

POKOK-POKOK KEBIJAKAN PENANGGULANGAN KANKER DI INDONESIA*

H. Prastowo Mardjikoen

Ketua Kelompok Kerja Onkologi FK-UGM/RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
Anggota Komite Nasional Penanggulangan Penyakit Kanker
di Indonesia, Depkes RI, Jakarta

Cancer is a serious health problem in Indonesia. Some risk factors of cancer are: smoking, reproductive behaviour, infectious diseases, consumption of preserved food or contaminated with *Aspergillus flavus* and pollution. Several problems to be solved at the national level are as follows: lack of standardization in cancer management, disparity in health facilities, poor referral and recording-reporting system and the lack of specialized health manpower. To solve these problems the following activities need to be instituted: primary prevention, early detection, health service improvement, manpower training, improving cancer registration and special studies. The main objectives of the National Cancer Control Programme are as follows: cancer prevention, providing health care facilities for cancer cases and decreasing cancer morbidity and mortality rates.

Key Words: cancer management policy, health care facilities, risk factors

Pendahuluan

Pengendalian kanker alat reproduksi pada wanita tidak dapat dipisahkan dari upaya pengelolaan penyakit kanker secara keseluruhan, serta harus disesuaikan dengan kebijakan (strategi) operasional di tingkat nasional dan cocok dengan sistem pelayanan kesehatan yang sudah ada. Selama ini kanker dikenal sebagai penyakit yang menjadi masalah kesehatan utama di negara maju atau negara industri. Prevalensi penyakit infeksi dan penyakit menular menyembunyikan fakta, bahwa kanker sebenarnya juga menjadi masalah kesehatan yang serius di negara sedang berkembang.

Di Indonesia maupun di negara maju, penyebab utama kematian saat ini adalah: kecelakaan lalu lintas, penyakit serebrokardiovaskuler dan kanker. Di negara sedang berkembang, tiap tahun diperkirakan 2,3 juta orang mati akibat kanker dari 4,3 juta orang yang mati karena keganasan penyakit di seluruh dunia, sedangkan jumlah penderita kanker baru per tahun sekitar 3 juta dari 5,9 juta kasus kanker baru yang ditemukan di dunia. Ini berarti bahwa lebih dari separuh penderita kanker terdapat di dunia ke tiga. Secara umum, kanker lambung dan paru merupakan jenis yang terbanyak dijumpai pada laki-laki, sedangkan pada wanita adalah kanker payudara dan leher rahim. Meskipun demikian, pola penyakit kanker tidak selalu sama. Insidensi penyakit kanker di dunia, tipe atau jenisnya selalu berubah-ubah dan terus meningkat karena: meningkatnya usia rata-rata penduduk dunia; pengendalian masalah kesehatan lain

* Dikemukakan dalam Simposium Onkologi-Ginekologik KOGI VIII di Palembang, tanggal 10 Juli 1990.

yang penting; dan meningkatnya konsumsi tembakau. Pola sebab kematian penduduk di negara sedang berkembang lambat laun menyerupai negara maju.

Masalah penyakit kanker yang termasuk neoplasma, dewasa ini dirasakan makin menonjol dibandingkan 20 tahun yang lalu. Hal ini dilihat dari banyaknya laporan bahwa penyakit kanker cenderung menjadi salah satu penyebab utama kematian pada usia produktif. Dari 100.000 penduduk di Indonesia diperkirakan minimal 100 penderita kanker baru muncul setiap tahun. Sepertiga dapat dicegah, sepertiganya lagi dapat disembuhkan bila ditemukan pada stadium dini dan diobati dengan cepat, dan sepertiga sisanya tidak dapat disembuhkan lagi, tetapi masih dapat diupayakan perbaikan kualitas hidupnya dengan pengobatan paliatif dan membebaskannya dari rasa nyeri pada stadium akhir. Beberapa jenis kanker seperti: kanker hati, paru, leher rahim, kulit, kolon dan rektum dapat diupayakan pencegahannya. Sedangkan kanker leher rahim, payudara dan kulit dapat ditemukan pada stadium dini.

Makin meningkatnya peran faktor lingkungan, seperti penggunaan tembakau, polusi dan limbah industri akan berpengaruh terhadap meningkatnya risiko menderita penyakit kanker. Saat ini penanggulangan telah dilaksanakan oleh pemerintah maupun swasta, namun belum diperoleh hasil yang memadai. Hal ini antara lain disebabkan karena kurangnya fasilitas, tenaga, sarana dan koordinasi antara masing-masing pihak pelaksana, di samping memang belum menjadi prioritas utama pemerintah. Berdasarkan kenyataan itu, maka perlu disusun suatu tim nasional penanggulangan penyakit kanker yang menangani kanker secara terarah dan terpadu meliputi upaya pencegahan primer, penemuan dini, pengobatan dan rehabilitasi yang memadai (WHO & Ministry of Health 1988). Untuk itu, telah disusun Pokok-pokok Kegiatan Penanggulangan Kanker berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI No. 042/Menkes/RK/I/1989.

Situasi dan Kondisi

1. Keadaan

Tabel 1 menunjukkan urutan jenis kanker yang banyak dijumpai berdasarkan lokasi ditemukannya.

Tabel 1. Sepuluh jenis kanker menurut lokasi dari laboratorium patologi anatomi di Indonesia tahun 1988

No.	ICDO	Lokasi	Jumlah	Frek. Relatif
1.	180	Leher rahim	3.110	25,57 %
2.	174	Payudara wanita	1.925	15,83 %
3.	196	Limfoid sekunder	1.523	12,52 %
4.	173	Kulit	1.394	11,46 %
5.	147	Nasofaring	950	7,80 %
6.	183	Ovarium	803	6,60 %
7.	154	Rektum	735	6,04 %
8.	171	Jaringan ikat	708	5,82 %
9.	193	Tiroid	539	4,43 %
10.	153	Kolon	476	3,91 %

Sumber data: Buletin Badan Registrasi Kanker Indonesia, BRK-IAPI, No. 4, 1989.

