

**DETEKSI DINI KANKER LEHER RAHIM
DENGAN METODE IVA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS NGORESAN SURAKARTA**

Sri Kustiyati, Winarni

Dosen STIKES 'Aisyiyah Surakarta Prodi D III Kebidanan

***Abstrak** Kanker leher rahim merupakan masalah kesehatan yang penting bagi wanita. Kanker ini dialami oleh lebih dari 1,4 juta wanita di seluruh dunia. Setiap tahun, lebih dari 460.000 kasus terjadi dan sekitar 231.000 orang meninggal karena penyakit ini. Di Indonesia, kasus kanker leher rahim pada peringkat pertama dengan jumlah kasus 14.368 orang. Dari jumlah tersebut, 7.297 orang meninggal dan prevalensinya adalah 10.823 orang setiap tahunnya. Pemeriksaan kanker leher rahim dengan metode IVA digunakan untuk mendeteksi kanker secara dini. Pemeriksaan dilakukan terutama pada wanita yang telah menikah dan umur lebih dari 25 tahun. Dari hasil pemeriksaan IVA yang dilaksanakan di Puskesmas Ngoresan, terdapat positif 3,85%, erosi 13,18%, infeksi 1,65% dan negatif 81,32% dari total peserta yang telah diperiksa 182 orang.*

Kata Kunci: Kanker leher rahim, Metode IVA

PENDAHULUAN

IVA merupakan salah satu metode untuk melakukan deteksi dini adanya kanker leher rahim. Skrining dengan IVA ini dinyatakan lebih mudah, lebih sederhana, dan lebih murah dibandingkan dengan tes *pap smear*. Karena itu, pemeriksaan IVA ini memberikan harapan besar untuk terlindung dari ganasnya efek kanker leher rahim, jenis kanker yang paling banyak ditemukan pada perempuan Indonesia yang berusia 25 tahun ke atas. Masalah yang menghadang dalam penanggulangan kanker leher rahim di Indonesia adalah masih rendahnya angka cakupan tes deteksi dini atau skrining kanker ini. Skrining adalah salah satu cara untuk menemukan lesi pre kanker dan kanker pada stadium dini. Faktanya, angka skrining kanker leher rahim di Indonesia hanya berkisar kurang dari (5%) (idealnya sekitar 80%). Karena rendahnya angka skrining itulah, maka pantas saja (70%) pasien kanker leher rahim di

Indonesia terdiagnosis pada stadium lanjut. Kondisi ini membuat rendahnya angka kesakitan dan tingginya angka kematian pada pasien kanker leher rahim di Indonesia.

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 (Ovi, 2008, <http://fajar.co.id/news.phpnewsid>, diperoleh 20 Januari 2008).

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 (DKK Surakarta .2005, <http://www.dinkesjateng.org/profil2005/bab5.htm>, diperoleh 20 Januari 2008).

Pemikiran perlunya metode skrining alternatif dilandasi oleh fakta, bahwa temuan sensitivitas dan spesifisitas Tes Pap bervariasi dari 50-98%. Selain itu juga kenyataannya skrining massal dengan Tes Pap belum mampu dilaksanakan antara lain karena keterbatasan ahli patologi/sitologi dan teknisi sitologi. Data dari sekretariat IAPI (Ikatan Ahli Patologi Indonesia) menunjukkan bahwa jumlah ahli patologi 178 orang pada tahun 2001 yang tersebar baru di 13 provinsi di Indonesia(10) dan jumlah skriner yang masih kurang dari 100 orang(11) pada tahun 2001. Sementara itu Indonesia mempunyai sejumlah bidan; jumlah bidan di desa 55.000 dan bidan praktek swasta (BPS) kurang sebanyak 16.000(1997) (12). Bidan adalah tenaga kesehatan yang dekat dengan masalah kesehatan wanita, yang potensinya perlu dioptimalkan, khususnya untuk program skrining kanker leher rahim. Juga adanya fakta bahwa di antara petugas kesehatan termasuk bidan, kemampuan dan kewaspadaan terhadap

kanker leher rahim masih perlu diberdayakan (Nurana L, 2001, <http://www.progind.com>, diperoleh 19 Januari 2008).

TINJAUAN PUSTAKA

A. KANKER LEHER RAHIM

1. Pengertian Karsinoma Leher rahim

Karsinoma adalah 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 servikalis, 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 adalah tumor yang timbul diantara epitel yang melapisi ektoleher rahim portio dan endoleher rahim kanalis servikalis 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 servikalis yang sebagai *scuamosa columner junction* atau SCJ yang terbentuk oleh sel-sel jaringan yang tumbuh terus-menerus tak terbatas.

