

Kebijakan Pengendalian Penyakit Kanker (Serviks) di Indonesia

BAMBANG DWIPOYONO

SMF Kanker Ginekologi RS Kanker "Dharmais"/Peserta Program Doktoral Peminatan Epidemiologi Klinik
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

ABSTRACT

There is a change pattern of the disease from infectious era to non infectious era in the world, and in Indonesia as well. One of the non infectious diseases in cancer. World Health Organization was launched war resolution to cancer due to higher morbidity and mortality caused by it in the years to come, and encourage to all countries in the world to apply their own national cancer control programs.

Indonesia, in 2005 established Directorate non infectious disease that has responsibility to deal with non infectious diseases such as cancer. And as the first cancer diseases to chosen as national cancer control program are breast cancer and cervical cancer. This huge step is formalized with letter of Ministry of Health no 1163/MenKes/SK/2007, which has aim to conduct national cancer control program for breast and cervical cancer lead by its working groups. This paper is to analyze national control cancer program especially cervical cancer from some pint of view.

Key words: Policy, control, cervical cancer

ABSTRAK

Terjadi perubahan pola penyakit dari penyakit infeksi ke penyakit noninfeksi di dunia, termasuk Indonesia. Salah satu penyakit non-infeksi adalah kanker. Badan kesehatan dunia (WHO) sudah mengeluarkan resolusi perang terhadap kanker. Karena tingginya angka kesakitan dan kematian yang diakibatkannya pada tahun mendatang maka diisyaratkan pada semua negara di dunia untuk melakukan program pengendalian penyakit kanker secara nasional.

Mulai 2005, dengan terbentuknya Direktorat Penyakit Tidak Menular, Indonesia sudah memulai program penanggulangan penyakit kanker dengan prioritas untuk kanker serviks dan kanker payudara. Langkah ini diformalkan dengan keluarnya SK Menkes No. 1163/MenKes/SK/2007 yaitu terbentuknya kelompok kerja pengendalian penyakit kanker leher rahim dan payudara. Tulisan ini bertujuan menganalisis program pengendalian penyakit kanker (khususnya kanker serviks) di Indonesia, dilihat dari beberapa perspektif.

Kata kunci: Kebijakan, pengendalian, kanker serviks

PENDAHULUAN

Organisasi kesehatan dunia (WHO) menyatakan bahwa pada 2020 penyebab kematian dan kesakitan yang diakibatkan oleh penyakit tidak menular adalah 70% dan 60% dari kelompok penyakit lain. Hal ini juga berlaku di negara-negara berkembang, termasuk Indonesia. Resolusi yang dikeluarkan oleh WHO pada 2005 mengisyaratkan diprioritaskannya kerjasama di antara anggota untuk bersama-sama mengembangkan program pengendalian penyakit kanker yang disesuaikan dengan sosio-ekonomi. Tujuannya adalah menurunkan insiden dan mortalitas; meningkatkan kualitas hidup penderita, termasuk keluarganya; secara spesifik mengutamakan pendekatan preventif, diagnosis dini, pengobatan, rehabilitasi, dan perawatan paliatif; serta evaluasi dari setiap pendekatan tersebut. Pengembangan program

KORESPONDENSI

**dr. Bambang
Dwipoyono, SpOG,**
SMF Kanker Ginekologi
RS. Kanker "Dharmais"
Jl. S. Parman Kav. 84-86
Slipi Jakarta Telp. (021)
568 1570, ext. 2501

penanggulangan kanker nasional pada dasarnya meliputi analisis situasi: "burden" dari penyakit, penilaian faktor risiko, faktor kebijakan yang berdampak pada individu, kultur, dan institusi; penetapan target pencapaian dari program yang akan dicanangkan; melakukan evaluasi strategi yang dipilih; dan menetapkan prioritas awal aktivitas penanggulangan kanker.¹

Adanya globalisasi di semua sektor berdampak pada perubahan perilaku gaya hidup masyarakat, pola konsumsi makanan, penurunan aktivitas fisik, dan meningkatnya polusi. Hal tersebut secara tidak sadar berpengaruh terhadap transisi epidemiologik pola penyakit di masyarakat. Menurut hasil survei kesehatan rumah tangga (SKRT), proporsi penyebab kematian yang diakibatkan oleh penyakit menular menurun dari 69,49% (1980) menjadi 44,5% (2001), sedangkan untuk penyakit tidak menular meningkat dari 25,41 (1980) menjadi 48,53% (2001).²

Walaupun kanker tergolong penyakit tidak menular, 20-21% insiden kanker secara global dihubungkan dengan adanya infeksi. Hal ini tidak semata-mata terhadap infeksi virus seperti virus Epstein-Barr, virus herpes, virus papiloma manusia (HPV) yang onkogenik, virus hepatitis B dan C, serta retrovirus T lymphotropik, tetapi juga bakteri (*Helicobacter pylori*): infeksi parasit seperti *Schistosoma haematobium*, *Opisthorchis viverenni*, dan *Clonorchis sinensis*. Kesemuanya itu dihubungkan dengan kanker tertentu. Misalnya: (1) Jenis kelamin, 47% penyebab kanker lambung pada laki-laki disebabkan oleh *H. pylori* dan hanya sekitar 26% pada perempuan; (2) Geografik, di daerah sub-sahara Afrika dan Asia Timur kejadian kanker 40% dihubungkan dengan adanya infeksi, sedangkan untuk Eropa dan Amerika Utara hanya 10%; (3) Keadaan imunitas yang menurun pada penderita HIV.³

