



PENERBIT
UNIVERSITAS
CIPTUTRA



WORLD CANCER DAY 2024:

Early Detection at Primary Health Care

EDITOR:

Dr. dr. Hanna Tabita Hasianna Silitonga, M.Kes., FISPH., FISC.M.

WORLD CANCER DAY 2024: **Early Detection at Primary Health Care**



EDITOR :

Dr. dr. Hanna Tabita Hasianna Silitonga, M.Kes., FISPH., FISC.M.



**PENERBIT
UNIVERSITAS
CIPTURA**

Editorial Board

World Cancer Day 2024: Early Detection at Primary Health Care

ISBN: xxxx

Editor:

Dr. dr. Hanna Tabita Hasianna Silitonga, M.Kes., FISP.H., FISC.M.

Penulis:

dr. Cempaka Harsa, Sp.PA., FISC.M.

dr. Mellyanawati, Sp.DVE.

Dr. dr. Hudi Winarso, M.Kes., Sp.And., Subsp. S.A.A.M.

Dr. dr. Sugiharto, MBA M.Kes., (MARS) FISP.H., FISC.M.

Dr. dr. Minarni Wartiningsih, M.Kes., FISP.H., FISC.M.

dr. Stefani Nurhadi, Sp.DVE, M. Biomed

dr. Binti Luklu'ah

dr. Imelda Ritunga, M.Med.Ed.

dr. Jemima Lewi Santoso, M.Si.

dr. Elizabeth Sulastru Nugraheni, MHPE., FFRI

Ukuran:

Jumlah halaman: 67 halaman, Uk: 15,5 x 23 cm

Hak Cipta 2025, Pada Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang mengutip, menerbitkan kembali, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun untuk tujuan komersial tanpa izin tertulis dari Penerbit Universitas Ciputra, kecuali kutipan untuk keperluan akademis, referensi, publikasi, atau kebutuhan non-komersial dengan jumlah tidak sampai satu bab.

Mohon untuk menyebutkan Penerbit Universitas Ciputra jika mengutip materi di dalamnya. Foto serta ilustrasi gambar yang berada di dalam buku ini dibuat untuk memberikan pemahaman yang lebih baik kepada pembaca tanpa ada maksud untuk melanggar atau merendahkan ajaran agama apapun, norma budaya serta kode etik yang berlaku di masyarakat Indonesia.

PENERBIT UNIVERSITAS CIPUTRA

Penerbit Universitas Ciputra

Citraland CBD Boulevard, Kel. Made, Kec. Sambikerep,

Surabaya Jawa Timur, 60219

Email: penerbit@ciputra.ac.id

Kata Pengantar

Kanker masih menjadi penyebab kematian utama di dunia, termasuk di Indonesia. Namun, melalui deteksi dini yang efektif di layanan kesehatan primer, peluang kesembuhan pasien kanker dapat ditingkatkan secara signifikan. Oleh karena itu, buku ini disusun sebagai bentuk edukasi dan advokasi ilmiah yang menyajikan beragam perspektif mengenai strategi, tantangan, dan praktik terbaik dalam deteksi dini kanker di fasilitas pelayanan kesehatan dasar.

Buku ini merupakan kontribusi nyata dari berbagai pihak dalam rangka memperingati Hari Kanker Sedunia tahun 2024, yang secara global mengusung pentingnya kesadaran dan aksi kolektif dalam melawan kanker. Buku ini terdiri atas beberapa bab yang ditulis oleh para ahli, praktisi, akademisi, dan peneliti dari berbagai latar belakang:

- dr. Cempaka Harsa, Sp.PA., FISC.M.
- dr. Mellyanawati, Sp.DVE.
- Dr. dr. Hudi Winarso, M.Kes., Sp.And., Subsp. S.A.A.M.
- Dr. dr. Sugiharto, MBA M.Kes., (MARS) FISPH., FISC.M.
- Dr. dr. Minarni Wartiningsih, M.Kes., FISPH., FISC.M.
- dr. Stefani Nurhadi, Sp.DVE, M. Biomed.
- dr. Binti Luklu'ah
- dr. Imelda Ritunga, M.Med.Ed
- dr. Jemima Lewi Santoso, M.Si.
- dr. Elizabeth Sulastris Nugraheni, MHPE., FFRI

Kami berharap buku ini dapat menjadi referensi ilmiah yang tidak hanya memperluas wawasan, tetapi juga mendorong implementasi nyata dalam upaya penguatan layanan kesehatan primer sebagai garda terdepan dalam pencegahan dan penanggulangan kanker.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada seluruh penulis, narasumber, tim penyusun, serta semua pihak yang telah berkontribusi dalam proses penyusunan buku ini. Semoga karya ini dapat memberikan manfaat luas bagi tenaga kesehatan, pembuat kebijakan, akademisi, serta masyarakat umum yang peduli terhadap isu kanker.

Selamat membaca, semoga buku ini menjadi bagian dari perubahan yang lebih baik menuju sistem kesehatan yang lebih kuat dan responsif terhadap tantangan kanker.

Selamat membaca

April 2024

Editor

Contents

Editorial Board	ii
Kata Pengantar	iv
Contents	vii
Transformasi dalam Deteksi Dini Kanker	1
dr. Cempaka Harsa, Sp.PA., FISC.M., dr. Mellyanawati, Sp.DVE.	
Strategi Sehat dan Deteksi Dini Kanker Prostat	7
Dr. dr. Hudi Winarso, M.Kes., Sp.And., Subsp. S.A.A.M.	
Implementasi Skrining Faktor Risiko Kanker	13
Dr. dr. Minarni Wartiningsih, M.Kes., FISPH., FISC.M., dr. Stefani Nurhadi, Sp.DVE, M. Biomed.	
Manajemen Rujukan dalam Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)	23
Dr. dr. Sugiharto, MBA M.KES., (MARS) FISPH., FISC.M.	
<i>Clinical Pathway</i> BPJS Kesehatan Untuk Rujukan Kanker	33
dr. Binti Luklu'ah	
Strategi Pencegahan Kanker: Mengurangi Risiko Melalui Edukasi dan Tindakan Nyata	47
dr. Imelda Ritunga, M.Med.Ed, dr. Jemima Lewi Santoso, M.Si.	
Diagnosa dini kanker ovarium di layanan primer. Apakah bengkak kedua tungkai kaki adalah tanda kanker?	57
dr. Elizabeth Sulastri Nugraheni, MHPE., FFRI,	

Transformasi dalam Deteksi Dini Kanker

Author:

dr. Cempaka Harsa, Sp.PA., FISCM.
Ciputra Hospital Surabaya

dr. Mellyanawati, Sp.DVE.
Fakultas Kedokteran Universitas Ciputra Surabaya

Pendahuluan

World Cancer Day atau Hari Kanker Sedunia diperingati setiap tahun sebagai momentum untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap kanker serta menggalakkan upaya pencegahan, deteksi dini, dan pengobatan yang optimal. Kanker masih menjadi salah satu tantangan terbesar dalam dunia kesehatan, dengan angka kejadian dan kematian yang tinggi, terutama di negara berkembang seperti Indonesia.

Dalam konteks profesi kesehatan, refleksi terhadap peran tenaga medis dalam menghadapi tantangan ini menjadi penting. Banyak tenaga kesehatan memulai karir mereka dengan ekspektasi besar terhadap profesi yang dijalankan, namun realitas di lapangan seringkali tidak sesuai dengan harapan. Hierarki dalam sistem pelayanan kesehatan, keterbatasan sumber daya, dan tantangan dalam industri kesehatan memerlukan adaptasi dan transformasi yang berkelanjutan.

Pokok Bahasan

1. Transformasi dalam Pelayanan Kesehatan

Transformasi dalam layanan kesehatan menjadi keharusan bagi tenaga medis dan fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan efektifitas, efisiensi, dan aksesibilitas layanan medis. Kementerian kesehatan telah merumuskan berbagai kebijakan strategis guna mendukung transformasi, termasuk dalam hal peningkatan layanan deteksi dini kanker. Beberapa faktor yang mendorong perlunya transformasi dalam layanan kesehatan meliputi:

- Penurunan profit dan efisiensi sumber daya: Institusi medis harus beradaptasi dengan perubahan ekonomi dan biaya layanan kesehatan.
- Perkembangan teknologi medis: Digitalisasi layanan kesehatan, seperti *telemedicine* dan AI dalam diagnosis kanker, memberikan tantangan sekaligus peluang bagi tenaga kesehatan.
- Perubahan kebijakan dan regulasi: Peraturan baru dalam industri kesehatan sering kali memerlukan penyesuaian dalam pelayanan dan sistem administrasi medis.

2. Deteksi Dini Kanker: Tantangan dan Peluang

Deteksi dini kanker merupakan salah satu strategi utama dalam menurunkan angka mortalitas akibat kanker. Namun, pelaksanaannya dihadapkan pada berbagai tantangan yang menghambat efektivitasnya. Tantangan utama dalam deteksi dini kanker meliputi keterbatasan akses layanan kesehatan, rendahnya kesadaran masyarakat, stigma sosial, serta keterbatasan teknologi dan sumber daya manusia.

