek yang mengandung apusan sekret tersebut, dengan jarak kurang lebih 10-15 cm dari kaca objek, sebanyak 2-4 kali. Kemudian keringkan sediaan dengan membiarkannya di udara terbuka selama 5-10 menit. Setelah kering, sediaan siap dikirim ke laboratorium sitologi.

Cara Mengirim Sediaan Apusan Pap

Untuk mengirim sediaan apusa Pap ke laboratorium sitologi dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu: dikirim ke laboratorium oleh kurir/penderita sendiri dan dikirim laboratorium melalui pos.

Pulasan Sediaan Apusan Pap

Pulasan sediaan apusan Pap adalah pulasan Papanicolaou. Untuk pulasan ini digunakan zat-zat warna *Harris hemotoxylin*, *orange-G* dan *polychrome* (EA-50).

KESIMPULAN

Karsinoma Leher rahim yaitu tumor yang timbul diantara epitel yang melapisi ektoleher rahim portio dan endoleher rahim kanalis servikalis yang disebut sebagai *scuamosa columner junction* (SCJ) (Nada, 2007:1). Dari pengertian *Kanker leher rahim* diatas, penulis menyimpulkan bahwa *Kanker leher rahim* adalah proses keganasan yang terjadi pada leher rahim dimana pada keadaan ini terdapat kelompok-kelompok sel abnormal, yang timbul diantara epitel, yang melapisi ektoleher rahim maupun endoleher rahim kanalis servikalis yang sebagai *scuamosa columner junction* atau SCJ yang terbentuk oleh sel-sel jaringan yang tumbuh terus-menerus tak terbatas.

Faktor predisposisi terjadinya Kanker Leher Rahim antara lain: menikah atau memulai aktivitas seksual pada usia muda atau kurang dari 18 tahun, berganti-ganti pasangan seksual, berhubungan seks dengan laki-laki yang sering berganti pasangan, riwayat infeksi di daerah kelamin atau radang panggul, perempuan yang melahirkan banyak anak, perempuan perokok mempunyai risiko dua setengah kali lebih besar untuk menderita kanker leher rahim dibanding

dengan yang tidak merokok perokok pasif (yang tinggal bersama keluarga yang mempunyai kebiasaan merokok) akan meningkat risikonya 1,4 kali dibanding perempuan yang hidup dengan udara bebas, defisiensi Vitamin A ,C, dan E

Bidan adalah tenaga kesehatan yang dekat dengan masalah kesehatan wanita, yang potensinya perlu dioptimalkan, khususnya untuk program skrining kanker leher rahim kerja sama dengan masyarakat setempat untuk mengadakan deteksi dini penyakit kanker lehaer rahim dengan metose Pap Smear.

DAFTAR PUSTAKA

- Adejahja (2005). *Deteksi dini kanker leher rahim* , Jakarta
- Bosman .F.T. (1998). *Onkologi*, edisi ke dua, Jakarta
- Dignan, M.B.& Carr,.A (1992) *Program Planning for Health education and Promotion*, Second editing, USA; Lea & febiger
- Ewles, L., & Sinmet, I.(1994) *Promoting Health, A Practical Guide* diterjemahkan oleh Doeljacman & Hasan Basri, M. Yogyakarta, Gadjah Mada University Press
- Green, I.W., 7 Kreuter, M.W. (2000) *Health Promotion Planning An Education and Enviromental Approach. Second edition USA*; mayfield Publishing Company
- JHPIEGO Co, (1997);Blumental PD. Visual Inspection of the cervik cancer as screnning Option in: gaffikinI, Blumental PD, davis C, Brechin SJ.Griffey, Eds, Workshop Proceedings.Alternative for cervical cancers Screnning and Treatment in Low-Resource Setting baltimore.
- Kim SJ. (1995) *Screnning and epidemiological trends in cancer of cervik*, In: Saifudin AB, Affandi B, Wiknyosatiro (eds). Women,s Health. The Proceedings of the XV th Asian and Occanic Congress of Obstetriics and Gynecology , bali Indonesia
- Laila nurama (1999) *Skrinning kanker serviks dengan metode Pap Smer* , Sub bagian Onkologi, Bagian Obstetri dan Gnikologi FKUI. RSUP dr. Ciptomangun Kusumo, Jakarta
- Mochtharom.M. (2000) *data regrestasi kanker gnikologi* Bagian Obstetri Ginekologi RSUPN Cipto Mangun Kusumo FKUI , jakarta
- Ocvianti, D., (2004) *Deteksi Dini Kanker lher Rahim dengan Pap Smer* , Sub bagian Onkologi, Bagian Obstetri dan Gnikologi FKUI. RSUP dr. Cipto Mangun Kusumo, Jakarta
- Sarwono P.W.(1995), *Ilmu Kebidanan*, Yayasan Bina pusataka , Bandung hal 317-20
- Taber Ben –Zion MD. (2002) *Kedaruratan Obstetri dan gnikologi*, Bagian Obstetri Ginekologi RSUPN Cipto Mangun Kusumo FKUI Jakarta
- Yusida. H. *Et all*; (2006) faktor-faktor yang belum dengan partisipasi wanita dalam program skrining kanker leher rahim; *Litbang Depkes*, Jakarta