Di seluruh dunia terlihat adanya disparitas gender untuk masalah kesehatan, dan lebih menonjol di negara-negara berkembang. Isu kesehatan seperti perawatan kesehatan dasar, *face life-debilitating*, dan *life-threatening* yang kurang tersedia atau memadai; kematian ibu, menikah usia muda, HIV, dan kanker serviks adalah masalah kesehatan yang ditemui di negara-negara berkembang.⁴

Untuk menanggulangi diskrepansi tersebut, khususnya kanker serviks, usaha penanggulangannya haruslah berdasarkan prinsip epidemiologik, seperti biaya yang cukup rendah, akses yang mudah bagi populasi berisiko, tes diagnostik yang memadai, dan pengobatan. PATH, 2000, memberikan prinsip skrining secara umum. Hal itu terpenuhi untuk melakukan skrining terhadap kanker serviks. Antara lain, kanker serviks berdampak pada kesehatan masyarakat, khususnya di negara-negara berkembang; dikenal lesi pra-kanker yang dapat diobati secara aman, efektif, dan diterima; terdapat kurun waktu yang cukup panjang (sekitar 10 tahun) dari lesi pra-kanker

untuk menjadi kanker sehingga cukup tersedia waktu untuk mendeteksi dan mengobatinya; pengobatan lesi awal lebih murah dibandingkan lesi yang lebih berat/lanjut.

MASALAH PENYAKIT KANKER DAN KANKER SERVIKS

Organisasi kesehatan dunia mengeluarkan pernyataan bahwa dengan melakukan aksi secara global (dunia) bersamaan di antara anggotanya maka dapat mencegah kematian akibat penyakit tidak menular-kronik sebesar 36 juta jiwa. Pernyataan ini ditujukan atau ditekankan pada penyakit kanker agar usaha pencegahan dan pengobatan secara terorganisir dapat segera diaplikasikan.⁵ Beberapa komponen dalam pengendalian kanker secara nasional:

1. Usaha pencegahan: meminimalisasi atau mengeliminasi faktor penyebab kanker atau promosi gaya hidup sehat. Karena, pencegahan sangat "cost-effective" dan berdampak besar pada kesehatan masyarakat. Di antaranya kontrol tembakau, vaksinasi terhadap hepatitis B, kemungkinan vaksinasi terhadap virus papiloma manusia, pencegahan transmisi melalui donor darah untuk kemungkinan tertular HBV dan HCV, serta pengaturan diet-aktivitas fisik dan obesitas.
2. Deteksi dini dan skrining: hal ini dapat menurunkan angka kematian karena ditemukan dalam stadium yang lebih awal. Deteksi dini dapat dilakukan untuk kanker payudara, serviks, dan usus besar (kolon). Juga untuk kanker paru dan lambung, tergantung prevalensi di masyarakat.
3. Diagnosis dan pengobatan: diperlukan fasilitas kesehatan yang memadai sebagai komponen yang terintegrasi dalam program penanggulangan kanker nasional. Modalitas pengobatan seperti operasi, radiasi, dan kemoterapi diperlukan, termasuk sumber daya manusia dan finansial. Protokol pengobatan disesuaikan dengan kemampuan dari setiap negara, tetapi tetap mempertahankan faktor keamanan dan efektivitasnya.
4. Perawatan paliatif: perawatan ini sangat diperlukan karena sebagian besar penderita kanker (dalam stadium lanjut) sulit disembuhkan sehingga usaha mengatasi gejala dan mencukupi kebutuhan penderita serta keluarga dalam fase terminal menjadi penting. Pada saat akhir kehidupannya, penderitaan terhadap rasa sakit (nyeri) atau hal-hal lainnya perlu segera dicarikan jalan keluarnya. Diperlukan kebijakan distribusi obat penghilang rasa sakit dan logistik dalam skala nasional.
5. Monitoring dan surveilans: hal ini penting untuk mengevaluasi dampak terhadap perubahan yang terjadi dan intervensi yang sudah dilakukan. Dengan

demikian, dapat dilakukan penyesuaian-penyesuaian agar kebijakan program dapat lebih tajam dan tepat.
6. Riset dan koordinasi program.^{1,5}

Di negara-negara maju, berdasarkan pencatatan registrasi kanker serviks yang ada, terlihat penurunan insiden dan kematian yang diakibatkannya. Hal ini ditengarai terjadi karena perbaikan status sosial ekonomi dibandingkan akibat program deteksi dini. Program deteksi dini dilakukan dengan mengaplikasikan tes Pap (berbasis sitologik) kepada semua perempuan yang aktif secara seksual setahun sekali. Program tes Pap 2-5 tahun sekali sudah dilakukan dan menjadi kebijakan yang sudah cukup lama. Penurunan angka-angka tersebut terlihat dalam 40-50 tahun terakhir. Tujuan program tersebut adalah mendapatkan lesi pra-kanker untuk kemudian dilakukan pengobatan sebelum berkembang menjadi kanker invasif.⁶