Keterbatasan akses layanan merupakan tantangan dalam deteksi dini kanker, bisa disebabkan antara lain: kurangnya fasilitas kesehatan yang memiliki sarana deteksi dini yang memadai terutama di daerah terpencil, distribusi tenaga medis yang belum merata sehingga angka skrining yang rendah. Kesadaran dan

edukasi yang kurang dimasyarakat merupakan tantangan yang perlu ditindaklanjuti.

Menurut data terbaru, kanker merupakan salah satu penyebab klaim terbesar dalam sistem jaminan kesehatan nasional. Kanker payudara dan kanker serviks menempati urutan teratas sebagai kanker dengan angka kejadian dan kematian tertinggi. Upaya deteksi dini menjadi strategi utama dalam menekan angka mortalitas akibat kanker.

1) Deteksi Dini Kanker Serviks

Beberapa metode utama dalam deteksi dini kanker serviks meliputi:

- Pap smear: Skrining rutin bagi wanita yang telah aktif secara seksual atau berusia di atas 21 tahun.
- IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat): Metode skrining yang lebih sederhana dan dapat dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama.
- Tes HPV DNA: Pemeriksaan yang lebih spesifik untuk mendeteksi keberadaan Human Papillomavirus (HPV), penyebab utama kanker serviks.
- Vaksinasi HPV: Upaya pencegahan primer yang terbukti efektif dalam menurunkan angka kejadian kanker serviks.

Sayangnya, cakupan deteksi dini kanker serviks masih rendah. Target pemerintah untuk melakukan skrining terhadap 70% wanita masih jauh dari kenyataan, dengan cakupan aktual yang hanya mencapai 10-15%.

2) Deteksi Dini Kanker Payudara

Beberapa metode utama dalam deteksi dini kanker payudara meliputi:

- Sadari (Periksa Payudara Sendiri): Edukasi kepada wanita untuk melakukan pemeriksaan sendiri secara rutin.

- Sadanis (Pemeriksaan Payudara Klinis): Pemeriksaan oleh tenaga medis untuk mendeteksi kelainan pada payudara.
- Mammografi: Pemeriksaan radiologi yang menjadi standar emas dalam deteksi dini kanker payudara.

Seperti halnya kanker serviks, cakupan deteksi dini kanker payudara masih jauh dari optimal, dengan hanya sekitar 14% wanita yang telah menjalani skrining.

3) Peran Tenaga Medis dalam Deteksi Dini Kanker

Tenaga medis, khususnya di layanan primer, memiliki peran penting dalam upaya deteksi dini kanker, termasuk:

- Edukasi masyarakat mengenai faktor risiko dan pentingnya skrining.
- Melakukan pemeriksaan awal seperti pap smear, IVA, atau sadanis.
- Memberikan rujukan yang tepat kepada spesialis untuk pemeriksaan lanjutan dan pengobatan.
- Mendorong kebijakan kesehatan preventif seperti program vaksinasi HPV dan kampanye deteksi dini.

Transformasi dalam layanan kesehatan tidak hanya mencakup inovasi teknologi, tetapi juga perubahan pola pikir tenaga medis dalam menghadapi tantangan deteksi dan pengelolaan kanker.

Ringkasan

Kanker masih menjadi masalah kesehatan global dengan dampak ekonomi dan sosial yang signifikan. World Cancer Day menjadi momentum penting untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya deteksi dini dan pencegahan kanker. Transformasi dalam layanan kesehatan diperlukan untuk mengatasi tantangan dalam sistem kesehatan, termasuk optimalisasi deteksi dini kanker. Tenaga medis, terutama di layanan primer, memiliki peran strategis dalam edukasi, skrining, dan pengelolaan pasien kanker. Dengan pendekatan yang holistik dan berbasis bukti, upaya pencegahan dan deteksi dini dapat

lebih efektif dalam menurunkan angka kejadian dan kematian akibat kanker.

Peserta didik diharapkan dapat lebih siap menghadapi tantangan dalam dunia medis serta berkontribusi dalam upaya pencegahan dan penanganan kanker dengan pemahaman yang lebih baik tentang kanker dan strategi deteksi dini.

Kepustakaan

1. WHO. (2023). World Cancer Report: Cancer Prevention and Control.
2. Kementerian Kesehatan RI. (2022). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Kanker.
3. BPJS Kesehatan. (2023). Laporan Statistik Kesehatan dan Klaim Kanker.
4. Siegel, R.L., Miller, K.D., & Jemal, A. (2023). Cancer Statistics, 2023. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 73(1), 17-48

Strategi Sehat dan Deteksi Dini Kanker Prostat

Author:

Dr. dr. Hudi Winarso, M.Kes., Sp.And., Subsp. S.A.A.M.
Ahli Andrologi & Konsultan Seks Anti Aging Medicine
Fakultas Kedokteran Universitas Ciputra Surabaya

Pendahuluan

Prostat adalah organ pada pria yang letaknya dibawah kandung kencing, volume normal pada saat sekitar 25-30 ml, mengalami pembesaran seiring bertambahnya usia, meskipun tidak selalu berarti karena keganasan. Pembesaran prostat dapat berakibat menghambat aliran urin dari kandung kemih saat proses kencing. Pembesaran prostat bisa terjadi karena berbagai sebab dan atau kondisi, bukan keganasan antara lain pada *BPH (Benign Prostat Hiperplasia)*, atau bisa karena keganasan (kanker prostat).

Kanker prostat menempati urutan ke-5 penyebab kematian pria karena kanker. Mengacu data National Cancer Institute, umur rata-rata kematian karena kanker prostat pada usia 80 tahun. Skrining adanya keganasan pada prostat merupakan tahapan penting deteksi dini sehingga bisa dilakukan penatalaksanaan yang lebih cepat dan memberikan harapan hidup yang lebih lama.

Pokok Bahasan

Faktor-faktor yang ikut berperan meningkatkan risiko menderita kanker prostat, yaitu :

1. Riwayat keluarga ada yang menderita kanker prostat

Kanker prostat terjadi diantaranya karena faktor genetik (mutasi gen BRCA1, BRCA2).

Adanya anggota keluarga (ayah atau saudara laki-laki), risiko 2 kali lebih tinggi menderita kanker prostat. Risiko menderita kanker prostat lebih besar lagi jika lebih banyak anggota keluarga yang menderita kanker prostat.

2. Diet dan gaya hidup

Diet tinggi lemak jenuh, dominan daging & kurang serat, makanan siap konsumsi (*processed food*) karena penggunaan pengawet, asupan gizi minim anti-oksidan, kurang gerak, dan obesitas; berhubungan dengan risiko menderita keganasan termasuk kanker prostat.

3. Umur

Pada usia lebih 40 tahun, prevalensi penderita kanker prostat semakin meningkat.

Pemeriksaan Kanker Prostat dengan *Prostate Health Index* (PHI)

Pemeriksaan *Prostate Health Index* (PHI) merupakan salah satu pemeriksaan kanker prostat melalui darah di Indonesia. PHI adalah formula yang mengintegrasikan tiga 3 bentuk antigen spesifik prostat (PSA), yaitu total PSA, free PSA, dan p2PSA, menjadi suatu nilai yang representatif. Perhitungan PHI dilakukan dengan menggunakan rumus $(p2PSA/free\ PSA) \times \sqrt{PSA}$. Metode ini bersifat non-invasif dan memiliki kemampuan 2,5 kali lebih spesifik dalam mendeteksi keberadaan kanker prostat jika dibandingkan dengan pemeriksaan kanker prostat pada umumnya.

PHI telah memperoleh persetujuan dari *Food and Drug Administration* (FDA) sejak tahun 2012, sebagai alat diagnosa yang bertujuan untuk membedakan antara kanker prostat dan kondisi pembesaran prostat jinak. Dengan adanya PHI, baik pasien maupun dokter memiliki instrumen yang dapat meningkatkan akurasi dalam deteksi kanker

prostat. Keunggulan *Prostate Health Index* (PHI) adalah hasil yang akurat dan non-invasif.

Deteksi Kanker Prostat

Kanker prostat stadium dini tidak mudah untuk dideteksi. Pada kondisi yang lain, saat tanda atau gejala sudah jelas, stadium kanker sudah lebih lanjut.

Deteksi kanker prostat, antara lain: pemeriksaan kadar PSA darah, colok dubur, *Ultrasonography* (USG), MRI (*Magnetic Resonance Imaging*), dan biopsi prostat.

a. PSA (*Prostatic Spesific Antigen*)

PSA adalah protein produk dari kelenjar prostat, yang normalnya tidak lebih 4 ng/mL. Data PSA tidak spesifik untuk kanker prostat. Nilai PSA lebih tinggi, tidak serta merta menggambarkan adanya keganasan prostat. Data nilai PSA perlu memperhatikan ukuran/volume prostat (*PSA density*), dan tenggang waktu peningkatan menjadi perhatian klinisi.

b. Colok dubur (*DRE/Digital Rectal Examination*)

Teknik colok dubur untuk meraba prostat telah lama menjadi prosedur pemeriksaan adanya anomali prostat. Teknik ini kurang valid (kurang sensitif dan spesifik) untuk menentukan kanker prostat. Prosedur ini direkomendasikan untuk pasien dengan PSA diatas normal.

c. *Ultrasonography* (USG) dan *Magnetic resonance Imaging* (MRI)

USG untuk deteksi keganasan prostat tidak lebih baik dibanding diagnostik dengan MRI. Pemeriksaan kanker prostat dengan MRI bisa menentukan stadium kanker tersebut.

d. Biopsi Prostat

Biopsi prostat dengan panduan data USG dan atau MRI akan memberikan data simpulan yang lebih akurat. Peran ahli patologi anatomi dalam penentuan hasil biopsi merupakan langkah strategis dalam pembuatan diagnosa dan penatalaksanaan.

