

LAPORAN PENELITIAN.

616.994
ZAK
k e.1

KELANGSUNGAN HIDUP BEBAS PENYAKIT
PADA PENDERITA KARSINOMA SERVIKS UTERI
PASCA RADIASI 2 TAHUN



OLEH :
ZAKIYAH

PEMBIMBING :
Dr. EKO KUNTJORO SP RAD
IR. VIVI VIRA VIRIDIANTI, M.M.R.

BAG / SMF RADIOLOGI FK UNDIP / RSUP Dr. KARIADI
SEMARANG

KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa saya panjatkan kepada Allah SWT karena berkah rahmat, hidayah serta karunia Nya, laporan penelitian ini telah kami selesaikan. Laporan penelitian dengan judul *Kelangsungan Hidup Bebas Penyakit Pada Penderita Karsinoma Serviks Uteri Pasca Radiasi 2 Tahun* ditulis untuk memenuhi salah satu syarat Program Pendidikan Dokter Spesialis I Radiologi di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro / RSUP Dr Kariadi Semarang.

Dengan selesainya tugas ini, saya ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar - besarnya kepada siapa saja yang telah membantu dan membimbing sehingga tugas ini dapat selesai.

Ucapan terimakasih kami haturkan kepada Yth :

1. Dr. H Djoko Untung Trihadi Sp Rad, selaku Ketua Bagian Radiologi FK UNDIP atas kesempatan dan bimbingan selama mengikuti pendidikan di bidang Radiologi.
1. Dr. Y Suwito Sp Rad, selaku Ketua Program Pendidikan Dokter Spesialis I Radiologi FK UNDIP / RSUP Dr Kariadi Semarang, atas perkenan beliau memberikan petunjuk topik penelitian ini, dan segala arahan beliau baik dalam melaksanakan penelitian maupun dalam menempuh pendidikan Radiologi.
2. Dr. Abubakar Sp Rad, selaku Koordinator Penelitian yang telah memberikan arahan dan saran saat pengusulan penelitian.
3. Dr. Eko Kuntjoro Sp Rad, selaku pembimbing, yang telah memberikan bimbingan, arahan dan saran dalam penyusunan penelitian ini

4. Ir. Vivi Vira Viridianti MMR, selaku pembimbing, yang telah memberikan arahan dalam penulisan.
5. Seluruh senior ahli Radiologi FK INDIP / RSUP Dr Kariadi Semarang atas bimbingan keilmuan yang telah diberikan selama ini.
6. Teman sejawat peserta PPDS I Radiologi atas kerjasamanya yang baik selama ini dan petugas di Catatan Medik yang telah banyak membantu selama pengumpulan data.
7. Dekan FK UNDIP Semarang dan Direktur RSUP Dr Kariadi Semarang yang telah mengijinkan saya menempuh pendidikan spesialisasi.
8. Segenap keluarga yang selalu mendukung dan memberi semangat kami selama pendidikan.

Akhir kata, sebagai manusia biasa yang mempunyai keterbatasan - keterbatasan, kami menyadari bahwa penulisan ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu saya mohon kritik dan saran untuk perbaikan tulisan ini, dan saya minta maaf bila mana ada kekurangan.

Semarang, Maret 2000

Peneliti

(Z a k i y a h)

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Daftar isi	iii
Abstrak	1
BAB I PENDAHULUAN	2
I.1. Latar Belakang	2
I.2. Perumusan Masalah	2
I.3. Tujuan	3
I.4. Manfaat	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	4
II.1. Epidemiologi	4
II.2. Patogenesis	4
II.3. Perjalanan Penyakit	4
II.4. Patologi	6
II.5. Diagnosis	6
II.6. Stadium klinik	7
II.7. Pengobatan	8
II.8. Pengawasan Lanjut	8
II.9. Radioterapi Pada Karsinoma Uteri Stadium Lanjut	9
II.10. Respon Radiasi	11

BAB III METODA	14
III.1. Ruang Lingkup Penelitian	14
III.2. Jenis Penelitian	14
III.3. Populasi dan Sampel	14
III.4. Bahan dan Cara	14
III.5. Data yang dikumpulkan	14
III.6. Cara pengumpulan data	15
III.7. Definisi operasional	15
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	16
IV.1. Hasil Penelitian	16
IV.2. Pembahasan	18
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	19
V.1. Kesimpulan	19
V.2. Saran	19
DAFTAR PUSAKA	20
LAMPIRAN	

ABSTRAK.

