

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Perawatan Paliatif

2.1.1 Definisi perawatan paliatif

Perawatan paliatif adalah layanan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya dengan mengurangi gejala pasien mulai dari diagnosis penyakit kronis atau terminal hingga tahap kehilangan. Kata paliatif aslinya berasal dari kata Latin kuno *pallium* yang berarti jubah. Oleh karena itu, paliatif didefinisikan memiliki fungsi yang sama dengan pakaian, yaitu melindungi, menghibur, menyembunyikan atau mengurangi pemakainya. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia, perawatan paliatif adalah cara untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dengan penyakit yang mengancam jiwa dengan mengurangi rasa sakit dan memberikan dukungan fisik, psikososial dan spiritual dari saat diagnosis hingga akhir penyakit kehidupan pasien menurut WHO 2014 dalam (Rahmadania, 2022).

2.1.2 Tujuan Perawatan Paliatif

Tujuan perawatan paliatif adalah untuk mengurangi penderitaan pasien, memperpanjang hidup, meningkatkan kualitas hidup, dan mendukung keluarga. Sekalipun seorang pasien akan meninggal, yang terpenting adalah ia siap secara psikologis dan spiritual sebelum meninggal dan tidak stres dengan penyakit yang dideritanya (Sinardja, 2020).

- a. Meringankan nyeri dan gejala stres lainnya
- b. Memastikan kelangsungan hidup, mempercepat kematian, atau menunda kematian
- c. Aspek psikologis pelayanan pasien dan integrasi aspek spiritual
- d. Tidak mempercepat atau menunda kematian
- e. Meringankan nyeri dan gejala fisik lain yang mengganggu
- f. Menyediakan sistem pendukung untuk membantu keluarga mengatasi penyakit atau kehilangan pasien

2.1.3 Prinsip Perawatan Paliatif

Menghargai martabat dan harga diri pasien dan keluarganya, serta mendukung pemberi perawatan, perawatan paliatif berarti pendekatan yang kompeten dan penuh kasih sayang serta pengembangan profesional dan sosial. Melanjutkan dan

mengembangkan lebih lanjut perawatan paliatif pediatrik melalui penelitian dan pendidikan (Wati, 2022). Perawatan paliatif didasarkan pada pola dasar berikut:

- a. Meningkatkan kualitas hidup dan memandang kematian sebagai proses yang normal
- b. Meringankan nyeri dan ketidaknyamanan
- c. Menjaga keseimbangan psikologis, sosial dan spiritual
- d. Mengusahakan agar masyarakat yang terkena dampak tetap aktif sampai akhir hayatnya
- e. Berusaha mengatasi suasana kesedihan dalam keluarga
- f. Menggunakan pendekatan tim untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarganya
- g. Harap hindari tindakan yang tidak berarti untuk saat ini

2.1.4 Karakteristik Paliatif Care

Cakupan perawatan paliatif sangat luas dan mencakup tidak hanya dokter dan perawat, tetapi juga ahli diet, ahli terapi fisik, pekerja sosial, psikolog/psikiater, pendeta, dan layanan terkait lainnya termasuk dengan sepenuh hati. Perawatan dapat dilakukan dengan cara berikut ini: Rawat inap, rawat jalan, perawatan di rumah, penitipan siang hari, perawatan jangka pendek, pelayanan kesehatan di rumah diberikan dengan mengunjungi pasien di rumahnya sendiri, terutama yang berhalangan hadir di rumah sakit, tim mengunjungi pasien dan keluarga mereka untuk memantau masalah medis, psikologis, sosial dan spiritual serta mencari solusi, penitipan siang hari mengacu pada penyediaan perawatan kepada pasien selama jam kerja (misalnya, penitipan siang hari di pusat penitipan anak) ketika petugas atau anggota keluarga yang merawat pasien mempunyai kebutuhan lain, perawatan tangguh saat ini merupakan layanan psikologis di mana pasien menerima nasihat dari psikolog dan psikiater, berinteraksi dengan pasien kanker lainnya, dan berpartisipasi dalam terapi musik (Dewi et al., 2023).

Ciri-ciri perawat perawatan paliatif adalah sebagai berikut:

- a. Meredakan nyeri dan ketidaknyamanan tidak menyenangkan lainnya
- b. Menghargai kehidupan dan menyambut kematian sebagai proses yang wajar
- c. Jangan mencoba mempercepat atau menunda kematian
- d. Mengintegrasikan aspek psikologis dan spiritual ke dalam perawatan pasien

- e. Kami membantu pasien untuk hidup semaksimal mungkin hingga akhir hayatnya
- f. Membantu keluarga pasien dalam menghadapi keadaan pada saat sakit dan setelah kematian
- g. Mengatasi kebutuhan pasien dan keluarga mereka menggunakan pendekatan tim, termasuk konseling duka bila diperlukan dan meningkatkan kualitas hidup dan dapat mempengaruhi perjalanan penyakit secara positif
- h. Perawatan yang menyertai terapi penunjang kehidupan lainnya seperti kemoterapi dan terapi radiasi, termasuk pemeriksaan penunjang yang diperlukan untuk lebih memahami dan menangani komplikasi klinis yang serius

2.1.5 Model/Tepat Perawatan Paliatif Care

- a. Rumah sakit, poliklinik, rawat inap
- b. Rumah Pribadi
- c. Praktek bersama, tim/kelompok perawatan paliatif

2.1.6 Prinsip Asuhan Perawatan Paliatif

- a. Melakukan evaluasi secara cermat dan menanggapi keluhan dengan serius
- b. Menentukan diagnosis/permasalahan perawatan yang benar
- c. Perencanaan perawatan
- d. Penerapan tindakan dan asuhan keperawatan
- e. Kaji kemajuan pasien dengan cermat

2.1.7 Paliatif Care Plan

Perencanaan Perawatan Paliatif melibatkan kemitraan antara pasien, keluarga, orang tua, kolega, dan profesional kesehatan. Secara khusus, dukungan fisik, emosional, psikososial dan spiritual yang terlibat dalam perawatan diri pasien dijelaskan dan dijelaskan secara bertahap, tepat dan sesuai, dengan memperhatikan refleksi intervensi/pemikiran diagnostik atau terapeutik diperlukan atau diperlukan untuk menjelaskan kondisi tersebut (kondisi penyakit terminal) dan konteks tujuan dan harapan pasien dan keluarganya.

2.1.8 Kompetensi Perawat Paliatif

Ada banyak definisi untuk menjelaskan apa arti kata “kompetensi” Namun, di bidang perawatan paliatif, definisi kompetensi diadopsi oleh Royal College of

Nursing (RCN) pada tahun 2002. Kompetensi didefinisikan sebagai "keterampilan, pengetahuan, pengalaman, kualitas, karakteristik, dan perilaku yang merupakan prasyarat untuk kinerja efektif suatu pekerjaan atau tugas "Di bawah ini kita membahas beberapa kompetensi staf perawat Departemen Perawatan Paliatif oleh Becker, 2000 dalam

1. Keterampilan Komunikasi

Keterampilan komunikasi sangat penting dalam layanan perawatan paliatif. Perawat mengasah kemampuan komunikasinya untuk meningkatkan hubungan yang lebih baik dengan pasien dan keluarga. Dengan melakukan hal ini, perawat akan lebih mampu memberikan informasi penting ketika pasien membutuhkannya dan menjadi pendengar yang lebih baik ketika pasien mengungkapkan keluhannya tanpa penilaian atau bias pribadi. Komunikasi adalah keterampilan yang sangat mendasar bagi penyedia layanan paliatif. Keterampilan ini memungkinkan perawat untuk menggali lebih dalam emosi pasien dan keluhannya terhadap emosinya sendiri. Selain itu, keterampilan komunikasi ini memungkinkan perawat untuk selalu menyadari bagaimana menanggapi kebutuhan pasien, bahkan ketika pasien memiliki pertanyaan kompleks, seperti pertanyaan yang berkaitan dengan hidup dan mati. Keterampilan komunikasi juga menimbulkan rasa percaya diri perawat, ia tahu kapan harus mengatakan "tidak" kepada pasiennya, dan ketika komunikasi mencakup sentuhan, hal itu merupakan terapi bagi pasien.

2. Keterampilan Psikososial

Berkolaborasi dengan keluarga pasien dan melibatkan mereka dalam segala kegiatan untuk mengantisipasi kebutuhannya selama proses perawatan pasien akan membantu keluarga menjadi lebih mandiri. Komponen psikososial merupakan bagian dari proses keperawatan dan biasanya didelegasikan kepada spesialis kedokteran sosial. Hal ini karena petugas kesehatan sosial memiliki wawasan yang luas dan akses terhadap berbagai organisasi dan lembaga yang dapat bekerja sama dengan mereka untuk mendukung pasien. Karena perawat memiliki begitu banyak peran dalam tim perawatan paliatif sehingga hal ini tidak mungkin dilakukan. Namun, jika spesialis kedokteran sosial tidak tersedia dalam tim multidisiplin, perawat dapat mengambil alih tugas tersebut. Inti dari pendekatan psikososial dalam perawatan paliatif adalah membangun rasa

percaya dan percaya diri dalam berinteraksi dan memanfaatkan diri dengan pasien melalui proses komunikasi terapeutik sebagai bentuk pengobatan.

