

BEBERAPA MASALAH PAP SMEAR SEBAGAI ALAT DIAGNOSIS DINI KARAKTER SERVIKS DI INDONESIA

Oleh: I Ketut Suwiyoga
Lab. Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran
Universitas Udayana Denpasar

Abstrak

Pap smear sebagai alat diagnosis dini kanker serviks telah dilakukan sejak tiga dasa warsa terakhir. Di negara-negara maju, pap smear telah terbukti menurunkan kejadian kanker serviks invasif 46-76% dan mortalitas kanker serviks 50-60%. Berbeda dengan Indonesia, pap smear belum terbukti mampu meningkatkan temuan kanker serviks stadium dini dan lesi perkanker. Hal ini dikarenakan bawa kuantitas sumber daya manusia yang rendah, prosedur tes pap yang kompleks, akurasi pap smear yang sangat bervariasi dengan negatif palsu yang tinggi serta sistem pelaporan yang kurang praktis, wilayah Indonesia sangat luas yang terkait dengan kesulitan transportasi dan komunikasi, dan para wanita sering enggan diperiksa karena ketidak tahuan, rasa malu, rasa takut, dan faktor biaya. Hal ini umumnya karena masih rendahnya tingkat pendidikan penduduk Indonesia.

Kata kunci: papsmear, akurasi, sumber daya manusia, geografi, dan sikap wanita.

Pendahuluan

Kanker serviks merupakan keganasan yang paling banyak ditemukan dan merupakan penyebab kematian utama kanker pada wanita di Indonesia dalam tiga dasa warsa terakhir.^{1,2,3}

Untuk mengatasi masalah tersebut, di negara-negara maju diagnosis dini terbukti mampu menurunkan insiden kanker serviks invasif dan memperbaiki prognosis. Pap smear juga telah terbukti mampu sebagai alat diagnosis dini.^{4,5} Berbeda dengan di Indonesia, pap smear yang telah dikenal sejak tahun 70-an belum mampu menjawab permasalahan kanker serviks. Diperkirakan 90-100 kasus kanker baru diantara 100.000 penduduk per tahun, dimana kanker serviks berada pada tempat teratas. Kanker serviks merupakan lebih kurang $\frac{3}{4}$ dari kanker ginekologik tersebut.^{1,2,4} Laporan dari beberapa rumahsakit di Indonesia didapatkan kanker serviks sebesar 65%-77,7% diantara sepuluh kanker ginekologi.^{1,6} Dari studi kohort diperoleh bahwa kanker serviks dimulai lesi prekanker *displasia/neoplasia intraepitel serviks* (NIS). Dari fase prakanker menjadi invasif. Sekitar 30%-35% lesi pra kanker mengalami regresi spontan.¹ telah diketahui pula bahwa pengobatan pada tahap

prakanker (displasia dan karsinoma insitu) dapat memberikan kesembuhan 100%.² Agar tercapai keberhasilan yang lebih baik pada pengobatan kanker serviks, diperlukan upaya-upaya diagnosis dini.^{2,7}

Pelaksanaan upaya ini masih banyak mengalami hambatan baik dari segi akurasi pap smear sendiri maupun dari segi sumber daya manusia, prosedural, geografi, dan wanita yang selayaknya menjalani skrining.^{1,7,10}

Dalam makalah ini, akan diuraikan beberapa kendala/masalah yang mengakibatkan kurang berhasil pap smear sebagai alat/diagnosis dini kanker serviks di Indonesia.