KELANGSUNGAN HIDUP BEBAS PENYAKIT PADA PENDERITA KARSINOMA SERVIKS UTERI PASCA RADIASI 2 TAHUN

Zakiah

BAG / SMF RADIOLOGI FK UNDIP / RSUP Dr KARIADI SEMARANG

Tujuan : untuk mengetahui angka kelangsungan hidup dan bebas penyakit dari penderita karsinoma serviks uteri setelah 2 tahun pasca radiasi lengkap.

Rancangan penelitian : deskriptif retrospektif.

Tempat penelitian : Instalasi Radioterapi RSUP Dr. Kariadi Semarang.

Subyek penelitian : Penderita karsinoma serviks uteri yang mendapat radiasi lengkap mulai bulan September 1996 sampai dengan bulan Desember 1997.

Perlakuan : Tidak dilakukan perlakuan secara prospektif.

Hasil yang dinilai : Angka kelangsungan hidup bebas penyakit pada penderita karsinoma serviks uteri 2 tahun pasca radiasi lengkap.

Manfaat penelitian : untuk pertimbangan memperbaiki penyusunan protap.

Hasil : telah diamati 58 penderita karsinoma serviks uteri yang mendapat radiasi lengkap. Stadium penyakit yang terbanyak adalah stadium III (70,68 %), dengan jenis terbanyak adalah karsinoma epidermoid (95,56 %). Usia penderita terbanyak antar 40 – 49 tahun (41,38 %). Pengamatan selama 2 tahun dengan diikuti kelangsungan hidupnya dan tidak terdapatnya gejala klinis seperti perdarahan pervaginam, keluar cairan dari jalan lahir, keadaan berat badan, dengan hasil kelangsungan hidup penderita bebas penyakit pada stadium II B adalah 70 % sedangkan stadium III 47,05 %.

Kesimpulan : adanya kesenjangan angka kelangsungan hidup bebas penyakit pada pasien yang diteliti dengan referensi yaitu pada stadium II B sebesar 80 % sedangkan stadium III 60 %. Hal ini kemungkinan karena sampel yang kurang, penentuan stadium dan lamanya waktu tunggu untuk mendapat radiasi interna.

UPT-PUSTAK-UNDIP

I.3. TUJUAN.

Untuk mengetahui angka kelangsungan hidup dan bebas penyakit dari penderita karsinoma serviks uteri setelah 2 tahun pasca radiasi lengkap.

I.4. MANFAAT

I.4.1 Manfaat untuk pelayanan.

Hasil penelitian akan bisa menjadi pertimbangan untuk memperbaiki prosedur tetap pemberian radiasi lengkap.

I.4.2. Manfaat untuk pendidikan.

Hasil penelitian ini dapat dipergunakan untuk memperbaiki buku ajar tentang terapi radiasi pada karsinoma serviks uteri.

BAB. II. TINJAUAN PUSTAKA

II.1. Epidemiologi.

Karsinoma serviks uteri merupakan tumor ganas wanita yang paling sering ditemukan di Indonesia, di Semarang karsinoma serviks uteri juga menduduki urutan teratas diantara tumor ganas wanita. Di negara maju karsinoma uteri menempati urutan setelah kanker payudara, kolorektum dan endometrium. (2, 6)

II.2. Patogenesis.

Dari penelitian prospektif didapat kesan bahwa karsinoma serviks jenis skuamosa bermula sebagai keadaan yang disebut displasia. Displasia mencakup berbagai lesi intra epitelial yang secara sitologi dan histologi berbeda dari epitel normal, tetapi belum mempunyai kriteria keganasan. Displasia dibagi menjadi 3 tingkat, yaitu ringan, sedang dan berat. Displasia akan berubah menjadi invasif bila keadaan cocok. (5)

II.3. Perjalanan penyakit.