3. Keterampilan Bekerja Tim

Keterampilan Kerja Sama Tim Kolaborasi tim sebagai bagian dari tim interprofesional sangat penting untuk menyediakan praktik dan intervensi pasien yang baik. Pertimbangkan bahwa layanan perawatan paliatif kini tersedia tidak hanya di fasilitas rumah sakit, namun juga di rumah sakit, panti jompo, dan rumah pasien. Seiring dengan meningkatnya peran keperawatan dalam rangkaian perawatan paliatif, keterampilan kerja sama tim menjadi sangat penting

4. Keterampilan Keperawatan Fisik

Bidang ini memberikan pengetahuan dan keterampilan yang cukup untuk memberikan asuhan keperawatan langsung kepada pasien dalam kondisi apapun dan kapan pun sehingga perawat dapat bertindak sesuai dengan kondisi pasien dan diperlukan pengambilan keputusan yang tepat, penilaian nyeri yang akurat dan global dengan menggunakan berbagai metode sangatlah penting pilih metode yang tepat untuk menilai pasien. Nyeri penting mengingat kondisi pasien dapat berubah dan beberapa pertanyaan tidak dapat dijawab, hal ini memungkinkan perawat untuk menggunakan keterampilan observasi dan kemampuan intuitifnya untuk mengidentifikasi tanda dan gejala yang mungkin tidak atau tidak dapat dilaporkan oleh pasien. Dengan pengetahuan dan keterampilan perawat, perawat dapat menyarankan kepada anggota tim untuk tidak melakukan hal tersebut.

5. Keterampilan Intrapersonal

Keterampilan intrapersonal adalah bidang kunci keberhasilan dan relevansi dalam bidang perawatan paliatif. Karena kematangan pribadi dan profesional membantu perawat mengatasi masalah yang berkaitan dengan masalah internal intrapersonal, terutama saat merawat dan merawat pasien sekarat dan keluarganya. Perawat harus mampu mengenali dan memahami reaksi dan emosi pasien yang wajar terjadi saat menghadapi pasien sekarat dan anggota keluarga yang berduka. Dengan demikian, perawat mampu menentukan sikapnya dan beradaptasi dengan situasi dan situasi yang penuh dengan emosi dan emosi yang sensitif. Dibandingkan dengan keterampilan kemampuan lainnya, keterampilan intrapersonal merupakan tantangan besar yang juga berkontribusi besar dalam

membangun kepribadian yang lebih baik. Namun kondisi ini juga dapat menempatkan perawat dalam dilema, perawat mungkin terpengaruh oleh emosi pasien.

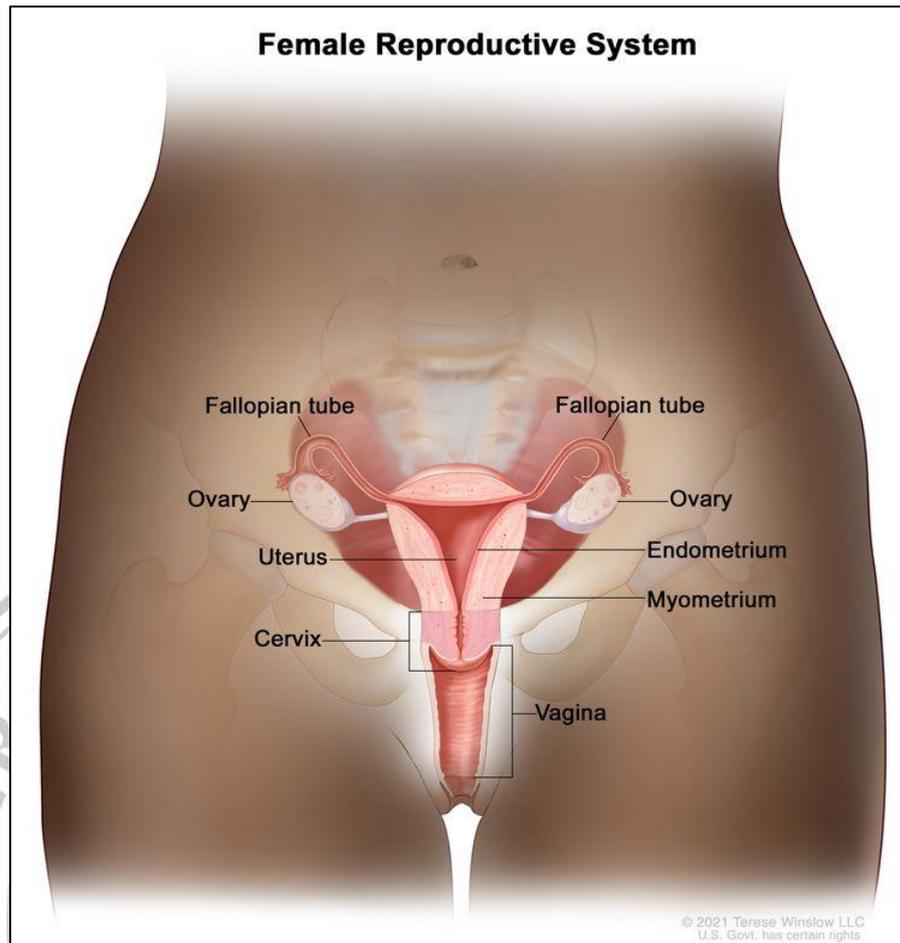
2.2 Kanker Serviks

2.2.1 Definisi Kanker Serviks

Kanker serviks merupakan penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan sel yang tidak terkendali dan proliferasi sel yang tidak normal. Kanker serviks merupakan keganasan yang bersal dari serviks, serviks merupakan sepertiga bagian bawah uterus berbentuk silindris menonjol dan berhubungan dengan vagina melalui ostium uteri eksternum.

2.2.2 Anatomi, Histologi, dan Fisiologi Kanker Serviks

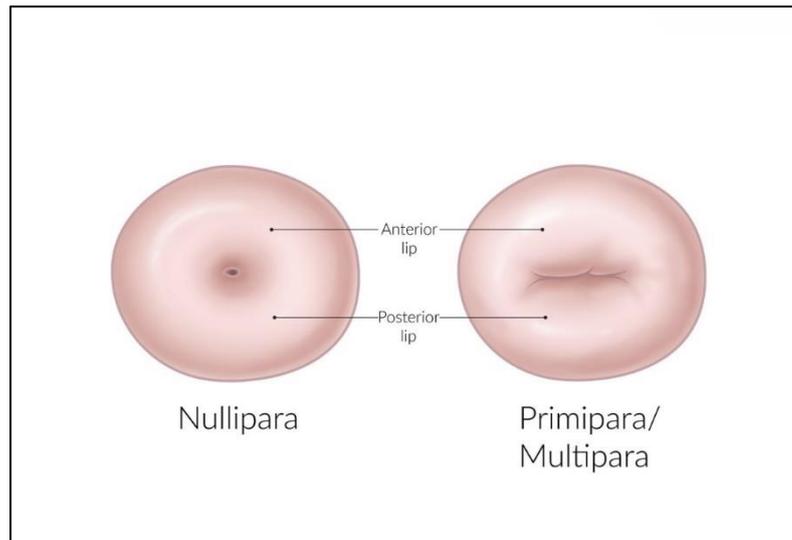
Menurut (Dokter et al., 2021), sistem reproduksi wanita terdiri dari dua bagian utama yaitu organ reproduksi luar dan dalam. Vulva adalah alat kelamin luar, termasuk namun tidak terbatas pada labia, klitoris, dan uretra. Sedangkan organ reproduksi bagian dalam meliputi vagina, leher rahim, badan rahim, saluran tuba, dan ovarium. Vagina bertindak sebagai alat kawin dan menghubungkan vulva dengan leher rahim. Vagina juga terhubung dengan rongga rahim melalui leher rahim, sedangkan rahim terhubung dengan kedua indung telur melalui saluran tuba. Tugas ovarium adalah menghasilkan sel telur.



Gambar 2.1 Anatomi Genetalia Interna

a. Anatomi Kanker Serviks

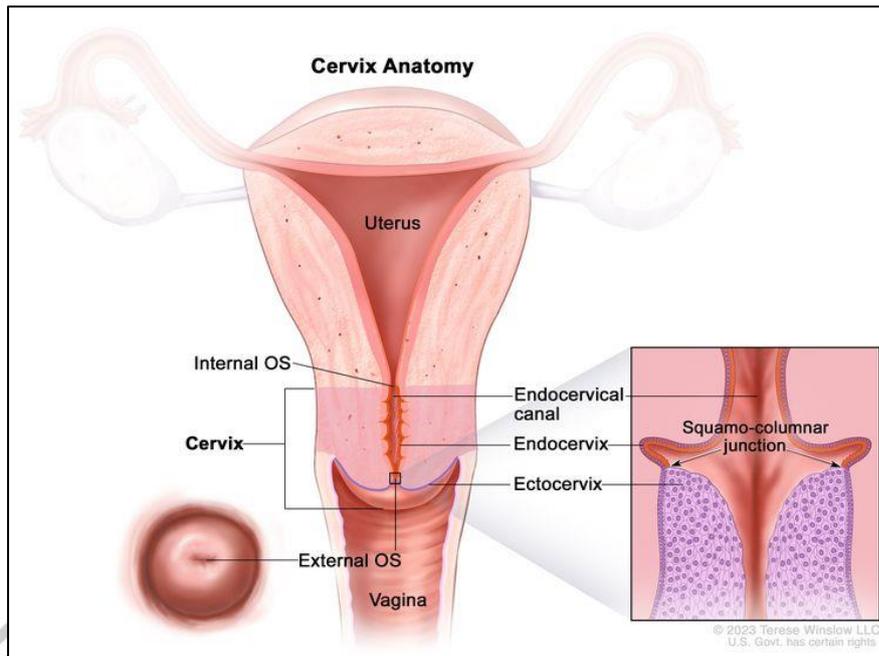
Leher rahim merupakan alat kelamin bagian dalam yang terletak di bagian paling bawah tubuh rahim, menyempit dan bertemu dengan ujung proksimal vagina. Bentuknya silindris atau mirip kerucut. Saluran di dalamnya disebut saluran endoserviks. Leher rahim terbagi menjadi dua bagian, yaitu leher rahim bagian dalam (endocervix) dan leher rahim bagian luar (ectocervix). Bagian serviks yang terlihat adalah bagian vagina yang menonjol (ektoserviks), yang panjangnya sekitar 3 cm dan lebarnya sekitar 2,5 cm. Untuk melihat leher rahim, kami melakukan pemeriksaan dengan titik Cocor Bebek. Leher rahim tampak seperti lingkaran dengan bukaan kecil yang disebut leher rahim bagian luar (oue/serviks). Pada wanita yang belum pernah melahirkan (nulipara), ostiumnya berbentuk seperti lubang bulat kecil, sedangkan pada wanita yang sudah pernah melahirkan tampak datar, mirip elips dengan berbagai ukuran dan bentuk.