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan kanker prostat memperhatikan banyak faktor yaitu stadium kanker, faktor komorbid yang menyertai, preferensi penderita, dan usia pasien.

Operasi untuk tumor yang masih *operable*, *kemotherapy*, *radiotherapy*, dan atau hormonal *therapy*, merupakan jenis pengobatan yang menjadi pertimbangan dokter.

Dukungan Nutrisi

Dukungan nutrisi yang baik, kecukupan kalori dan kualitas gizi yang memadai akan mampu memperbaiki kondisi penderita, bahkan saat pengobatan yang biasanya memberi efek samping yang mengganggu kondisi pasien. Cukup protein (60%), bisa protein hewani dan nabati, karbohidrat (30%), lemak (10%), serat dan tambahan vitamin serta mineral dalam dosis yang benar.

Pemantauan pasca pengobatan

Pasca program pengobatan, pemantauan kondisi pasien tetap harus termonitor. Kadar PSA, hormon testosteron, kondisi fisik dan psikologis, menjadi pendukung pasien menuju pemulihan yang semakin baik.

Strategi sehat yang penting meliputi

1. Menjaga Kesehatan Holistik: Pola hidup sehat penting dilakukan. Pola makan sehat (*healthy diet*), olahraga teratur, mengupayakan sekitar berat badan ideal, serta menghindari rokok dan alkohol.
2. Kesehatan Biologis-Psikologis-Sosial-Spiritual: Pendekatan kesehatan yang menyeluruh.

Faktor risiko utama kanker prostat meliputi usia di atas 40 tahun, riwayat keluarga, sindrom metabolik, dan obesitas.

Rekomendasi

1. Periksa kadar PSA secara reguler untuk pria umur 50 tahun atau lebih. Jika terdapat kadar PSA lebih dari nilai normal, lakukan cek ulang dengan jeda waktu 6 bulan sampai 1 tahun. Jika perlu konsultasi dengan dokter untuk evaluasi hasil PSA.
2. Kelola faktor komorbid seperti obesitas, diabetes mellitus, dan lakukan pola makan sehat serta pola hidup sehat.
3. Perhatikan jika ada tanda atau gejala yang kurang baik terkait sistim urogenital, supaya bisa dilakukan evaluasi tepat dan penatalaksanaan yang efektif.

Kepustakaan

1. Soenaryo Hardjowijoto. dkk. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Kanker Penanganan Kanker Prostat. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019
2. Manisha A. Jain, Stephen W. Leslie, Amit Sarpa. Prostate Cancer Screening. NCBI Bookshelf. A Service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health, 2025.
3. Abbey Lepor¹, William J. Catalona, and Stacy Loeb. The Prostate Health Index: Its Utility In Prostate Cancer Detection. *Urol Clin North Am*. 2016 February ; 43(1): 1–6.
4. John T. Wei, Daniel Barocas, Sigrid Carlsson, et all. Early Detection of Prostate Cancer: AUA/SUO Guideline Part I: Prostate Cancer Screening. THE JOURNAL OF UROLOGY by AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION EDUCATION AND RESEARCH , Vol. 210, 46-53, July 2023

Implementasi Skrining Faktor Risiko Kanker

Author:

Dr. dr. Minarni Wartiningsih, M.Kes., FISPH., FISC.M.

Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat,
Fakultas Kedokteran Universitas Ciputra

dr. Stefani Nurhadi, Sp.DVE, M. Biomed.

Fakultas Kedokteran Universitas Ciputra

Pendahuluan

Kanker merupakan kelompok penyakit yang dapat berkembang di berbagai organ atau jaringan tubuh. Penyakit ini terjadi ketika sel-sel abnormal mengalami pertumbuhan yang tidak terkontrol dan melampaui batas normal. Sel-sel tersebut dapat menyerang jaringan di sekitarnya atau menyebar ke bagian tubuh lain (1). Menurut Fund International pada tahun 2020 penderita kanker di dunia mencapai 18.094.054 orang dengan proporsi laki-laki lebih besar yaitu 9.342.957 dibanding perempuan yang mencapai 8.751.759 orang. Pada Tahun 2022 jumlah dari penderita kanker ini meningkat hampir 2 juta orang dengan proporsi laki-laki masih lebih besar yaitu 10.306.574 juta dibanding perempuan yang mencapai 9.658.480 juta dengan 12,4% disusul dengan kanker payudara. Sedangkan kanker di Indonesia menurut International penderita kanker mencapai 408.661 dengan wanita proporsi wanita ini lebih tinggi daripada pria. Hal ini dapat terjadi dikarenakan jenis kanker yang tertinggi adalah kanker payudara oleh perempuan karena itu proporsinya perempuan lebih banyak. Pada tahun 2022 sebanyak 242.988 orang atau 59% penderita kanker meninggal di Indonesia, dimana 3 dari 10 orang wanita dengan

kanker payudara meninggal dan dua dari 10 orang wanita dengan kanker rahim di Indonesia meninggal (2). Tahun 2022 memiliki angka meninggal yang cukup tinggi yang disebabkan oleh kanker. Hal itu dikarenakan 70% dari penderita pada stadium lanjut kurang mendapatkan edukasi sehingga penderita tidak tahu bahwa yang mereka alami adalah gejala penyakit kanker. Selain itu adanya rasa malu atau takut pada penderita sehingga membuat penderita enggan untuk periksa dan menyebabkan penyakit berjalan dengan lanjut.

Pokok Bahasan

1. Kanker Payudara

Kanker payudara adalah jenis kanker di jaringan payudara, yang dapat terjadi di saluran susu (karsinoma duktal) atau di kelenjar penghasil susu (karsinoma lobular). Penyakit ini merupakan salah satu jenis kanker yang sering pada wanita, meskipun juga dapat menyerang pria (3). Gejala kanker payudara dapat meliputi munculnya benjolan di payudara atau ketiak, perubahan ukuran atau bentuk payudara, keluarnya cairan dari puting susu, rasa nyeri atau ketidaknyamanan pada payudara, serta perubahan pada kulit payudara, seperti kemerahan atau penebalan.

Faktor risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kanker ini antara lain pola makan, paparan radiasi pengion, ketidakseimbangan hormon dan faktor reproduksi, riwayat keluarga, serta keberadaan tumor jinak. Beberapa faktor risiko dapat diubah, seperti kurangnya aktivitas fisik, obesitas, usia saat kehamilan pertama yang lebih dari 30 tahun, serta konsumsi alkohol. Sementara itu, faktor yang tidak dapat diubah mencakup usia yang semakin tua, mutasi genetik, riwayat reproduksi, serta riwayat penyakit dan pengobatan sebelumnya. Deteksi dini kanker sangat penting karena memungkinkan penanganan penyakit ini pada tahap awal, sehingga meningkatkan peluang keberhasilan pengobatan dan mengurangi risiko kematian (1). Dengan melakukan deteksi dini, sel kanker dapat ditemukan sebelum menyebar ke bagian tubuh lain, sehingga pengobatan menjadi lebih efektif dan minim invasif. Selain itu, deteksi dini

dapat mengurangi biaya pengobatan jangka panjang karena kanker yang ditemukan pada tahap awal umumnya membutuhkan perawatan yang lebih.

Deteksi dini kanker payudara dapat dilakukan dengan :

a. Teknik SADARI (Periksa Payudara Sendiri)

Pemeriksaan ini melibatkan langkah-langkah sederhana yang bisa dilakukan sendiri di rumah. Beberapa langkah utama dalam SADARI termasuk mengamati perubahan pada bentuk dan permukaan kulit payudara, mengangkat tangan ke atas dan mengamati payudara, serta meraba payudara untuk mendeteksi adanya benjolan atau perubahan tekstur (4).

b. SADANIS (Pemeriksaan Payudara Klinis)

Pemeriksaan ini dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional yang menggunakan teknik dan alat khusus seperti:

c. *Clinical Breast Examination (CBE)*

Clinical Breast Examination (CBE) adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh profesional medis untuk menilai kesehatan payudara dan mendeteksi tanda-tanda awal kanker payudara atau masalah lainnya. Prosedur yang dilakukan adalah persiapan dengan menjelaskan terkait pemeriksaan yang akan dilakukan dan mempersilahkan pasien membuka pakaian dan memposisikan pasien. Setelah persiapan langkah selanjutnya adalah tindakan Inpeksi bertujuan untuk melihat bentuk dan ukuran payudara. Setelah dilakukan inpeksi payudara maka petugas kesehatan akan melakukan palpasi pada payudara dan mengidentifikasi adanya benjolan/gumpalan.