Karsinoma serviks jenis skuamosa berasal dari daerah epitel sambungan skuamosa kolumnar dari kanalis endoserviks dan portio. Lesi ini sering dihubungkan dengan servisititis kronis kronik dengan displasia berat dan karsinoma insitu. Proses menjadi kanker memerlukan waktu antara 10 sampai 20 tahun. Karsinoma serviks jenis skuamosa berasal dari daerah epitel sambungan skuamo

kolumner memerlukan waktu antara 10 sampai 20 tahun. Proses keganasan dapat menembus membrana basalis dari epitel dan menginvasi stroma serviks. Kalau invasi kurang dari 3 mm disebut mikroinvasi atau invasi superfisial, dengan kemungkinan metastasis kelenjar getah bening kurang lebih 1 %. Sedangkan bila invasi lebih 3 mm tetapi kurang 5 mm dan secara makroskopis tidak terlihat disebut karsinoma invasif, insiden metastasis kelenjar getah bening 5 sampai 8 %. Perluasan lesi di serviks dapat menimbulkan luka, pertumbuhan eksofitik, atau infiltrasi kanalis serviks. Lesi dapat meluas ke fornix atau paraserviks dan parametria dan akhirnya invasi ke rektum dan atau vesika urinari. Karsinoma dapat meluas ke arah segmen bawah uterus dan kavum uterus (10 - 30 %).

Penyebaran tergantung pada stadium dan ukuran tumor. Serviks mempunyai jaringan pembuluh limfe yang banyak dan lebih banyak terdapat dilapisan muskuler. Bila pembuluh limfe ini sudah terinvasi, maka kemungkinan menyebar ke kelenjar getah bening regional lebih besar. Karsinoma serviks uteri dapat menyebar ke pembuluh getah bening para servikal dan parametria, ke kelenjar getah bening iliaka eksterna dan kelenjar getah bening hipogastrika. Dari sini tumor menyebar ke kelenjar getah bening iliaka komunis dan paraaorta. Penyebaran secara hematogen melalui pleksus vena dan vena para servikal lebih jarang terjadi tetapi relatif sering pada stadium yang lebih lanjut. Tempat penyebaran terutama paru - paru, kelenjar getah bening mediastinum dan supraklavikuler, tulang dan hepar.

(2, 3, 5)

II.4. Patologi.

Secara histologi lebih 90 % berjenis sel skuamosa atau epidermoid karsinoma, kurang lebih 7 % sampai 10 % adenokarsinoma dan 1 % sampai 2 % jenis yang lain. Dengan subtipe nya sebagai berikut : epidermoid karsinoma berkeratin, tanpa keratin, tanpa keratin, tipe sel kecil. (2, 3)

II.5. Diagnosis.

Untuk menegakkan diagnosa perlu diperhatikan anamnesa. gejala klinik pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan penunjang lainnya. Karsinoma serviks insitu dan karsinoma serviks pada stadium awal dapat dideteksi sebelum timbul gejala klinik dengan pemeriksaan sitologi secara berkala. Sering manifestasi klinik pertama adalah perdarahan sesudah berhubungan seksual, yang kemudian bertambah menjadi metrorragia dan selanjutnya menjadi menoragia. Pada lesi invasif akan keluar cairan kekuning – kekuningan terutama bisa lesinya nekrotik. Cairan ini berbau dan dapat bercampur dengan darah. Nyeri di pelvis dapat disebabkan oleh tumor yang nekrotik atau radang di pelvis. Bila muncul nyeri di daerah lumbosakral kemungkinan penyebaran ke limfonodi para aorta yang meluas ke lumbosakral atau terjadinya hidronefrosis. Rasa nyeri di daerah panggul dan tungkai bawah akibat infiltrasi tumor ke saraf.

Pemeriksaan meliputi pemeriksaan fisik dan pemeriksaan dalam, pemeriksaan sitologi pap smear, kolposkopi, konisasi, biopsi dan pemeriksaan lainnya seperti pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi misalnya foto torak, Pielografi intra vena, limfografi, USG, CT scan. (2, 3, 5, 7)

II.6. Stadium klinik.