Gambar 2.2 Serviks Nulipara dan Serviks Multipara

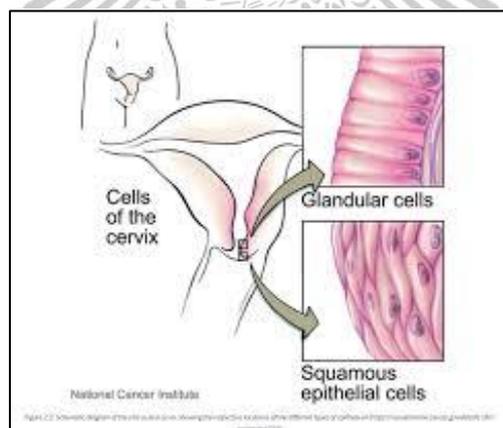
b. Histologi dan Fisiologi Kanker Serviks

Serviks terdiri dari epitel dan jaringan stroma di bawahnya. Epitel serviks merupakan sel skuamosa berlapis dan sel skuamosa berlapis non-keratinisasi. Epitel skuamosa terdiri atas empat lapisan sel, yaitu: lapisan basal, parabasal, tengah, dan superfisial. Lapisan basal terdiri dari satu lapisan sel dan terletak di atas membran basal tipis. Mitosis aktif terjadi pada lapisan ini. Lapisan parabasal dan perantara bersama-sama membentuk lapisan sel spinosus. Ketebalan lapisan permukaan bervariasi tergantung pada derajat rangsangan estrogen. Respon epitel terhadap hormon seks identik dengan respon vagina. Stroma terdiri dari otot polos dan jaringan ikat, yang juga mencakup pembuluh darah, pembuluh limfatik, dan serabut saraf. Kista Nabothian (telur) sering ditemukan pada permukaan serviks di zona transformasi



Gambar 2.3 Ektoserviks Normal

Serviks dilapisi oleh epitel kolumnar sederhana yang mensekresi musin, yang menutupi permukaannya dan kelenjar di bawahnya. Kelenjar ini bukanlah kelenjar yang sebenarnya, namun merupakan lipatan seperti celah (ruang bawah tanah) yang mengarah ke dalam dengan beberapa sisi seperti terowongan.



Gambar 2.4 Perbandingan Epitel Endoserviks dan Ektoserviks

2.2.3 Etiologi Kanker Serviks

Menurut (Manini & Montomoli, 2018) HPV ditemukan pada sebagian besar orang yang aktif secara seksual di beberapa titik selama hidup mereka. Ada lebih dari 130 jenis HPV yang diketahui, dengan 20 jenis HPV diidentifikasi sebagai

terkait kanker. Tingkat paparan HPV hanya diketahui pada wanita karena pria tidak diskriminasi di luar protokol penelitian. HPV tipe 16 dan 18 adalah tipe HPV yang paling umum diidentifikasi pada kanker serviks invasif. Studi prevalensi HPV berbasis populasi menunjukkan prevalensi terbesar HPV risiko tinggi terjadi pada orang dewasa yang lebih muda dari 25 tahun, dan kematian akibat kanker serviks memuncak pada wanita paruh baya antara 40 dan 50 tahun. Studi telah menunjukkan bahwa penyakit serviks terkait HPV pada wanita yang lebih muda dari 25 tahun. Namun, mereka yang memiliki koinfeksi beberapa tipe HPV mungkin lebih kecil kemungkinannya untuk mengalami pembersihan spontan dan, dengan demikian, berkembang menjadi kanker. HPV ditularkan melalui kontak kulit ke kulit, termasuk saat melakukan hubungan seksual, kontak tangan ke alat kelamin, dan seks oral.

2.2.4 Klasifikasi Kanker Serviks

Adapun klasifikasi kanker serviks menurut FIGO 2018 dalam (Olawaiye et al., 2021), klasifikasi ini dibagi menjadi kategori Tumor (T), kategori Kelenjar Getah Bening (N), dan kategori Metastasis (M).

a. Kategori Tumor (T)

KATEGORI T	TAHAP FIGO	KRITERIA T
TX	-	Tumor primer tidak dapat dinilai
T0	-	Tidak ada bukti tumor primer
T1	I	Karsinoma terbatas pada serviks (abaikan pelepasan ke korpus)
T1a	IA	Karsinoma invasif yang hanya dapat didiagnosis melalui mikroskop dengan kedalaman invasi maksimum ≤ 5 mm
T1a1	IA1	Invasi stroma terukur dengan kedalaman ≤ 3
T1a2	IA2	Invasi stroma terukur > 3 mm dan kedalaman ≤ 5 mm
T1b	IB	Karsinoma invasif dengan invasi terdalam > 5 mm (lebih besar dari stadium IA); lesi terbatas pada serviks uteri dengan ukuran diameter maksimum tumor. Catatan:

		keterlibatan ruang vaskular/limfatik tidak boleh mengubah stadium, dan luas lesi di lateral tidak lagi dipertimbangkan.
T1b1	IB1	Karsinoma invasif dengan kedalaman invasi stroma <5 mm dan dimensi terbesar ≤ 2 cm
T1b2	IB2	Karsinoma invasif berukuran > 2 cm dan ≤ 4 cm
T1B3	IB3	Karsinoma invasif dengan dimensi terbesar > 4 cm
T2	II	Karsinoma menyerang melampaui rahim namun belum meluas ke sepertiga bagian bawah vagina atau ke dinding panggul.
T2a	IIA	Keterlibatan terbatas pada dua pertiga bagian atas vagina tanpa invasi parametrium
T2a1	IIA1	Karsinoma invasif berukuran ≤ 4 cm dalam ukuran terbesar
T2a2	IIA2	Karsinoma invasif dengan dimensi terbesar > 4 cm
T2b	IIB	Dengan invasi parametriium tetapi tidak sampai ke dinding panggul
T3	III	Karsinoma mengenai sepertiga bagian bawah vagina dan/ atau meluas ke dinding panggul dan/atau menyebabkan hidronefrosis atau ginjal tidak berfungsi. Catatan: dinding panggul didefinisikan sebagai otot, fascia, struktur neurovaskular, dan bagian kerangka tulang panggul, kausu tanpa ruang bebas kanker anatar tumor dan dinding panggul berdasarkan pemeriksaan rektal adalah FIGO stadium III
T3a	IIIA	Karsinoma melibatkan sepertiga bagian bawah vagina, tanpa peluasan ke dinding panggul
T3b	IIIB	Perluasan ke dinding panggul dan/ atau hidronefrosis atau ginjal tidak berfungsi (kecuali diketahui penyebab yang lainnya)

T4	IVA	Karsinoma telah melibatkan (terbukti secara biopsi) mukosa kandung kemih atau rektum atau telah menyebar ke organ di dekatnya (edema bulosa, dengan demikian tidak memungkinkan kasus untuk dimasukkan ke stadium iva)
----	-----	--

b. Kategori Kelenjar Getah Bening (N)

KATEGORI N	TAHAP FIGO	KRITERIA N
N		Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai
N0		Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai
N0 (i+)		Sel tumor terisolasi di kelenjar getah bening regional $\leq 0,2$ mm atau sel tunggal atau kelompok sel ≤ 200 sel dalam satu penampang kelenjar getah bening
N1	IIIC1	Kelenjar getah bening regional hanya bermetastasis ke kelenjar getah bening panggul
N1mi	IIIC1	Metastasis kelenjar getah bening regional ($0,2$ mm tetapi dimensi terbesarnya $\leq 2,0$ mm) ke kelenjar getah bening panggul
N1a	IIIC1	Metastasis kelenjar getah bening regional ukuran terbesarnya $\leq 2,0$ mm) ke kelenjar getah bening panggul
N2	IIIC2	Metastasis kelenjar getah bening regional ke kelenjar getah bening para-aorta, dengan atau tanpa kelenjar getah bening panggul positif
N2mi	IIIC2	Metastasis kelenjar getah bening regional ($0,2$ mm tetapi dimensi terbesarnya $\leq 2,0$ mm) ke kelenjar getah bening para-aorta, dengan atau tanpa kelenjar getah bening panggul positif.

c. Kategori Metastasis (M)

Kategori M	Tahap FIGO	Kriteria M
M0		Tidak ada metastasis jauh
CM1	IVB	Metastasis jauh (termasuk metastasis ke kelenjar getah bening inguinalis, penyakit metastasis ke kelenjar getah bening panggul atau para-aorta atau vagina)
pM1	IVB	Konfirmasi mikroskopis dari metastasis (termasuk metastasis ke kelenjar getah bening inguinalis, penyakit intraperitoneal, paru-paru, hati, atau tulang, tidak termasuk metastasis ke kelenjar getah bening panggul atau para-aorta atau vagina)

d. Kelompok Tahapan Prognostik Kanker Serviks

TADIUM	KATEGORI TUMOR	KATEGORI KELENJAR GETAH BENING	KATEGORI METASTASIS
I	Karsinoma terbatas pada serviks (abaikan peluasan ke korpus)	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IA	Karsinoma invasif yang hanya dapat didiagnosis melalui mikroskop dengan kedalaman invasi maksimum ≤ 5 mm	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh

IA1	Invasi stroma terukur dengan kedalaman ≤ 3	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IA2	Invasi stroma terukur > 3 mm dan kedalaman ≤ 5 mm	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IB	Karsinoma invasif dengan invasi terdalam > 5 mm (lebih besar dari stadium IA); lesi terbatas pada serviks uteri dengan ukuran diameter maksimum tumor. Catatan: keterlibatan ruang vaskular/limfatik tidak boleh mengubah stadium, dan luas lesi di lateral tidak lagi dipertimbangkan.	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IB1	Karsinoma invasif dengan kedalaman invasi stroma < 5 mm dan dimensi terbesar ≤ 2 cm	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IB2	Karsinoma invasif berukuran > 2 cm dan ≤ 4 cm	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IB3	Karsinoma invasif dengan dimensi terbesar > 4 cm	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh

II	Karsinoma menyerang melampaui rahim namun belum meluas ke sepertiga bagian bawah vagina atau ke dinding panggul.	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IIA	Keterlibatan terbatas pada dua pertiga bagian atas vagina tanpa invasi parametrium	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IIA1	Karsinoma invasif berukuran ≤ 4 cm dalam ukuran terbesar	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IIA2	Karsinoma invasif dengan dimensi terbesar > 4 cm	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IIB	Dengan invasi parametrium tetapi tidak sampai ke dinding panggul	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	
III	Karsinoma mengenai sepertiga bagian bawah vagina dan/ atau meluas ke dinding panggul dan/atau menyebabkan hidronefrosis atau ginjal tidak berfungsi. Catatan: dinding panggul didefinisikan sebagai otot, fascia, struktur neurovaskular, dan bagian kerangka tulang panggul, kausu tanpa ruang bebas	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh

	kanker anatar tumor dan dinding panggul berdasarkan pemeriksaan rektal adalah FIGO stadium III		
IIIA	Karsinoma melibatkan sepertiga bagian bawah vagina, tanpa peluasan ke dinding panggul Perluasan ke dinding panggul dan/ atau hidronefrosis atau ginjal tidak berfungsi (kecuali diketahui penyebab yang lainnya)	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IIIB	Karsinoma telah melibatkan (terbukti secara biopsi) mukosa kandung kemih atau rektum atau telah menyebar ke organ di dekatnya (edema bulosa, dengan demikian tidak memungkinkan kasus untuk dimasukkan ke stadium IVA)	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IIIC1	TX, T0, T1-T3	Tidak metastasis kelenjar getah bening regional	Tidak ada metastasis jauh
IIIC2	TX, T0, T1-T3	Metastasis kelenjar getah bening regional ke kelenjar getah bening para-	Tidak ada metastasis jauh

		aorta, dengan atau tanpa kelenjar getah bening panggul positif	
IVA	Karsinoma telah melibatkan (terbukti secara biopsi) mukosa kandung kemih atau rektum atau telah menyebar ke organ di dekatnya (edema bulosa, dengan demikian tidak memungkinkan kasus untuk dimasukkan ke stadium iva)	Semua N	Tidak ada metastasis jauh
IVB	Semua T	Semua N	Metastasis jauh (termasuk metastasis ke kelenjar getah bening inguinalis, penyakit metastasis ke kelenjar getah bening panggul atau para-aorta atau vagina) Konfirmasi mikroskopis dari metastasis (termasuk metastasis ke kelenjar getah

			bening inguinalis, penyakit intraperitoneal, paru-paru, hati, atau tulang, tidak termasuk metastasis ke kelenjar getah bening panggul atau para-aorta atau vagina)
--	--	--	---

2.2.5 Faktor Resiko Kanker Serviks

Sejumlah faktor risiko kanker serviks terkait dengan paparan HPV. Proses perkembangan kanker invasif bisa memakan waktu hingga 20 tahun dari lesi prekursor yang disebabkan oleh HPV menular seksual. Namun, terdapat juga berbagai faktor risiko lainnya (seperti faktor reproduksi dan seksual, faktor perilaku, dll) untuk kanker serviks yang meliputi hubungan seksual pada usia muda (<16 tahun), berganti-ganti pasangan seksual, merokok, paritas tinggi dan rendah, tingkat sosial ekonomi.

a. Infeksi Menular Seksual HPV

Penyebab utama lesi pra-kanker dan kanker serviks adalah infeksi jenis HPV risiko tinggi atau onkogenik. Sebagian besar kasus kanker serviks terjadi akibat infeksi HPV16 dan 18. Tipe risiko tinggi, terutama HPV16, ditemukan sangat lazim pada populasi manusia (Cohen et al., 2019). Infeksi ini biasanya ditularkan melalui hubungan seksual, menyebabkan lesi intraepitel skuamosa. Kebanyakan lesi hilang setelah 6–12 bulan karena intervensi imunologi. Namun, sebagian kecil dari lesi ini tetap ada dan dapat menyebabkan kanker. Hasil meta-analisis menunjukkan bahwa prevalensi HPV tertinggi terjadi pada usia 25 tahun yang mungkin berhubungan dengan perubahan perilaku seksual (Crosbie et al., 2013). Dalam studi meta-analisis, distribusi bimodal kanker serviks di beberapa wilayah telah dipelajari. Dalam distribusi ini, segera setelah

hubungan seksual, wabah HPV dapat diamati, yang diikuti oleh peningkatan pada usia dewasa; puncak kedua diamati lagi setelah usia 45 tahun. Infeksi permanen salah satu jenis HPV risiko tinggi dari waktu ke waktu menyebabkan perkembangan neoplasia intraepitel serviks (CIN). Mekanisme utama kontribusi HPV terhadap karsinogenesis melibatkan aktivitas dua onkoprotein virus, E6 dan E7, yang mengganggu gen penekan tumor utama, P53 dan retinoblastoma. Selain itu, E6 dan E7 berhubungan dengan perubahan DNA inang dan metilasi DNA virus. Interaksi E6 dan E7 dengan protein seluler dan modifikasi metilasi DNA dikaitkan dengan perubahan jalur seluler utama yang mengatur integritas genetik, adhesi sel, respon imun, apoptosis, dan kontrol seluler (Mittal & Banks, 2017).

b. Human Immunodeficiency Virus(HIV)

Risiko terkena infeksi dari jenis HPV risiko tinggi lebih tinggi pada perempuan dengan HIV (Stelzle et al., 2021). Hasil penelitian mengenai hubungan antara HIV dan kanker serviks menunjukkan tingkat infeksi HPV persisten yang lebih tinggi dengan virus onkogen multipel, hasil pemeriksaan Pap smear yang lebih abnormal, dan kejadian CIN dan karsinoma serviks invasif yang lebih tinggi di antara Odha (Yuan et al., 2021). Perempuan yang terinfeksi HIV mempunyai peningkatan risiko tertular HPV pada usia dini (13–18 tahun) dan berisiko tinggi terkena kanker serviks. Dibandingkan dengan perempuan yang tidak terinfeksi, pasien HIV positif dengan kanker serviks didiagnosis pada usia lebih dini (15–49 tahun) (Adler et al., 2014).

c. Pasangan seksual

Faktor yang berkaitan dengan perilaku seksual juga dikaitkan dengan kanker serviks. Sebuah penelitian menemukan bahwa peningkatan risiko kanker serviks diamati pada orang yang memiliki banyak pasangan seksual (Cooper et al., 2007). Selain itu, banyak penelitian juga menunjukkan bahwa wanita yang berganti-ganti pasangan seksual berisiko tinggi tertular HPV dan kanker serviks (Remschmidt et al., 2013). Dari meta-analisis, peningkatan risiko penyakit serviks yang signifikan diamati pada individu dengan banyak pasangan seksual dibandingkan dengan individu dengan sedikit pasangan, baik pada penyakit serviks non-ganas maupun pada kanker serviks. Asosiasi tersebut tetap ada bahkan setelah status infeksi HPV yang merupakan penyebab utama kanker

serviks dikontrol. Selain itu, usia dini saat pertama kali melakukan hubungan intim merupakan faktor risiko kanker serviks.

d. Pil kontrasepsi oral (OC).

Pil OC diketahui menjadi faktor risiko kanker serviks. Dalam studi epidemiologi kolaboratif internasional mengenai kanker serviks, risiko relatif pada pengguna saat ini meningkat seiring dengan peningkatan durasi penggunaan kontrasepsi oral. Telah dilaporkan bahwa penggunaan OK selama 5 tahun atau lebih dapat melipat gandakan risiko kanker . Dan dalam studi kasus-kontrol multi-pusat, di antara wanita yang dites positif DNA HPV, risiko kanker serviks meningkat 3 kali lipat jika mereka menggunakan pil kontrasepsi selama 5 tahun atau lebih. Selain itu, tinjauan sistematik & meta-analisis terbaru juga menunjukkan bahwa penggunaan pil OC mempunyai risiko yang pasti terkait dengan perkembangan kanker serviks terutama adenokarsinoma. Studi ini menyimpulkan bahwa penggunaan pil OC merupakan faktor risiko independen yang menyebabkan kanker serviks (Asthana et al., 2020).

2.2.6 Manifestasi Klinis Kanker Serviks

Kanker serviks tidak menimbulkan gejala pada tahap awal. Gejala muncul ketika sel kanker serviks sudah menyerang jaringan di sekitarnya. Berikut beberapa gejala yang dapat terjadi (Khusnul Mulya Kautsar et al., 2023).