2. 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 berganta-ganti 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).

3. Patologi Karsinoma serviks

Kanker serviks timbul di batas antara epitel yang melapisi ektoleher rahim dan endoleher rahim yang disebut *scuomosa columnner junction*. Pada masa kehidupan wanita terjadi perubahan fisiologis pada epitel leher rahim dimana epitel kolumnar akan digantikan oleh epitel skuomosa yang diduga berasal dari epitel kankerangan kolumnar. Proses pergantian epitel kolumnar 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).

4. Penyebaran Karsinoma leher rahim

Berdasarkan biopsi yang dilakukan secara berurutan diketahui bahwa proses perubahan dari displasia ringan ke *karsinoma in situ*, sampai *karsinoma invasif* berjalannya 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 fornix 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 fornix 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).

5. 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 (Ramli, 2002: 104).

- 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).

6. 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

5.	IV	sudah ada gangguan fungsi ginjal. 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)

7. Diagnosa Karsinoma leher rahim

Diagnosis kanker adalah usaha untuk mengidentifikasi jenis kanker yang diderita dengan cara pemeriksaan tertentu (Scoot, 2002: 474).

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.

Kelemahanya: hanya dapat memeriksa daerah terlihat saja yaitu portio, sedangkan kelainan pada SCJ dan intraepitel tidak bisa dilihat (Jones, 2002: 274).

d. 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 pemotongan 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 (Jones, 2002: 274).

f. Diagnosa Pasti

Diagnosa pasti dapat ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan histopatologi (patologi Anatomi).

B. PEMERIKSAAN KARSINOMA LEHER RAHIM DENGAN METODE IVA**1. Mengapa perlu Metode Alternatif di Indonesia ?**

Pemikiran perlunya metode skrining alternatif dilandasi oleh fakta, bahwa temuan sensitivitas dan spesifisitas Tes Pap bervariasi dari 50-98%. Selain itu juga kenyataannya skrining massal dengan Tes Pap belum mampu dilaksanakan antara lain karena keterbatasan ahli patologi/sitologi dan teknisi sitologi. Data dari sekretariat IAPI (Ikatan Ahli Patologi Indonesia) menunjukkan bahwa jumlah ahli patologi 178 orang pada tahun 2001 yang tersebar baru di 13 provinsi di Indonesia(10) dan jumlah skrinier yang masih kurang dari 100 orang(11) pada tahun 2001. Sementara itu Indonesia mempunyai sejumlah bidan; jumlah bidan di desa 55.000 dan bidan praktek swasta (BPS) kurang sebanyak 16.000(1997) (12). Bidan adalah tenaga kesehatan yang dekat dengan masalah kesehatan wanita, yang potensinya perlu dioptimalkan, khususnya untuk program skrining kanker leher rahim. Juga adanya fakta bahwa di antarapetugas kesehatan termasuk bidan, kemampuan dan kewaspadaan terhadap kanker leher rahim masih perlu diberdayakan.

2. IVA Sebagai Metode Skrining Alternatif Yang Sesuai Untuk Indonesia

Mengkaji masalah penanggulangan kanker leher rahim yang ada di Indonesia dan adanya pilihan metode yang mudah di-ujikan di berbagai negara, agaknya metode IVA (inspeksi visual dengan aplikasi asam asetat) layak dipilih sebagai metode skrining alternatif untuk kanker leher rahim. Pertimbangan tersebut didasarkan oleh pemikiran, bahwa metode skrining IVA itu. Mudah, praktis dan sangat mampu laksana. Dapat dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bukan dokter ginekologi, dapat dilakukan oleh bidan di setiap tempat pemeriksaan kesehatan ibu. Alat-alat yang dibutuhkan sangat sederhana. Metode skrining IVA sesuai untuk pusat pelayanan sederhana.