Data dari laboratorium patologi anatomi menunjukkan bahwa kanker kelenjar getah bening sekunder menduduki urutan ketiga setelah kanker leher rahim, payudara dan kulit. Ini berarti, bahwa sebagian besar penderita kanker mencari pertolongan dokter atau rumah sakit setelah dalam keadaan lanjut. Berdasarkan umur sebaran penderita kanker, ditemukan terbanyak berturut-turut pada golongan umur 40-49 tahun, 50-59 tahun dan 30-39 tahun.

Tabel 2 menunjukkan jumlah dan persentase rumah sakit pemerintah di seluruh Indonesia dan diperkirakan sebanyak 33.000 dari 177.000 kasus kanker baru setiap tahun dirawat di rumah sakit tersebut.

Tabel 2. Jumlah RS pemerintah di Indonesia

Kelas RS	Jumlah RS (1988)	Persen
A	2	10
B	23	25
C	124	25
D	175	10
Lainnya	-	30

Faktor yang mempertinggi risiko timbulnya kanker paru dan kanker rongga mulut adalah tembakau. Makanan yang dikonsumsi juga merupakan faktor penyebab timbulnya kanker. Misalnya: makanan yang tercemar jamur *Aspergillus flavus* yang memproduksi aflatoksin mempertinggi risiko mendapatkan kanker hati. Bahan makanan dengan zat pengawet mempengaruhi terjadinya kanker saluran cerna, makanan yang kurang mengandung serat (*selulosa*) mempengaruhi timbulnya kanker kolon dan rektum, dan ikan asin yang mengandung nitrosamin tinggi mempertinggi risiko mendapatkan kanker nasofaring.

Terjadinya kanker leher rahim sangat erat hubungannya dengan perilaku reproduksi, antara lain sanggama dan perkawinan pada usia muda, berganti-ganti pasangan sanggama, dan persalinan yang berulang-ulang. Risiko untuk mendapatkan kanker payudara lebih besar pada wanita lajang dan yang tidak menyusui bayinya. Penyakit infeksi pada hati oleh virus hepatitis B mempengaruhi timbulnya kanker hati. Beberapa jenis virus seperti *Virus Papilloma Manusia (VPM)* dan *Virus Epstein-Bar (VEB)* mempengaruhi terjadinya kanker leher rahim dan nasofaring serta limfoma maligna. Sinar matahari (unsur ultra violet) dianggap dapat mempengaruhi terjadinya kanker kulit, dan polusi serta limbah industri juga berperan sebagai penyebab kanker.

2. Sarana

Secara khusus, Indonesia belum mempunyai peraturan perundang-undangan dalam penanggulangan penyakit kanker. Namun demikian ada beberapa peraturan pemerintah yang berkaitan erat dengan pencegahan penyakit kanker, yaitu peraturan tentang pemakaian zat warna pada makanan dan minuman dan ketentuan BKKBN tentang usia perkawinan, jumlah anak dan jarak melahirkan. Tiga hal terakhir ini berkaitan erat dengan pencegahan kanker leher rahim. Sampai sekarang dana khusus

penanggulangan penyakit kanker juga masih terbatas karena belum ada kegiatan terpadu dan lembaga pemerintah yang menanganinya secara khusus.

Dalam hal ketenagaan, langkah yang ditempuh oleh Depkes diantaranya ialah menempatkan tenaga medis dan paramedis di puskesmas dan rumah sakit di seluruh tanah air, penempatan dokter spesialis 4 dasar serta 3 jenis dokter ahli penunjang medik pada RS Kelas C. Langkah-langkah tersebut telah berhasil menempatkan dokter spesialis kebidanan pada setiap RS kelas C, bahkan sampai pada beberapa RS Kelas D besar. Namun demikian masih banyak RS Kelas C yang belum memiliki dokter spesialis bedah, radiologi, anesthesiologi dan patologi (klinik serta anatomi).

Peralatan standar bagi spesialis dasar pada setiap RS Kelas C, termasuk radiodiagnostik dan anesthesiologi pada umumnya telah dapat disediakan, baik oleh Pemda maupun Depkes. Kemampuan diagnostik pada RS Kelas C dan balai laboratorium kesehatan pada setiap propinsi telah memadai, baik yang dilakukan oleh tenaga medis maupun paramedis. Akan tetapi, kemampuan pemeriksaan patologi anatomi masih sangat terbatas, dan umumnya hanya dapat dilaksanakan di rumah sakit pendidikan saja. Pengiriman spesimen dari RS Kelas D ke pusat pendidikan telah dilaksanakan dan cukup memadai, meskipun masih dijumpai hambatan teknis dan waktu.

Pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bagi tenaga dokter umum dan paramedis di bidang ilmu bedah, kebidanan, penyakit dalam, kesehatan anak, mata dan bedah, meskipun kurikulumnya masih bersifat umum dan belum mempunyai kedalaman dalam bidang onkologi, telah dilaksanakan sebagai salah satu alternatif untuk memenuhi kekurangan tenaga spesialis di rumah sakit, khususnya di daerah terpencil. Pelatihan peningkatan pengetahuan dan keterampilan tersebut memperoleh prioritas tinggi dalam Repelita V khususnya bagi daerah tingkat kabupaten. Prioritas diutamakan pada operasionalisasi dan pembinaan.

Penyempurnaan Peraturan Perundang-undangan Rumah Sakit dan Hukum Kesehatan/Kedokteran ini merupakan salah satu program Repelita V di bidang kesehatan.

Masalah Penanggulangan Kanker

- (1) Kebijakan penanggulangan kanker secara nasional belum ada;
- (2) Koordinasi dalam penanggulangan penyakit kanker masih kurang;
- (3) Sistem pencatatan atau registrasi belum memadai;
- (4) Penderita datang sudah dalam keadaan stadium lanjut;
- (5) Jumlah penderita kanker stadium lanjut masih cukup tinggi;
- (6) Penyebaran dan jumlah fasilitas pelayanan masih belum memadai;
- (7) Sistem rujukan belum berjalan sebagaimana mestinya;
- (8) Pengetahuan tentang faktor risiko dan cara hidup sehat belum diketahui secara merata, antara lain karena jumlah penduduk yang berpendidikan rendah atau buta aksara masih cukup tinggi;
- (9) Jumlah penduduk berusia lanjut makin meningkat sehingga penyakit degeneratif dan neoplasma makin meninggi;
- (10) Peraturan perundang-undangan dalam penanggulangan penyakit kanker masih kurang sempurna;
- (11) Jumlah dan penyebaran tenaga pelaksana kesehatan belum memadai;

- (12) Pendidikan tenaga kesehatan belum memenuhi kebutuhan;
- (13) Sarana, prasarana dan dana masih belum mencukupi kebutuhan penanggulangan penyakit kanker; dan
- (14) Peran-serta swasta belum dimanfaatkan secara optimal.

