



**PANDUAN PRAKTIK KLINIS  
(PPK)  
KSM OBSTETRI DAN  
GYNEKOLOGI  
RSUD ARIFIN ACHMAD  
PROVINSI RIAU**

Pekanbaru, April 2024  
Ditetapkan,

**DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD  
PROVINSI RIAU**

  
drg. Wan Fajriatul Mamnunah, Sp.KG  
NIP. 19780618 200903 2 001

## KANKER SERVIKS

1. Pengertian	<p>Kanker serviks adalah penyakit tumor ganas pada leher rahim yang disebabkan oleh infeksi <i>Human Papilloma Virus (HPV)</i> grup onkogenik risiko tinggi; terutama HPV tipe 16 dan 18 serta filogeniknya.</p> <p>Lebih dari 95% kanker serviks adalah tipe epitel yang terdiri atas jenis karsinoma sel skuamosa, adenokarsinoma dan adenoskuamosa.</p>
2. Anamnesis	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pada stadium awal belum timbul gejala klinis yang spesifik.<ul style="list-style-type: none"><li>- Sebagian besar mengeluh keputihan berulang yang berbau dan bercampur darah.</li><li>- Selain itu juga terdapat keluhan perdarahan sesudah bersenggama yang kemudian berlanjut dalam bentuk metroragia, menoragia dan menometroragia.</li></ul></li><li>• Pada stadium lanjut, sel kanker menginvasi parametrium dan jaringan di rongga pelvis.<ul style="list-style-type: none"><li>- Hal ini dapat menimbulkan gejala perdarahan spontan dan nyeri panggul, bahkan menjalar ke pinggang dan paha.</li><li>- Beberapa penderita mengeluh nyeri berkemih, kencing berdarah dan perdarahan dari dubur.</li><li>- Metastasis ke Kelenjar Getah Bening (KGB) inguinal dapat menimbulkan edema tungkai bawah.</li><li>- Invasi dan metastasis dapat menimbulkan penyumbatan ureter distal yang mengakibatkan gejala uremia.</li><li>- Penurunan berat badan yang drastis.</li></ul></li><li>• Gejala metastasis jauh tergantung organ yang terkena seperti kandung kencing, rektum, tulang, paru-paru, hati, otak dan lain-lain.</li></ul>
3. Pemeriksaan Fisik	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tanda-tanda vital untuk menilai status hemodinamik.</li><li>• Pemeriksaan Indeks Massa Tubuh (IMT) untuk menilai adanya malnutrisi (kaheksia).</li><li>• Pemeriksaan Umum untuk menilai adanya:<ul style="list-style-type: none"><li>- Anemia, ikterus, dispnu, sianosis.</li><li>- Thoraks: untuk menentukan adanya tanda-tanda metastasis paru</li></ul></li></ul>

	<p>dan efusi pleura.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abdomen: untuk menemukan adanya massa intra abdomen yang berasal dari organ genitalia interna dan adanya asites.</li> </ul> <p>• Pemeriksaan Ginekologi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Inspekuo: untuk memastikan adanya           <ul style="list-style-type: none"> <li>- perdarahan.</li> <li>- keputihan.</li> <li>- massa di serviks serta ukurannya.</li> <li>- massa di vagina.</li> </ul> </li> <li>➤ Pemeriksaan Bimanual Rektovagina (RVT) untuk menentukan:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- massa di serviks, ukuran serta konsistensinya.</li> <li>- ukuran, arah, konsistensi dan mobilitas uterus.</li> <li>- adanya massa di adneksa bilateral, ukuran, konsistensi dan mobilitasnya.</li> <li>- infiltrasi massa di vagina proksimal, tengah dan distal.</li> <li>- infiltrasi massa di parametrium sampai dinding panggul bilateral.</li> <li>- infiltrasi massa di ligamentum sakrouterina bilateral dan mukosa rektum.</li> <li>- adanya fistula urogenital dan rektovagina.</li> </ul> </li> </ul>
4. Pemeriksaan Penunjang	<p>Pemeriksaan penunjang dilakukan sesuai indikasi yang meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeriksaan Laboratorium Lengkap (Darah Lengkap, Faktor Pembekuan, Fungsi Hati dan Ginjal, Albumin, Hepatitis B dan HIV).</li> <li>• Foto Thoraks.</li> <li>• Foto polos abdomen.</li> <li>• USG.</li> <li>• Pielografi Intra Vena.</li> <li>• CT scan.</li> <li>• MRI.</li> <li>• FDG PET-Scan</li> <li>• Sistoskopi.</li> <li>• Rektoskopi</li> <li>• Bila didapatkan pembesaran KGB inguinal atau supraklavikula, dapat dilakukan FNAB.</li> </ul>
5. Patologi Anatomi	Pemeriksaan histopatologi serta imunohistokimia spesimen biopsi maupun pembedahan.
6. Kriteria Diagnosis	Diagnosis ditegakkan atas dasar anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang serta histopatologi spesimen biopsi serviks.
7. Diagnosis	Kanker Serviks (ICD 10: C.53)