3. Teknik Skrining dengan Metode IVA

Untuk melaksanakan skrining dengan metode IVA, dibutuhkan tempat dan alat sebagai berikut:

- Ruang tertutup, karena pasien diperiksa dengan posisi litotomi.
- Meja/tempat tidur periksa yang memungkinkan pasien berada pada posisi litotomi.
- Terdapat sumber cahaya untuk melihat leher rahim
- Spekulum vagina
- Asam asetat (3-5%)
- *Swab*-lidi berkapas
- Sarung tangan

Dengan spekulum melihat leher rahim yang dipulas dengan asam asetat 3-5%. Pada lesi prakanker akan menampilkan warna berkanker putih yang disebut *aceto white epithelium*. Dengan tampilnya porsio dan berkanker putih dapat disimpulkan bahwa tes IVA positif, sebagai tindak lanjut dapat dilakukan biopsi. Andaikata penemuan tes IVA positif oleh bidan, maka di beberapa negara bidan tersebut dapat langsung melakukan terapi dengan *cryosurgery*. Hal ini tentu mengandungkan kelemahan-kelemahan dalam menyingkirkan lesi invasif.

Ada beberapa kategori yang dapat dipergunakan, salah satu kategori yang dapat dipergunakan adalah:

- a IVA negatif = Leher rahim normal.
- b IVA radang = Leher rahim dengan radang (servisititis), atau kelainan jinak lainnya (polip leher rahim).

- c IVA positif = ditemukan berkanker putih (*aceto white epithelium*). Kelompok ini yang menjadi sasaran temuan skrining kanker leher rahim dengan metode IVA karena temuan ini mengarah pada diagnosis Leher rahim-pra kanker (dispasia ringan-sedang-berat atau kanker leher rahim in situ).
- d IVA-Kanker leher rahim Pada tahap ini pun, untuk upaya penurunan temuan stadium kanker leher rahim, masih akan bermanfaat bagi penurunan kematian akibat kanker leher rahim bila ditemukan masih padastadium invasif dini (stadium IB-IIA).

BAHAN, ALAT, DAN METODE

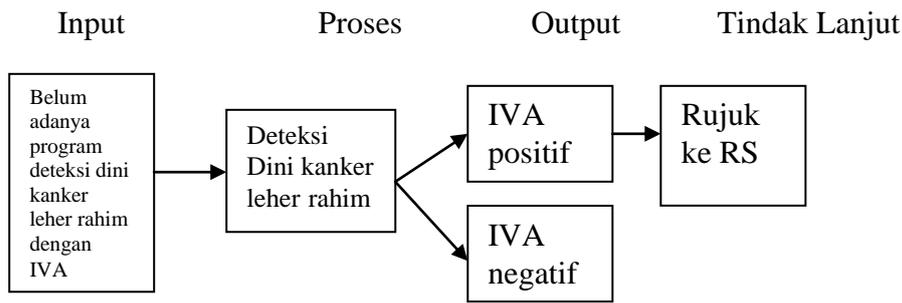
Sasaran dari usulan kegiatan pengabdian masyarakat ini adalah ibu – ibu umur lebih dari 25 tahun yang pernah melakukan hubungan seksual di wilayah kerja Puskesmas Ngoresan Surakarta. Adapun sasaran dipilihnya ibu-ibu yang berusia lebih lebih dari 25 tahun dan pernah melakukan hubungan seksual adalah karena kejadian kanker leher rahim banyak menyerang kelompok ini.

Sebelum dilakukan pemeriksaan, peserta di anjurkan untuk buang air kecil dulu ke belakang, dan membersihkan vulva bagian luar dengan sabun. Melalui kader RW, peserta dipesan agar tidak melakukan hubungan seksual 24 jam sebelum di lakukan tindakan pemeriksaan IVA. Setelah peserta siap diperiksa, peserta ditempatkan pada meja gynecologi dengan posisi lithotomi.

Dengan spekulum, pemeriksa melihat leher rahim yang dipulas dengan kapas yang dibasahi dengan asam asetat 3-5%. Tunggu selama 10 detik kemudian melihat hasil pemeriksaan. Pada lesi prakanker akan menampilkan warna bercak putih yang disebut *aceto white epithelium*. Dengan tampilnya porsio dan bercak putih dapat disimpulkan bahwa tes IVA positif. Jika didapatkan hasil pemeriksaan positif, maka peserta diberikan surat rujukan untuk dilakukan terapi lebih lanjut ke puskesmas yang untuk selanjutnya dari pihak puskesmas akan memberikan surat pengantar rujukan ke RS.

Untuk melaksanakan skrining dengan metode IVA, dibutuhkan tempat dan alat sebagai berikut: (1) Ruang tertutup, karena pasien diperiksa dengan posisi litotomi, (2) Meja/tempat tidur periksa yang memungkinkan pasien berada pada posisi litotomi, (3) Terdapat sumber kankerhaya untuk melihat leher rahim, (4) Spekulum vagina (5) Asam asetat (3-5%), (6) *Swab*-lidi berkapas, dan (7) Sarung tangan.