Tanpa menyadari bahwa kanker serviks dapat dicegah, di negara berkembang, kematian yang disebabkan oleh penyakit kanker lainnya. Tingginya insidens dan angka kematian yang diakibatkannya tercatat lebih rendah dari seharusnya di negara-negara berkembang, karena belum ada pencatatan dan pelaporan yang baik. Hal ini berbeda dengan di negara-negara maju, di mana pencatatan dan pelaporannya lebih baik. Amerika latin adalah salah satu region di dunia dengan insiden kanker leher rahim yang tinggi. Pada 1987, telah dilakukan analisis

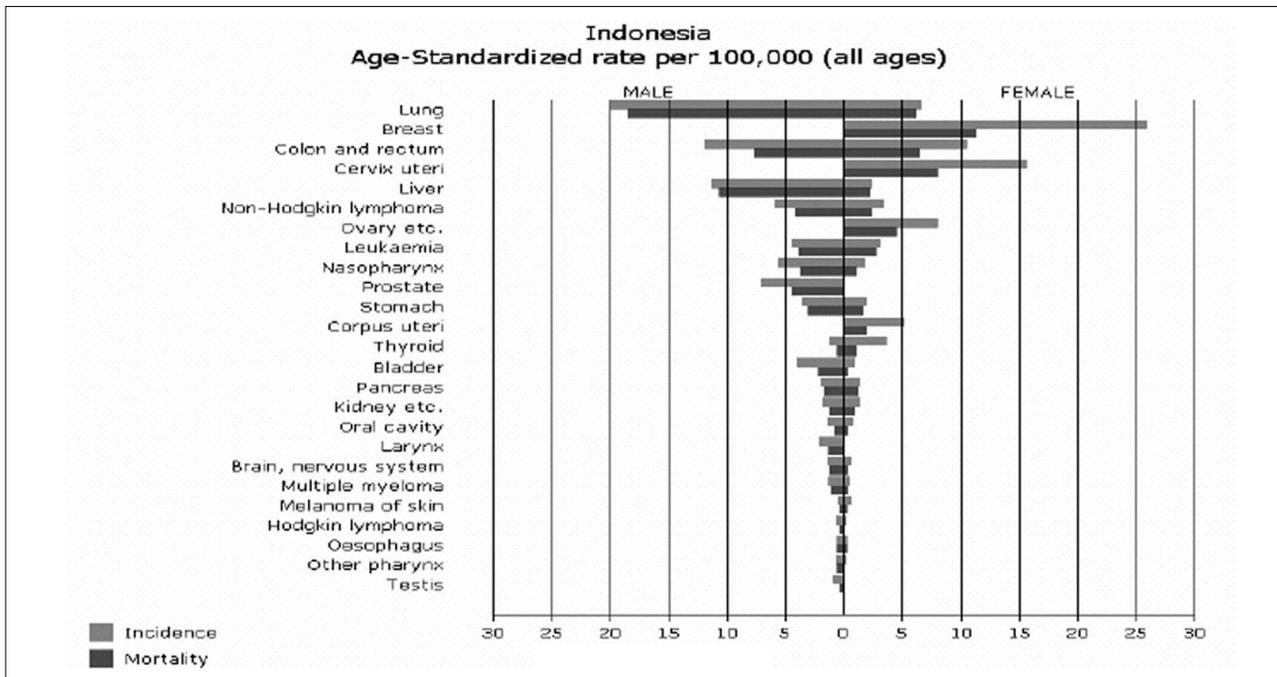
terhadap angka kesakitan dan kematian yang diakibatkan kanker leher rahim, dan terlihat adanya peningkatan dari keduanya pada periode 1975-1985. Hal yang sama juga didapatkan pada analisis ke-2 pada 1996. Hasilnya menunjukkan tidak adanya penurunan mortalitas yang diakibatkannya. Walaupun dalam kurun waktu tersebut sudah ada program deteksi dini, tetapi belum terkoordinasi, belum ada kontrol dari kualitas program, dan tidak merata.⁷

Tabel 1 menunjukkan bahwa di beberapa negara berkembang, kematian akibat kanker serviks lebih besar daripada kematian maternal.

Tabel 1 menunjukkan bahwa kematian akibat kanker serviks telah berdampak pada masalah kesehatan di beberapa negara berkembang, seperti Argentina, Chili,

Tabel 1: Perbandingan kematian yang diakibatkan kanker serviks dan kematian maternal di beberapa negara berkembang pada 2000⁸

Negara	Kematian karena kanker serviks	Kematian maternal
Argentina	1.679	590
Brazil	8.286	8700
Chili	931	90
Peru	2.663	2.500
Afrika Selatan	3.681	2.600
Cina	25.561	11.000
India	74.118	136.000
Thailand	2.620	520



Gambar 1: Grafik estimasi insidens dan kematian akibat kanker di Indonesia⁹

Peru, Afrika Selatan, Cina, dan Thailand. Hal ini menjadi dasar pemikiran pemberian alasan yang kuat untuk memulai program penanggulangan.