STADIUM	KETERANGAN
<b>Stadium I</b>	
IA	Kedalaman invasi < 5 mm dan penyebaran horisontal maksimal <7 mm
IA1	Kedalaman invasi < 3mm
IA2	Kedalaman invasi 3-5 mm
IB	Lesi lokal lanjut, namun terbatas pada serviks
IB1	Lesi ≤ 4 cm
IB2	Lesi > 4 cm
<b>Stadium II</b>	Lesi keluar melewati uterus namun belum mencapai dinding pelvis atau mencapai 1/3 distal vagina
II A	Tanpa invasi ke parametrium
II A 1	Lesi yang tampak ≤ 4 cm
II A 2	Lesi yang tampak > 4 cm
II B	Dengan penyebaran ke parametrium
<b>Stadium III</b>	Tumo menyebar sampai dinding panggul dan atau mencapai 1/3 bawah vagina dan atau menyebabkan hidronefrosis/kerusakan ginjal.
III A	Tumor mencapai 1/3 distal dinding vagina, namun belum mencapai dinding panggul
III B	Penyebaran sampai dinding panggul dan atau terdapat hidronefrosis dan kerusakan ginjal
<b>Stadium IV</b>	
IVA	Penyebaran ke organ sekitar (mukosa rektum dan kandung kencing)
IVB	Penyebaran jauh (hati, paru, otak, tulang, KGB subklavikula dan inguinal)

8. Diagnosis Banding	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polip Endoserviks.</li> <li>• Kanker Endometrium.</li> </ul>	
9. Terapi	<b>S T A D I U M</b>	<b>PENATALAKSANAAN</b>
	<b>Stadium IA1 (LVSI negatif)</b>	<p>1. Bila fertilitas dipertahankan:</p> <p>➤ dilakukan konisasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>bila batas sayatan bebas tumor (<i>free margin</i>) maka terapi adekuat (<b>Kategori 2A</b>).</li> <li>bila batas sayatan tidak bebas tumor (<i>positive margin</i>) berupa adanya displasia atau karsinoma, maka dilakukan:</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rekonisasi guna mengevaluasi kedalaman invasi stroma, untuk menyingkirkan stadium IA2 atau IB1.</li> <li>- Trakektomi.</li> </ul> <p>2. Bila fertilitas tidak dipertahankan:</p> <p>➤ dilakukan Histerektomi Ekstrafasial.</p>
	<b>Stadium IA1 (LVSI positif) dan Stadium IA2</b>	<p>1. Bila fertilitas dipertahankan: dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Konisasi dengan <i>free margin</i> ditambah dengan Limfadenektomi Pelvik Bilateral.</li> <li>Bila konisasi dengan <i>positive margin</i> maka dilakukan:</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rekonisasi atau Trakektomi Radikal, ditambah dengan Limfadenektomi Pelvik Bilateral.</li> <li>c. Trakektomi Radikal ditambah dengan Limfadenektomi Pelvik Bilateral.</li> </ul> <p>2. Bila fertilitas tidak dipertahankan: dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Histerektomi Radikal Tipe 2 (<i>Modified Radical Hysterectomy</i>) dan Limfadenektomi Pelvik Bilateral.</li> <li>Bila operasi tidak dapat dilakukan</li> </ol>