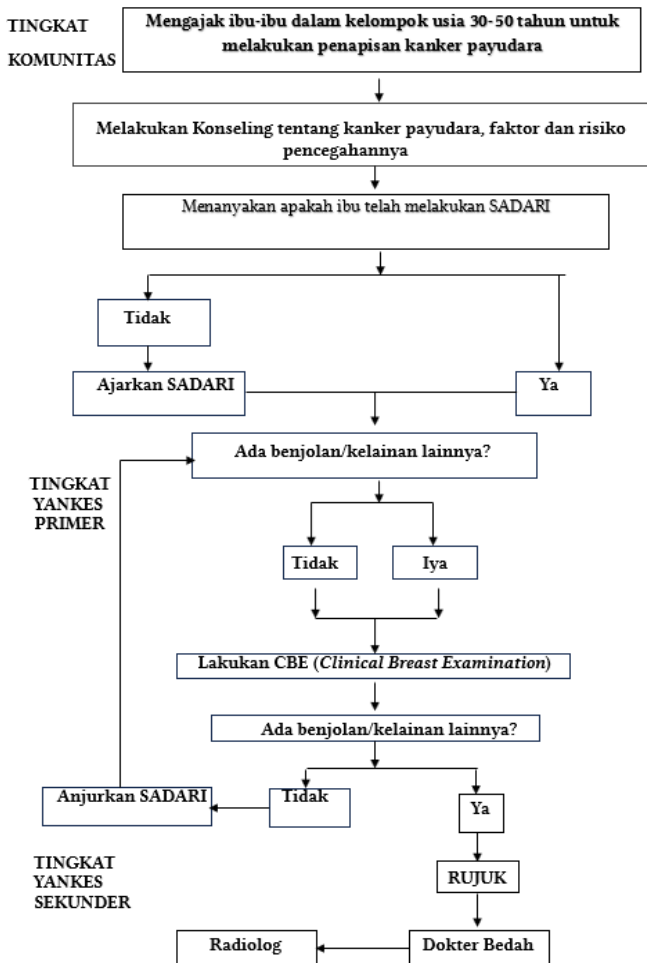
d. *Ultrasonography (USG)*

Pemeriksaan payudara dengan ultrasonografi (USG) merupakan metode pencitraan non-invasif yang memanfaatkan gelombang suara dengan frekuensi tinggi untuk menampilkan gambaran struktur internal payudara. USG payudara sering digunakan sebagai alat bantu diagnosis dan dapat memberikan informasi tambahan setelah mamografi atau pemeriksaan klinis.

e. *Mammography*

Mammografi merupakan teknik pencitraan medis yang menggunakan X-ray untuk memeriksa jaringan payudara. Ini adalah metode utama untuk deteksi dini kanker payudara, sering digunakan untuk skrining rutin pada wanita yang tidak menunjukkan gejala serta untuk evaluasi jika terdapat kelainan pada payudara (3).

Pencegahan kanker payudara melibatkan serangkaian langkah yang dapat membantu mengurangi risiko pengembangan kanker payudara atau mendeteksinya lebih awal. Pencegahan dapat dimulai dari komunitas, pelayanan kesehatan primer dan selanjutnya adalah pelayanan kesehatan sekunder. Berikut adalah alur pencegahan kanker payudara:



Gambar 1. Diagram Alur untuk Pencegahan Kanker Payudara

Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2015 Tentang Penanggulangan Kanker Payudara Dan Kanker Leher Rahim

(http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No._34_ttg_Penanggulan_Kanker_Payudara_dan_Leher_Rahim_.pdf)

Kegiatan deteksi dini dapat dilakukan melalui kemitraan atau integrasi dengan program Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) atau Infeksi Menular Seksual (IMS) serta program Keluarga Berencana (KB). Upaya lain dapat dilakukan dengan melakukan sosialisasi deteksi dini, promosi deteksi dini, skrining, perawatan paliatif, Inovasi, kolaborasi antara pusat pelayanan kesehatan dan tenaga profesional yang berpartisipasi, fasilitas rujukan, penggunaan cakupan asuransi kesehatan, pengurangan pembagian biaya dan ketersediaan skrining gratis di klinik umum, meningkatkan peluang untuk melakukan skrining di tempat layanan kesehatan (misalnya, skrining di unit gawat darurat dan skrining selama kunjungan perawatan akut), penyediaan skrining di tempat kerja dan tempat ibadah.

2. Kanker Leher Rahim

Kanker leher rahim, atau kanker serviks, merupakan jenis kanker yang berkembang di bagian bawah rahim (serviks). Penyakit ini umumnya disebabkan oleh infeksi human papillomavirus (HPV). Gejala kanker serviks dapat meliputi pendarahan abnormal, terutama setelah berhubungan seksual atau di luar siklus menstruasi, keputihan yang tidak biasa—seperti bercampur darah atau berbau tidak sedap—nyeri panggul, nyeri saat berhubungan seksual, serta gejala lain pada stadium lanjut, seperti kelelahan, penurunan berat badan, dan pembengkakan pada kaki (5).

Beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko kanker leher rahim antara lain menikah atau memulai aktivitas seksual pada usia muda (kurang dari 20 tahun), memiliki pasangan seksual yang berganti-ganti atau berhubungan dengan pria yang memiliki banyak pasangan, riwayat infeksi pada area genital atau radang panggul, memiliki banyak anak, serta kebiasaan merokok, baik sebagai perokok aktif maupun pasif (3). Pada semester pertama tahun 2023, cakupan deteksi dini kanker serviks di Indonesia masih tergolong rendah, yaitu hanya 10,85% pada wanita usia 30-50 tahun. Dari 41.881.534 wanita usia subur, hanya 3.200.799 yang secara aktif menjalani deteksi dini kanker serviks.

Provinsi dengan cakupan deteksi dini tertinggi adalah Nusa Tenggara Barat (74,45%), sedangkan Papua memiliki cakupan terendah, yakni hanya 0,29% (6). Pemerintah berupaya menjaring para perempuan di Indonesia untuk ikut serta dalam melakukan deteksi dini.

Deteksi dini kanker leher rahim dapat dilakukan dengan :

1. Inspeksi Visual dengan Aplikasi Asam Asetat (IVA)

Inspeksi Visual dengan Aplikasi Asam Asetat (IVA) merupakan metode penapisan kanker leher rahim yang banyak digunakan di negara dengan keterbatasan sumber daya. Pemeriksaan ini dilakukan dengan mengoleskan larutan asam asetat atau cuka putih (3-5%) pada serviks. Jika terdapat lesi prakanker, jaringan tersebut akan berubah menjadi bercak putih yang dikenal sebagai aceto white epithelium. Tujuan pemeriksaan IVA adalah mendeteksi lesi prakanker serviks secara visual. Prosedurnya melibatkan pengaplikasian asam asetat pada serviks menggunakan kapas. Sel-sel abnormal akan bereaksi terhadap asam asetat dengan berubah warna menjadi putih, sehingga mempermudah identifikasi lesi yang berpotensi berkembang menjadi kanker (7).

2. Pemeriksaan Sitologi (Papanicolaou/tes Pap).

Pemeriksaan sitopatologi dilakukan untuk mendeteksi perubahan morfologis pada sel-sel epitel leher rahim yang mengindikasikan kondisi prakanker maupun kanker.

3. Pendekatan Kunjungan Tunggal – *Single Visit Approach* (SVA)

Pendekatan ini bertujuan untuk mencegah kanker leher rahim melalui pemeriksaan IVA yang diikuti dengan pengobatan krioterapi. Proses penapisan yang melibatkan pemeriksaan dan pengobatan klien dapat dilakukan pada kunjungan yang sama, untuk menghindari kunjungan berulang dari ibu/klien

dan mengurangi kemungkinan ketidakhadiran pada kunjungan selanjutnya.

Agar skrining dapat dilaksanakan secara optimal dan mencapai tujuan yang diharapkan, diperlukan beberapa langkah strategis. Langkah-langkah tersebut meliputi penetapan target yang disesuaikan dengan wilayah kerja dan kewenangan masing-masing Puskesmas atau Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), serta persiapan sarana, bahan, dan peralatan yang dibutuhkan. Selain itu, kesiapan sumber daya manusia, termasuk dokter dan bidan sebagai pelaksana, juga harus diperhatikan.

Selanjutnya, perlu ditentukan jadwal pelaksanaan skrining serta dilakukan sosialisasi kepada masyarakat. Informasi mengenai kegiatan ini dapat disampaikan melalui bidan desa, kader kesehatan, serta perangkat desa. Selain itu, pendekatan dapat dilakukan melalui berbagai organisasi atau kelompok masyarakat.

Ringkasan

Salah satu jenis kanker yang umum terjadi adalah kanker payudara, yang berkembang di jaringan payudara. Kanker ini dapat muncul di saluran susu (karsinoma duktal) atau di kelenjar penghasil susu (karsinoma lobular). Meskipun lebih sering terjadi pada wanita, kanker payudara juga dapat menyerang pria. Deteksi dini kanker payudara dapat dilakukan melalui teknik SADARI (Periksa Payudara Sendiri) dan SADANIS (Pemeriksaan Payudara Klinis).