1. Pendarahan setelah berhubungan badan, yang kemudian berkembang menjadi pendarahan tidak normal yang terjadi secara spontan meskipun belum berhubungan intim.
2. Keputihan menjadi semakin berbau.
3. Hilangnya nafsu makan dan penurunan berat badan terus-menerus.
4. Nyeri pada tulang panggul dan tulang belakang.
5. Nyeri di sekitar vagina.
6. Nyeri perut atau punggung bagian bawah.
7. Nyeri pada kaki serta terjadi pembengkakan.
8. Nyeri saat berhubungan seks.
9. Pada tahap invasif, mungkin ada cairan kekuningan dengan bau bercampur darah.
10. Anemia (kekurangan darah) akibat pendarahan berulang.
11. Siklus menstruasi tidak teratur atau keluarnya cairan antar periode.

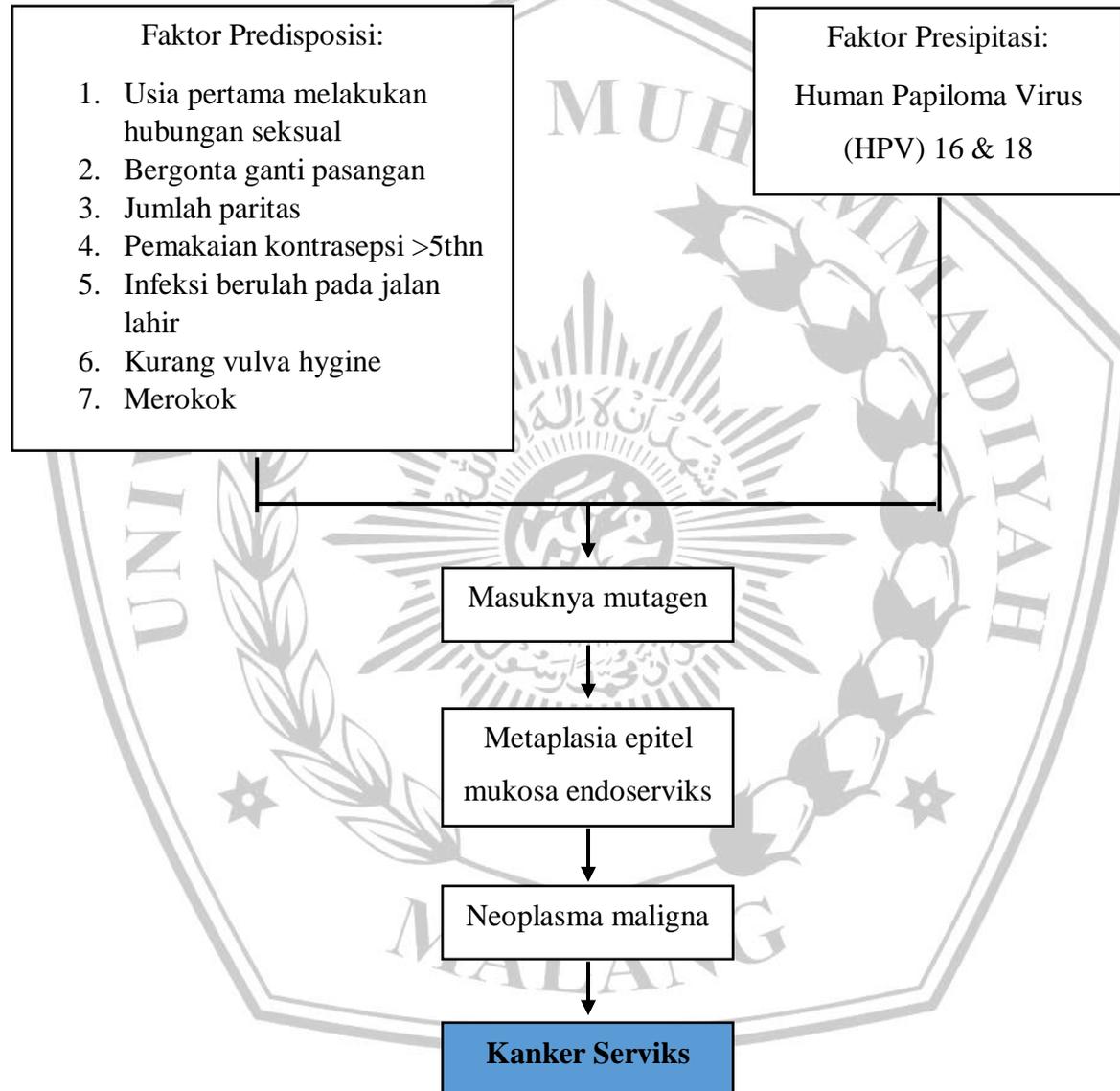
12. Sering pusing dan pingsan.
13. Pada stadium lanjut terjadi penurunan berat badan akibat malnutrisi, pembengkakan pada kaki, iritasi pada kandung kemih dan usus besar (rektum), terjadi fistula kistik atau rektum atau gejala lain akibat metastasis jauh.