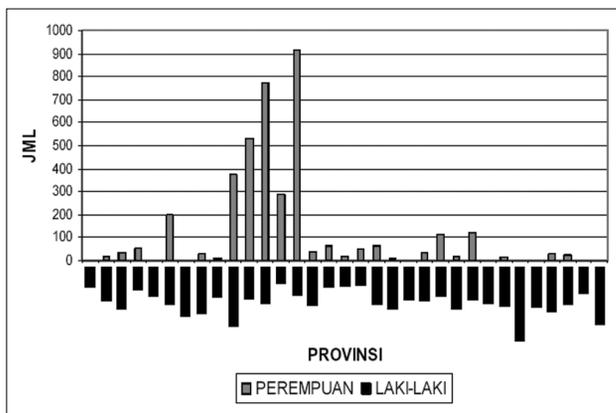
Sampai saat ini, belum ada sistem pencatatan dan pelaporan yang khusus ditujukan untuk penyakit kanker di Indonesia, karena pencatatan dan pelaporannya digabungkan dengan penyakit lain. Meskipun ada, sifatnya sporadik, hanya berasal dari beberapa institusi. Akses untuk mendapatkannya pun sulit. Akhir-akhir ini baru dirintis sistem registrasi kanker untuk Indonesia yang dikenal sebagai Srikandi.⁹

Gambar 1 menunjukkan insiden penyakit kanker tertinggi yang mengenai perempuan adalah kanker payudara ($\pm 25/100.000$ penduduk), kemudian kanker serviks ($\pm 15/100.000$ penduduk), diikuti kanker kolon dan rektum.

Tabel 2 menunjukkan kanker payudara dan kanker serviks menduduki peringkat pertama dan kedua dengan tingkat kematian yang diakibatkannya cukup tinggi pada perempuan. Demikian juga untuk kunjungan rawat jalan pada 2004 di seluruh rumah sakit di Indonesia. Tercatat

Tabel 2: Data 10 jenis kanker tertinggi pasien rawat inap rumah sakit seluruh Indonesia tahun 2004⁹

Jenis neoplasma	Jumlah kasus	Jumlah mati	CFR
Leiomioma uteri	3239	92	1,47
Neoplasma ganas payudara	5196	367	7,06
Neoplasma jinak payudara	4746	38	0,80
Neoplasma ganas serviks	3818	193	5,06
Neoplasma ganas hati dan saluran empedu intra-hepatik	3574	574	16,06
Leukemia	2648	305	11,52
Neoplasma jinak ovarium	2434	83	3,41
Neoplasma ganas bronkhus dan paru	2124	375	17,66
Neoplasma ganas ovarium	1680	99	5,89
Neoplasma ganas kolon	1382	142	10,27



Gambar 2: Grafik kanker leher rahim 2004⁹

kanker payudara dan kanker serviks juga menduduki peringkat pertama dan kedua, sebesar 28,4% dan 13,0%.

Untuk Pulau Jawa, tercatat kanker leher rahim tinggi di Jawa Timur dan Jawa Tengah. Secara umum, pencatatan dan pelaporan lebih baik untuk Pulau Jawa. Sedangkan di luar Pulau Jawa, kanker leher rahim tinggi di daerah Sumatera Selatan, Sulawesi Selatan, dan Sulawesi utara.

Pengendalian penyakit kanker serviks, skrining, dan pengobatan, dilakukan berdasarkan prinsip-prinsip epidemiologik. Terdapat kurun waktu sekitar sepuluh tahun atau lebih untuk mendeteksi dan mengobati suatu lesi pra-kanker sebelum menjadi kanker, sehingga dapat dilakukan pencegahan untuk menjadi kanker. Usaha pengendalian ini juga dapat dilakukan di negara-negara dengan kemampuan yang rendah (*low resource setting*) asalkan memenuhi hal-hal seperti cakupan yang tinggi, terdapat tes (untuk mendeteksi) yang efektif dan dapat diterima, serta usaha pengobatan bagi perempuan dengan tes positif.⁸

USAHA MENURUNKAN ANGKA KESAKITAN DAN KEMATIAN DI NEGARA MAJU DAN BERKEMBANG DI ASIA

Penanggulangan kanker serviks juga mendapat perhatian di negara-negara maju di Asia. Untuk Hong Kong, insiden kanker serviks sebesar 15,6/100.000 penduduknya. Walaupun program skrining untuk semua perempuan yang sudah melakukan hubungan seksual untuk mengikuti program tersebut sampai usia 65 tahun sudah dibuat, penelitian mendapatkan sekitar 45% perempuan di bawah 60 tahun belum pernah mengikuti program skrining. Hasil penelitian juga menunjukkan 20% perempuan pernah mengikuti program 1 kali atau lebih, tetapi tidak teratur. Untuk meningkatkan efektivitas program, telah dilakukan penelitian untuk membandingkan kemungkinan strategi skrining, yaitu tidak ada skrining, ada skrining yang bersifat sporadik, skrining yang terorganisir dengan basis metoda konvensional tes Pap dan sitologi berbasis cairan, serta diperhatikan kekerapan melakukan tes-tes tersebut. Hasilnya menunjukkan bahwa dengan melakukan skrining yang terorganisir setiap 3-5 tahun secara efektif, akan terjadi penurunan insiden kanker serviks, peningkatan usia harapan hidup, biaya yang lebih efektif dibandingkan skrining yang oportunistik.¹⁰

Program penanggulangan kanker di Taiwan sudah mulai dilakukan sejak tahun 50-an dengan adanya peningkatan ekonomi dan pengembangan kesehatan masyarakat di negara tersebut. Berdasarkan pencatatan kematian dan registrasi kanker pada 1971-1996, terjadi peningkatan kematian dan kesakitan akibat kanker, terutama untuk laki-laki. Kematian akibat kanker terjadi pada usia 5-9 tahun untuk anak laki-laki maupun

perempuan dan pada usia 55-59 tahun untuk laki-laki serta 40-44 tahun untuk perempuan. Penyebab kematian karena kanker pada laki-laki adalah hati, paru, lambung, kolon, dan rongga mulut, sedangkan untuk kelompok perempuan adalah paru, hati, serviks, payudara, dan lambung.