Selain itu, kanker leher rahim atau kanker serviks merupakan jenis kanker yang berkembang di bagian bawah rahim (serviks). Penyebab utama kanker serviks adalah infeksi human papillomavirus (HPV), yang dapat memicu perubahan seluler hingga berkembang menjadi kanker seiring waktu. Deteksi dini kanker serviks dapat dilakukan dengan metode Inspeksi Visual dengan Aplikasi Asam Asetat (IVA), pemeriksaan sitologi (Tes Pap/Papanicolaou), serta pendekatan kunjungan tunggal atau Single Visit Approach (SVA).

Agar program skrining berjalan efektif dan mencapai target yang diharapkan, diperlukan beberapa langkah strategis. Setiap Puskesmas atau Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) perlu menetapkan target sesuai dengan wilayah kerja dan kewenangannya, menyiapkan sarana, bahan, serta peralatan yang diperlukan, serta memastikan ketersediaan tenaga medis seperti dokter dan bidan. Selain itu, perlu ditentukan jadwal pelaksanaan skrining dan dilakukan sosialisasi kepada masyarakat. Informasi mengenai program ini dapat disampaikan melalui bidan desa, kader kesehatan, serta perangkat desa, serta dapat diperluas melalui berbagai organisasi atau kelompok masyarakat.

Kepustakaan

1. World Health Organization. Global breast cancer initiative implementation framework: assessing, strengthening and scaling up of services for the early detection and management of breast cancer [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 30]. Available from:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240065987>
2. Kemenkes RI. Kanker Payudara Paling Banyak di Indonesia, Kemenkes Targetkan Pemerataan Layanan Kesehatan [Internet]. Sehat Negeriku. 2022 [cited 2024 Jul 30]. Available from:
<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20220202/1639254/kanker-payudara-paling-banyak-di-indonesia-kemenkes-targetkan-pemerataan-layanan-kesehatan/>
3. Kemenkes RI. Pedoman Teknis Pengendalian kanker Payudara dan kanker leher Rahim. 2013.
4. Kemenkes RI. Enam Langkah SADARI untuk Deteksi Dini Kanker Payudara - Penyakit Tidak Menular Indonesia [Internet]. 2016 [cited 2024 Jul 30]. Available from:
<https://p2ptm.kemkes.go.id/artikel-sehat/enam-langkah-sadari-untuk-deteksi-dini-kanker-payudara>
5. World Health Organization. Cervical cancer [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 30]. Available from:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>

6. Kemenkes RI. Laporan Kinerja Semester I Tahun 2023. 2023.
7. SGO. Cervical Cancer Screening Recommendations [Internet]. Society of Gynecologic Oncology. 2012 [cited 2024 Jul 30]. Available from: <https://www.sgo.org/resources/cervical-cancer-screening-recommendations/>

Manajemen Rujukan dalam Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Author:

Dr. dr. Sugiharto, MBA M.KES., (MARS) FISPH., FISC.M.
Fakultas kedokteran Universitas Ciputra Surabaya

Pendahuluan

Manajemen rujukan merupakan komponen krusial dalam sistem pelayanan Kesehatan terutama dalam konteks Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Indonesia. Proses rujukan yang efektif dan efisien tidak hanya berperan penting dalam menjamin kontinuitas pelayanan Kesehatan, tetapi juga dalam memastikan bahwa pasien mendapat perawatan yang tepat sesuai kebutuhannya.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 tahun 2014 Tentang Klinik dan Nomor 34 tahun 2022 tentang akreditasi Puskesmas, klinik, unit transfusi darah, tempat praktik mandiri dokter dan tempat praktik mandiri dokter gigi digunakan untuk mengatur standar suatu tempat untuk melayani kesehatan perorangan atau masyarakat di wilayah tertentu. Hal ini meliputi: jenis klinik, lokasi, luas bangunan, sarana dan prasarana serta perijinan. Peraturan ini juga mengatur standar untuk tenaga yang diperlukan untuk pelaksanaan klinik, kelengkapan (minimal peralatan yang diperlukan suatu klinik) dan pembinaan serta pengawasan.

Pelaksanaan akreditasi diterapkan dengan tujuan meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan melalui penerapan standar yang ketat dan sistematis. Klinik diharapkan mampu menyediakan pelayanan medis dasar dan atau spesialisasi sesuai jenis klinik utama atau klinik pratama. Dukungan tenaga medis dan sarana prasarana sesuai

persyaratan jenis klinik harus dipenuhi agar pelayanan Kesehatan dapat terlaksana secara baik. Akreditasi tidak hanya menjadi tolak ukur kualitas pelayanan namun juga sebagai *instrument* untuk memperkuat sistem rujukan dan pelayanan Kesehatan secara nasional sehingga setiap lapisan masyarakat di daerah manapun mendapat fasilitas Kesehatan yang sesuai dan alur rujukan dapat dijalankan dengan baik (mulai dari penyediaan informasi kepada pasien hingga penyediaan sarana transportasi yang memadai).

Penilaian terhadap elemen-elemen dalam proses rujukan dilaksanakan secara cermat untuk memastikan bahwa semua prosedur telah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Hal ini termasuk adanya tata cara dan prosedur rujukan yang jelas, verifikasi kemampuan fasilitas Kesehatan tujuan rujukan, pemberian informasi yang memadai kepada pasien dan keluarganya serta penyediaan transportasi yang sesuai. Dengan demikian, manajemen rujukan yang efektif di FKTP diharapkan dapat meningkatkan keselamatan pasien, efektivitas pelayanan, dan kepuasan pasien.

Implementasi yang baik dari prosedur rujukan ini juga dapat membantu mengurangi beban fasilitas Kesehatan rujukan dan memastikan bahwa sumber daya Kesehatan digunakan secara tepat dan optimal. Dalam bab-bab selanjutnya, akan dibahas lebih rinci mengenai berbagai aspek dari manajemen rujukan dalam akreditasi FKTP termasuk standar, prosedur, elemen penilaian dan instrumen yang digunakan dalam proses akreditasi.

Pokok bahasan

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 tahun 2014 Tentang Klinik pada Bab 1 Pasal 1 menjelaskan tentang definisi dari klinik, tenaga kesehatan dan instalasi farmasi.

Klinik merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan individu secara komprehensif, yang mencakup pelayanan medis dasar dan/atau spesialisistik. Dalam pelaksanaan layanan tersebut, klinik didukung oleh Tenaga Kesehatan, yang diartikan sebagai setiap individu yang mengabdikan diri di sektor kesehatan, memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan yang diperoleh melalui pendidikan di bidang kesehatan, serta, untuk jenis tertentu, memiliki kewenangan dalam melaksanakan upaya kesehatan. Klinik juga dilengkapi dengan Instalasi Farmasi, yang merupakan bagian integral dari klinik dan bertugas untuk menyelenggarakan, mengatur, mengoordinasikan, serta mengawasi seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian, termasuk melaksanakan pembinaan teknis di bidang kefarmasian.

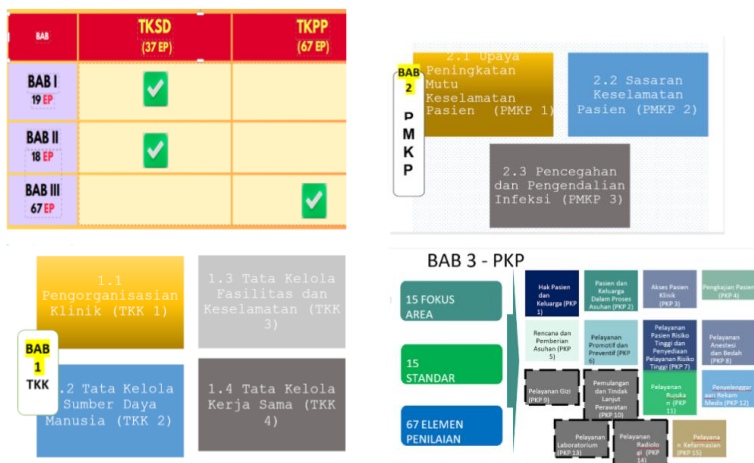
Berdasarkan jenis pelayanannya, klinik dapat diklasifikasikan menjadi Klinik Pratama dan Klinik Utama. Klinik Pratama adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan medis dasar, baik yang bersifat umum maupun khusus. Sementara itu, Klinik Utama menyelenggarakan pelayanan medis spesialisistik, atau kombinasi antara pelayanan medis dasar dan spesialisistik. Setiap klinik dapat difokuskan pada satu bidang pelayanan tertentu, yang ditetapkan berdasarkan cabang atau disiplin ilmu kedokteran, ataupun sistem organ yang ditangani.

Terkait dengan kepemilikannya, klinik yang didirikan oleh Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah wajib memenuhi ketentuan yang diatur dalam peraturan perundang-undangan. Klinik milik masyarakat yang hanya memberikan pelayanan rawat jalan dapat didirikan oleh individu maupun badan usaha. Namun, jika klinik tersebut menyediakan pelayanan rawat inap, pendiriannya wajib dilakukan oleh badan hukum.