PAP Smear

Pada tahun 1924, George N Papanicolaou seorang ahli anatomi secara tidak sengaja mengganti tingginya sel-sel abnormal pada sediaan yang diambil dari pasien kanker serviks. Penggunaan materi seluler dari serviks dan vagina untuk diagnosis kanker serviks ini kemudian dipublikasikan pada tahun 1928 dan selanjutnya tehnik pengumpulan sel-sel dari vagina mengalami perbaikan dari penghapusan vagina, *spatula ayre*, dan *cytobrush*.^{2,10,12} Apabila hasil pap smear abnormal, perlu dipastikan melalui pemeriksaan histopatologi dengan melakukan biopsi.¹⁰

Terminologi dan sistem pelaporan sitologi sangat beraneka ragam. Sejak 50 tahun terakhir terminologi sitologi mengalami perubahan terutama setelah berkembangnya pengertian intraepitelial neoplasia serviks.⁸ Sistem pelaporan sitologi pertama kali menggunakan klasifikasi *Papanicolaou*, kemudian *Reagen* mengusulkan sistem pelaporan sitologi dengan memakai istilah neoplasia intraepitel serviks (NIS). Sistem ini tidak terlalu disukai karena menggunakan istilah neoplasia. Tidak semua perubahan awal menjadi neoplastik dan tidak semua lesi berlanjut menjadi karsinoma.^{8,10}

MASALAH PAP SMEAR DI INDONESIA

Masalah pap smear di Indoneasia dikaitkan dengan akurasi, tehnik pengambilan dan pemeriksaan pap smear, sumber daya manusia, geografi, dan sikap wanita yang selayaknya menjalani skrining.

1. Masalah akurasi Pap smear

Dari berbagai penelitian diperoleh bahwa akurasi smear untuk mendeteksi kanker serviks sangat bervariasi yaitu sensitifitas 44%-98%, nilai prediksi positif \pm 80,2%, nilai prediksi negatif \pm 91,3% dan angka positif palsu berkisar antara 3%-15%.^{2,5,7} Di Indonesia, dari beberapa penilaian mendapatkan sensitifitas pap smear 41,7%, sensitifitas sebesar 96,2%, nilai prediksi positif sebesar 62,5% dan

nilai predisi negatif sebesar 91,5%² Peneliti lain mendapatkan sensitifitas pap smear 83%, spesifitas 50,8%, nilai prediksi positif sebesar 58,7% dan nilai prediksi negatif 76,9%.¹⁷

Pelaksanaan program ini masih banyak mengalami hambatan baik dari segi akurasi pap smear sendiri maupun dari segi sumber daya manusia, geografi, dan wanita yang selayaknya menjalani skrining.^{1,7,10} Dari berbagai peneklitian diperoleh bahwa sensitifitas pap smear untuk mendeteksi kanker serviks sangat bervariasi yaitu antara 44%-98%. Selain memiliki sensitifitas yang amat bervariasi, pap smear juga memiliki angka palsu yang cukup tinggi yaitu berkisar antara 5%-50%, antara lain akibat pengambilan sediaan yang tidak edkuat (62%), kegagalan skrining (15%), dan kesalkahan interpretasi (23%).² Negatif palsu dikatakan 5%-30% untuk lesi skuamosa, 40% untuk lesi adenomatosa, dan 50% untuk lesi invasif.^{5,7} Tingginya negatif palsu pada kanker invatif disebabkan adanya darah, eksudat peradangan, dan debris nekrotik.^{5,14,18} Menurut Soebowo, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi akurasi smear yaitu¹⁹:

- a. Cara dan saat pengambilan pap smear
- b. Cara fiksasi, pengeringan dan pengecatan.
- c. Kemampuan interpretasi pemeriksaan

Dari hasil evaluasi sitologi pap smear yang dilakukan oleh Yayasan Kanker Indonesia (YKI) wilayah Bali, pada periode tahun 1992-1995 didapatkan sediaan inkonklusif sebesar 5,25%.²⁰ dan pada periode tahun 1996-1999 jumlah sediaan inkonklusif meningkan sebesar 6,7%.²¹ Sediaan inkonklusif ini sebagian besar disebabkan oleh kesalahan pengambilan bahan, dimana bahan tidak mengenai sambungan skuamokolumner, sediaan terlalu tipis atau terlalu tebal, banyak mengandung darah, kotor, waktu antara pengambilan sediaan dengan pemeriksaan terlalu lama, fiksasi terlambat atau memakai alkohol yang kadarnya kurang dari 95% serta kesalahan proses pengecatan.^{20,21} Prosentasi ini diatas angka sediaan inkonklusif yang ditetapkan secara nasional yaitu sebesar kurang dari 5%.