Kebijakan dalam Langkah-langkah

1. Tujuan

Tujuan umum: (a) Meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan dalam penanggulangan penyakit kanker; dan (b) Menurunkan angka kesakitan dan kematian karena penyakit kanker, serta meningkatkan kualitas hidup penderita kanker.

Tujuan khusus: (a) Meningkatkan upaya pencegahan kanker baik dalam skala terbatas maupun luas; (b) Mengembangkan upaya penelitian dan sistem informasi penyakit kanker; (c) Meningkatkan upaya deteksi dan diagnosis dini; (d) Meningkatkan upaya kuratif dan rehabilitatif bagi penderita kanker; (e) Mengembangkan tenaga dan sarana/fasilitas pelayanan kesehatan untuk penanggulangan penyakit kanker; dan (f) Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tenaga di bidang kanker.

2. Kebijakan

Untuk mencapai tujuan di atas, maka ditetapkan kebijakan sebagai berikut:

- (1) Penentuan prioritas jenis penyakit kanker yang akan ditangani di dasarkan atas pertimbangan: tingginya angka kesakitan, angka kematian dan kecacatan; banyaknya golongan usia produktif yang terserang; adanya metodologi dan teknologi yang efektif untuk pencegahan dan terapi; dan adanya kemampuan tenaga dan dana serta kerjasama lintas sektor dengan lembaga-lembaga internasional;
- (2) Penanggulangan kanker dilaksanakan secara terpadu, baik secara lintas sektor maupun lintas program dengan desentralisasi melalui upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan rujukan yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif rehabilitatif dan memanfaatkan teknologi tepat guna dan memanfaatkan hasil penelitian dan pengembangan kesehatan. Desentralisasi diwujudkan dengan meningkatkan kemampuan teknologi, manajemen, pendanaan oleh daerah dan masyarakat setempat. Fungsi pusat lebih diarahkan kepada pengendalian, pembimbingan dan pemberian bantuan yang dibutuhkan;
- (3) Kegiatan pelaksanaan upaya komunikasi, informasi dan edukasi (KIE), kerjasama intersektoral dan peran-serta masyarakat termasuk swasta, organisasi profesi dan lembaga swadaya masyarakat ditingkatkan;
- (4) Kegiatan penelitian dan pengembangan ditingkatkan untuk mengetahui besarnya masalah dan golongan yang berisiko tinggi serta untuk mendapatkan metode penanggulangan dan teknologi tepat guna; dan
- (5) Pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan paramedis di bidang onkologi ditingkatkan.

3. Langkah-langkah

- (1) Mengembangkan registrasi kanker yang didasarkan pada patologi rumah sakit dan penduduk di suatu wilayah;
- (2) Meningkatkan penelitian kanker khususnya epidemiologi (deskriptif dan analitik, misalnya: kebiasaan merokok), studi intervensi dan karsinogenesis;
- (3) Pencegahan primer, khususnya yang berkaitan dengan tembakau melalui peningkatan KIE serta penetapan perundang-undangan;
- (4) Deteksi dan diagnosis dini khususnya terhadap kanker leher rahim, payudara dan kulit;
- (5) Peningkatan sarana pengobatan kanker melalui penetapan sistem rujukan dan penyediaan fasilitas diagnostik, obat anti kanker serta obat analgesik;
- (6) Peningkatan pelayanan rehabilitatif dan paliatif untuk penderita kanker;
- (7) Pembentukan organisasi atau panitia nasional penanggulangan penyakit kanker di tingkat pusat dan daerah yang mampu merencanakan, melaksanakan koordinasi dan mengadakan evaluasi program penanggulangan kanker; dan
- (8) Mengupayakan pembangunan rumah sakit kanker sebagai pusat kanker nasional.

Pokok-pokok Kegiatan

1. Pencegahan primer.

Usaha pencegahan primer terjadinya kanker dapat dicapai dengan mengurangi pemaparan dan meningkatkan daya tahan terhadap bahan karsinogenik. Beberapa jenis penyakit kanker yang dapat dicegah secara primer adalah kanker paru, rongga mulut, hati, kulit, leher rahim dan kolon atau rektum. Kegiatan-kegiatan yang perlu dilaksanakan antara lain: (1) Meningkatkan KIE kanker dengan sasaran utama pelajar SD atau sekolah lanjutan dan kelompok dewasa muda; (2) Meningkatkan peraturan atau perundang-undangan untuk mengurangi bahaya pemakaian zat-zat karsinogenik termasuk tembakau; dan (3) Pembinaan pola hidup sehat.

2. Deteksi dan diagnosis dini.

Dilakukan dengan tujuan untuk menemukan kanker tingkat dini dan dicapai dengan peningkatan fasilitas pemeriksaan sitologi serviks dan dahak untuk penemuan dini kanker leher rahim dan paru. Penemuan dini kanker payudara diusahakan melalui popularisasi pemeriksaan payudara sendiri dan mammografi. Kedua kegiatan tersebut di atas didukung dengan usaha KIE dengan sasaran utama wanita berusia di atas 35 tahun.