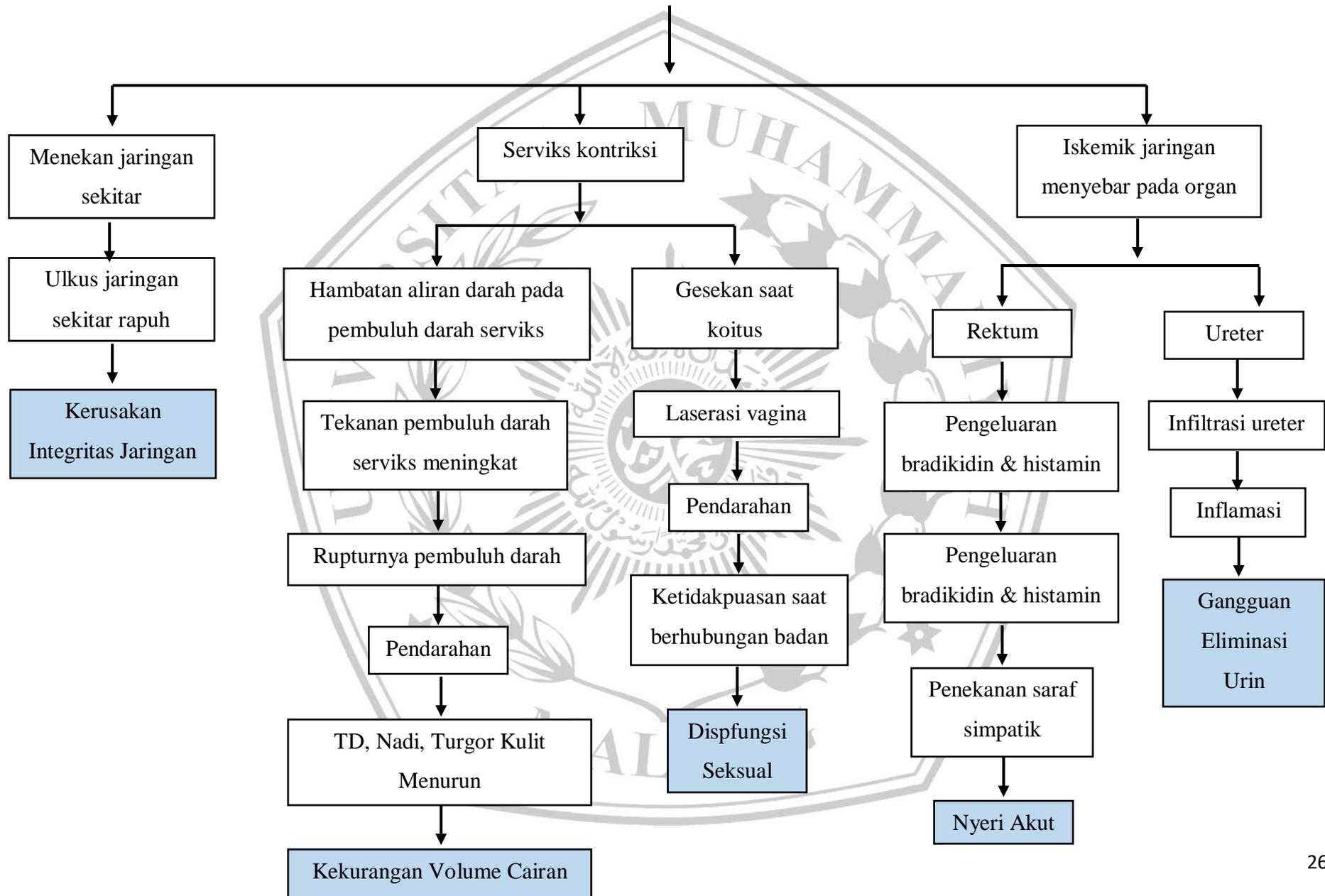
2.2.7 Patofisiologi Kanker Serviks

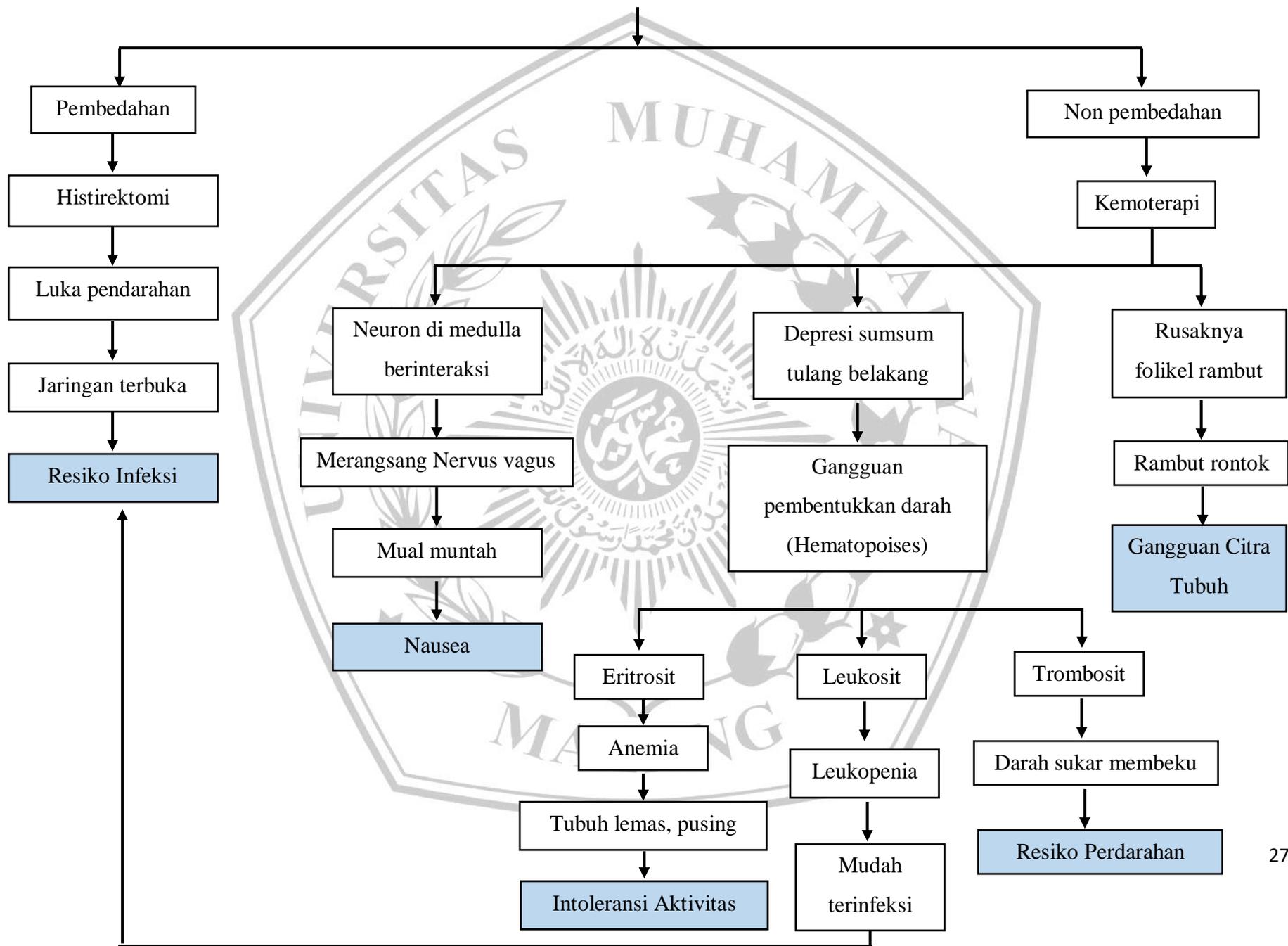
Lebih dari 75% kasus kanker serviks disebabkan oleh HPV tipe 16 dan 18 yang berisiko tinggi. Menurut (Bray et al., 2018) tipe HPV lainnya juga dapat menyebabkan keganasan. Beberapa jenis HPV risiko rendah, khususnya tipe 6 dan 11, menyebabkan kondiloma akuminata, yang biasa disebut kutil anogenital. Meskipun terdapat lebih dari setengah juta kasus HPV yang teridentifikasi setiap tahunnya, sebagian besar merupakan infeksi tingkat rendah dan akan sembuh secara spontan dalam waktu 2 tahun. Perkembangan lesi dan kanker tingkat tinggi terlihat seiring dengan adanya faktor risiko karsinogenik lainnya, seperti yang telah dijelaskan sebelumnya.

Dalam DNA HPV, onkoprotein E6 dan E7 mengganggu siklus sel inang yang penting; secara khusus, E6 mengganggu protein tumor supresif p53, sedangkan E7 mengganggu protein retinoblastoma (pRB). Selain itu, protein E5 mungkin berperan dalam penghindaran kekebalan. Ini adalah faktor penting dalam neoplasia terkait HPV, termasuk kanker vagina primer (Bray et al., 2018). Stres oksidatif dan microRNA diyakini berperan dalam karsinogenesis serviks.

2.2.8 Pathway Kanker Serviks







2.2.9 Komplikasi Kanker Serviks

Menurut (Kitagawa et al., 2015), komplikasi yang dapat terjadi pada penderita kanker serviks antara lain:

1. Penderita kanker serviks harus mengonsumsi obat berbahan dasar platinum, obat yang paling umum digunakan adalah cisplatin dan carboplatin. Obat ini memiliki efek samping yang dapat menyebabkan komplikasi yang umum seperti neutropenia, trombositopenia, anemia, neutropenia demam, nefrotoksisitas, neurotoksisitas, dan infeksi. Meskipun cisplatin adalah obat pilihan, carboplatin dapat digunakan pada pasien yang tidak dapat mentoleransi cisplatin, terutama jika mereka sudah mempunyai penyakit ginjal. Carboplatin diperkirakan memiliki kemanjuran yang lebih rendah dibandingkan cisplatin; namun, data prospektif menunjukkan efektivitas yang tidak rendah dan insiden neutropenia dan peningkatan kreatinin demam dan nonfebrile yang lebih rendah secara signifikan secara statistik.
2. Bevacizumab membawa risiko hipertensi, perdarahan, kejadian tromboemboli, cedera ginjal, dan kegagalan ovarium pada wanita pramenopause. Pembrolizumab dikenal memicu fenomena autoimun seperti pneumonitis, kolitis, hepatitis, nefritis, dan endokrinopati.

2.2.10 Pencegahan Kanker Serviks

Menurut (Stelzle et al., 2020) kanker serviks dapat dicegah dengan cara antara lain:

1. Meningkatkan kesadaran masyarakat, akses terhadap informasi dan layanan adalah kunci pencegahan dan pengendalian sepanjang perjalanan hidup.
2. Vaksinasi pada usia 9–14 tahun merupakan cara yang sangat efektif untuk mencegah infeksi HPV, kanker serviks, dan kanker terkait HPV lainnya.
3. Skrining sejak usia 30 tahun (25 tahun pada wanita pengidap HIV) dapat mendeteksi penyakit serviks, yang bila diobati juga dapat mencegah kanker serviks. Pada usia berapa pun yang memiliki gejala atau kekhawatiran, deteksi dini diikuti dengan pengobatan berkualitas yang cepat dapat menyembuhkan kanker serviks.
4. Vaksinasi HPV dan langkah pencegahan lainnya

Pada tahun 2023, terdapat 6 vaksin HPV yang tersedia secara global. Semuanya melindungi terhadap HPV tipe 16 dan 18 risiko tinggi, yang menyebabkan sebagian besar kanker serviks dan telah terbukti aman dan efektif dalam mencegah infeksi HPV dan kanker serviks. Sebagai prioritas, vaksin HPV harus diberikan kepada semua anak perempuan berusia 9–14 tahun, sebelum mereka aktif secara seksual. Vaksin dapat diberikan dalam 1 atau 2 dosis. Orang dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah idealnya menerima 2 atau 3 dosis. Beberapa negara juga memilih untuk melakukan vaksinasi pada anak laki-laki untuk mengurangi prevalensi HPV di masyarakat dan mencegah kanker pada pria yang disebabkan oleh HPV.

Cara penting lainnya untuk mencegah infeksi HPV meliputi:

1. Tidak merokok atau berhenti merokok
2. Menggunakan kondom saat berhubungan seksual
3. Sunat laki-laki secara sukarela

2.2.11 Penatalaksanaan Kanker Serviks

Menurut (Boardman, 2022) ada beberapa terapi berbasis tahap untuk penatalaksanaan kanker serviks:

1. Kanker stadium 0
 - Karsinoma in situ (stadium 0) diobati dengan tindakan ablatif atau eksisi lokal seperti cryosurgery, ablasi laser, dan eksisi loop. Pengangkatan melalui pembedahan lebih disukai karena memungkinkan evaluasi patologis lebih lanjut untuk menyingkirkan penyakit mikroinvasif. Setelah pengobatan, pasien ini memerlukan pengawasan seumur hidup.
2. Kanker stadium IA1
 - Pengobatan pilihan untuk penyakit stadium IA1 adalah pembedahan. Histerektomi total, histerektomi radikal, dan konisasi merupakan prosedur yang dapat diterima. Diseksi kelenjar getah bening tidak diperlukan jika kedalaman invasi kurang dari 3 mm dan tidak ditemukan invasi limfovaskular. Pasien tertentu dengan penyakit stadium IA1 tetapi tidak ada invasi ruang limfovaskular yang ingin mempertahankan kesuburan dapat menjalani konisasi terapeutik dengan tindak lanjut yang ketat, termasuk sitologi, kolposkopi, dan kuretase endoserviks. Pasien dengan kondisi medis penyerta yang bukan kandidat pembedahan dapat berhasil diobati dengan

radiasi. Menurut pedoman National Comprehensive Cancer Network (NCCN), terapi radiasi panggul saat ini merupakan rekomendasi kategori 1 untuk wanita dengan penyakit stadium IA dan kelenjar getah bening negatif setelah operasi yang memiliki faktor risiko tinggi (misalnya tumor primer yang besar, invasi stroma yang dalam, atau invasi ruang limfovaskular).