Secara sistematis kerangka penyelesaian masalah melalui penerapan IPTEKS digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1. Kerangka penyelesaian masalah deteksi dini kanker leher rahim dengan metode IVA.

Gambar 1. menjelaskan bahwa proses pemecahan masalah melalui penerapan iptek adalah dengan melakukan deteksi dini kanker leher rahim salah satunya adalah dengan metode IVA sehingga akan ditemukan apakah sasaran menderita kanker leher rahim atau tidak, dan apabila ditemukan hasil positif kemudian dilakukan tindak lanjut untuk melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

HASIL

Kegiatan pengabdian masyarakat tentang pemeriksaan deteksi dini kanker leher rahim pada ibu-ibu di wilayah kerja puskesmas Ngoresan, kecamatan Jebres, Surakarta dilakukan mulai dari bulan Juni sampai dengan Agustus 2009, dengan tempat di puskesmas Ngoresan Jebres Surakarta dan di Laboratorium STIKES ‘Aisyiyah Surakarta, dengan beberapa tahap rincian sebagai berikut:

Tabel .2
Hasil Kegiatan Pengabdian Masyarakat tentang Deteksi Dini Kanker Leher Rahim di Wilayah Kerja Puskesmas Ngoresan Jebres Surakarta

Tahap	Tanggal	Jumlah Peserta	Tempat Pemeriksaan	Hasil
I	27 Juni 09	56 orang	Puskesmas Ngoresan	Positif: 1 orang Erosi: 4 orang Infeksi: 2 orang Negatif: 49 orang
II	11 Juli 09	47 orang	Puskesmas Ngoresan	Positif: 5 orang Erosi: 5 orang Infeksi: 1 orang Negatif: 36 orang
III	19 Juli 09	25 orang	Laboratorium STIKES ‘Aisyiyah Surakarta	Positif: tidak ada Erosi: 4 orang Negatif: 24 orang

IV	26 Juli 09	25 orang	Laboratorium STIKES 'Aisyiyah Surakarta	Positif: 1 orang Erosi: 2 orang Negatif: 22 orang
V	1 Agt 09	26 orang	Puskesmas Ngoresan	Positif: tidak ada Erosi: 9 orang Negatif: 17 orang
Total jumlah peserta		182 orang	<ul style="list-style-type: none"> - Positif: 7 orang (3,85 %) - Erosi: 24 orang (13,18 %) - Infeksi: 3 orang (1,65 %) - Negatif: 148 orang (81,32 %) 	

Dari tabel 4.1 di atas dapat disimpulkan bahwa hasil pemeriksaan IVA test terhadap ibu-ibu di wilayah kerja puskesmas Ngoresan adalah sebagai berikut: hasil pemeriksaan positif ada 3,85 %, erosi 13,18 %, infeksi 1,65% dan negatif 81,32% dari jumlah total peserta yang diperiksa yaitu 182 orang.

PEMBAHASAN

Kegiatan ini dilaksanakan dengan tujuan untuk melakukan deteksi dini kejadian kanker leher rahim pada ibu-ibu di wilayah kerja puskesmas Ngoresan, Jebres, Surakarta. Sebelumnya, pernah dilakukan deteksi dini kanker leher rahim di wilayah Surakarta oleh Palang Merah Indonesia yang bekerja sama dengan Rotary Club. Telah banyak ibu-ibu di wilayah Surakarta, termasuk di wilayah kerja puskesmas Ngoresan yang melakukan deteksi dini dengan metode IVA.

Kegiatan pengabdian ini dilakukan untuk menjangkau sasaran yang masih tersisa, belum melakukan deteksi dini tersebut. Kegiatan dilaksanakan dalam beberapa tahap, mulai dari bulan Juni sampai dengan bulan Agustus 2009. Kegiatan pengabdian ini dilaksanakan di dua tempat, beberapa tahap pemeriksaan dilakukan di puskesmas Ngoresan Jebres Surakarta, dan juga di laboratorium STIKES 'Aisyiyah Surakarta.

Untuk selanjutnya, peserta dengan hasil test IVA positif diberikan surat rujukan agar periksa lebih lanjut ke RS. Peserta dengan erosi dan infeksi diberi pengobatan dan dianjurkan untuk periksa rutin sampai sembuh.