Penyelenggaraan akreditasi klinik dan fasilitas kesehatan tingkat pertama diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Ketentuan ini bertujuan untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan dengan mengacu pada standar akreditasi nasional, sehingga dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan. Mekanisme pelaksanaan akreditasi dibedakan berdasarkan jenis fasilitas. Untuk Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, akreditasi dilakukan secara daring melalui sistem informasi yang dikelola oleh Kementerian Kesehatan. Sementara itu, Puskesmas, Klinik, dan Unit Transfusi Darah mengikuti proses akreditasi secara hibrida, yaitu kombinasi antara metode daring dan luring.

Standar akreditasi untuk klinik disusun dalam tiga bab utama, yaitu Bab I mengenai Tata Kelola Klinik (TKK), Bab II tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), serta Bab III yang membahas Pelayanan Kesehatan Perseorangan (PKP). Proses akreditasi dilaksanakan oleh tim surveiur yang berasal dari lembaga independen penyelenggara akreditasi, yang ditetapkan secara resmi oleh Menteri Kesehatan. Tim surveiur tersebut bertugas melakukan penilaian terhadap berbagai aspek, yang meliputi bidang Tata Kelola Sumber Daya dan Upaya Kesehatan Masyarakat (TKSD UKM), serta bidang Tata Kelola Pelayanan dan Penunjang (TKPP).

Pembagian Tugas Surveior



Gambar 1. Pembagian Tugas Surveior
Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022

Pelayanan rujukan pada klinik, sebagaimana dimaksud dalam *Standar 3.11 PKP 11*, diselenggarakan apabila klinik tidak memiliki kemampuan atau kompetensi yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan pelayanan pasien. Tujuan dari sistem rujukan ini adalah untuk menjamin pasien memperoleh layanan yang sesuai di fasilitas pelayanan kesehatan lain yang memiliki kapasitas lebih memadai dan telah menjalin kerja sama dengan klinik. Pasien maupun keluarga pasien memiliki hak untuk mendapatkan informasi terkait rencana rujukan secara jelas dan lengkap. Informasi yang harus disampaikan meliputi kondisi medis pasien, hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik, diagnosis yang telah ditegakkan, tindakan atau pengobatan yang telah diberikan, serta kebutuhan pemeriksaan dan/atau perawatan lanjutan. Semua informasi tersebut harus dituangkan dalam surat rujukan yang disusun oleh dokter yang merawat pasien atau dokter lain yang memiliki kewenangan.

Bagi klinik yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap, diwajibkan untuk menyediakan sarana transportasi rujukan berupa ambulans yang memenuhi ketentuan sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan. Sarana ini diperlukan ketika pasien

harus dialihkan ke fasilitas rujukan untuk mendapatkan pemeriksaan atau tindakan yang tidak tersedia di klinik, atau jika ada permintaan dari pasien atau keluarganya untuk alih rawat. Apabila klinik belum memiliki ambulans sendiri, maka klinik dapat melakukan kerja sama dengan fasilitas kesehatan lain yang menyediakan ambulans. Penilaian terhadap pemenuhan *Standar PKP 11* meliputi: (1) keberadaan tata cara dan prosedur rujukan pasien; (2) jaminan bahwa fasilitas rujukan dapat memenuhi kebutuhan pasien; (3) adanya pemberian informasi dan persetujuan rujukan oleh pasien/keluarga; (4) ketersediaan sarana transportasi rujukan yang sesuai (khusus klinik rawat inap); serta (5) daftar jejaring fasilitas rujukan yang dimiliki oleh klinik.

Instrumen Penilaian

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Ada tata cara dan prosedur perujukan pasien	Terdapat SPO rujukan pasien.	10 5 0
Klinik yang merujuk pasien memastikan bahwa fasyankes yang dituju dapat memenuhi kebutuhan pasien	1. Terdapat dokumen bukti bahwa klinik memastikan fasyankes yang dituju dapat memenuhi kebutuhan pasien yang dirujuk. 2. Melaksanakan wawancara dengan petugas terkait tatacara merujuk pasien ke fasyankes lain.	10 5 0
Pasien/keluarga memperoleh informasi rujukan dan memberi persetujuan untuk dilakukan rujukan berdasarkan kebutuhan pasien.	1. Terdapat dokumen bukti pemberian informasi pada pasien dan keluarga yang akan dirujuk. 2. Terdapat dokumen bukti persetujuan pasien/keluarga saat dilakukan rujukan. 3. Melaksanakan wawancara dengan pasien dan/atau petugas terkait pemberian informasi sebelum dilakukan rujukan.	10 5 0
Ada sarana transportasi rujukan yang memenuhi syarat (khusus klinik yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap).	1. Melaksanakan observasi terkait sarana transportasi yang digunakan untuk merujuk pasien yang memenuhi syarat (khusus klinik yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap). 2. Melaksanakan wawancara dengan petugas terkait sarana transportasi rujukan yang memenuhi syarat (khusus klinik yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap).	10 5 0
Ada daftar jejaring rujukan klinik.	Terdapat dokumen daftar jejaring rujukan klinik.	10 5 0

Gambar 2. Instrumen Penilaian
Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022

Status Akreditasi

HASIL AKREDITASI	BAB Akreditasi Klinik		
	TKK	PMKP	PKP
Tidak Terakreditasi	< 75 %	< 40 %	< 75 %
Terakreditasi Madya	≥ 75 %	≥ 40 %	≥ 75 %
Terakreditasi Utama	≥ 80 %	≥ 60 %	≥ 80 %
Terakreditasi Paripurna	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %

HASIL AKREDITASI	KRITERIA
Paripurna	Seluruh Bab mendapat nilai minimal 80%
Utama	a. Bab TKK mendapat nilai minimal 80 % b. Bab PKMP mendapat nilai minimal 60 % c. Bab PKP mendapat nilai minimal 80 %
Madya	a. Bab TKK mendapat nilai minimal 75 % b. Bab PKMP mendapat nilai minimal 40 % c. Bab PKP mendapat nilai minimal 75 %
Tidak terakreditasi	a. Bab TKK mendapat nilai minimal 75 % b. Bab PKMP mendapat nilai minimal 40 % c. Bab PKP mendapat nilai minimal 75 %

Gambar 3. Status Akreditasi
Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022

Ringkasan

Manajemen rujukan merupakan komponen krusial dalam sistem pelayanan Kesehatan, terutama dalam konteks FKTP di Indonesia. Manajemen rujukan yang efektif di FKTP diharapkan dapat meningkatkan keselamatan pasien, efektivitas pelayanan dan kepuasan pasien. Implementasi yang baik dari prosedur rujukan ini juga dapat membantu mengurangi beban fasilitas Kesehatan rujukan dan memastikan sumber daya Kesehatan digunakan secara tepat dan optimal.

Kepustakaan

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 tahun 2022 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 tahun 2014 tentang Klinik.
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/1368/2023 tentang Penyelenggaraan Akreditasi Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
6. Bahan Ajar dari Subur Prajitno, dr, MS, AKK, FISPH, FISCN.

Clinical Pathway BPJS Kesehatan Untuk Rujukan Kanker

Author:
dr. Binti Luklu'ah
BPJS Kesehatan Surabaya

Pendahuluan

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu pilar utama dalam upaya pemerintah Republik Indonesia untuk memberikan akses kesehatan yang merata dan terjangkau bagi seluruh masyarakat. Dalam pelaksanaannya, BPJS Kesehatan tidak hanya berperan dalam penyediaan layanan kesehatan yang komprehensif, tetapi juga bertanggung jawab untuk memastikan bahwa layanan tersebut dapat diakses oleh seluruh peserta melalui prosedur yang efisien dan tepat sasaran. Materi ini akan membahas secara mendalam mengenai alur pelayanan kesehatan yang disediakan oleh BPJS Kesehatan, termasuk sistem rujukan yang terintegrasi, kerjasama dengan fasilitas kesehatan, serta regulasi yang berkaitan dengan penggunaan obat kanker dalam rangka penanganan penyakit kritis, seperti kanker. Dengan pemahaman yang mendalam mengenai prosedur dan regulasi tersebut, diharapkan seluruh pihak yang terlibat, baik penyelenggara layanan kesehatan maupun peserta, dapat bekerja sama untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang lebih baik, efektif, dan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

Pokok Bahasan

Alur Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan

Alur pelayanan kesehatan dalam BPJS Kesehatan dirancang untuk memastikan bahwa peserta mendapatkan layanan kesehatan yang tepat sesuai dengan kondisi kesehatannya, mulai dari layanan dasar

hingga layanan lanjutan jika diperlukan. Berikut adalah tahapan-tahapan dalam alur pelayanan tersebut:

1. Pendaftaran Peserta di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

- Setiap peserta BPJS Kesehatan harus terdaftar di FKTP yang dipilih. FKTP ini bisa berupa Puskesmas, klinik pratama, atau dokter praktek perorangan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- FKTP merupakan pintu pertama bagi peserta untuk mendapatkan layanan kesehatan. Semua pengobatan dan tindakan medis awal dilakukan di sini, kecuali dalam kondisi darurat atau kasus khusus yang memerlukan penanganan langsung di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL).

2. Pelayanan Kesehatan di FKTP

- Peserta datang ke FKTP saat membutuhkan layanan kesehatan. Pelayanan yang diberikan di FKTP meliputi administrasi, pemeriksaan umum, penanganan penyakit yang sesuai dengan kompetensi dokter umum, pengobatan, dan konsultasi kesehatan.
- Jika kondisi peserta memerlukan penanganan lebih lanjut atau spesialis, dokter di FKTP akan memberikan rujukan ke FKTL yang sesuai dengan kompetensinya.