3. Kanker stadium IA2, IB, atau IIA

- Untuk pasien dengan penyakit stadium IB atau IIA, ada 2 pilihan pengobatan:
 - a. Gabungan radiasi sinar eksternal dengan brachytherapy
 - b. Histerektomi radikal dengan limfadenektomi panggul bilateral
- Trakelektomi vagina radikal dengan diseksi kelenjar getah bening panggul sesuai untuk mempertahankan kesuburan pada wanita dengan penyakit stadium IA2 dan wanita dengan penyakit stadium IB1 yang lesinya berukuran 2 cm atau lebih kecil. Masalah utama kehamilan setelah trakelektomi adalah persalinan prematur dan perlunya menjalani operasi caesar untuk melahirkan. Dalam tinjauan retrospektif terhadap pasien dengan karsinoma serviks stadium IB1 yang menjalani upaya trakelektomi radikal dan menjalani pencitraan resonansi magnetik (MRI) sebelum operasi, Lakhman dkk menemukan bahwa MRI pretrachelektomi membantu mengidentifikasi pasien berisiko tinggi yang mungkin memerlukan histerektomi radikal dan membantu memastikan tidak adanya sisa tumor setelah biopsi kerucut dengan margin negatif. [67] Ukuran tumor 2 cm atau lebih besar dan invasi stroma serviks yang dalam pada MRI dikaitkan dengan peningkatan kemungkinan histerektomi radikal.
- Pedoman bedah saat ini untuk kanker serviks stadium IA2 hingga IIA memperbolehkan teknik invasif minimal, seperti teknik laparoskopi tradisional dan laparoskopi dengan bantuan robot, dalam penatalaksanaan bedah tumor ini. Memang benar, telah terbukti bahwa prosedur yang tidak terlalu morbid ini sama efektifnya dalam mencapai margin bedah dan diseksi kelenjar getah bening yang memadai, serta memiliki keuntungan tambahan berupa waktu pemulihan pasca operasi yang lebih singkat. Analisis terhadap wanita dari database Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) yang menjalani histerektomi radikal dengan

limfadenektomi mengungkapkan bahwa pasien dengan kanker serviks stadium awal node-negatif yang menjalani limfadenektomi yang lebih ekstensif mengalami peningkatan kelangsungan hidup. Dibandingkan dengan pasien yang memiliki kurang dari 10 kelenjar getah bening yang diangkat, pasien yang memiliki 21-30 kelenjar getah bening yang diangkat memiliki kemungkinan 24% lebih kecil untuk meninggal karena tumornya, dan mereka yang memiliki lebih dari 30 kelenjar getah bening yang diangkat memiliki kemungkinan 37% lebih kecil untuk meninggal.

- Iradiasi panggul pasca operasi mengurangi risiko kekambuhan lokal pada pasien dengan faktor risiko tinggi (yaitu kelenjar panggul positif, margin bedah positif, dan penyakit parametrial sisa). Sebuah uji coba secara acak menunjukkan bahwa pasien dengan keterlibatan parametrial, kelenjar panggul positif, atau margin bedah positif mendapat manfaat dari kombinasi kemoterapi yang mengandung cisplatin dan iradiasi panggul pasca operasi. [74]. Terapi radiasi pasca operasi juga dianjurkan pada pasien yang memiliki setidaknya 2 faktor risiko menengah (termasuk ukuran tumor lebih dari 2 cm, invasi stroma dalam, atau invasi ruang limfovaskular). Untuk pasien dengan kanker IB2 atau IIA dan tumor yang berukuran lebih dari 4 cm, radiasi dan kemoterapi dipilih dalam banyak kasus. Risiko berhubungan dengan terapi kombinasi, namun banyak dari pasien ini yang akan menemukannya, kriteria risiko menengah atau tinggi setelah histerektomi radikal dan oleh karena itu merupakan kandidat kuat untuk pendekatan ini.
4. Kanker stadium IIB, III, atau IVA
- Untuk karsinoma serviks stadium lanjut lokal (stadium IIB, III, dan IVA), terapi radiasi merupakan pengobatan pilihan selama bertahun-tahun. Terapi radiasi dimulai dengan rangkaian radiasi sinar eksternal untuk mengurangi massa tumor dan dengan demikian memungkinkan penerapan intracavitary berikutnya. Brachytherapy diberikan melalui aplikator afterloading yang ditempatkan di rongga rahim dan vagina. Selain itu, hasil uji klinis acak prospektif yang besar dan dilakukan dengan baik telah menunjukkan peningkatan dramatis dalam kelangsungan hidup ketika kemoterapi dikombinasikan dengan terapi radiasi. [75, 76, 77] Akibatnya, penggunaan kemoterapi berbasis cisplatin yang dikombinasikan dengan radiasi telah

menjadi standar perawatan untuk penatalaksanaan primer pasien dengan kanker serviks stadium lanjut lokal.

5. Stadium IVB

- Terapi individual digunakan berdasarkan paliatif. Terapi radiasi digunakan sendiri untuk mengendalikan perdarahan dan nyeri, sedangkan kemoterapi sistemik digunakan untuk penyakit yang menyebar. Untuk penyakit kambuhan, pilihan terapi dipengaruhi oleh pengobatan yang digunakan sebelumnya.
- Pengobatan kekambuhan panggul setelah penatalaksanaan bedah primer harus mencakup kemoterapi agen tunggal dan radiasi, dan pengobatan untuk kekambuhan di tempat lain harus mencakup kemoterapi kombinasi. Untuk kekambuhan panggul sentral setelah terapi radiasi, histerektomi radikal yang dimodifikasi (jika kekambuhan lebih kecil dari 2 cm) atau eksenterasi panggul harus dilakukan. Untuk penyakit yang berulang setelah kemoterapi dan terapi radiasi, interval bebas penyakit lebih dari 16 bulan dianggap menandakan tumor tersebut sensitif terhadap platinum. Standar perawatan dalam kasus ini adalah kemoterapi dengan doublet paclitaxel dan cisplatin berbasis platinum. NCCN juga merekomendasikan docetaxel, gemcitabine, ifosfamide, 5-fluorouracil, mitomycin, irinotecan, dan topotecan sebagai kandidat terapi lini kedua (rekomendasi kategori 2B), serta pemetrexed dan vinorelbine (rekomendasi kategori 3). Selain itu, bevacizumab sebagai terapi agen tunggal juga dapat diterima. Pengobatan dengan bevacizumab plus cisplatin dan paclitaxel atau topotecan dan paclitaxel telah disetujui oleh FDA pada bulan Agustus 2014 untuk kanker serviks yang persisten.

2.2.12 Pemeriksaan Penunjang Kanker Serviks

Menurut (Cheung et al., 2020) tes untuk orang dengan gejala kanker serviks atau hasil tes skrining serviks yang tidak normal:

1. Riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik

Pertama, dokter akan menanyakan riwayat kesehatan pribadi dan keluarga. Termasuk informasi terkait faktor risiko dan gejala kanker serviks. Selesai pemeriksaan fisik akan membantu mengevaluasi kondisi kesehatan Anda secara umum. Pasien akan menjalani pemeriksaan panggul dan mungkin tes

Pap jika belum dilakukan. Selain itu, kelenjar getah bening akan diraba untuk melihat apakah kanker sudah menyebar (metastasis).

2. Kolposkopi

Jika memiliki gejala tertentu yang mungkin berarti kanker, jika hasil tes Pap Anda menunjukkan sel abnormal, atau jika tes HPV positif, kemungkinan besar memerlukan prosedur yang disebut kolposkopi. Pasien akan berbaring di meja pemeriksaan seperti yang dilakukan pada pemeriksaan panggul. Dokter akan memasang spekulum di dalam vagina untuk membantu menjaganya tetap terbuka saat memeriksa leher rahim dengan kolposkop. Kolposkop adalah instrumen yang berada di luar tubuh dan memiliki lensa pembesar. Ini memungkinkan dokter melihat dengan jelas permukaan serviks dari dekat. Kolposkopi sendiri biasanya tidak lebih tidak nyaman dibandingkan pemeriksaan spekulum lainnya. Ini dapat dilakukan dengan aman meskipun sedang hamil. Seperti halnya tes Pap, sebaiknya tidak dilakukan saat sedang menstruasi. Dokter akan mengoleskan larutan asam asetat yang lemah (mirip dengan cuka) pada leher rahim Anda agar area abnormal lebih mudah dilihat. Jika terlihat area abnormal, sebagian kecil jaringan akan diambil (biopsi) dan dikirim ke laboratorium untuk diperiksa secara cermat. Biopsi adalah cara terbaik untuk mengetahui dengan pasti apakah area abnormal tersebut merupakan pra-kanker, kanker sejati, atau juga tidak.

3. Jenis biopsi serviks

Beberapa jenis biopsi dapat digunakan untuk mendiagnosis prakanker dan kanker serviks. Jika biopsi dapat menghilangkan seluruh jaringan abnormal, mungkin itu adalah satu-satunya pengobatan yang diperlukan.

4. Biopsi kolposkopi

Untuk biopsi jenis ini, serviks diperiksa terlebih dahulu dengan kolposkop untuk menemukan area abnormal. Dengan menggunakan tang biopsi, sebagian kecil (sekitar 1/8 inci) area abnormal pada permukaan serviks diangkat. Prosedur biopsi dapat menyebabkan kram ringan, nyeri singkat, dan sedikit pendarahan setelahnya.

5. Kuretase endoserviks (pengikisan endoserviks)

Jika kolposkopi tidak menunjukkan area abnormal atau jika zona transformasi (area yang berisiko terkena infeksi HPV dan prakanker) tidak dapat dilihat dengan kolposkop,

metode lain harus digunakan untuk memeriksa area tersebut dari kanker. Alat sempit (baik kuret atau sikat) dimasukkan ke dalam saluran endoserviks (bagian serviks yang paling dekat dengan rahim). Kuret atau sikat digunakan untuk mengikis bagian dalam saluran untuk menghilangkan sebagian jaringan, yang kemudian dikirim ke laboratorium untuk diperiksa. Setelah prosedur ini, pasien mungkin merasakan nyeri kram, dan mungkin juga mengalami sedikit pendarahan.