3. Peningkatan pelayanan penderita kanker.

RS kelas A harus berfungsi sebagai rujukan tertinggi dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian di bidang kanker. Semua RS Kelas B dan RS Swasta kelas utama harus mempunyai tim kanker dan fasilitasnya ditingkatkan sehingga dapat melaksanakan diagnosis dini dan pengobatan sederhana bagi penderita kanker. Obat-obat untuk mengatasi rasa nyeri, termasuk morfin oral, dimungkinkan pengadaan-

- nya di semua rumah sakit dan puskesmas terutama bagi penderita yang tidak perlu dirujuk.
4. Pelayanan rehabilitasi penderita kanker di RS kelas A dan B harus memadai. Sebagai tempat pelayanan, rehabilitasi perlu ditingkatkan, misalnya melalui pembentukan perkumpulan mantan penderita kanker yang pernah menjalani mastektomi dan kolostomi.
 5. Pendidikan dan pelatihan tenaga.
Untuk dapat melaksanakan kegiatan penanggulangan kanker perlu direncanakan dan dilaksanakan usaha pendidikan dan pelatihan bagi dokter spesialis (termasuk spesialis patologi dan radioterapi), dokter umum, tenaga teknik sitologi dan histopatologi, tenaga paramedis, tenaga ahli fisika radiasi, tenaga rehabilitasi medik, tenaga penyuluh, pekerja sosial, dan kader masyarakat.
 6. Registrasi kanker.
Sistem laporan data kanker dari rumah sakit perlu ditingkatkan sehingga seluruh penderita kanker (yang rawat-inap maupun berobat jalan) termasuk dari semua RS swasta kelas madya ke atas dapat dilaporkan kepada Ditjen Pelayanan Medik. Registrasi kanker di laboratorium patologi juga perlu dikembangkan sehingga meliputi semua laboratorium, baik swasta maupun pemerintah. Demikian pula harus diperhatikan pengembangan *Hospital based cancer registry*, terutama di RS Kelas A, B dan beberapa RS Kelas C. *Population based cancer registry*, dikembangkan di beberapa wilayah tertentu yang berpenduduk 2 sampai 3 juta orang, antara lain di Yogyakarta, Bali dan Semarang.
 7. Penelitian dan pengembangan.
Usaha penelitian dan pengembangan diarahkan untuk mengetahui besarnya masalah kanker, golongan penduduk yang berisiko tinggi, serta mendapatkan metode dan teknologi penanggulangan yang tepat guna. Penelitian yang perlu dilaksanakan meliputi: penelitian epidemiologi deskriptif; penelitian epidemiologi analitik; studi intervensi atau proyek panduan penanggulangan kanker; dan studi gaya hidup.
 8. Pengorganisasian.
Dibentuk Panitia Nasional Penanggulangan Penyakit Kanker dan juga beberapa Tim Teknis sesuai dengan kegiatan yang akan dijalankan. Departemen Kesehatan membentuk suatu wadah khusus untuk penanggulangan penyakit kanker, dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 155/Menkes/SK/III/1990 tertanggal 20 Maret 1990. Meskipun angka pasti mengenai insidensi kanker belum dapat dikemukakan, namun berdasarkan laporan rumah-rumah sakit pendidikan dan 17 laboratorium patologi anatomi diperkirakan bahwa insidensi minimum kanker di Indonesia kira-kira 90 sampai 100 per 100.000 penduduk. Berarti dalam tahun 1987 hampir 175.000 penderita kanker baru ditemukan dan kira-kira 100.000 penderita kanker telah dirawat di rumah-rumah sakit dengan rata-rata pemondokan selama 2 minggu.

Berdasarkan Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), kematian akibat kanker di masyarakat terus meningkat: 1,4% pada tahun 1972, 3,4% pada tahun 1980, dan 4,3% pada tahun 1986.

Penyakit kanker benar-benar menjadi masalah kesehatan masyarakat yang menduduki urutan ke 5 sampai 6 sesudah kecelakaan dan cedera lalu-lintas, penyakit serebrokardiovaskuler, penyakit syaraf dan jiwa serta lain-lain penyakit degeneratif seperti neoplasma ganas atau kanker. Perkiraan jumlah penderita kanker baru menurut urutan tipe atau lokasi keganasannya dari 9 jenis yang terbanyak dalam tahun 1986 dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Perkiraan jumlah penderita kanker baru tahun 1986

Jenis kanker	Perkiraan Juml. setahun	%
1. Serviks	28.000	16
2. Hati	21.000	12
3. Payudara	17.500	10
4. Paru	15.750	9
5. Kulit	13.125	7,5
6. Nasofaring	12.250	7
7. Limfomata	10.500	6
8. Leukemia	8.750	5
9. Kolorektal	7.875	4,5
10. Lain-lain	33.250	19
Jumlah	175.000	100

Sumber: Seminar Manajemen Kanker, Ciawi, Bogor, 1988

Penyebab terjadinya kanker yang terus meningkat adalah: (1) Proporsi penduduk usia lanjut meningkat; (2) Penyakit infeksi dan parasit berkurang; (3) Konsumsi tembakau meningkat; (4) Gaya hidup dan pola makan berubah; (5) Industrialisasi; dan (6) Pencemaran lingkungan (polusi). Data frekuensi relatif yang dikumpulkan Badan Litbangkes yang bersumber dari laporan catatan medik rumah sakit maupun laboratorium patologi anatomi kurang representatif untuk dapat menggambarkan frekuensi yang sesungguhnya di masyarakat, karena banyak kasus kanker tidak diperiksa secara histopatologik. Jenis kanker yang mudah didiagnosis atau di biopsi adalah kanker serviks, kulit, nasofaring, kelenjar limfa, rektum dan payudara. Perhatian para klinisi dan fasilitas alat-alat canggih yang memungkinkan ketepatan diagnostik, akan mempengaruhi angka-angka frekuensi relatif tersebut di atas. Sebagai contoh, angka frekuensi relatif kanker hati akhir-akhir ini meningkat, akibat kehadiran USG dan *scanning* hati. Dari data frekuensi relatif yang telah dihimpun oleh Litbangkes dapat disimpulkan, bahwa lokasi kanker yang paling sering ditemukan di Indonesia (menurut urutan frekuensi) ialah: kanker serviks, payudara, kulit, nasofaring, kelenjar limfa, hati, ovarium, paru, rektum dan anus. Yang menarik ialah meningkatnya kanker paru-paru di Jakarta dan Surabaya, rendahnya kanker serviks dan tingginya kanker payudara di Sumatera Barat, serta tingginya kanker penis di Bali dan Ujung Pandang. Dengan perkembangan sosial-ekonomi diperkirakan akan terjadi perubahan pola penyakit kanker yang diperkirakan akan meningkat dalam tahun-tahun mendatang, yaitu kanker paru, payudara, ovarium, rahim, kolorektal, pankreas dan prostat. Sedangkan yang diramalkan akan berkurang ialah: kanker hati, kanker serviks, rongga mulut, lambung esofagus dan kanker kulit.