Untuk mendapatkan kecukupan bahan pemeriksaan dan untuk meningkatkan akurasi pap smear perlu diperhatikan lriteria-kriteria sebagai berikut²²:

- a. Penderita. Penderita harus memahami kapan sebaiknya datang untuk pemeriksaan pap smear, yaitu :
 1. Sebaiknya datang diluar mensruasi.
 2. Tidak diperkenankan memakai bahan-bahan antiseptik pada vagina.
 3. Penderita paska bersalin, paska operasi rahim, paska radiasi sebaiknya datang 6-8 minggu kemudian.
 4. Penderita yang mendapatkan pengobatan lokal seperti vagina supostoria atau ovula sebaiknya dihentikan 1 minggu sebelum pap smear.

- b. Klinisi. Klinisi diharapkan memahami cara pengambilan dan pengiriman bahan pemeriksaan, antara lain:
1. Pengambilan bahan pap smear merupakan langkah pertama sebelum dilakukan pemeriksaan vagina.
 2. Tidak menggunakan bahan pelicin alat spekulum vagina.
 3. Memperhatikan lokasi pengambilan pap smear.
 4. Mengisi status permintaan secara singkat, lengkap dan jelas.
- c. Ahli sitologi. Ahli sitologi diharapkan memberikan evaluasi diagnostik yang akurat dengan terminologi pelaporan yang sudah disepakati bersama antara klinisi dengan ahli sitologi.

Selain faktor teknis diatas, masalah sistem pelaporan dan terminologi yang berbeda-beda menyebabkan kebingungan antara klinisi dan ahli sitologi, yang mana situasi ini secara tidak langsung mempengaruhi tingkat keakuratan pap smear itu sendiri.

2. Masalah teknik pengambilan bahan dan pemeriksaan pap smear yang kurang praktis.

Hambatan lain untuk pelaksanaan pap smear sebagai program skrining adalah teknik yang kurang praktis oleh karena hanya bisa dikerjakan oleh tenaga-tenaga terlatih, interpretasi hasil memerlukan waktu yang lebih lama, dan biaya pemeriksaan yang cukup tinggi.⁹ Prosedur pemeriksaan pap smear ini juga sangat panjang dan kompleks. Sediaan yang telah diambil dan difiksasi tersebut, kemudian diseleksi oleh skriner apakah memenuhi syarat atau tidak. Setelah itu, dilakukan proses pengecatan oleh tenaga terlatih dan kemudian dibaca oleh ahli sitologi. Bila hasil pembacaan menunjukkan tanda-tanda lesi pra kanker atau kanker invasif, barulah kemudian dilakukan pemeriksaan kolposkopi dan pemeriksaan penunjang lainnya.^{9,10} Dengan prosedur yang kompleks ini mengakibatkan pemeriksaan menjadi mahal. Selain itu sarana yang digunakan, seperti *cytobrush* tidak terlalu tersedia.

3. Masalah sumber daya manusia sebagai pelaku skrining

Sumber daya manusia sebagai pelaku skrining khususnya tenaga ahli patologi anatomi/sitologi dan teknisi sitologi/skriner masih terbatas. Data dari sekretariat IAPI (Ikatan Ahli Patologi Indonesia), bahwa pada tahun 1999 jumlah ahli patologi sebanyak 178 orang yang tersebar baru di 13 propinsi di Indonesia dan jumlah skriner yang masih kurang dari 100 orang.⁷ Di sisi lain, Indonesia mempunyai sejumlah bidan, dimana bidan merupakan tenaga kesehatan yang dekat dengan masalah kesehatan wanita yang potensinya perlu dioptimalkan khususnya untuk program skrining kanker serviks. Dari data sekretariat IBI (Ikatan Bidang Indonesia) Pusat, pada tahun 1997 jumlah bidan di desa sebanyak 55.000 orang dan bidan praktek swasta sebanyak 16.000 orang. Dari penelitian

