



PKB³ OBGYN BALI 2015

PENDIDIKAN KEDOKTERAN BERKELANJUTAN

Ke-

*Update in Obstetrics and Gynecologic
from Theories to Practice*



DAFTAR ISI

1.	Pelayanan Ante Natal Terfokus	1
2.	Manual Rujukan Maternal Neonatal Berbasis Pola Pembiayaan JKN	17
3.	Profil Pasien Obstetri di Ruang ICU RSUP Sanglah Denpasar Periode 2013 – 2014	22
4.	Disfungsi Seksual Wanita pada Kehamilan dan Pasca Persalinan	43
5.	Infeksi Saluran Kemih dalam Kehamilan	57
6.	Keguguran Berulang : Pencegahan dan Penanganan	70
7.	Kiat Singkat Mengenal Sindromu Ovarii Polikistik	80
8.	Leiomyoma Uteri : Konservatif vs Operatif	99
9.	Penanganan Kistoma Ovarium : Terapi Konservatif vs Terapi Pembedahan	115
10.	Pencegahan Primer dan Sekunder Kanker Serviks: Peran Dokter Umum dan Bidan?	127
11.	Peran Spesialis Obstetri dan Ginekologi dalam Penatalaksanaan Kanker	142
12.	Penatalaksanaan Mola Hidatidosa: Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer dan Sekunder	162
13.	Disfungsi Dasar Panggul dan Upaya Pencegahannya	180
14.	Retensi Urin Pasca Tindakan Obstetri & Ginekologi	204
15.	Tips dan Trik Penanganan Kegagalan Repair OASI (Obstetric Anal Sphincter Injury)	215
16.	PALM-COEIN: Sebuah Diagnosis Perdarahan Uterus Abnormal	228
17.	Penatalaksanaan Endometriosis Terkini	244
18.	Perdarahan Bereak Karena Efek Samping Kontrasepsi Hormonal	267
19.	Perempuan dan HIV/AIDS	275
20.	Implementasi PONEK di Rumah Sakit dan Penerapan Program Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi dalam Program PONEK	298
21.	Skoring Persalinan Prematur pada ANC	316
22.	Paradigma Baru Nutrisi dalam Kehamilan	319

PENDIDIKAN KEDOKTERAN BERKELANJUTAN

OBSTETRI DAN GINEKOLOGI KE-7

Penerbit

Bagian / SMF Obstetri dan Ginekologi

FK Unud / RSUP Sanglah

Jl. Keshatan, Denpasar

Telp : 0361 – 223868, 0361 – 237210

Fax : 0361 – 240891

Hak cipta dilindungi oleh undang – undang
Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh
Isi buku ini tanpa ijin tertulis dari penerbit

Editor :

Dr. dr. I Nyoman Gede Budiana, SpOG (K)

Corporight © 2015

ISBN : 978-602-6814-55-5

Sanksi Pelanggaran Pasal 72

Undang-Undang No 19 Tahun 2002 tentang Hak Cipta

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan (2) dipidana dengan pidana penjara paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp. 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barangsiapa dengan sengaja menyiaran, memamerkan, mendengarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak terkait sebagaimana dimaksud dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan atau denda paling banyak Rp. 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

PENCEGAHAN PRIMER DAN SEKUNDER KANKER SERVIKS: PERAN DOKTER UMUM DAN BIDAN?

Ketut Suwiyoga

Divisi Onkoginekologi

Bagian SMF Obstetrik dan Ginekologi

FK UNUD/RSUP Sanglah Denpasar

ABSTRAK

Sampai saat ini, kanker serviks masih merupakan penyakit ganas tersebut dan fatal di Indonesia; namun dapat dicegah. Pencegahan primer melalui pengetahuan dan vaksinasi HPV. Sementara, pencegahan sekunder melalui diagnosis dan terapi lesi prekanker dengan modalitas IVA-VILI, sitologik, dan kolposkopi. Modalitas terapi destruktif, konsassi, trakelektomi, dan histerektomi total dipilih sesuai dengan strata pelayanan kesehatan. *See and treat* dengan IVA dan krioterapi adalah metode gabungan antara diagnosis dan terapi *one time on site*.