	<p>karena kontraindikasi medik atau karena penderita menolak operasi, dapat dilakukan radiasi.</p>
<b>Stadium IB1 dan IIA1</b>	<p>1. Operatif:</p> <p>Dilakukan Histerektomi Radikal dengan Limfadenektomi Pelvik Bilateral (<b>Kategori 1A</b>) dengan atau tanpa Limfadenektomi Para Aorta Sampling (<b>Kategori 2B</b>).</p> <p>atau</p> <p>2. Radiasi</p> <p>Dilakukan Radiasi Eksterna Pelvis dan brakiterapi (dosis total di titik A: 80-85 Gy) dengan atau tanpa kemoterapi berbasis Platinum sebagai radiosensitizer.</p> <p>Apabila hasil patologi operasi didapatkan faktor prognostik yang positif, dilakukan terapi radiasi sebagai adjuvan. Faktor prognostik yang dinilai adalah metastasis ke Kelenjar Getah Bening (KGB), parametrium, batas sayatan vagina, LVSI, kedalaman invasi stroma serviks dan ukuran tumor.</p>
<b>Stadium IB2 dan IIA2</b>	<p>1. Kemoradiasi:</p> <p>Dilakukan Radiasi Eksterna Pelvis dan brakiterapi (dosis total di titik A: <math>\geq</math> 85 Gy) dengan kemoterapi berbasis Platinum sebagai radiosensitizer (<b>Kategori 1 untuk kemoradiasi primer</b>).</p> <p>atau</p> <p>2. Operatif:</p> <p>Dilakukan Histerektomi Radikal dengan Limfadenektomi Pelvik Bilateral dengan atau tanpa Limfadenektomi Para Aorta Sampling (<b>Kategori 2B</b>).</p>

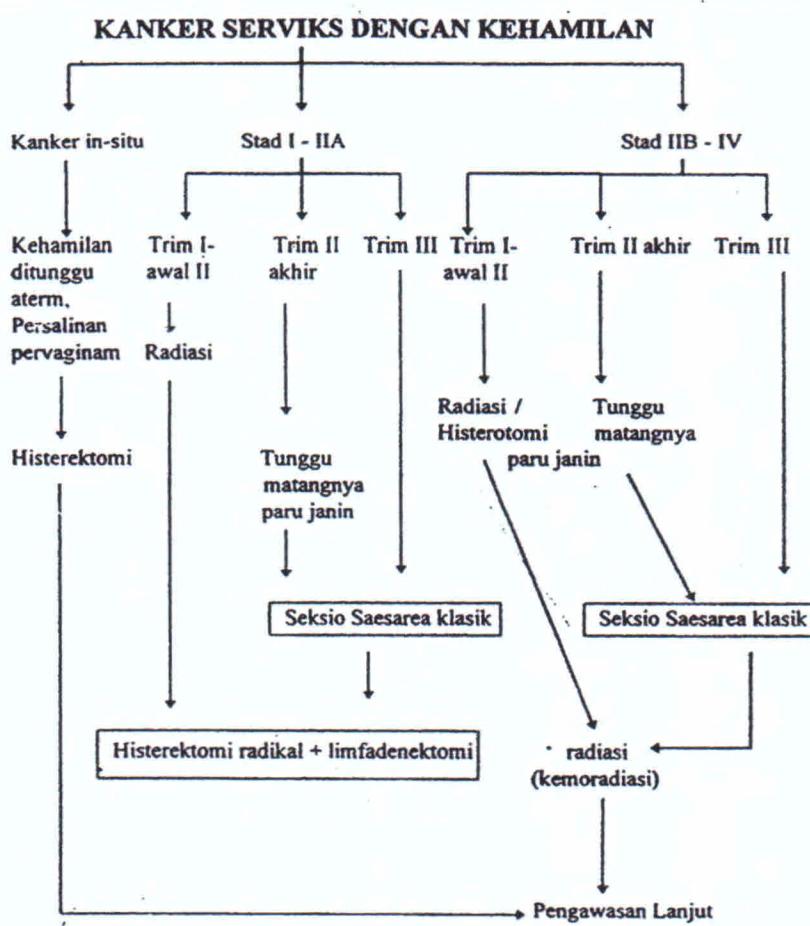
	<p><b>atau</b></p> <p>3. Radiasi dan Operasi:</p> <p>Dilakukan Radiasi Eksterna Pelvis dan brakiterapi dengan kemoterapi berbasis Platinum sebagai radiosensitizer. Dilanjutkan dengan terapi ajuvan berupa Histerektomi Ekstrafasial (<b>Kategori 3</b>).</p> <p><b>atau</b></p> <p>4. Kemoterapi Neoajuvan dilanjutkan Operasi:</p> <p>Pada stadium IB2 dan IIA2 dengan massa tumor yang besar <math>\geq 6</math> sm (<i>bulky</i>) yang direncanakan operasi primer, dapat dilakukan kemoterapi terlebih dahulu sebelum terapi primer tersebut (kemoterapi neoajuvan) selama tiga siklus untuk mengecilkan massa tumor dan kemudian dilakukan penilaian ulang paska kemoterapi neoajuvan untuk dapat ditentukan operabilitasnya.</p> <p>Apabila hasil patologi operasi didapatkan faktor prognostik yang positif, dilakukan terapi radiasi sebagai adjuvan. Faktor prognostik yang dinilai adalah metastasis ke Kelenjar Getah Bening (KGB), parametrium, batas sayatan vagina, LVSI, kedalaman invasi stroma serviks dan ukuran tumor.</p>
<b>Stadium IIB, IIIA, IIIB dan IVA</b>	<p>Bila ditemukan Limfadenopati berdasarkan pemeriksaan CTscan, MRI atau PET CTscan.</p> <p>1. Jika KGB Pelvik Positif, tetapi KGB Para Aorta Negatif:</p> <p>a. Dilakukan Radiasi Eksterna Pelvis dan brakiterapi dengan kemoterapi</p>