Dalam penanggulangan penyakit kanker dilakukan identifikasi faktor risiko dari kanker yang sering ditemukan. Infeksi virus hepatitis B dan C merupakan faktor risiko kanker hati. Adanya infeksi virus Epstein-Barr dikaitkan dengan kanker nasofaringeal. Infeksi virus papiloma manusia juga sebagai faktor penyebab kanker serviks dan adanya *H. pylori* sebagai faktor risiko terjadinya kanker lambung. Program penanggulangan kanker dilakukan dengan melakukan pencegahan seperti imunisasi hepatitis B, kontrol penggunaan tembakau sejak 1997, melakukan deteksi dini terhadap kanker serviks, dan kanker kolorektal sejak 1995. Pada 2000, ditetapkan 9 hal yang harus dicapai dalam program penanggulangan kanker, di antaranya adalah melakukan deteksi dini setiap 3 tahunan dari 40% perempuan berusia 30 tahun atau lebih dengan kematian < 6/100.000 penduduk. Implementasi dilakukan untuk setiap usaha pencegahan primer dengan memberikan penyuluhan, sekunder dengan skrining massal dengan perhatian pada daerah yang fasilitas kesehatannya belum memadai, serta tersier dengan membentuk pusat-pusat pelayanan kanker yang menggabungkan pencegahan, pelayanan, dan penelitian kanker.¹¹

Program penanggulangan kanker di Thailand didasarkan pada besarnya masalah penyakit kanker di negara tersebut. Insiden kanker pada laki-laki adalah 150,4/100.000 penduduk dan pada perempuan adalah 123/100.000 penduduk. Khususnya kanker serviks uteri, angka kejadiannya adalah 23,4/100.000 penduduk. Faktor risiko yang didapatkan adalah usia (muda) melakukan hubungan seksual, partner seksual multipel, paritas yang tinggi, dan pada perempuan di mana suaminya mempunyai riwayat berhubungan seksual dengan pekerja seks. Fasilitas kesehatan (rumah sakit) di tiap provinsi mampu melakukan operasi kanker, dengan rumah sakit yang berafiliasi pada universitas sebagai pusat rujukan. Untuk meningkatkan pelayanan, Menteri Kesehatan Thailand membentuk 6 pusat kanker sehingga pelayanan tersier diharapkan menjadi lebih baik. Selain melengkapi fasilitas kesehatan, secara politis Thailand sudah mempunyai program penanggulangan kanker nasional yang terbentuk tahun-tahun sebelumnya. Kebijakan itu terlihat dengan dibentuknya beberapa subkomite, antara lain subkomite informasi kanker, subkomite pencegahan primer, subkomite pencegahan sekunder, subkomite pengobatan dan perawatan hospice, serta subkomite riset. Selain itu, dicoba penelitian untuk mengakomodasi

metoda pengobatan alternatif yang sering dipilih oleh penderita sebelum mendatangi pusat-pusat pengobatan dan memperbaiki sistem rujukan.¹²

Pada 1988, Philippine sudah melakukan program penanggulangan kanker secara terintegrasi untuk pelayanan primer, sekunder, dan tersier. Kematian akibat kanker berada pada urutan ketiga setelah penyakit menular dan kardiovaskular. Angka insiden penyakit kanker diperoleh dari 2 registrasi berbasis populasi. Khusus untuk kanker serviks, insidensinya adalah 20,5/100.000 penduduk (1980-1982); 26,4/100.000 penduduk (1988-1992); dan menjadi 26,4/100.000 penduduk (1993-1995). Penelitian pada 1995-1998 mendapatkan bahwa kanker serviks mempunyai hubungan yang kuat (meningkat) dengan infeksi virus papiloma, usia (muda) pada saat melakukan hubungan seksual, partner seksual multipel, dan jumlah paritas. Ini berbanding terbalik dengan melakukan tes Pap. Usaha pencegahan ditekankan pada seks yang aman dan tes Pap setiap 3 tahun sekali untuk semua perempuan yang pernah maupun aktif melakukan hubungan seksual dan masih mempunyai serviks. Hal itu tidak dilakukan lagi untuk perempuan dengan usia lebih atau sama dengan 65 tahun jika hasil tes Pap sebelumnya negatif.

Akan tetapi, masih didapatkan masalah-masalah seperti pengetahuan di mana pelayanan skrining dapat dilakukan, ketersediaan suplai medis dan ekspert, serta pengaruh suami terhadap skrining dan kampanye antikanker serviks yang belum cukup kuat.¹³ Dengan demikian, dilakukan pergeseran dari tes Pap sebagai metoda yang digunakan sebagai alat skrining menjadi visual dengan aplikasi asam cuka. Tes pap digunakan sebagai pendamping jika hasil tes visual positif.