Strategi Pengendalian dan Penetapan Prioritas

Tujuan pokok dari Program Pengendalian Kanker secara Nasional (*National Cancer Control Programme = NCCP*) ialah: (1) Mencegah timbulnya penyakit kanker; (2) Menurunkan morbiditas dan mortalitas kanker; dan (3) Menyediakan sarana pengobatan dan perawatan optimal bagi penderita kanker (Depkes R.I., 1989). Penetapan prioritas secara cermat yang mempertimbangkan *cost-benefit* dan *cost-effectiveness* dari program adalah sangat vital, khususnya dalam hal sumber-sumber daya dan dana yang sangat terbatas. WHO mendorong dan selalu membantu pengembangan program pengendalian kanker. Petunjuk pelaksanaan, termasuk cara-cara pendekatan yang dianjurkan seperti: penilaian terhadap situasi yang ada sekarang, penetapan tujuan umum dan khusus pelayanan kesehatan, evaluasi strategi dan program yang dimungkinkan, dan penetapan prioritas atas dasar penilaian kuantitatif, telah dibuat untuk para pejabat penentu kebijakan (*policy makers*) di bidang kesehatan.

Cara-cara pendekatan melalui pencegahan, diagnosis, pengobatan kanker, dan pemantauan efektifitas program-program yang ada, perlu ditingkatkan. Bila perlu diadakan penyesuaian dan dicoba metode baru di lapangan. Program-program di pelbagai negara berbeda dalam pelbagai faktor, seperti distribusi umur dari populasi dan frekuensi dari pelbagai jenis kankernya.

Program penanggulangan kanker yang berhasil biasanya dikendalikan oleh sebuah komite nasional, yang program-programnya dilaksanakan melalui sistem pelayanan kesehatan yang sudah ada. Oleh karena itu pengendalian kanker harus dilaksanakan secara terpadu dan lintas sektoral dengan semua instansi yang terkait, baik unsur pemerintah maupun swasta.

Tabel 4. Kebijakan efektif yang tersedia untuk pengendalian enam jenis kanker terbanyak yang ditemukan pada wanita (WHO, 1985)

Jenis tumor	Jumlah kasus/tahun	Pencegahan primer	Deteksi dini	Terapi kuratif	Penanggulangan nyeri
Payudara	541.000	-	++	++	++
Serviks	459.000	+	+++	++	++
Lambung	261.000	+	-	+	++
Kolorektal-usus	256.000	+	-	+	++
Paru	127.000	+++	-	+	++
Mulut-faring	107.000	+++	++	++	++

Tabel 4 memperlihatkan 6 jenis kanker terbanyak pada wanita menurut urutan tinggi frekuensinya disertai rasio keberhasilan pendekatan yang tersedia saat ini untuk tiap jenis tumor tersebut. Ada 4 macam kebijakan (strategi) dalam menanggulangi kanker yaitu: (1) Pencegahan primer; (2) Deteksi dan diagnosis dini; (3) Pengobatan (terapi) dengan tujuan kesembuhan (kuratif); dan (4) Penanggulangan nyeri.

Pencegahan primer

Upaya potensial untuk menurunkan mortalitas kanker di seluruh dunia adalah dengan pencegahan primer. Penelaahan kembali data epidemiologik untuk pen-

cegahan kanker di Amerika Serikat menunjukkan bahwa faktor penyebab utama adalah tembakau dan diet. Diperkirakan 30% kematian kanker di Amerika disebabkan oleh tembakau dan hampir 35% dikaitkan dengan diet, meskipun tidak dirinci lebih lanjut mengenai jenis dan pola makan. Oleh karena pencegahan primer biasanya ditujukan kepada jumlah populasi yang besar, maka biayanya menjadi tinggi dan programnya sulit dilaksanakan. Pada umumnya pencegahan melibatkan pendidikan masyarakat dan perundang-undangan yang berhubungan dengan keputusan-keputusan pribadi (misalnya apakah seseorang akan berhenti merokok) dan peraturan hukum (misalnya perlindungan lingkungan atau konsumen). Banyak penelitian lapangan diperlukan untuk mengetahui cara mengubah perilaku masyarakat dalam hubungannya dengan kanker.

Strategi pengendalian kanker mulut dan tenggorok di Asia Tenggara baru-baru ini dievaluasi pada pertemuan WHO. Jumlah penderita kira-kira sepertiga dari semua penderita kanker yang ada di wilayah tersebut dan sebagian besar penyebabnya adalah tembakau. Mereka yang tidur dengan susur tembakau di mulutnya, atau yang sering mengunyah tembakau dan memakan susur dalam waktu lama, merupakan kelompok risiko tinggi. Pencegahan primer melalui pendidikan dan pembuatan undang-undang yang mengatur konsumsi tembakau, merupakan prioritas tinggi. Studi prospektif di India menunjukkan bahwa pengurangan konsumsi tembakau dapat dicapai melalui perubahan gaya hidup masyarakat. Kebanyakan kasus kanker paru di negara sedang berkembang disebabkan oleh rokok sigaret buatan pabrik. Ada petunjuk adanya hubungan antara banyaknya rokok sigaret yang dihisap maupun lamanya seseorang menghisap rokok itu dengan munculnya kanker paru, terutama mereka yang mulai merokok di usia muda. Pertemuan WHO menyimpulkan, bahwa kampanye anti rokok haruslah menjadi inti dari strategi pengendalian kanker paru saat ini.

Di negara sedang berkembang, sekitar 80% penderita kanker hati disebabkan oleh infeksi virus Hepatitis B. Vaksin yang efektif telah dibuat dan dipasarkan, akan tetapi masih terlampau mahal untuk digunakan di dunia ketiga. Bilamana dapat dikembangkan vaksin yang lebih murah, akan diperlukan infrastruktur dan personil yang mampu meneruskan penggunaannya melalui program imunisasi umum.