Dokter umum dan bidan berperan pada penyaluhan dan vaksinasi serta sitologik di faslikes primer. Selain itu, See and Treat juga dapat dikerjakan di layanan primer setelah melalui pelatihan di JNPK-KR POGI Cabang Denpasar. Ketika pada Pap smear ditemukan sitologi abnormal ASCUS/AGUS, L-SIL, dan H-SIL maka rujukan ke dokter spesialis obstetri dan ginekologi untuk dilakukan kolposkopi dan biopsi terarah dalam upaya penajaman diagnosis. Kefika ditemukan kanker serviks maka rujuk ke Onkoginekologi.

Kata kunci: IVA, sitologi, See and Treat, dokter umum dan bidan

1. PENDAHULUAN

Dalam 3 dekade terakhir, kanker serviks masih menduduki prevalensi tinggi dan bahkan tertinggi diantara penyakit kanker pada manusia; bahkan cenderung meningkat.

2. PENCEGAHAN PRIMER

2.1 Pengetahuan

Pengetahuan bahwa kanker serviks disebabkan oleh infeksi HPV risiko tinggi; juga menyebabkan kanker vagina, amus, mulut dan nasofaring. Faktor risiko minor adalah hubungan seksual masa dini, berbagai partner

Hal ini terkait dengan penyebab kanker serviks yaitu infeksi *Human papillomavirus* (HPV) grup risiko tinggi; terutama HPV-16, 18 dan pharyngitis. Virus tersebut tersebar diseluruh dunia. Sementara penyebaran infeksi HPV berkaitan dengan gaya hidup, pariwisata, dan sosio-ekonominya. Perjalanan alamiah paparan dan infeksi HPV serta patogenesennya telah diketahui dan disepakati luas (Munosh dkk, 2013).

- (i) Indonesia, diperkirakan terdapat 150.000 kasus kanker serviks baru per tahun dan 1 kematian setiap jam (Depkes, 2005).
- (ii) Bali, terdapat 0,1% (125) kasus kanker serviks baru; sedangkan lesi premalignan adalah 3,2% dimana *over all survival rate* hanya 35,5% (Bawiyoga, 2010). Jumlah dokter umum dan bidan/perawat masing-masing adalah 1.820 dan 2.698 orang (BPS Bali, 2014) secara kuantifikasi adalah sangat potensial dalam upaya menurunkan insiden kanker serviks. Dengan demikian, kanker serviks adalah penyakit ganas tersering dan fatal; namun dapat dicegah baik secara primer maupun sekunder.
- Pencegahan primer terdiri atas pengetahuan dan vaksinasi. Sementara pencegahan sekunder untuk mendiagnosis lesi prekanker berupa inspeksi visual osim assetat (IVA) dan sitologi Pap smear konvensional vs berbasis ionium atau tanpa tanpa co-testing HPV.
- Berdasarkan hal diatas maka pemberdayaan dokter umum dan bidan adalah sangat penting di Bali dalam upaya mencapai "Bali Free of Cervical Cancer by Year 2020".

Tujuan tulisan ini adalah untuk menunjukkan dimanakah dokter umum dan bidan/perawat dapat mengambil peran dalam prevensi kanker serviks. Dengan demikian, berikut akan diutarakan beberapa modalitas diagnosis lesi prekanker dan manakah yang dapat diberikan kewenangan kepada dokter umum dan bidan/perawat.

3. PENCEGAHAN PRIMER
 - 3.1 Pengetahuan
- Pengertian bahwa kanker serviks disebabkan oleh infeksi HPV risiko tinggi; juga menyebabkan kanker vagina, amus, mulut dan nasofaring. Faktor risiko minor adalah hubungan seksual masa dini, berbagai partner

seksual, dan merokok. Penyebaran infeksi ini melalui berbagai media terutama hubungan seksual; selain melalui air, instrumentasi, dan lembut sekresi cairan tubuh.

Waktu yang dibutuhkan sejak paparan dan infeksi menjadi kanker serviks antara 5-10 tahun; juga tergantung awal hubungan dan jumlah partne-

seksual. Informasi ini didapat di bangku sekolah, siaran elektronik dan media massa, serta langsung diantara perorangan dan atau kelompok. Jalu jau belum optimal mencapai seluruh lapisan masyarakat Bali karena informasi tentang ini sangat minim yang membutuhkan komitmen politik.