KEBIJAKAN DAN APLIKASI PENGENDALIAN KANKER DI INDONESIA

Kebijakan pengendalian penyakit kanker di Indonesia diperkuat dengan diterbitkannya keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1163/Menkes/SK/X/2007 tanggal 31 Oktober 2007, tentang kelompok kerja pengendalian penyakit kanker leher rahim dan payudara. Kebijakan tersebut menguatkan peran subdirektorat penyakit kanker yang berada di bawah kendali direktorat P2M PLP; subdirektorat dibentuk pada 2006. Organisasi dan personalia di dalam kelompok kerja bertugas: (1) Membantu dan memberikan rekomendasi dalam penyusunan kebijakan nasional pencegahan kanker leher rahim dan kanker payudara; (2) Membantu penyusunan program pelaksanaan teknis pencegahan kanker leher rahim dan kanker payudara; (3) Membantu pengembangan model intervensi secara komprehensif di daerah percontohan; (4) Membantu penyelenggaraan promosi dan pemberdayaan masyarakat, advokasi, monitoring,

dan evaluasi; (5) Melakukan koordinasi dengan tim-tim teknis yang terkait; (6) Melakukan pertemuan berkala; (7) Menyusun dan menyampaikan laporan pelaksanaan tugas secara berkala kepada Menteri Kesehatan.⁹

Untuk negara-negara berkembang, hal-hal penting yang menjadi pertanyaan dalam pengendalian kanker leher rahim adalah melakukan implementasi dan mempertahankan kelanggengan program deteksi dini yang berbasis sitologik konvensional, di mana terkendala pada teknis dan infrastruktur yang dibutuhkan, bagaimana mendapatkan cakupan yang memenuhi target dari program deteksi dini, dan bagaimana mengatasi hambatan logistik tersebut.¹⁴ Saat ini, belum ada studi yang secara empirik mengevaluasi semua strategi yang memungkinkan dalam penentuan kebijakan yang kompleks ini, seperti mengintegrasikan faktor biologik, epidemiologik, ekonomi, dan data perilaku sehingga dapat diciptakan model awal yang paling tepat.

Program penanggulangan kanker serviks di Indonesia dilakukan terintegrasi dengan program penanggulangan kanker secara umum. Kegiatan dimulai dengan melakukan penilaian terhadap faktor risiko terjadinya kanker, sebagai contoh di Cilegon. Faktor risiko terbesar kejadian kanker adalah merokok. Prevalensi merokok di Indonesia sebesar 35% (Susenas 2004) dan untuk Cilegon 10%. Kurang mengonsumsi makanan berserat di Indonesia sebesar 60% dan untuk Cilegon 42%. Kurang aktivitas fisik di Cilegon sebesar 40% dan untuk nasional 72,9%.

Khusus untuk kanker payudara dan serviks, telah dilakukan program penemuan dan tata laksana penderita kanker, yaitu dengan pelatihan tenaga teknis deteksi dini dan tata laksana kanker leher rahim dan payudara, sosialisasi program, serta menyelenggarakan proyek pilot/area deteksi dini kanker leher rahim dan payudara di 6 provinsi. Kegiatan pelatihan dan proyek pilot selesai dilakukan pada 2008 dengan tambahan 2 daerah atas keinginan sendiri (swadaya). Pencanaan program tersebut dilakukan serentak pada 21 April 2008 oleh ibu negara Ani Susilo Bambang Yudhoyono. Untuk 2009 baru memasuki tahap evaluasi dan pematangan program pilot. Kegiatan deteksi dini dilakukan dengan metoda inspeksi serviks dengan aplikasi asam asetat (IVA) untuk kanker leher rahim dan SADARI untuk kanker payudara.

Dalam mengembangkan program penanggulangan kanker, termasuk di dalamnya infrastruktur, tenaga (*man power*), dapat digunakan. Pemantauan dan surveilans akan menyerap sejumlah dana, baik program yang bersifat terorganisir maupun sporadik. Untuk negara seperti Indonesia, di mana dana kesehatannya terbatas, mungkin dipilih model yang tidak mengharuskan kunjungan ulang yang sering seperti yang terjadi di negara maju. Teknologi yang digunakan relatif mudah, tetapi cukup dapat diandalkan.

Pengembangan daerah pelaksanaan program diharapkan tidak terburu-buru mengingat keterbatasan dana dan besarnya wilayah. Pemilihan daerah sebaiknya mempertimbangkan tingginya prevalensi penyakit dan peran serta masyarakat (pemerintah daerah), yang penting untuk mempertahankan kelanggengan program. Secara teoritik, program baru akan memberikan hasil (terjadi penurunan angka kejadian kanker) setelah dilaksanakan dalam waktu yang cukup panjang (di atas 20 tahun) dengan cakupan lebih dari 80% target populasi.⁶