Stadium klinik dari karsinoma serviks uteri klinik ditentukan, radiologik, kuretase endoserviks dan biopsi. Pembagian karsinoma serviks uteri berdasarkan FIGO adalah sebagai berikut. (2, 3)

- Stadium 0 : Karsinoma insitu, karsinoma intraepiteal.
- Stadium I : Karsinoma terbatas pada serviks (perluasan ke korpus diabaikan).
- I A : Karsinoma mikroinvasif, diagnosa hanya dengan mikroskopis.
- I A1 : Invasi ke stroma minimal (mikroskopis).
- A2 : Tumor dengan invasi tidak lebih 5 mm dari membrana basalis dari epitel, dan penyebaran horisontal tidak lebih dari 7 mm.
- I B : Tumor lebih besar dari I A1.
- Stadium II : Karsinoma meluas ke meluas kebawah uterus, tetapi belum mencapai dinding panggul atau 1/3 vagina bagian bawah.
- II A : Tanpa invasi ke parametrium.
- B : Dengan invasi ke parametrium.
- Stadium III : Karsinoma serviks sudah mencapai dinding panggul dan atau mengenai vagina 1/3 bawah dan atau menyebabkan hidronefrosis atau tidak berfungsinya ginjal.
- III A : Tumor mengenai vagina 1/3 bawah, tetapi tidak meluas ke dinding pelvis.
- B : Tumor meluas ke dinding pelvis dan atau menyebabkan hidronefrosis atau tidak berfungsinya ginjal.

Stadium IV : Tumor invasi ke mukosa dari vesika urinaria atau rektum atau meluas kerongga pelvis.

A : Terjadi penyebaran ke organ sekitar pelvis.

B : Telah menyebar ke organ jauh.

2.7. Pengobatan.

Stadium 0 : Terapi umumnya adalah operasi.

Stadium I A : Diberikan radiasi interna.

Stadium I B dan II A :

Masih banyak pendapat apakah radiasi atau pembedahan, cara pengobatan mana yang dipilih tergantung kondisi pasien dan perangai lesi.

Stadium II B dan III :

Dimulai dengan radiasi eksterna kemudian disusul interna.

Stadium IV : Dimulai dengan radiasi eksterna kemudian disusul interna.

(2, 3, 7)

2.8. Pengawasan lanjut.

Kemungkinan kambuh sering terjadi pada kasus dengan stadium lanjut dan mendapat radiasi. Diantara pasien karsinoma serviks uteri yang kambuh, dalam satu tahun 50 % yang kambuh dan dalam 2 tahun 75 % yang kambuh. Oleh karena lebih dari 70 % pasien dengan kekambuhan di pelvis mempunyai sitologi serviks yang abnormal, maka sebaiknya pasien diperiksa paling tidak tiap 2 bulan setelah

terapi pada pada tahun pertama dan tiap 6 bulan pada tahun berikutnya. Pada setiap kunjungan perlu diketahui adanya nyeri, perdarahan pervaginam, fungsi saluran pencernaan dan vesika urinaria, benjolan, infeksi saluran pernafasan, batuk, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan ginekologik serta pemeriksaan penunjang, seperti sitologi pap smear, pemeriksaan radiologi antara lain foto toraks, USG. (4, 5)

2.9. Radioterapi pada karsinoma serviks uteri stadium lanjut.

Tujuan pemberian radioterapi pada pada karsinoma serviks uteri adalah sebagai terapi kuratif dan paliatif. Untuk mencapai tujuan pengobatan kuratif diperlukan metode radiasi gabungan antara teleterapi (radiasi eksterna) dan brakiterapi radiasi intrakaviter).

2.9.1. Telerapi (Radiasi eksterna)

Radiasi keseluruhan pelvis.

Volume target : korpus dan serviks uteri, vagina, parametrium dan ke dua dinding pelvis, limfonodi Iliaka komunis dan eksterna, limfonodi presakral. Pesawat yang digunakan Kobalt dan Linac dengan lapangan penyinaran lapangan Antero Posterior dan Postero Anterior. Batas atas antara L4 - L5 atau L5 - S1. Batas bawah tepi bawah foramen Obturatoria. Batas lateral kurang lebih 2 cm dari tepi rongga pelvis, dengan dosis total 50 gray. Fraksinasi 2 gray / hari, 1 minggu diberikan 5 kali. (8)

2.9.2. Brakiterapi (Radiasi intrakaviter)

2.9.2.1. Sistem dasar terapi radiasi intra kaviter.

Pada dasarnya sebagian besar terapi radiasi intra kaviter karsinoma serviks uteri mengacu pada 3 sistem dasar yaitu Sistem Stockholm, Sistem Paris dan Sistem Manchester.