2.2 Vaksinasi

Vaksinasi HPV adalah cara yang sangat menjanjikan karena vaksin bivalent, kuadrivalent yang tersedia saat ini bahkan nano valent telah terbukti:

1. Kadar IgG anti HPV adalah 10 kali lebih tinggi disbanding imun alamiah HPV. Efektivitas vaksin mencapai 92,5% dan nilai samping minimal berupa lokal indurasi, nyeri/kemeng, dan infeksi lokal. Secara sistemik kadang-kala febris ringan, mual dan muntah.
2. *Long protection* mencapai 10 tahun; bahkan secara matematik mencapai 15 tahun. Kebutuhan akan booster masih diragukan.
3. *Cross reaction* dengan HPV lain tipe.
4. Terekspresi didalam lendir serviks dan sekresi vagina.

Protokol pemberian vaksin HPV berbeda-beda pada setiap Negara. Akhirnya yang disepakati secara luas adalah semakin muda umur maka semakin efektif. Pemberian vaksin HPV pada *girl naïve* 10-16 tahun adalah dianjurkan. Sedangkan, pada *women* 17-55 diberikan 3 kali sesuai rekomendasi produksi vaksin. Sementara, dibeberapa negara memberikan vaksin HPV pada prima kematian hal ini belum membuktikan dapat menurunkan insiden kanker serviks.

3. PENCEGAHAN SEKUNDER

Pencegahan sekunder kanker serviks bertujuan untuk mendiagnosis lesi prakanker baik berupa ASCUS/AGUS, L-SIL dan H-SIL.

Di Bali, dikenal beberapa modalitas yaitu:

Screen and treat program
Screen and Treat (S&T) adalah suatu metode diagnosis lesi prakanker yang dikerjakan berbarengan dengan terapi *one time and on site*.

1. Inspeksi visual asam asetat (IVA) dan VII
2. Sitologik yang terdiri atas *conventional cytology* (CC) dan *liquid based cytology* (LBC).

1. Kolposkopi.

1.1 Inspeksi visual asam asetat

Praktis test ini adalah asam asetat 3-5% yang dioleskan pada mukosa serviks dan transformasi menyebabkan denaturasi protein. Hal ini membulatkan *white epithelium* (WE) pada zona transisional pada pencahayaan 100 lux dilihui dengan mata telanjang dalam tempo 2 menit. Penilaian WE positif dan negatif tergantung pada onset, durasi dan intensitas, dan konsistensinya.

Tabel 1. Kategori Temuan IV A

Kategori	Temuan Klinis
Normal	Liem, warna merah muda, rata, <i>uniform</i>
Servatis atau aplika	Inflamasi, bintik merah, <i>discharge</i> , ekteropion, polip, kista Naboth
IVA positif	Plak putih yang tebal dan meninggi, ulkus, epitel <i>acetowhite</i>
Kanker serviks	Massa seperti bunga kol, mudah berdarah
Akuru test ini adalah 87,5 sensitifitas, 81,3% spesifik, 21,0% negatif palsu dan 13,6% positif palsu (Suwiyoga, 2008). Hal ini sesuai dengan sitologi Pap smear konvensional.	

1.2 Visual Inspection Lugol Iodine

Epitel skuamosa dan epitel yang mengalami metaplasia banyak mengandung glikogen sedangkan epitel kolumner dan lesi prakanker serta kanker invasif tidak mengandung glikogen. Yodium adalah zat glikofilik dan akan menyerap bila sel tersebut mengandung glikogen. Epitel skuamosa yang normal akan menyerap yodium sehingga berwarna coklat. Pada epitel kolumner dan lesi prakanker serta kanker invasif tidak menyerap yodium sehingga tidak mengalami perubahan warna. Leukoplakia dan kondiloma juga tidak menyerap yodium. Direkomendasikan penggunaan rutin aplikasi yodium dalam praktik kolposkopi karena membantu dalam mengidentifikasi lesi yang tidak terdeteksi dengan aplikasi salin dan asam asetat.

- Se memakai IV A dan *Treat* memakai krioterapi dimana dibutuhkan waktu 10-12 menit untuk kedua prosedur tersebut. Untuk saat ini, S & T ini belum menjanjikan terutama di Bali karena upaya pencegahan dilakukan *in situ* dengan kelebihan antara lain:
1. Dapat dikerjakan kapan saja; tidak memandang menstruasi, yakni periode.
 2. Efektifitas mencapai 85,7%.
 3. Efek samping 12,5% berupa *vaginal discharge* berlebihan yang mungkin, lekore berdarah dan ketidak nyamanan serta infeksi infiltran.
 4. Dapat dikerjakan di Puskesmas dan praktik swasta.
 5. Tidak kehilangan kesempatan terapi lesi prakanker.