	<p>berbasis Platinum sebagai radiosensitizer (<b>Kategori 1</b>) dengan atau tanpa Radiasi Eksterna KGB Para Aorta.</p> <p><b>atau:</b></p> <p>b. Dilakukan Limfadenektomi ekstraperitoneal atau secara laparoskopi:</p> <p><b>b.1. Jika KGB Para Aorta Negatif</b></p> <p>Dilakukan Radiasi Eksterna Pelvis dan brakiterapi dengan kemoterapi berbasis Platinum sebagai radiosensitizer (<b>Kategori 1</b>).</p> <p><b>b.2. Jika KGB Para Aorta Positif</b></p> <p>Dilakukan Radiasi Eksterna yang diperluas (<i>extended-field</i>) dan brakiterapi dengan kemoterapi berbasis Platinum sebagai radiosensitizer.</p> <p>2. Jika KGB Pelvik Positif dan KGB Para Aorta Positif:</p> <p>Dilakukan Radiasi Eksterna yang diperluas (<i>extended-field</i>) dan brakiterapi dengan kemoterapi berbasis Platinum sebagai radiosensitizer.</p> <p>3. Jika terdapat metastasis jauh yang dikonfirmasi dengan biopsi sesuai indikasi klinis:</p> <p>Diberikan kemoterapi dengan atau tanpa radiasi yang ditentukan secara individual (<i>individualized External Beam Radiation Therapy</i>).</p>
<b>Stadium IV B</b>	<p><b>1. <u>Jika Memiliki Kebijakan RS</u></b></p> <p>➤ <b>Terapi Lokal:</b></p> <p>a. Dilakukan reseksi dengan atau tanpa</p>

- |  |  |
|--|--|
|  | <p>radiasi eksterna individual.</p> <p><b>atau</b></p> <p>b. Ablasi lokal dengan atau tanpa radiasi eksterna Individual.</p> <p><b>atau</b></p> <p>c. Radiasi eksterna individual dengan atau tanpa terapi sistemik.</p> <p>➤ <b>Pertimbangkan:</b></p> <p>Terapi sistemik sebagai ajuvan.</p> <p><b>2. <u>Jika Tidak Memiliki Kebijakan RS</u></b></p> <p>a. Terapi sistemik.</p> <p><b>atau</b></p> <p>b. Terapi paliatif.</p> |
|--|--|

Pasien di bawah stadium 4 dan usia kurang dari 40 tahun sebaiknya dilakukan transposisi ovarium saat operasi.





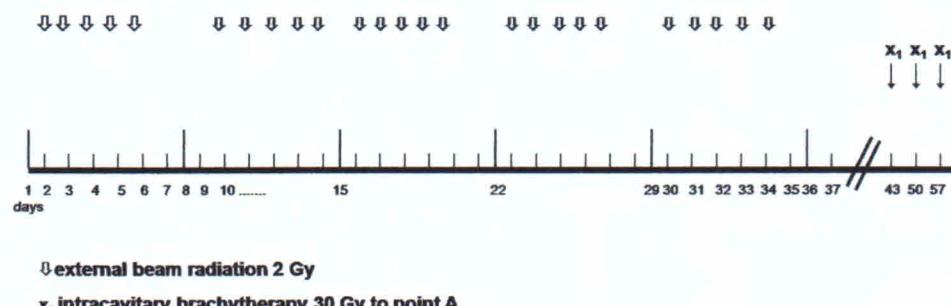
### Radiasi

Terapi radiasi diberikan berupa Radiasi Eksterna (RE) dan Brakiterapi (BT). Terdapat dua pilihan terapi radiasi yaitu:

- RE: 25x200 cGy, dilanjutkan BT: 3x700 cGy, atau
- RE: 25x180 cGy, dilanjutkan BT: 4x850 cGy

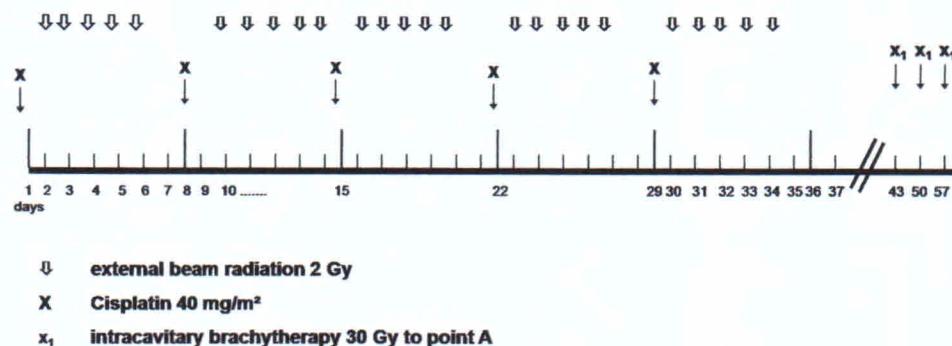
Bila tidak dapat diberikan brakiterapi maka Radiasi Eksterna diteruskan tanpa kemoterapi sensitizer dengan dosis 2000 cGy menggunakan lapangan kecil (*small field*) atau *3D Conformal RT*.

### Radiasi



### Kemoterapi 1 mingguan

Pengobatan kemoterapi berupa *platinum based* mingguan sebagai *sensitizer* untuk radiasi eksterna diberikan secara intravena selama satu kali seminggu dengan Cisplatin dosis  $40 \text{ mg/m}^2$  atau Carboplatin AUC 2 yang diberikan dalam waktu 6-8 jam sebelum radiasi dan diberikan pada hari pertama, atau kedua, atau ketiga minggu I, II, III, IV dan V, dengan jumlah minimal 3 kali pemberian.



### Kemoradiasi 3 mingguan

#### 1. Pilihan Regimen:

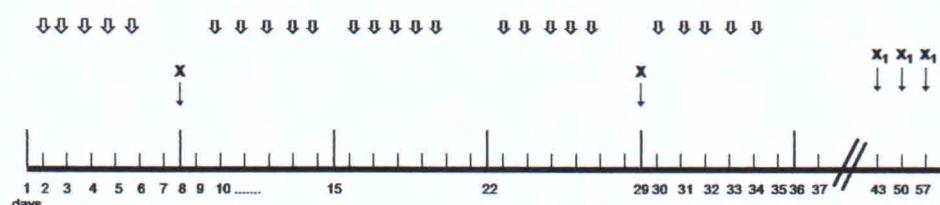
- Cisplatin-Ifosfamide
- 5FU-Cisplatin
- Cisplatin Vincristin Bleomycin (PVB)
- Taxan-Platinum.

#### 2. Untuk Rekuren : Taxan-Ifosfamide-Platinum (TIP)

##### Contoh : Cisplatin-Ifosfamide.

- Pengobatan kemoterapi dengan *cisplatin* diberikan intravena setiap 3 minggu dengan dosis  $50 \text{ mg/m}^2$ . Diberikan juga ifosfamide dengan dosis 1500-2000  $\text{mg/m}^2$  yang dibarengi dengan pemberian uromitexan dengan dosis 170% dari dosis ifosfamide. Pemberian uromitexan diberikan 50% pra ifosfamide, 100% saat pemberian ifosfamide dan 20% sesudah pemberian ifosfamide.

### Contoh jadwal kemoterapi 3 mingguan



- ↳ external beam radiation 2 Gy
- X Ifosfamid + Cisplatin 50 mg/m<sup>2</sup>
- x<sub>1</sub> intracavitory brachytherapy 30 Gy to point A

### Syarat Pemberian Kemoradiasi

1. Kanker serviks secara histopatologis dan telah dilakukan *staging* menurut FIGO stadium IB2-IIIB.
2. Status performa (*Performance Status*) berdasarkan kriteria *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) dengan nilai ≤ 2.