Nuranna L dan Aziz MF pada tahun 1991, diperoleh data bahwa diantara petugas kesehatan termasuk bidan, kemampuan kewaspadaannya terhadap kanker serviks masih perlu diberdayakan.^{7,11}

4. Masalah Geografi

Secara geografi, wilayah Indonesia sangat luas dan terdiri dari beribu-ribu pulau, ditambah masih sulitnya komunikasi dan transportasi antar wilayah.^{7,10}

5. Masalah wanita yang selayaknya menjalani skrining

Dari segi wanita yang selayaknya menjalani skrining diperoleh bahwa para wanita sering enggan untuk diperiksa oleh karena ketidaktahuan, rasa malu, rasa takut, dan faktor biaya. Hal ini umumnya disebabkan oleh masih rendahnya tingkat pendidikan dan pengetahuan penduduk di Indonesia.¹⁰

Bertitik tolak dari permasalahan-permasalahan diatas, timbul pemikiran untuk melakukan kringing alternatif kanker serviks dengan metode yang lebih murah, mudah, dan sederhana tetapi memiliki akurasi diagnosis yang cukup tinggi antara lain dengan upaya *down staging*. *Down staging* kanker serviks adalah upaya mendapatkan lebih banyak temuan kanker serviks stadium dini melalui inspeksi visual dengan melakukan inspeksi visual asam asetat (IVA). Inspeksi visual dapat dilakukan dengan mata telanjang atau dengan pembesaran gineskopi.⁷

- a. Teknik ini mudah, praktis dan sangat mampu laksana.
- b. Dapat dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bukan dokter ginekologi, dapat dilakukan oleh bidan dan dokter umum disetiap tempat pemeriksaan kesehatan ibu.
- c. Alat-alat dan bahan yang dibutuhkan sangat sederhana
- d. Interpretasi hasil cepat dan mudah
- e. Biaya yang diperlukan murah

Metode IVA menggunakan cairan asam asetat 3%-5% yang diluaskan pada serviks sebelum dilakukan pemeriksaan dalam. Pada lesi pra kanker, 20 detik setelah pulasan akan tampak bercak warna putih yang disebut *aceto white epithelium* (WE). Adanya bercak putih disimpulkan bahwa tes IVA positif. Dari berbagai penelitian diperoleh sensitifitasnya berkisar antara 64%-87%, nilai prediksi positif sebesar 97%, dan nilai prediksi negatif sebesar 40%.^{1,14} Dari uraian diatas dapat dipahami bahwa metode skrining alternatif kanker serviks di negara berkembang seperti Indonesia.

Daftar Pustaka

1. Sjamsudin S. Inspeksi visual dengan aplikasi asam asetat (IVA), suatu metode alternatif skrining kanker serviks. Jakarta : subbagian Onkologi Bagian Obstetri dan Genekologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumahsakit Dr. Cipto Mangunkusumo, 2000.
2. Muharam R, Indarti J, Soepardiman HM. Akurasi diaknostik sitologi pada lesi prakanker serviks dibagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia /RS Dr. Cipto Mangunkusumo,2000.
3. Guidozi F. Screening for cervical; cancer. Departemen of Obstetrics and Gynaecology, Johannesburg hospital and University of the Witwaterstand, Medical Scool, Parktown, Johannesburg, South Africa. Obset and Gynecol Survey, 1996; 51:247-52.
4. Hartono P. VIA (VISUAL INSPECTION with ACETIC ACID), pengamatan serviks secara langsung setelah asam asetat, sebagai alternatif penapisan dan deteksi dini kanker serviks. Surabaya; Lab/SMF Obstetri Genekologi FK Unair/RSUD Dr. Sutomo, 2001.
5. Kim SJ. Screening and epidemiological trends in cancer of cervix. In: Saifudin AB, Afandi B, Wiknjosantoro GH eds. Women's health recent advances in the asia oceanea region. The proceeding of the XV th asian and aceanic congress of obsteric and gynecology, Jakarta : Yayasan Bima Pustaka Sarwono Prawiroharjo, 1995: 317-20.
6. Darma Putra IGN. Kanker serviks uterus di RSUP Denpasar. Bali : Lab/SMF Obstetri dan geologi FK UNUD/RSUP Denpasar, 2000.
7. Nuranna L. Skrining kanker serviks, uapaya down staging dan metode skrining alternatif. Jakarta : subbagian onkologi Bagian Obstetri dan genekologi FKUI/RSUPN Dr. Cipto Mangunkumo, 1999.
8. Soepardiman HM. Terminologi sitologi. Dalam : Sjamsudin S, Indarti J eds. Kolposkopi dan neoplasia intrepitel serviks ed. 1. Jakarta : Perkumpulan parologi serviks dan kolposkopi Indonesia, 2000.
9. Halimun WA. Pap smear dan masalahnya. Jakarta: Bagian Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia , 2000.
10. Wijaya I. Tindak Lanjut Pap's smear yang abnormal. Semarang : Badan penerbit Universitas Diponegoro, 1993.
11. Sheperd JH. Curent management of the abnormal smear and cervical intraepithelia neoplasia. Consultant gynecological surgeon and oncologist, St. Bartholomeus's and the Royal Marden hospital, London, England, In: Bengkel HJ, Kresno SB,