Deteksi Dini

Tujuan deteksi dini adalah menemukan kanker pada awal proses penyakit, sehingga dengan penanganan yang sederhana dan murah, seringkali dapat disembuhkan (*curable*). Bila dapat dideteksi pada stadium sebelum menjadi ganas atau invasif (stadium pramaligna) dan ditangani secara profesional, hampir dapat dipastikan kesembuhan 100%. Misalnya: deteksi dari displasia dan karsinoma in situ (kanker intra-epitelial) dari serviks atau leukoplakia yang displastik dari selaput lendir (mukosa) mulut. Beberapa prosedur khusus digunakan untuk pemeriksaan penderita-penderita yang asimtomatik. Di samping itu masyarakat dapat diajari untuk mengenal tanda-tanda dan gejala awal dari keganasan yang terdapat dalam dirinya sendiri. Seperti halnya pencegahan primer, program deteksi dini harus dilaksanakan dalam skala besar dan luas, meskipun untuk meningkatkan efektifitas program difokuskan pada golongan risiko tinggi. Program deteksi dini yang efektif ternyata dapat dikembangkan untuk melacak kanker serviks, payudara dan mulut.

Kematian akibat kanker serviks di beberapa negara turun dengan drastis, khususnya di negara-negara yang telah melaksanakan skrining awal bagi penduduknya. Banyak program skrining masal hanya menjangkau sebagian kecil saja dari penduduk berisiko tinggi. Menapis 100.000 wanita sekali dalam 10 tahun lebih efektif daripada menapis 20.000 wanita tiap 2 tahun dalam periode yang sama. Di samping jangkauan liputan yang luas, penyediaan laboratorium sitologi dan patologi yang baik sangat penting, agar jumlah hasil-hasil pemeriksaan yang positif palsu maupun yang negatif palsu dapat ditekan serendah mungkin.

Mammografi dan pemeriksaan klinis oleh dokter dengan atau tanpa BSE (*Breast Self Examination*) atau SARARI (Periksa Payudara Sendiri) pada umumnya terbukti lebih efektif dalam melacak dini kanker payudara. Sekitar 80-90% kanker payudara ditemukan oleh penderitanya sendiri. Di negara yang belum melakukan program pendidikan dan penyuluhan mengenai SARARI, deteksi keganasan payudara sering ditemukan pada stadium yang sudah agak lanjut, terutama di negara-negara yang sedang berkembang. Meskipun demikian mungkin hanya SARARI yang merupakan satu-satunya sarana pemeriksaan untuk skrining masal kanker payudara terutama di negara sedang berkembang, mengingat biaya pelacakan menggunakan teknik *imaging* yang canggih tidak akan terjangkau bila ditujukan bagi seluruh penduduk dalam skala besar. Lain halnya bila dilakukan pada mereka yang tergolong mempunyai risiko tinggi, yaitu wanita dari Eropa Barat atau Amerika Serikat.

Mammografi secara selektif dapat dipertimbangkan pada obesitas dengan paritas rendah atau infertil, kehamilan atau persalinan pertama terjadi pada umur lewat 35 tahun, wanita yang tak pernah dapat menyusui anaknya, adanya riwayat kanker payudara dalam keluarga, atau pernah menderita kanker payudara di salah satu pihak dan mastopatia kronik yang kistik. Efektifitas SARARI sebagai satu-satunya metode pelacakan awal kanker payudara belum dapat dipastikan. Saat ini sejumlah penelitian yang terkendali sedang berlangsung di Uni Soviet secara prospektif - atas bantuan WHO semenjak tahun 1985 - untuk menilai validitas dalam menurunkan mortalitas wanita akibat kanker payudara. SARARI adalah metode sederhana, tidak mahal, tidak invasif dan tidak merugikan karena tidak membawa risiko, dan meningkatkan rasa tanggung jawab terhadap kesehatan diri sendiri. Di negara sedang berkembang, lebih dari 50% kanker rongga mulut dideteksi setelah prosesnya cukup lanjut. WHO ikut serta dalam proyek latihan bagi tenaga kesehatan puskesmas untuk melakukan skrining kanker rongga mulut dan leukoplakia di Sri Lanka. Pemeriksaan oral dikerjakan dengan cermin gigi di klinik maupun selama kunjungan rumah (*home visit*) secara rutin. Begitu ditemukan adanya tanda-tanda lesi pramaligna, penderita langsung dirujuk ke pusat-pusat pelayanan regional atau nasional untuk konfirmasi diagnosis dan bila perlu sekaligus penanganannya.

Pengobatan Kanker

Penderita kanker cenderung datang berobat setelah penyakitnya mencapai stadium lanjut, disebabkan antara lain oleh rasa takut atau malu diketahui menderita kanker; takut dioperasi; takut karena biaya pengobatan mahal; jarak rumah penderita yang jauh dari sarana pelayanan (rumah sakit); coba-coba diobati sendiri secara tradisional; atau lebih dulu pergi ke dukun di desa yang lebih dekat.

Di negara maju, saat ini kebijakan pengobatan kanker disesuaikan dengan tuntutan pengobatan dengan teknologi canggih yang dapat memberi kesembuhan kepada lebih kurang sepertiga kanker stadium yang sudah agak lanjut pada waktu diagnosis pertama ditegakkan. Oleh sebab itu deteksi dini melalui program skrining masal sangatlah penting, dan bila dana memang terbatas, seleksi dapat dilakukan pada kelompok risiko tinggi saja.

Dari Tabel 4, dapat dilihat terapi kuratif yang hanya tersedia bagi sebagian kecil dari keenam macam tumor ganas yang paling banyak ditemukan pada wanita. Walaupun begitu, hampir semua negara mengalokasikan sebagian besar anggaran untuk mendapatkan terapi kanker. Jumlah penderita kanker yang dapat dicegah atau dideteksi dini jauh lebih besar daripada mereka yang dapat disembuhkan sesudah menderita kanker. Perlu disadari, bahwa program deteksi dini jelas dapat meningkatkan efektifitas pengobatan dan dengan demikian berarti meningkatkan rasio kesembuhannya. Sayangnya, hanya sebagian kecil dari dana yang tersedia yang dialokasikan untuk program-program pencegahan primer maupun deteksi dini kanker. Dua pertiga kanker di seluruh dunia memerlukan pengobatan untuk menghilangkan rasa nyeri secara efektif. Namun yang tersedia untuk itu tidak sepadan dengan apa yang sebenarnya diperlukan.