2.9.2.2. Teknik terapi radiasi secara afterloading.

Teknik afterloading ini merupakan modifikasi terapi intra kaviter untuk tujuan proteksi radiasi. Pada teknik afterloading, aplikator tidak dimuati dimasukkan kerongga pasien, berdasarkan perencanaan yang ditetapkan dan tanpa memberi paparan sinar X terhadap petugas. Sumber terapi diinsersikan kemudian, setelah posisi aplikator dicek secara radiologis menggunakan sumber palsu (dummy source). Penyebaran dosis dapat pula dihitung sehingga posisi aplikator dapat dikoreksi.

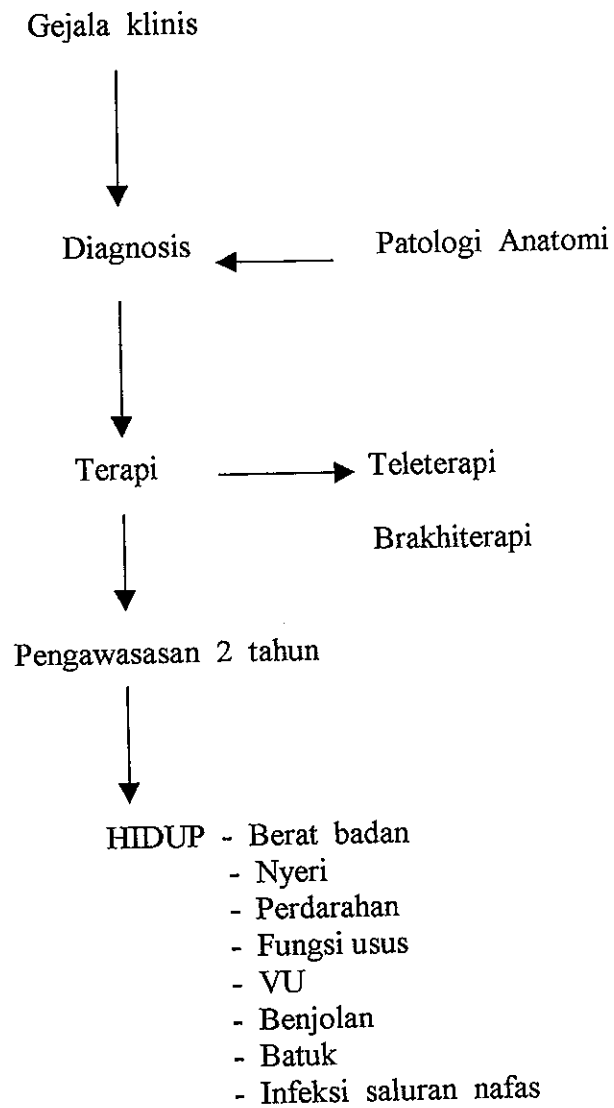
Pada teknik afterloading dengan kendali dengan kendali *remote*, insersi dan pengambilan sumber dilaksanakan dari panel kontrol yang letaknya terpisah dari ruang pasien, jadi menghindarkan paparan sinar X ke petugas. Pada brachyterapi konvensional yang menggunakan radium, dengan dosis antara 0,4 - 2 grays / jam, lazim disebut brachytherapy dosis rendah, Adapun dengan alat pengendali afterloading maka dapat dilakukan perubahan dosis sampai dengan dosis tinggi, yaitu lebih dari 0,2 gray / menit atau 12 grays / jam. Beberapa ahli menganjurkan memakai dosis antara 2 - 12 grays / jam sebagai dosis intermedia. (9)