- Suswoto R eds. Book of proceeding's Jakarta International center conference'95. Jakarta: PT Gaya baru, 1997:402-7
12. Kartodarsono S. Skrining kanker genekologi, suatu usulan. Dalam : Wijaya I. Tindak lanjut Pap's smear yang abnormal. Semarang : Badan penerbit Universitas Diponegoro, 1993.
 13. Artha A. Ketepatan Pemeriksaan sito diagni\otik pap tes pada penderita neoplasia intrapitel serviks dibandingkan pemeriksaan histopatologi biopsi serviks dengan tuntunan kolposkopi. Surabaya: Laboratorium Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran, Universitas Airlangga, 1998.
 14. Nezzar S. Visual inspection with acetic for cervical cancer screening: tes qualites in a primary-care setting. Zimbabwe,: Departemen of Obstetrics and Gynaecology, University Of Zimbabwe, 1999.
 15. Cronje HS, Cooreman BF, Beyer E, et antara lain :. Screening for cervical neoplasia in a developing country utilizing cytology, cervicography and the acetic acid test. South Africa : Departemen of Obstetrics and Gynecology, university of the Orange Free state, Bloemfontein, South Africa, 2000.
 16. Bullangpoti S, Linasmita V, Tangtrakul S, et al. Cytobrush plus spatula versus spatula in diagnosis of vervical hiostopathology, a rendomized prospective study. Thailand: Departemen of Obstetrics and Gynaecology Ramathibodi hospital, Mahidol university, Bangkok, Thailand , 1995.
 17. Seputra A. Tesis: Evaluasi pemeriksaan geneskopi pada pap smear abnormal untuk deteksi dini pra kanker serviks di RSUP Denpasar, 2000.
 18. Sherman ME. Cytopathology. In. Kurman RJ ed. Bluaustein's pathology of the famale genital 4 th ed. New York : Spriger-verlag, 1995:1097-1125.
 19. Soebowo. Standarisasi pemeriksaan sitologi YKI wilayah Bali tahun 1992-1995. Bidang penelitian registrasi YKI wilayah Bali, 1996.
 20. Mulyadi. Evaluasi hasil pap tes di laboratorium sitologi YKI wilayah Bali tahun 1992-1995. Bidang penelitian registrasi YKI wilayah Bali, 1996.
 21. Mulyadi. Evaluasi sitologik tes pap konvensional menurut sistem Bethesda di YKI wilayah Bali periode tahun 1996-1999. Bidang penelitian dan regritrasi YKI wilayah Bali, 2000.
 22. Arta A. Kualitas kriteria tes pap. Dalam : Sjamsudin S, Indarti J eds. Koploskopi dan neoplasia intraepitel seviks. Perkumpulan patologi serviks dan koploskopi Indonesia, 2000.