3.2 Sifologi

Metode ini terdiri atas *conventional cytology* (CC) dan *liquid base cytology* (LBC).



Gambar 1. Mekanisme CC dan LBC

Tabel 2. Perbandingan Antara CC dan LBC

	Conventional Cytology	Liquid Based Cytology
1. 80% collected sample spilled	Virtually, 100% sample rinse in LBC vial	
2. Blood, vaginal discharges, debris contained in smear	Blood, vaginal discharge, debris non diagnostic separated from the cell; excluded from smear	
3. Poor cell distribution	Filtration; good cell distribution and randomization	
4. Many cell missed and artifact; limited accuracy	Thin cell layer free artifact; representative	
5. Not representative sample; not reflect patient actual condition	Anomaly detection	
	6. Butuh adlah perbedaan berbagai nomenklatur lesi prakanker dimana halnya setiap memilih nomenklatur sesuai kompetensi setempat.	
		Tabel 3. Perbandingan Nomenklatur Sistologi Siologi Menurut Papanicolaou, WHO, CIN, dan Bethesda
	Papanicolaou, WHO, CIN, dan Bethesda Classification I Classification II Classification III Classification IV Classification V	Bethesda, 2001 Classification I Classification II Classification III Classification IV Classification V
	Normal cervix Normal squamous epithelium Normal glandular epithelium Intraepithelial lesion Intraepithelial lesion, low-grade Intraepithelial lesion, high-grade Atypical squamous cells Atypical glandular cells Atypical squamous cells Atypical glandular cells Mild dysplasia Moderate dysplasia Severe dysplasia Carcinoma in situ Micro invasive carcinoma Invasive carcinoma	Within normal limit Benign cellular changes Atypical squamous cell (ASC) L-SIL H-SIL CIN 1 CIN 2 CIN 3 CIN 3 Carcinoma in situ Invasive carcinoma Invasive carcinoma

3.3 Kolposkop

Kolposkopi adalah diagnosis lesi prakanker yang dipadukan VIA/VIAM dengan bantuan kolposkop yang dapat dipakai untuk biopsi terarah.

Indikasi kolposkopi adalah:

1. Tampak serviks yang mencurigakan
2. Hasil sitologi ditemukan karsinoma invasif
3. Hasil sitologi ditemukan CIN 2 atau CIN 3
4. Hasil sitologi CIN 1 yang menetap dalam pengamatan selama 12 bulan
5. Hasil sitologi yang berulang-ulang tidak memuaskan
6. Infeksi HPV yang onkogenik
7. VIA positif
8. VIAM positif
9. Inspeksi visual dengan lugol yodium positif

Kriteria kolposkopi adalah sebagai berikut:

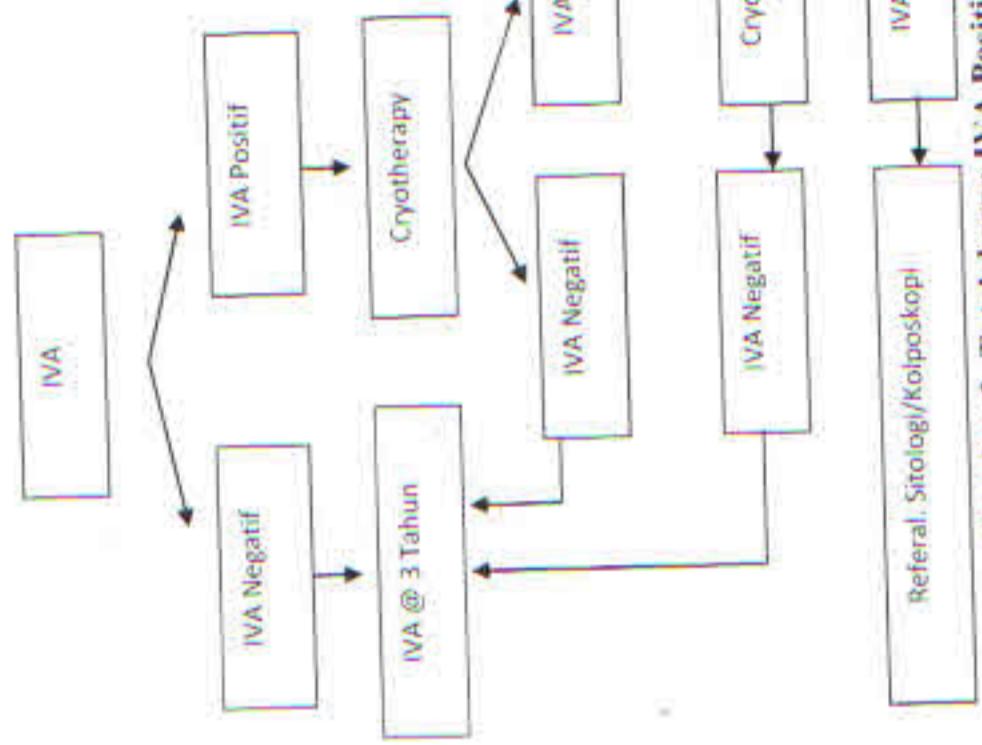
Tabel 4. Indeks Kolposkopi Reid

Colposcopic Sign	0		1		2	
	Margin	Indistinct	Sharp	Peeling	Dull	Punctuation
Color	Snow white	Off white				Mosaic
Vessels	Thin	Absent				
Acid Staining	Acetic	Unclear acetowhite epithelium	Partial acetowhite epithelium	Clear acetowhite epithelium & immediately		Negative
Iodine Staining	Positive		Partial			
Score	0-2 CIN1	3-5 CIN 1 or 2	6-8 CIN 2 or 3			

4. PENANGANAN PADA VIA POSITIF DAN SITOLOGI ABNORMAL

4.1 Inspeksi visual asam asetat positif

Jika VIA positif dilakukan krioterapi dan evaluasi dengan 6 bulan VIA positif. Apabila VIA negatif maka dapat diulang @ 3 tahun dan apabila VIA positif dilakukan ulangan krioterapi. Apabila evaluasi 6 bulan VIA positif maka nuk ke spesialis Obstetrik dan Ginekologi untuk kolposkopi.



Gambar 2. Tatalaksana VIA Positif

4.2 Sitologi Abnormal

Pada sitologi abnormal maka tatalaksana adalah sebagai berikut:

**Gambar 3. Tatajaksana Sitologi Abnormal**

Pada prinsipnya manajemen sitologi abnormal membutuhkan kolposkopi dan biopsi terarah untuk memastikan diagnosis. Jadi rujukan merupakan salah satu yang legaris.

Tatalaksana Hasil Sitologi Co-testing (HPV DNA dan sitologi)

**Gambar 4. Sitologi dengan Co-testing HPV**

MANAJEMEN LESI PRAKANKER

- 1. Melalui penanganan lesi prekanker adalah:
- Krioterapi.
- Destruksi/Cryoatherapi, LEEP dan LETZ.
- Konifikasi.
- Trakelektomi.
- Histerektomi Total.

PERAN DOKTER UMUM DAN BIDAN

- 1. Peran umum dan bidan/perawat bank swasta maupun pemerintah dapat:
- Menyuluhan.
- Vaksinasi HPV.
- Sitologi CC dan LBC.
- See and Treat* setelah kompeten yaitu Pelatihan S&T di JNPK-KR

1. Penyuluhan.
2. Vaksinasi HPV.
3. Sitologi CC dan LBC.
4. *See and Treat* setelah kompeten yaitu Pelatihan S&T di JNPK-KR
5. Rujukan ke Spesialis Obstetrik dan Ginekologi dan atau Onkoginekologi bank swasta maupun pemerintah ketika diitemukan ASCUS/AGUS, L-SIL dan H-SIL untuk kolposkopi dan biopsi terarah.
6. Apabila diitemukan kanker pada sitologik Pap smear CC atau LBC maka dirujuk ke Onkoginekologi.

Pencegahan kanker serviks di Bali menuju "Bali Free for Cervical Cancer by Year 2020" kerjasama antara Universitas Udayana cq Bagian Obstetrik dan Ginekologi FK, Perkumpulan Obstetrik dan Ginekologi (POGI) Cabang Denpasar, Pemerintah Daerah, IDAI, YKI, LSM, dan Kompani melalui:

1. *School base program* dengan penyuluhan dan vaksinasi.
2. *Community based program* dengan penyuluhan, vaksinasi, dan S&T.