### Status Performa menurut ECOG

Nilai	Tingkat aktivitas
0	Aktivitas penuh, dapat melakukan aktivitas tanpa pertolongan.
1	Aktivitas terbatas, dapat melakukan pekerjaan ringan.
2	Dapat mengurus diri sendiri, tetapi tidak menyelesaikan pekerjaan, 50% berada di tempat tidur.
3	Dapat mengurus diri sendiri secara terbatas, lebih 50% berada di tempat tidur.
4	Tidak berdaya secara penuh, tidak dapat mengurus diri sendiri, total di tempat tidur.
5	Meninggal dunia.

10. Prognosis	Sesuai stadium, status performa penderita, terapi yang diberikan, respon terapi dan komplikasi.
11. Penyulit	Tergantung beberapa faktor antara lain keadaan umum penderita, stadium penyakit, efek samping kemoterapi dan radiasi yang ditimbulkan.
12. Informed Consent	Penjelasan tentang diagnosis dan stadium penyakit, rencana pengobatan, hasil pengobatan dan kemungkinan komplikasi pengobatan.
13. Perawatan Rumah	1. Perawatan perioperatif.

14. Sakit	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Perawatan untuk perbaikan keadaan umum, baik pra, dalam dan pasca radiasi dan atau kemoterapi serta adanya penyulit.</li> <li>3. Perawatan untuk pemberian kemoterapi atau kemoradiasi.</li> </ol>
15. Lama Perawatan	Lama perawatan tergantung beberapa faktor antara lain keadaan umum penderita, stadium penyakit dan pilihan pengobatan.
16. Masa Pemulihan	Pemulihan tergantung beberapa faktor antara lain keadaan umum penderita, stadium penyakit, pilihan pengobatan dan adanya penyulit.
17. Indikator Monitoring dan Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring efek samping kemoterapi terhadap saluran cerna, ginjal, hati, saraf dan hematologi (kadar hemoglobin, leukosit, netrofil dan trombosit).</li> <li>2. Penilaian respon secara klinis maupun radiologis.</li> <li>3. SPM RS, Permenkes.</li> </ol>
18. Luaran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hidup tanpa tumor.</li> <li>2. Hidup dengan tumor.</li> <li>3. Meninggal dunia.</li> </ol>
19. Catatan Medis	Pencatatan semua kegiatan secara sistematis.
20. Unit Terkait	<p>KSM Patologi Klinik  KSM Patologi Anatomi  KSM Radiologi  KSM Radioterapi  KSM Anestesiologi  Divisi Hemato-Onkologi  Divisi Nefrologi  Divisi Gastro Entero Hepatologi  Divisi Urologi</p>
21. Tingkat Evidens	I / II / III / IV
22. Tingkat Rekomendasi	A / B / C
23. Penelaah Kritis	Konsultan Onkologi Ginekologi.
24. Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pedoman Pelayanan Medik Kanker Ginekologi, Kanker Serviks, ed-2,2011, hal 19-28.</li> <li>2. Clinical Practice Guideliness in Oncology (NCCN Guideliness). Cervical Cancer. Version I. 2018 – October 25, 2017. NCCN.org.</li> <li>3. European Society Gynecology Oncology (ESGO), Algorithms for management of cervical cancer, 2011.</li> <li>4. Bloss JD, Blessing JA, Behrens BC, Mannel RS, Rader JS, Sood AK, Markman M, Benda J. Randomized Trial of Cisplatin and Ifosfamide with or without Bleomycin in Squamous Carcinoma of the Cervix: A Gynecologic Oncology Group Study. J Clin Oncol 20:1832-1837.</li> </ol>

5. Delgado G, Bundy B, Zaino R, Sevin BU, Creasman WT, Major F. Prospective surgical-pathological study of disease-free Interval in patients with stage IB squamous cell carcinoma of the cervix: A Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecologic Oncology* 1990;38:352-7. Landoni F, Maneo A, Colombo A, Placa F, Milani R, Perego P, Favini G, Ferri L, Mangioni C. Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage IB-IIA cervical cancer. *Lancet*. 1997;350:535-40.
6. Pecorelli S: Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet* 105 (2): 103-4, 2009.
7. Sedlis A, Bundy BN, Rotman M, Lentz S, Muderspach LI, Zaino R. A randomized trial of pelvic radiation versus no further therapy in selected patient with stage IB carcinoma of the cervix after radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 1999; 73: 177-83.