Dasar pengobatan kanker yang baku pada saat ini adalah pembedahan, radio-terapi, dan kemoterapi. Selebihnya seperti: imunoterapi, terapi hormonal, terapi dietetik, termoterapi dan sebagainya masih bersifat eksperimental. Modalitas terapi yang dipilih untuk suatu kasus keganasan tertentu, ditentukan oleh lokasi tumor, tipe histologik tumor dan stadium lesinya, yang diputuskan oleh suatu tim ahli yang sudah berpengalaman di tiga bidang modalitas terapi kanker, yaitu : *surgeon oncologist*, *radiotherapist* dan *medical oncologist*. Penanganan kanker secara multidisipliner hanya dapat dikerjakan di rumah-rumah sakit kelas A dan B yang diperuntukkan bagi calon-calon dokter spesialis. Standardisasi kegiatan klinik secara rutin membuka jalan bagi pengadaan peralatan medik, peralatan penunjang dan perencanaan sarana pelayanan kesehatan. Selanjutnya prosedur manajemen penderita maupun sarana pelayanannya merupakan alat yang berharga bagi training tenaga kesehatan.

Pada umumnya pembedahan merupakan cara paling efektif untuk menangani kanker jenis apapun, bila dapat dideteksi dini. Cara pendekatan ini jauh lebih mudah diperoleh dari pada modalitas terapi yang lain.

Radioterapi berhasil baik untuk pengelolaan beberapa jenis kanker tertentu, seperti penyakit Hodgkin stadium I dan II. Cara ini juga mempunyai peranan penting untuk paliasi kanker stadium lanjut. Namun investasi pertama dari peralatan dan perawatan yang diperlukan amat tinggi. Selain itu jumlah radioterapis yang terlatih dan memenuhi kualifikasi belumlah banyak bila dibandingkan dengan jumlah ahli bedah.

Kemoterapi tidak cocok untuk pengobatan inisial kebanyakan kanker, akan tetapi diindikasikan untuk pengobatan penyakit Hodgkin stadium lanjut (III dan IV), leukemia dan beberapa jenis kanker yang lain. Di negara sedang berkembang harga sitostastika yang digunakan umumnya tidak terjangkau oleh rakyat kecil, disamping langkanya kemoterapi yang berkualitas dan kebutuhan akan sarana khusus yang dapat memantau respon penderita serta kemungkinan toksisitas yang timbul, merupakan kendala yang perlu diperhatikan bagi jenis terapi semacam ini, khususnya di negara sedang berkembang.

Nyeri kanker

Untuk tahun-tahun yang akan datang, masih banyak penderita kanker yang datang dalam stadium yang melewati stadium yang masih dapat disembuhkan. Upaya yang dilakukan adalah menyediakan perawatan yang dapat membebaskan mereka dari perasaan nyeri. WHO sedang berusaha untuk meningkatkan upaya penanggulangan nyeri itu dengan membuat skema yang sangat sederhana untuk dilaksanakan.

Penetapan Prioritas

Tampaknya memang tidak mungkin bagi setiap negara untuk melakukan segala kegiatan penanggulangan kanker yang efektif untuk mencegah atau mengobati kanker. Alternatif-alternatif kebijakan harus dibandingkan satu terhadap lainnya, sehingga yang paling efektif akhirnya dipilih. Evaluasi dari kegiatan yang potensial dan penetapan prioritas menggunakan prosedur formal, biasanya dapat diselesaikan dalam beberapa hari dengan mengambil bagian kecil saja dari ongkos atau biaya pelaksanaan program. Analisa WHO tentang penetapan prioritas untuk pengendalian kanker rongga mulut di negara sedang berkembang, merupakan contoh yang baik. Perkiraan-perkiraan telah dibuat, mengenai keuntungan biaya dari enam program yang disusun menurut urutan pengurangan yang diharapkan dari insidensi, morbiditas dan mortalitas disesuaikan dengan sumber-sumber yang tetap di negara-negara tertentu, termasuk India dan Sri Lanka. Hasilnya menunjukkan, bahwa pencegahan primer melalui pendidikan kesehatan dan pembuatan perundang-undangan haruslah memperoleh prioritas tinggi pada tingkat nasional, dan bahwa tindakan semacam itu akan dapat diharapkan memberi hasil yang lebih besar dalam penurunan morbiditas dan mortalitas daripada investasi yang sebanding dari sumber dana pelayanan kesehatan yang digunakan untuk terapi. Selanjutnya program-program deteksi dini dalam masyarakat, yang dikaitkan dengan penanganannya, sekaligus haruslah menjadi bagian pula dari program pengendalian kanker rongga mulut.

Meskipun alokasi anggaran tidak senantiasa harus didasarkan kepada analisa semacam itu, namun cara pendekatan ini dapat berharga dalam mengorganisir informasi yang diperlukan mengenai kanker yang ada, dalam menetapkan kemungkinan kebijakan yang akan dipilih dan dalam merencanakan serta menentukan prioritas yang harus didahulukan dalam program pengendalian kanker secara nasional.

Kebijakan Pengendalian Kanker di Indonesia

1. Prioritas utama diletakkan pada upaya pencegahan primer dalam skala besar melalui pendidikan dan penyuluhan masyarakat, dari berbagai jenis kanker yang telah diketahui penyebabnya (agen karsinogeniknya) seperti:
 - (a) Kanker paru (rokok, terutama sigaret, polusi udara karena asap pabrik dan kendaraan bermotor, polusi lingkungan misalnya karena debu asbestos, serbuk kayu dan sebagainya);
 - (b) Kanker hati (imunisasi terhadap infeksi hepatitis-B, mikotoksin, hindari minuman dan makanan yang mengandung faktor kokarsinogen maupun karsinogen, khususnya *food additives*);