RINGKASAN

Pencegahan kanker serviks dibedakan atas primer dan sekunder dimana pencegahan primer adalah pengetahuan dan vaksinasi HPV. Sementara pencegahan sekunder meakai modalitas IV A, Sistolgi dan Kolposkopji. Peran dokter umum dan bidan adalah:

1. Penyuluhan
2. Vaksinasi
3. Sistolgi
4. See and Treat
5. Rujukan

BANTAR RUJUKAN

1. Porson, L., Lewis, D., Cifiska, D., Warren, R. 2013. Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *BioMed Central Canada*, 2: 1-12.
2. Sankaranarayanan, R., Basu, P., Wesley, R., Mahe, C., Keita, N., Mbalawa, C., et al. 2004. Accuracy of Visual Screening for Cervical Neoplasia: Results from an IARC Multicentre Study in India and Africa. *Int J Cancer*, 110: 907-13.
3. Carter, S., Williams, J., Parker, L., Pickles, K., Jacklyn, G., Rychemik, L., et al. 2015. Screening for Cervical, Prostate, and Breast Cancer. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(2):274-85.
4. Ping, H., Lim, C., Pascual, R., Michelle, A., Evaria, Ruth, E., et al. 2015. Cervical Cancer Prevention & Screening. Dalam: Sungkar, A., Hestiantoro, A., Sanloso, B., Wiweko, B., Ocviyanti, D., Gunardi, E., et al., penyunting. **MIMS Obstetrics & Gynecology**. Edisi Kelima. Jakarta: PT Medidata Indonesia. hal. B7-B8.
5. Ronco, G., Dillner, J., Elfstrom, K., Tunesi, S., Snijders, P., Arbyn, M., et al. 2014. Efficacy of HPV-based screening for the prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomized controlled trials. *Center for Cancer Epidemiology and Prevention*, 383: 524-42.
6. Burd, E. 2014. Updated Guidelines for Cervical Cancer Screening. *Clinical Microbiology Newsletter*, 36(13):95-103.
7. Leeson, S. 2012. Advances in colposcopy: new technologies to challenge current practice. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. United Kingdom, 182: 140-45.
8. Safaeian, M., Solomon, D., Castle, P. 2007. Cervical Cancer Prevention-Cervical Screening: Science in Evolution. *Obster Gynecol Clin N Am*, 34: 739-60.
9. Marei, J., Baars, R., Rodriguez, A., Quint, W., Sandt, M., Berkhof, J. 2014. The increased detection of cervical intraepithelial neoplasia when using a second biopsy at colposcopy. *Gynecologic Oncology*, Netherland, 135: 201-7.¹
10. Mahmud, S., Lugoma, G., Nast, S., Kayembe, P., Tozin, R., Drouin, P., et al. 2012. Comparison of human papillomavirus testing and cytology

- for cervical cancer screening in a primary health care setting in the Democratic Republic of the Congo. *Gynecologic Oncology*, 124, 248-91.
10. Sankaranarayanan, R., Gaffikin, L., Jacob, M., Sellors, J., Roberts, A. 2005. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 89:S4-S12.
 11. Brown, A., Trimble, C. 2012. New technologies for cervical cancer screening. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, Baltimore, 26:232-42.
 12. Beerman, H., Dorst, E., Boumeester, V., Hogendoorn, P. 2009. Superior performance of liquid-based versus conventional cytology in a population-based cervical cancer screening program. *Gynecologic Oncology*, 112: 572-76.
 13. Reboli, M., Bonde, J., Ejegod, D., Preisler, S., Rygaard, C., Lyngaa, I. 2015. A daunting challenge: Human Papillomavirus assays and cytology in primary cervical screening of women below age 30 years. *European Journal of Cancer*, 51:1456-66.
 14. Suwiyoga K. Akurasi Inspeksi Visual Asam Asetat Pada Lesi Serviks Maj. Kedokteran Udayana; edisi-3, 2005: 12-15.
 15. Suwiyoga K dan Mayura IGN. Akurasi Kolposkopi untuk Mendiagnosa Lesi Prakanker. Majalah Kedok Udayana: (5), 2007: 7-11.
 16. Suwiyoga K dan Suyasa Jaya M. Menuju Bali Bebas Kanker Serviks. 2010. J.Obstetri dan Ginekologi Indonesia. KIT POGI XV Denpasar 2013: 2-15.