2.10. Respon radiasi.

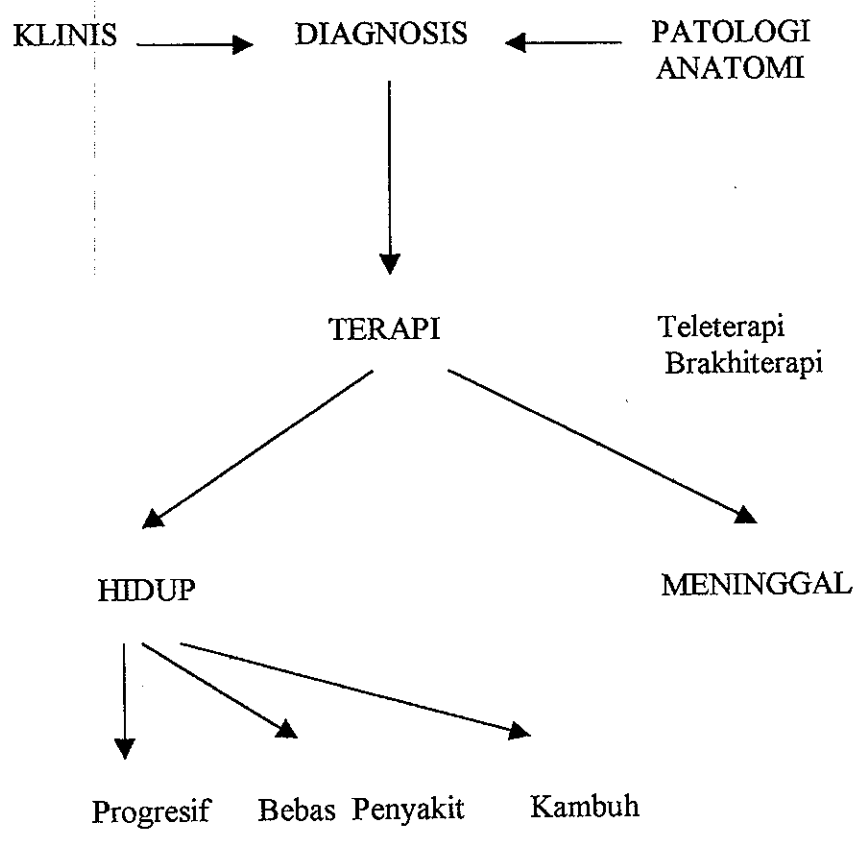
Respon radiasi merupakan tolok ukur untuk menilai hasil terapi sementara, sedangkan tolok ukur keberhasilan pengobatan jangka panjang dapat dilihat dari kelangsungan hidup selama lima tahun. Respon radiasi ini dibedakan menjadi 2 bagian yaitu respon radiasi klinis dan respon radiasi histologis. Respon radiasi klinis memegang peranan secara bermakna didalam menentukan kelangsungan hidup.

Penilaian respon radiasi klinis ditentukan 4 bulan setelah radiasi, dan penilaian meliputi, tidak didapatkan perdarahan serviks uteri, permukaan serviks uteri sudah rata, tidak terdapat infiltrat karsinoma disekitar uterus maupun metastasis ditempat lain, pemeriksaan sitologi serviks dan atau histologi tidak menunjukkan keganasan lagi. (10)

KERANGKA KONSEP.



KERANGKA TEORI.



BAB III. METODA

3.1. Ruang lingkup penelitian.

Lingkup penelitian adalah Instalasi Radioterapi.

3.2. Jenis penelitian.

Rancangan penelitian adalah diskriptif retrospektif.

3.3. Populasi dan sampel.

3.3.1. Populasi.

Penderita karsinoma serviks uteri yang mendapat radiasi lengkap di instalasi Radioterapi RSUP Dr. Kariadi Semarang.

3.3.2. Sampel.

a. Besar sampel.

Pasien yang mendapat terapi radiasi lengkap di instalasi Radioterapi RSUP Dr. Kariadi Semarang sejak September 1996 sampai dengan Desember 1997.

b. Cara pengambilan sampel.

Sampel diambil secara konsekutif, dan seluruh pasien yang berobat di instalasi Radioterapi pada periode tersebut diatas secara berurutan dimasukkan kedalam penelitian.

3.4. Bahan dan cara

Berdasarkan yang tertera di catatan medik.

3.5. Data yang dikumpulkan.

Data yang dikumpulkan mencakup tanggal pemberian radiasi lengkap, umur

pasien, derajat karsinoma, jenis karsinoma dan perjalanannya selama 2 tahun.

3.6. Cara pengumpulan data.

Pengumpulan data dilakukan di instalasi Radioterapi RSUP Dr. Kariadi Semarang, dengan mempelajari catatan medik, untuk pasien – pasien yang dalam 2 tahun tidak memeriksakan diri dilakukan pengiriman surat dan disuruh agar mengisi kuestioner. (11)

3.7. Definisi operasional.

Kelangsungan hidup bebas penyakit adalah prosentase penderita yang mampu hidup setelah mendapat radiasi lengkap dan tidak kambuh.