- (c) Kanker serviks (upayakan higiene seksual yang baik, menghindari promiskuitas, mencegah kawin muda, jumlah anak dibatasi, obati segera infeksi alat genital yang disebabkan oleh STD (*Sexually Transmitted Diseases*) khususnya Herpes Simpleks Virus (HSV) atau Human Papilloma Virus (HPV); dan
- (d) Kanker kulit (hindari kontak dengan bahan-bahan yang mengandung faktor karsinogenik seperti logam berat, kosmetika, ekspose berlebihan terhadap sinar uviol, rontgen, zat radio-aktif dan sebagainya).
2. Prioritas berikutnya adalah deteksi dini secara masal (bila dananya tersedia) atau setidaknya selektif terhadap jenis kanker yang dapat disembuhkan (*curable cancers*) dan merujuk penderitanya segera, tanpa keterlambatan (*delay*) ke pusat-pusat kanker yang mampu menangani secara canggih dengan tujuan kuratif, yaitu rumah-rumah sakit kelas B pendidikan yang ada tim kankernya dan kelas A sebagai top-referral hospital pada tingkat nasional. Kalau jenis-jenis kanker yang dapat dideteksi dini dapat ditangani secara adekuat di rumah sakit kelas C (rumah sakit kabupaten), maka penderita tidak perlu jauh-jauh dirujuk ke rumah sakit pendidikan di propinsi (rumah sakit kelas B yang dipakai untuk pendidikan dokter umum dan dokter spesialis yang ada tim kankernya). Oleh karena itu perlu bantuan peningkatan mutu pelayanan dari rumah-rumah sakit kelas C di wilayahnya secara periodik. Kasus-kasus yang kiranya tidak dapat diselesaikan di rumah sakit kelas C tanpa ada usaha-usaha untuk mencoba menangani terlebih dahulu, harus langsung dirujuk ke rumah sakit kelas B atau A yang ada tim kankernya. Ingatlah bahwa tujuan pengobatan di sini adalah kuratif (penyembuhan).
3. Untuk penderita kanker yang datang dalam stadium lanjut-sehingga tujuan pengobatan untuk kesembuhan sudah tidak dapat dicapai, tidak perlu dirujuk dan cukup ditangani di rumah sakit kelas C (rumah sakit kabupaten) untuk pengobatan paliatif, serta supportif dan sedapat mungkin secara rawat jalan (poliklinis). Selanjutnya untuk perawatan terminal, penderitanya dapat diserahkan kembali ke puskesmas darimana penderita itu berasal. Bisa juga penderita semacam itu dirawat di rumah sendiri atau panti-panti perawatan khusus penderita kanker yang dikelola oleh masyarakat atau swasta. Untuk perawatan terminal ini yang penting adalah penanggulangan nyeri kanker (*cancer pain relief*), yang pelaksanaannya tidak harus dengan rawat-inap, akan tetapi sedapat mungkin secara *ambulant*. Oleh karena itu perlu dipikirkan pemerintah, dalam hal ini Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan (Ditjen POM), untuk memberi kemudahan bagi penderita semacam itu yang sangat membutuhkan opioid (morfin, codein, pethidin dan sebagainya). Untuk perawatan supportif, promotif dan rehabilitatif (baik fisik, psikis, spiritual maupun sosial) terpadu jangan dibebankan kepada tanggung jawab pemerintah saja, namun lebih banyak dimintakan tanggung jawab kepada masyarakat (keluarga, Rukun Warga, LKMD, PKK, paguyuban-paguyuban, organisasi masyarakat yang bergerak di bidang sosial, ikatan profesi, YKI dan sebagainya), yang tujuan pokoknya adalah mengupayakan agar supaya sisa hidupnya tidak hanya berarti bagi dirinya sendiri, tetapi juga bagi keluarga dan masyarakat sekitar dan apabila meninggal dunia tanpa rasa takut dan rasa nyeri.

4. Penderita kanker yang dapat disembuhkan tetapi kemudian cacat memerlukan rehabilitasi fisik. Kadangkala berupa bedah rekonstruksi dan tidak jarang memerlukan pelbagai macam prothesa. Untuk itu mereka dapat saja dirujuk kepada pusat-pusat kanker canggih yang dapat melayaninya.
5. Seterusnya perlu ditangani peningkatan dan pembinaan infrastruktur yang dapat menunjang kegiatan-kegiatan tersebut di atas secara efisien, diantaranya: pendidikan masa yang ada, pendidikan dan pelatihan di bidang onkologi bagi tenaga kesehatan (dokter dan paramedis), perbaikan catatan medik di semua rumah sakit - diusulkan agar pencatatan tumor ganas disendirikan dengan menggunakan kode ICDO (*International Classification of Diseases in Oncology*) - meliputi semua kasus kanker yang rawat tinggal maupun yang rawat jalan, peningkatan dan pembinaan sarana pelayanan kanker sesuai kebutuhan bagi pelbagai klasifikasi sarana pelayanan tersebut; menetapkan dan mengusahakan obat-obat anti kanker yang esensial (sitostatika, hormon dan antidotanya) secara nasional yang murah dan terjangkau oleh masyarakat berpenghasilan rendah; menggerakkan dan menghimpun dana yang ada dalam masyarakat untuk tujuan penanggulangan penyakit kanker secara nasional; memacu peran serta masyarakat agar merasa ikut bertanggungjawab dan akhirnya mengusulkan kepada pemerintah agar di Depkes ada badan khusus yang secara nasional memperhatikan dan mengkoordinir semua kegiatan dalam penanggulangan kanker.

Bila cara-cara pendekatan seperti yang telah dikemukakan di atas dapat diwujudkan, maka dana yang ada dalam masyarakat maupun yang dapat disediakan oleh negara, akan digunakan secara tepat-guna dan berdaya guna. Setelah program-program dari Badan Koordinasi Penanggulangan Kanker Nasional (BKPKN) itu dievaluasi, akan mengakibatkan turunnya insidensi, morbiditas maupun mortalitas kanker yang dewasa ini begitu tinggi kedapatan dalam masyarakat.

Kepustakaan

- Depkes. R.I. 1989 *Pokok-pokok Kegiatan Penanggulangan Penyakit Kanker di Indonesia*, hal. 1-27. Departemen Kesehatan R.I., Jakarta.
- WHO & Ministry of Health 1988 *Seminar and Workshop on Cancer Management*, Ciawi-Caringin, Bogor.