6. Biopsi kerucut

Dalam prosedur ini, yang juga dikenal sebagai konisasi, dokter mengangkat sepotong jaringan berbentuk kerucut dari leher rahim. Pangkal kerucut dibentuk oleh eksoserviks (bagian luar serviks), dan titik atau puncak kerucut berasal dari saluran endoserviks. Jaringan yang diangkat di kerucut mencakup zona transformasi (perbatasan antara eksoserviks dan endoserviks, tempat kemungkinan besar timbulnya pra-kanker dan kanker serviks). Biopsi kerucut juga dapat digunakan sebagai pengobatan untuk menghilangkan seluruh pra-kanker dan beberapa kanker yang masih sangat dini. Metode yang umum digunakan untuk biopsi kerucut adalah prosedur eksisi bedah elektro loop (LEEP), juga disebut eksisi loop besar zona transformasi (LLETZ), dan biopsi kerucut pisau dingin.

- Prosedur bedah elektro loop (LEEP, LLETZ): Dalam metode ini, jaringan diangkat dengan loop kawat tipis yang dipanaskan dengan listrik dan berfungsi sebagai pisau kecil. Untuk prosedur ini, anestesi lokal digunakan, dan dapat dilakukan di dokter:
- Biopsi kerucut pisau dingin: Metode ini dilakukan di rumah sakit. Pisau bedah atau a laser digunakan untuk menghilangkan jaringan, bukan kawat yang dipanaskan. Pasien akan menerima anestesi selama operasi (baik anestesi umum, di mana pasien berada tertidur, atau anestesi tulang belakang atau epidural, dimana suntikan ke area sekitar sumsum tulang belakang membuat Anda mati rasa di bawah pinggang).

Kemungkinan komplikasi dari biopsi kerucut termasuk pendarahan, infeksi dan penyempitan serviks. Melakukan biopsi kerucut jenis apa pun tidak akan mencegah sebagian besar wanita untuk hamil, namun jika

sejumlah besar jaringan telah diangkat, wanita mungkin mempunyai risiko lebih tinggi melahirkan secara prematur. Bagi penderita kanker serviks Jika biopsi menunjukkan adanya kanker, dokter mungkin memerintahkan tes tertentu untuk memastikannya dan seberapa jauh kanker telah menyebar. Banyak tes yang dijelaskan di bawah ini tidak diperlukan untuk setiap pasien. Keputusan penggunaan tes ini didasarkan pada hasil pemeriksaan fisik dan biopsi.

7. Sistoskopi, proktoskopi, dan pemeriksaan dengan anestesi

Hal ini paling sering dilakukan pada wanita yang memiliki tumor besar. Tindakan ini tidak diperlukan jika kanker terdeteksi sejak dini. Dalam sistoskopi, tabung ramping dengan lensa dan lampu ditempatkan ke dalam kandung kemih melalui uretra. Hal ini memungkinkan dokter memeriksa kandung kemih dan uretra Anda untuk melihat apakah kanker tumbuh di area tersebut. Sampel biopsi dapat diambil selama sistoskopi untuk pengujian di laboratorium. Sistoskopi dapat dilakukan dengan anestesi lokal, namun beberapa pasien mungkin memerlukan anestesi umum. Dokter Anda akan memberi tahu Anda apa yang diharapkan sebelum dan sesudah prosedur. Proktoskopi adalah inspeksi visual pada rektum melalui tabung yang menyala untuk mencari penyebaran kanker serviks ke dalam rektum Anda. Dokter Anda mungkin juga melakukan pemeriksaan panggul saat Anda berada di bawah pengaruh bius untuk mengetahui apakah kanker telah menyebar ke luar leher rahim. Studi pencitraan Jika dokter Anda menemukan bahwa Anda menderita kanker serviks, studi pencitraan tertentu¹ mungkin dilakukan untuk melihat ke dalam tubuh. Tes-tes ini dapat menunjukkan apakah dan di mana kanker telah menyebar, yang akan membantu Anda dan dokter Anda memutuskan rencana pengobatan.

8. Rontgen dada

Hal ini untuk melihat apakah kanker telah menyebar ke paru-paru.

9. Tomografi terkomputasi (CT) CT scan

Hal ini biasanya dilakukan jika tumornya lebih besar atau jika ada kekhawatiran mengenai penyebaran kanker. Untuk informasi lebih lanjut, lihat CT Scan untuk Kanker.

10. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Pemindaian MRI melihat bagian jaringan lunak tubuh terkadang lebih baik daripada tes pencitraan lainnya, seperti CT scan. Dokter akan memutuskan tes resonance mana yang terbaik untuk digunakan situasi.

11. Tomografi emisi positron (PET scan)

Untuk pemindaian PET, bentuk gula yang sedikit radioaktif (dikenal sebagai FDG) disuntikkan ke dalam darah dan dikumpulkan terutama di sel kanker. PET/CT scan: Seringkali PET scan digabungkan dengan CT scan menggunakan mesin khusus yang dapat melakukan keduanya secara bersamaan. Hal ini memungkinkan dokter membandingkan area dengan radioaktivitas lebih tinggi pada pemindaian PET dengan gambaran lebih rinci pada CT scan. Ini adalah jenis PET scan yang paling sering digunakan pada pasien kanker serviks. Tes ini dapat membantu melihat apakah kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening. Pemindaian PET juga berguna jika dokter mengira kanker telah menyebar tetapi tidak tahu di mana.

12. Urografi intravena

Urografi intravena (juga dikenal sebagai pielogram intravena, atau IVP) adalah rontgen sistem saluran kemih yang diambil setelah pewarna khusus disuntikkan ke dalam vena. Tes ini dapat menemukan area abnormal pada saluran kemih yang disebabkan oleh penyebaran kanker serviks. Temuan paling umum adalah kanker telah menyumbat ureter (saluran yang menghubungkan ginjal ke kandung kemih). IVP jarang digunakan pada pasien kanker serviks karena CT dan MRI juga bagus dalam menemukan area abnormal pada saluran kemih, serta area lain yang tidak terlihat dengan IVP.

2.2.13 Konsep Asuhan Keperawatan

Rencana Asuhan Keperawatan (NCP) untuk kanker serviks menurut (Kristina Butler, M.D., 2023) :

1. Data Subyektif:
 - Pendarahan vagina setelah berhubungan intim, di antara menstruasi, atau setelah menopause.
 - Keputihan encer dan berdarah yang mungkin kental dan berbau busuk.
 - Nyeri panggul atau nyeri saat berhubungan intim.
 - Kelelahan dan penurunan berat badan pada stadium lanjut.
2. Data Objektif:

- Temuan abnormal pada pemeriksaan panggul. Hasil tes pap atau tes HPV menunjukkan sel serviks tidak normal. Studi pencitraan (misalnya MRI, CT scan) menunjukkan ukuran dan luas tumor. Biopsi mengkonfirmasi keberadaan sel kanker.
3. Pengkajian Keperawatan untuk Kanker Serviks
- Penilaian Ginekologi: Pantau perdarahan vagina, keputihan, dan tanda-tanda infeksi.
 - Penilaian Nyeri: Evaluasi lokasi, intensitas, dan sifat nyeri panggul.
 - Penilaian Status Gizi: Pantau tanda-tanda penurunan berat badan atau malnutrisi.
 - Penilaian Psikososial: Kaji respons emosional dan psikologis terhadap diagnosis dan pengobatan.
4. Diagnosa Keperawatan Kanker Serviks Nyeri Akut berhubungan dengan pertumbuhan tumor atau metastasis.
- Perubahan Fungsi Seksual berhubungan dengan proses penyakit dan efek samping pengobatan.
 - Risiko Infeksi berhubungan dengan perubahan serviks yang abnormal atau perawatan bedah.
 - Kecemasan berhubungan dengan diagnosis kanker dan ketidakpastian pengobatan.
5. Intervensi Keperawatan
- a. Manajemen Nyeri: Berikan analgesik yang diresepkan dan terapkan metode pereda nyeri non-farmakologis.
- Rasional: Pengendalian nyeri yang efektif meningkatkan kenyamanan dan kualitas hidup pasien.
- b. Pengurangan Kecemasan: Berikan dukungan psikologis dan rujukan konseling jika diperlukan.
- Rasional: Membantu pasien mengatasi stres dan ketidakpastian akibat kanker.
- c. Pencegahan Infeksi: Pantau tanda-tanda infeksi dan terapkan tindakan perlindungan.
- Rasional: Pasien mempunyai peningkatan risiko infeksi akibat gangguan jaringan serviks dan efek pengobatan.

- d. **Konseling Kesehatan Seksual:** Mengatasi kekhawatiran tentang fungsi seksual dan kesuburan, memberikan rujukan yang sesuai.
- Rasional : Mendukung kesehatan seksual dan mengatasi masalah reproduksi, yang merupakan aspek penting dari kualitas hidup.
- e. **Edukasi Pasien:** Edukasi pasien dan keluarga tentang kanker serviks, pencegahan HPV, dan pentingnya pemeriksaan rutin.
- Rasional : Meningkatkan pemahaman dan mendorong manajemen kesehatan yang proaktif.
6. **Evaluasi Keperawatan Kanker Serviks**
- a. **Efektivitas Manajemen Nyeri:**
- Evaluasi secara rutin tingkat nyeri dan efektivitas strategi manajemen nyeri.
- b. **Kesehatan dan Kenyamanan Seksual:**
- Kaji penyesuaian pasien terhadap perubahan fungsi dan kenyamanan seksual dengan konseling kesehatan seksual.
- c. **Pengendalian infeksi:**
- Pantau tanda-tanda infeksi dan efektivitas strategi pencegahan.
- d. **Pemahaman dan Mengatasi Pasien dan Keluarga:**
- Evaluasi pemahaman mereka tentang kondisi, rencana pengobatan, dan strategi penanggulangan