3. Proses Rujukan ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL)

- Jika kondisi kesehatan peserta tidak dapat ditangani di FKTP, dokter di FKTP akan memberikan surat rujukan ke FKTL. FKTL mencakup rumah sakit umum, rumah sakit khusus, atau fasilitas kesehatan lainnya yang memiliki spesialisasi yang diperlukan.
- Rujukan dilakukan melalui sistem yang terintegrasi secara *online*, dan terintegrasi dengan aplikasi di Rumah Sakit

yang sudah bekerjasama dan memastikan bahwa data medis peserta tercatat dengan baik sehingga memudahkan proses tindak lanjut di FKTL.

4. Pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL)

- Di FKTL, peserta akan mendapatkan layanan spesialis sesuai dengan kebutuhan medis yang telah ditentukan dalam rujukan.
- Pelayanan di FKTL meliputi administrasi, pemeriksaan lanjutan (Penunjang dan obat), tindakan medis, rawat inap, hingga tindakan bedah jika diperlukan.
- Apabila pasien sudah stabil, maka FKTL wajib melakukan rujuk balik ke FKTP.
- FKTL juga bertanggung jawab untuk mengelola kondisi kronis peserta yang memerlukan perawatan jangka panjang.

5. Proses Kembali ke FKTP (Rujukan Balik)

- Setelah mendapatkan penanganan di FKTL, jika kondisi kesehatan peserta sudah stabil atau memerlukan perawatan lanjutan yang dapat dikelola oleh FKTP, peserta akan dirujuk kembali ke FKTP. Proses ini dikenal sebagai "rujukan balik."
- FKTP akan melanjutkan pengobatan dan pemantauan kesehatan peserta berdasarkan rekomendasi dari dokter di FKTL.

6. Prosedur Darurat dan Rujukan Langsung

- Dalam keadaan darurat medis yang mengancam nyawa (kondisi *emergency*) yang ditetapkan oleh DPJP di UGD, peserta dapat langsung menuju FKTL tanpa melalui FKTP terlebih dahulu untuk meminta rujukan.

- Setelah kondisi darurat teratasi, peserta dapat dirujuk kembali ke FKTP untuk perawatan lanjutan sesuai dengan alur standar.

Alur pelayanan ini dirancang untuk memberikan layanan kesehatan yang terstruktur, efisien, dan sesuai dengan tingkat kebutuhan medis peserta. Dengan adanya sistem rujukan yang terintegrasi, diharapkan tidak terjadi penumpukan pasien di fasilitas kesehatan tingkat lanjut dan setiap peserta mendapatkan penanganan yang optimal sesuai dengan kondisi kesehatannya.

Sistem Rujukan Terintegrasi

Sistem rujukan terintegrasi merupakan mekanisme yang dirancang oleh BPJS Kesehatan untuk memastikan bahwa setiap peserta mendapatkan pelayanan kesehatan yang tepat, pada waktu yang tepat, dan di tempat yang sesuai dengan kebutuhan medisnya. Sistem ini melibatkan koordinasi antara berbagai tingkat fasilitas kesehatan. Keuntungan dari Sistem Rujukan Terintegrasi adalah:

- Efisiensi dalam Penanganan Kasus:

Sistem ini mencegah penumpukan pasien di FKTL, sehingga fasilitas kesehatan tingkat lanjut dapat lebih fokus menangani kasus-kasus yang memang memerlukan spesialisasi. Hal ini juga memastikan bahwa pasien yang benar-benar membutuhkan layanan spesialis mendapatkan prioritas.

- Peningkatan Kualitas Pelayanan:

Dengan sistem rujukan yang terintegrasi, setiap tindakan didasarkan pada informasi yang lengkap dan akurat, sehingga meningkatkan kualitas diagnosa dan perawatan.

- Kemudahan Akses dan Transparansi:

Penggunaan aplikasi digital (Mobile JKN) dalam rujukan memudahkan peserta BPJS Kesehatan dalam mengakses layanan kesehatan, sekaligus memberikan transparansi dalam

alur pelayanan. Peserta dan fasilitas kesehatan dapat melacak status rujukan secara *real-time*.

- **Penanganan Kasus-Kasus Khusus:**

Sistem ini juga memungkinkan penanganan khusus bagi penyakit kronis atau kritis, seperti kanker, yang membutuhkan perawatan berkelanjutan dan pengawasan ketat dari berbagai tingkat fasilitas kesehatan. Peserta dengan kondisi-kondisi khusus dapat langsung dirujuk oleh FKTP ke FKRTL yang memberikan pelayanan rutin kepada Peserta tersebut, yaitu:

- 1) Peserta dengan diagnosis gangguan jiwa yang berobat rutin di FKRTL Khusus Jiwa;
- 2) Peserta dengan diagnosis kusta yang berobat di FKRTL Khusus Kusta;
- 3) Peserta dengan diagnosis TB MDR yang berobat di FKRTL yang menyediakan unit pelaksana Layanan Tuberkulosis Resisten Obat;
- 4) Peserta dengan diagnosis HIV yang berobat di FKRTL tingkat 3 (kelas A) yang menyediakan layanan obat lini 3;
- 5) Peserta dengan diagnosis Hemofilia yang berobat di FKRTL yang menyediakan pelayanan Hemofilia;
- 6) Peserta dengan diagnosis Thalasemia Mayor yang berobat di FKRTL yang menyediakan pelayanan Thalasemia Mayor;
- 7) Peserta dengan diagnosis Kanker yang menerima pelayanan kemoterapi dan radioterapi yang berobat di FKRTL yang menyediakan pelayanan kemoterapi dan radioterapi;
- 8) Peserta dengan kebutuhan pelayanan Hemodialisis rutin di FKRTL yang menyediakan pelayanan Hemodialisis; dan
- 9) Peserta dengan kondisi khusus lainnya yang akan ditetapkan oleh Direksi BPJS Kesehatan.

Untuk kasus-kasus seperti kanker, BPJS Kesehatan memiliki kebijakan khusus dalam sistem rujukan. Penyakit ini seringkali memerlukan penanganan oleh dokter spesialis onkologi dan mungkin membutuhkan tindakan seperti kemoterapi, radioterapi, atau pembedahan yang hanya bisa dilakukan di FKTL. Dalam situasi tertentu, rujukan langsung ke FKTL tanpa melalui FKTP bisa dilakukan jika kondisi pasien memang memerlukan tindakan segera.

Sistem rujukan terintegrasi merupakan salah satu inovasi strategis dalam layanan BPJS Kesehatan yang dirancang untuk meningkatkan efisiensi serta efektivitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Melalui pemanfaatan teknologi digital dan penguatan koordinasi antar fasilitas pelayanan kesehatan, sistem ini diharapkan mampu menghadirkan layanan yang lebih tepat sasaran, merata, dan berkualitas bagi seluruh peserta BPJS Kesehatan.

Kerjasama dengan Fasilitas Kesehatan

BPJS Kesehatan telah mengembangkan kerjasama dengan berbagai fasilitas kesehatan di seluruh Indonesia untuk memastikan bahwa peserta yang menderita kanker mendapatkan akses layanan yang optimal dan sesuai standar. Kerjasama ini mencakup beberapa aspek penting yang bertujuan untuk menyediakan layanan yang berkualitas dan terjangkau bagi pasien kanker.

Berikut adalah beberapa poin utama dari kerjasama tersebut:

- **Pemilihan Fasilitas Kesehatan**
 - 1) **Kriteria dan Standar Fasilitas Kesehatan:**
 - BPJS Kesehatan menetapkan kriteria dan standar yang ketat bagi fasilitas kesehatan yang ingin bekerja sama dalam memberikan layanan kanker. Hanya fasilitas kesehatan yang memiliki kapasitas dan kapabilitas untuk menangani kasus kanker yang kompleks yang dapat bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

- Kriteria ini mencakup ketersediaan tenaga medis spesialis onkologi, peralatan medis yang memadai, serta layanan kemoterapi, radioterapi, dan pembedahan yang sesuai dengan standar internasional.
- 2) Daftar Fasilitas Kesehatan Rekanan:
- BPJS Kesehatan memiliki daftar fasilitas kesehatan yang telah terakreditasi dan diakui mampu memberikan layanan kanker. Daftar ini mencakup rumah sakit umum, rumah sakit khusus kanker, dan klinik spesialis yang tersebar di berbagai daerah.
 - Fasilitas-fasilitas ini juga telah memenuhi persyaratan dalam hal teknologi medis dan manajemen pasien kanker, memastikan bahwa layanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan adalah yang terbaik.

Persyaratan Pelayanan Kemoterapi.