Pada 2003, Kamboja mempunyai biaya untuk belanja kesehatan sebesar 10% dari *Gross Domestic Product* (GDP). Sedangkan 9 negara ASEAN lainnya di bawah 6% dari GDP. Indonesia hanya 3,1%. GDP untuk Indonesia pada 2005 adalah 1.184 USD per kapita. Pemerintah Indonesia hanya berperan 35,9%, sedangkan swasta 64,1% dari keseluruhan bujeting kesehatan, berbeda dengan Brunei Darussalam, Malaysia, dan Thailand. Peran pemerintah lebih besar dibanding swasta. Pada 2005, jumlah penduduk Indonesia adalah 222, 78 juta, diikuti oleh Vietnam dan Filipina. Sedangkan Brunei hanya sekitar 374 ribu orang. Dengan belanja kesehatan yang hanya 3,1% untuk 222 juta penduduk, terlihat betapa kecilnya biaya untuk kesehatan per kapita.²

Melihat rendahnya biaya kesehatan perkapita, seyogyanya pemerintah memikirkan atau menggeser pola pikir dari pengobatan ke pencegahan. Biaya yang diperlukan untuk program pencegahan relatif lebih murah dibandingkan biaya pengobatan, khususnya untuk penyakit kanker. Mahalnya biaya pengobatan penyakit kanker tidak semata-mata dari biaya berobat, akan tetapi kehilangan efektivitas atau produktivitas kerja, yang jika dihitung dengan uang menjadi besar. Penelitian yang dilakukan oleh Mandleblatt J.S. dkk.,¹⁵ dengan melakukan simulasi model-model pencegahan kanker serviks di Thailand menekankan pada besar biaya sosial dan keuntungan dari tiap-tiap model tersebut, selain keefektifannya untuk menyelamatkan jiwa. Model yang dibandingkan adalah 7 strategi skrining dengan 6 frekuensi skrining sehingga dihasilkan 42 kombinasi. Antara lain IVA dengan segera melakukan krioterapi jika ditemukan lesi prakanker, IVA untuk kemudian merujuk pasiennya jika didapatkan hasil yang abnormal, tes DNA HPV (HC II atau PCR), tes Pap, tes Pap kemudian dilanjutkan tes DNA HPV jika terdapat kelainan pada tes Papnya, IVA diikuti tes DNA HPA, dan tidak ada skrining tetapi dilakukan pengobatan jika ditemukan kelainan. Hasil yang didapatkan adalah apapun cara pendekatan skrining (metoda skrining dan frekuensi datang, dan kombinasi kedua hal tersebut) yang dipilih dibandingkan tanpa melakukan skrining maka akan terlihat penurunan insiden dan mortalitas sebesar 121 USD – 6720 USD pertahun hidup.

Melakukan tes IVA dan segera melakukan pengobatan jika ditemukan lesi adalah langkah paling "cost-effective", sebesar 517 USD per tahun hidup pada kelompok umur 35-55 tahun. Pemilihan IVA sebagai modalitas skrining di Indonesia dilakukan dengan mempertimbangkan kurangnya tenaga skriner maupun sitologis. Tenaga tersebut mutlak diperlukan jika memilih skrining berbasis sitologik. Selain itu, IVA tidak memerlukan infrastruktur yang terlalu sulit, murah, mudah, dan cepat diketahui hasilnya. Memang, diperlukan pelatihan yang cukup untuk mengetahui bentuk/kelainan yang dapat dilihat secara mata telanjang setelah lesi diaplikasi dengan asam cuka. Metoda skrining ini dapat memberikan hasil positif palsu yang cukup besar sehingga kasus mungkin menerima pengobatan yang sebenarnya tidak diperlukan. Untuk menekan angka positif palsu, diperlukan evaluasi hasil untuk setiap pelaksana setelah melakukan sejumlah pemeriksaan. Tindakan krioterapi yang dilakukan segera jika terlihat adanya lesi putih (diartikan sebagai lesi pra-kanker) bertujuan menurunkan angka hilang (*drop out*) akibat pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi. Metoda ini dikenal sebagai *see and treat*, yang sudah diuji cobakan di negara-negara berkembang lainnya seperti India, negara-negara sub-sahara, Amerika Latin.¹⁶

Apakah pemilihan program skrining kanker serviks hanya dilakukan dengan metoda IVA di seluruh Indonesia agaknya perlu diuji lagi. Sebagian wilayah dan masyarakat Indonesia sudah biasa dan melaksanakan skrining kanker serviks dengan tes Pap. Bahkan, yang lebih canggih seperti sitologik berbasis cairan, pap-net, dan deteksi adanya DNA HPV (pendekatan molekular) juga dilakukan. Untuk kelompok ini agaknya jangan dipaksakan untuk mengikuti skrining menggunakan IVA. Yang penting adalah adanya pencatatan dan pelaporan yang terpadu untuk menunjang sistem registrasi kanker yang komprehensif sehingga menghilangkan keadaan *under reporting*.

Metoda IVA sebagai metoda penapisan kanker serviks, terutama untuk negara dengan sumber daya terbatas, sudah dibuktikan kemampuannya untuk mendeteksi adanya lesi kanker maupun pra-kanker. Penelitian yang dilakukan oleh Denny L dkk.,¹⁷ terhadap 2754 perempuan yang dilakukan IVA menunjukkan 0,8% didiagnosis kanker serviks; 3,5% lesi pra-kanker derajat tinggi; dan 3,7% lesi pra-kanker derajat rendah secara histologik. Sensitivitas metoda ini adalah 70% dan spesifitasnya 79%, cukup baik sebagai alat skrining.