Radiasi lengkap di RSUP Dr. Kariadi adalah radiasi eksterna seluruh pelvis AP / PA dengan dosis total 50 gray, dengan fraksinasi 2 gray / hari diberikan 1 minggu 5 kali, dilanjutkan radiasi interna afterloading setelah 2 minggu radiasi eksterna dengan total dosis 17 gray diberikan 2 kali dengan selang waktu pemberian 1 minggu.

BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

IV.1. Hasil Penelitian.

Dari 73 penderita karsinoma serviks uteri yang mendapat radiasi lengkap mulai bulan September 1996 sampai dengan bulan Desember 1997, yang memenuhi kriteria penelitian 58 orang (79,45 %). Dari 58 penderita karsinoma serviks uteri tersebut 17 orang (29,31 %) stadium II B dan 41 orang (70,68 %) stadium III. Pengamatan dilakukan selama 2 tahun setelah mendapat radiasi lengkap.

Tabel I Umur penderita dan stadium karsinoma.

Umur (tahun)	Jumlah penderita		%
	II B	III	
< 30	0	0	0
30 - 34	1	0	1,72
35 - 39	2	8	17,24
40 - 44	1	11	20,69
45 - 49	7	5	20,69
50 - 54	2	4	10,34
55 - 59	2	5	12,07
> 60	2	8	17,24

Dari tabel I sebagian besar penderita berusia 40 - 49 tahun (41,38 %).

Tabel II. Diagnosis Patologi Anatomi.

Dianosis PA	Stadium	
	II B (%)	III (%)
Ca epidermoid berdiferensiasi baik	7 (12,06 %)	13 (22,41 %)
Ca epidermoid berdiferensiasi moderat	3 (5,17 %)	12 (20,69 %)
Ca epidermoid berdiferensiasi jelek	7 (12,06 %)	14 (24,13 %)
Adeno karsinoma	0	2 (3,44 %)

Dari tabel II digambarkan jenis karsinoma secara patologi anatomi yang terbanyak adalah karsinoma epidermoid (96,56 %) dan 36,20 % diantaranya berdiferensiasi jelek.

Tabel III. Kelangsungan hidup pasca radiasi lengkap.

Jumlah hidup	0 – 6	7 – 12 (bulan)	13 – 18	19 – 24	25 – 30	Hidup s / d sekarang
Stadium						
II B	2	0	2	3	0	10
III	7	7	6	4	7	10
Jumlah	9	7	8	7	7	20

Dari Tabel III tampak kelangsungan hidup pasca radiasi lengkap pasien stadium II B 10 orang (58,82 %), sedangkan pasien stadium III 17 orang (41,46 %).

Tabel IV. Kelangsungan hidup pasca radiasi lengkap dengan / tanpa gejala klinis.

Stadium	dengan gejala klinis	tanpa gejala klinis
II B	2	7
III	9	8

Dari Tabel IV dapat dinilai bahwa 7 pasien stadium II B (70 %) hidup tanpa gejala klinis dan pasien stadium III 8 orang (47,05 %).

IV.2. Pembahasan.

Tampak dari hasil penelitian kelangsungan hidup bebas penyakit pasca radiasi lengkap 2 tahun pada pasien karsinoma serviks uteri stadium II B 70 % dan stadium III 47,05 %. Sedangkan di Mallincordt Institute of Radiology (1959 - 1986) sebesar 80 % pada stadium II B dan 61 % pada stadium III. Perbedaan prosentase kemungkinan disebabkan jumlah sampel yang kurang, penentuan stadium yang kurang tepat, mengingat di Instalasi Radioterapi RSUP Dr Kariadi penentuan stadium masih mengacu dari Bagian Kebidanan dan Kandungan dan selang waktu pemberian radiasi eksterna dan interna yang cukup panjang karena jadwal pemberian after loading dalam 1 minggu hanya 3 kali dan dalam 1 hari 2 kali pelaksanaan.

BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN

V.1. Kesimpulan.