Dari hasil evaluasi kegiatan pengabdian yang telah kami lakukan tersebut, ternyata banyak para undangan yang tidak hadir untuk melakukan pemeriksaan, hal ini mungkin disebabkan karena kurangnya pengetahuan masyarakat akan manfaat dari deteksi dini pemeriksaan kanker leher rahim.

Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal. Tetapi tidak berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Mengingat peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan non formal saja, tetapi dapat diperoleh melalui pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu (<http://bidanlia.blogspot.com/2009/06/teori-pengetahuan.html>).

Beberapa kendala yang kami temui selama melakukan kegiatan ini antara lain adalah: (1) Tidak semua kader *well come* dengan kegiatan yang kami lakukan, sehingga kami harus bekerja keras untuk mengumpulkan masyarakat dalam rangka mencari sasaran untuk kegiatan ini, (2) Dari jumlah peserta yang sudah di undang, tidak semua peserta datang sesuai jadwal untuk melakukan deteksi dini. Ini disebabkan sebagian besar peserta adalah ibu RT yang mempunyai kesibukan lain, (3) Proses perijinan yang agak rumit, dan (4) Jumlah peralatan yang terbatas, sehingga butuh waktu lebih lama karena harus bergiliran untuk melakukan proses pemeriksaan.

Meskipun terdapat beberapa kendala tetapi pelaksanaan kegiatan pengabdian ini berjalan sesuai dengan rencana, serta pelaksanaan pemeriksaan juga sesuai dengan teori yang ada.

SIMPULAN

Simpulan dari hasil kegiatan pengabdian masyarakat tentang deteksi dini kanker leher rahim adalah terdapat hasil tes IVA positif dari pemeriksaan deteksi dini kanker leher rahim terhadap ibu-ibu yang dilakukan di wilayah kerja puskesmas Ngoresan jebres Surakarta. Selain hasil positif, didapatkan juga hasil pemeriksaan erosi dan infeksi. Untuk selanjutnya, peserta dengan hasil test IVA positif diberikan surat rujukan agar periksa lebih lanjut ke RS. Peserta dengan erosi dan infeksi diberi pengobatan dan dianjurkan untuk periksa rutin sampai sembuh.

DAFTAR PUSTAKA

- Alit Artha. 2000. *Tehnik Pengambilan dan terminologi Pelaporan Tes-Pap*. Bali: FK Udayana.
- Dini Kasdu. 2005. *Solusi Problem Wanita Dewasa*. Jakarta: Puspa Swara.
- Dinkes. 2005. *Kasus Kanker Serviks*. <http://www.dinkesjateng.org/profil2005/bab5.htm>. diperoleh 20 Januari 2008.
- Hacker, 2001. *Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan*. Jakarta: EGC.
- Julisar Lestadi. 1995. *Penuntun Diagnostik Praktis Sitologi Hormonal Apusan Pap*. Jakarta: RSPAD Gatot Subroto.
- Latifah. 2007. *Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dengan IVA* <http://www.yjp@jurnalperempuan.com>, diperoleh 19 Januari 2008).
- Mansjoer, 2005. *Gangguan Kesehatan reproduksi Wanita*. Jakarta: EGC
- Manuaba. 2001. *Ilmu Kebidanan dan Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC
- Nada. 2007. *Kanker Servik (Kanker Mulut Rahim)*. www.cegahkankerserviks.org, diperoleh 15 Januari 2008.
- NFA. 2007. *Penapisan visual dengan asam asetat memotong kematian akibat kanker leher rahim di negara-negara miskin*. <http://www.yjp@jurnalperempuan.com>, diperoleh 19 Januari 2008).
- Nurana L, 2001, *Skrining Kanker Serviks dengan Metode Skrining Alternatif: IVA*. <http://www.progind.com>. diperoleh 19 Januari 2008.
- Ovi. 2008. *Bidan Dilatih Lakukan Deteksi Dini Kanker Rahim*. <http://fajar.co.id/news.phpnewsid>. diperoleh 20 Januari 2008.
- Poedjo Hartono. 2000. *Kanker Serviks/Leher Rahim dan Masalah Skrining di Indonesia*. Denpasar.
- Prawirohardjo. 2001. *Ilmu Kandungan*. Jakarta: YBPSP.
- Wilda. 2006. *Wanita Perlu Waspadaai Tumor Ganas Serviks*. <http://www.pikiran-rakyat.com>, diperoleh 20 Januari 2008.
- Yatim, 2005. *Menopause dan Andropause*. Jakarta: YBPSP.