Untuk mengusahakan agar program dapat berjalan langgeng, perlu dibuat atau dipertimbangkan bahwa program memang betul diinginkan oleh masyarakat. Karena, tingkat kehadiran untuk menggunakan fasilitas deteksi dini adalah salah satu komponen dalam usaha

menurunkan insiden kanker serviks. Penelitian yang dilakukan oleh Eaker S. dkk.,¹⁸ mendapatkan bahwa kunjungan para pengguna fasilitas akan bertambah sampai 2 kali lipat jika dilakukan pemberitahuan (reminder) secara sederhana, baik dengan surat maupun melalui telpon. Dengan demikian, tujuan mendapatkan lesi pra-kanker bisa tercapai. Untuk Indonesia, mungkin tujuan mengingatkan kembali melalui surat maupun telpon sulit diaplikasikan, tetapi pendekatan tersebut sebaiknya dilakukan walaupun dengan cara yang berbeda.

KESIMPULAN

Dengan perubahan pola penyakit di Indonesia dari penyakit menular ke penyakit tidak menular maka diperlukan pendekatan yang berbeda dalam usaha penanggulangannya. Pengontrolan faktor risiko sangat berperan dalam menurunkan angka kejadian penyakit kanker. Untuk menurunkan angka kematian, ditekankan pada penemuan penyakit dalam stadium awal maupun pada lesi pra-kanker, karena biaya yang diperlukan akan sangat murah dibanding biaya pengobatan. Salah satu kanker yang dapat dicegah adalah kanker serviks mengingat dalam proses onkogenesisnya ditemukan adanya fase pra-kanker dan waktu yang cukup lama sebelum menjadi kanker. Hal ini adalah faktor yang mendukung program pencegahan. Akan tetapi, untuk melihat apakah angka kejadian kanker serviks akan turun, masih diperlukan waktu yang cukup lama, program yang langgeng dan terorganisir. Surveilens dengan membentuk registrasi kanker berbasis komunitas adalah beberapa faktor yang harus tetap diperhatikan dan ditingkatkan. ❖

DAFTAR PUSTAKA

1. Parkin DM. National Cancer Control Planning. *Indonesian Journal of Cancer*; 2008; 3 (suppl.2): 1-4
2. Indonesia health profile. Dep Kes RI, 2005
3. Hausen zur H. Papillomaviruses – to Vaccination and Beyond. *Biochemistry (Moscow)* 2008; 73: 498-503
4. Nour NM. An Introduction to Global Women's Health. *Rev. Obstet Gynecol* 2008; 1: 33-37
5. Moore MA. A Coordinated Approach to Cancer Prevention in Asia. *Indonesian Journal of Cancer*; 2008; 3 (suppl.2): 5-7
6. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programs for cervical cancer in low- and middle- income developing countries. *Bull of the WHO* 2001; 79: 954-62
7. Arrossi S, Sankaranarayanan R, Parkin DM. Incidence and Mortality of Cervical Cancer in Latin America. *Salud Pública de México* 2003; 45: s306-s14
8. Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). *Planning and Implementing Cervical Cancer Prevention and Control Programs. A manual for managers*, 2004
9. Dit PTM, Dep Kes RI, 2007
10. Kim JJ, Leung GJ, Woo PPS, Goldie SJ. Cost-effectiveness of

- organized versus opportunistic cervical cytology screening in Hong Kong. *Journal of Public Health* 2004; 26: 130-37
11. Chen CJ, You SL, Lin LH, Hsu WL, Yang YW. Cancer Epidemiology and Control in Taiwan: a Brief Review. *Jpn J Clin Oncol* 2002; 32 (supplement1): S66-81
 12. Vatanaspt V, Sriamporn S, Vatanaspt P. Cancer control in Thailand. *Jpn J Clin Oncol*; 2002: 32 (supplement1): S82-91
 13. Ngelangel CA, Wang EHM. Cancer and the Philippine Cancer Control Program. *Jpn J Clin Oncol*; 2000: 32 (supplement1): S52-61
 14. Goldie SJ, Goldhaber-Fiebert JD, Garnett GP. Public health policy for cervical cancer prevention: The role of decision science, economic evaluation, and mathematical modeling. *Vaccine* 2006 24(supplement): S3/155-S3/163
 15. Mandelblatt JS, Lawrence WF, Gaffikin L, Limpahayom KK, dkk. Cost and Benefits of Different Strategies to Screen for Cervical Cancer in Less-Developed Countries. *J Natl Cancer Inst*; 2002: 94: 1469-83
 16. WHO. *Comprehensive Cervical Cancer Control*. A guide to essential practice. 2006
 17. Denny L, Kuhn L, Pollack A, Wright TC. Direct Visual Inspection for Cervical Cancer Screening. An Analysis of Factors Influencing Test Performance. *Cancer*; 2002: 94: 1699-1707
 18. Eaker S, Adami H-O, Granath F, Wilander E, Sparen P. A Large Population-based Randomized Controlled Trial to Increase Attendance at Screening from Cervical Cancer. *Cancer Epidemiol Biomarker Prev* 2004; 13 (3): 346-54