Hasil penelitian kelangsungan hidup bebas penyakit selama 2 tahun setelah mendapat radiasi lengkap periode bulan September 1996 sampai dengan bulan Desember 1997 pada penderita karsinoma serviks uteri stadium II B 70 % dan stadium III 47,05 % dibandingkan dengan referensi tidak sesuai, kemungkinan disebabkan jumlah sampel yang kurang, penentuan stadium kurang tepat dan selang waktu yang cukup panjang pada pemberian radiasi eksterna dan interna.

V.2. Saran.

1. Pentingnya penentuan stadium di Instalasi Radioterapi dengan menggunakan pemeriksaan Radiologi. (Pielografi intra vena, Kolon in loop, Limfografi, Ultrasonografi, CT scan).
2. Untuk mengurangi waktu tunggu yang panjang pada pemberian radiasi interna perlu penambahan jadwal pelaksanaannya.

DAFTAR PUSTAKA.

1. Harahap RE. Neoplasia Intraepitel Pada Serviks. Penerbit UI, Jakarta, 1984.
2. Perez CA. Principles and Practice of Radiation Oncology. 2 nd ed. JB Lippincot Company, Philadelphia, 1992.
3. Devita VT, Hellmun S, Rosenberg SA. Cancer Principles and Practice of Oncology. 4 th ed. JB Lippincot Company, Philadelphia, 1993, p 1168 – 1195
4. Knapp RC, Berkowitz RS. Gynecologyc Oncology. Mc Graw Hill Inc, Singapore, 1993, p 192 – 197.
5. Azis MF, Kampono N, Sjamsuddin S, Djakaria M. Manual Prekanker dan Kanker Serviks Uterus. ed 1, Bagian Obstetri dan Ginekologi, FKUI, Jakarta. 1985.
6. Sarjadi. Registrasi Kanker dalam Konteks Penanggulangan Penyakit Kanker. Pidato Pengukuhan. Badan Penerbit UNDIP, Semarang, 1992.
7. Walter J, Miller H, Boomford CK, A Short Textbook of Radiotherapy. Churchill Livingstone, Edinburg, 1988.
8. Resbeut M, Advanced Uterine Cervix Carcinoma : Short Guidelines. Sopha Conseil Sante, Marseilles, 1995.
9. ICRU Report 38. Dose and Volume Specification for Reporting Intracavitary Therapy in Gynecology. ICRU, Maryland, 1985.
10. Sutoto, Mahardiana IGM, Respon Radiasi Histologi Dan Respon Radiasi Klinik Pada Pengelolaan Karsinoma Serviks Uteri. Dalam XV th Asian And Oceanic Congress of Obstetric and Gynecology, Bali , Indonesia, 1995.
11. Sastroasmoro S, Ismail S, Dasar – dasar Metodologi Penelitian Klinis, Binarupa Aksara, Jakarta, 1995.

BAB I PENDAHULUAN

I.1. LATAR BELAKANG

Pada umumnya penderita – penderita karsinoma serviks uteri datang kedokter dalam keadaan tingkat klinik yang telah lanjut sehingga akan mengalami kesulitan keberhasilan dalam penanganannya. (1) Penanganan karsinoma serviks uteri pada stadium lanjut dengan pemberian terapi radiasi. Ada beberapa cara terapi karsinoma serviks uteri, dimana untuk menetapkan cara terapi yang sesuai para ahli mengacu pada stadium klinik. Cara terapi tersebut adalah terapi operasi, kemoterapi dan terapi radiasi. Pada keadaan tertentu sering diberikan kombinasi ketiga cara tersebut. (2, 3)

Kemungkinan kambuh sering terjadi pada kasus dengan stadium lanjut dan mendapat radiasi. Diantara pasien karsinoma serviks uteri yang kambuh, dalam satu tahun dari terapi 50 % yang kambuh dan dalam dua tahun dari terapi 75 % yang kambuh. (4, 5). Angka kelangsungan hidup bebas penyakit dari karsinoma serviks uteri 2 tahun pasca radiasi di Mallinordt Institute of Radiology (1959 - 1986) stadium II B radiasi 80 %, sedangkan stadium III kurang lebih 61 %. (2)

I.2. PERUMUSAN MASALAH.

Berapa besar angka kelangsungan hidup dan bebas penyakit dari penderita karsinoma serviks uteri setelah mendapat terapi radiasi lengkap selama 2 tahun ?.