1. DPJP:
 - DPJP Spesialis Bedah Onkologi, Rekomendasi dari PERABOI.
 - DPJP Spesialis Penyakit Dalam Konsultan Hemato Onkologi, Rekomendasi dari PERHOMPEDIN.
 - DPJP Spesialis Obgyn Onkologi, Rekomendasi dari POGI.
 - DPJP Spesialis Lainnya, dengan Rekomendasi dari Kolegium.
 - DPJP dengan SIP yang berlaku yang memiliki sertifikat kompetensi lanjut dibidang kemoterapi dari kolegium.
 - Perawat dengan Surat Ijin Kerja (SIK) masih berlaku dan memiliki Sertifikat pelayanan kemoterapi.
 - Apoteker dengan Surat Ijin Kerja (SIK) masih berlaku dan memiliki Sertifikat pelayanan kemoterapi.
 - Tim *oncologi board* yang dikeluarkan oleh Direktur Rumah Sakit.
 - Surat Pernyataan kesediaan mematuhi seluruh ketentuan program Jaminan Kesehatan Nasional
 - Surat pengelolaan limbah dari lembaga terkait.
 - Punya SOP Pelayanan Kanker.
 - Punya PPK Kasus Keganasan.

- Surat Komitmen Pelayanan Kemoterapi.
- Regulasi Penggunaan Obat Kanker.

BPJS Kesehatan menerapkan regulasi yang ketat dalam penggunaan obat kanker untuk memastikan bahwa pengobatan yang diberikan kepada peserta sesuai dengan standar medis yang berlaku, efektif, dan terjangkau. Regulasi ini meliputi aspek pemilihan, pengadaan, serta penggunaan obat-obatan kanker yang digunakan dalam layanan kesehatan yang disediakan oleh BPJS Kesehatan.

Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan (Sebelumnya Perpres 12 Tahun 2013):

- **Pasal 82**

Untuk menjamin mutu dan efisiensi biaya dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan, Menteri berwenang menetapkan kebijakan terkait pelaksanaan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*) dan kebijakan lainnya yang mendukung pengendalian mutu dan biaya.

- **Pasal 85**

Penilaian teknologi kesehatan sebagaimana dimaksud bertujuan untuk mengevaluasi efektivitas dan efisiensi penggunaan berbagai teknologi atau produk teknologi, termasuk metode, obat, dan alat kesehatan yang digunakan dalam pelayanan Program Jaminan Kesehatan.

- **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013** memuat ketentuan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), termasuk pengaturan terhadap penggunaan teknologi kesehatan.
- **Penilaian Teknologi Kesehatan (*Health Technology Assessment*/HTA)** digunakan untuk mengevaluasi efektivitas dan efisiensi terhadap berbagai bentuk pelayanan kesehatan. Kategori yang termasuk dalam penilaian ini

mencakup penggunaan teknologi baru, metode medis yang baru diterapkan, obat-obatan baru, keahlian atau kompetensi medis khusus, serta layanan kesehatan dengan pembiayaan tinggi.

- Berdasarkan **Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 28/KK/KEP/XI/2016**, kemoterapi dapat diberikan oleh dokter spesialis dari berbagai bidang yang memiliki kompetensi terkait. Adapun bidang spesialisasi tersebut antara lain: dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis anak, dokter spesialis bedah anak, dan dokter spesialis bedah saraf. Selain itu, dokter subspecialis bedah onkologi serta bedah digestif juga termasuk dalam kelompok yang berwenang. Disiplin lain yang juga berkompetensi adalah dokter spesialis pulmonologi dan kedokteran respirasi, dokter spesialis radiologi, dan dokter spesialis mata. Kompetensi kemoterapi juga dimiliki oleh dokter spesialis urologi, dokter spesialis THT-Bedah Kepala Leher, serta dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Dokter spesialis neurologi, dermatologi dan venerologi, serta dokter spesialis bedah umum juga termasuk dalam daftar dokter yang memiliki kewenangan untuk memberikan terapi kemoterapi lintas bidang spesialisasi.

Dokter-dokter tersebut telah menjalani pelatihan dasar maupun lanjutan dalam pemberian kemoterapi sistemik untuk penanganan kanker, serta memperoleh sertifikat kompetensi lanjutan di bidang kemoterapi yang dikeluarkan oleh kolegium terkait.

PELAYANAN OBAT KEMOTERAPI

A. Pelayanan Obat Program JKN

Pelayanan Obat dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) harus mematuhi ketentuan yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Dalam Pasal 25, dijelaskan bahwa ketentuan mengenai daftar dan harga tertinggi obat-obatan ditetapkan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Selain itu, berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 mengenai Jaminan Kesehatan, yang tercantum dalam Pasal 46, setiap peserta berhak untuk menerima pelayanan obat sesuai dengan kebutuhan medis mereka.

Lebih lanjut, dalam Pasal 58, diatur bahwa Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Fasilitas Kesehatan memiliki tanggung jawab dalam memastikan ketersediaan obat. Pasal 59 menegaskan bahwa pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai untuk peserta Jaminan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan harus berpedoman pada daftar obat, alat kesehatan, dan bahan habis pakai yang ditetapkan oleh Menteri.

B. Pengadaan Obat Program JKN

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 mengenai Jaminan Kesehatan Pasal 60 menetapkan bahwa: Pengadaan obat oleh fasilitas kesehatan yang dimiliki oleh pemerintah maupun swasta dalam rangka program Jaminan Kesehatan dilaksanakan melalui *e-purchasing* yang berlandaskan pada katalog elektronik.

C. Pelayanan Obat Kemoterapi

Pelaksanaan pemberian Obat Kemoterapi dilakukan di:

- Faskes Tkt 3
- Faskes Tkt 2, mempertimbangkan Sarpras faskes & Kompetensi SDM Kesehatan

Jenis obat kemoterapi yang digunakan mengikuti Formularium Nasional, dan dosisnya sesuai dengan yang tercantum dalam *e-Catalogue*. Tarif untuk rawat jalan dan rawat inap yang menerima layanan kemoterapi mencakup tarif INA-CBG serta tarif obat kemoterapi. Pemberian obat kemoterapi dapat dialihkan dari fasilitas kesehatan tingkat 3 ke fasilitas kesehatan tingkat 2 dengan ketentuan sebagai berikut:

- Terdapat pelimpahan kewenangan yang disertai dengan dokumen tertulis dari DPJP Kemoterapi di fasilitas kesehatan tingkat 3 kepada DPJP Kemoterapi di fasilitas kesehatan tingkat 2;
- Fasilitas kesehatan tingkat 2 yang menerima pelimpahan kewenangan dari DPJP Kemoterapi di fasilitas tingkat 3 harus memiliki Tim Onkologi (Cancer/Tumor Board), fasilitas kemoterapi, serta sarana dan prasarana lainnya yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan. Sarana dan prasarana untuk mendukung pemberian obat kemoterapi ditetapkan oleh Pimpinan FKRTL. Pengadaan obat oleh fasilitas kesehatan milik pemerintah atau swasta untuk program Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan melalui *e-purchasing* yang mengacu pada katalog elektronik.

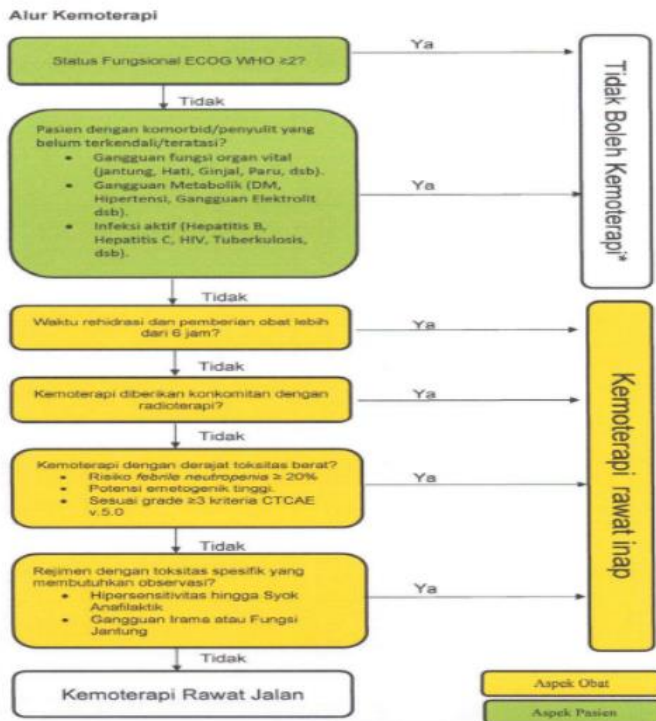
D. Panduan Kemoterapi

Panduan pemberian obat kemoterapi mengikuti rekomendasi alur layanan dari:

- PERHOMPEDIN (Perhimpunan Hematologi-Onkologi Medik Penyakit Dalam Indonesia)
- PERABOI (Perhimpunan Ahli Bedah Onkologi Indonesia)
- POGI (Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia)

Alur Pelayanan Kemoterapi dinilai melalui 2 aspek yaitu:

- 1) Aspek Obat
 - Rehidrasi
 - Diberikan bersama Radioterapi
 - Derajat toksitas berat obat kemo
 - Efek toksitas yg perlu di observasi
- 2) Aspek Pasien
 - Penilaian ECOG
 - Komorbid/kondisi yang belum stabil



Gambar 1. Alur Kemoterapi

Sumber: Surat PB IDI Tahun 2019 dan 2020 Tentang Panduan Kemoterapi

E. Dukungan BPJS Kesehatan

- Dukungan Melalui Skrining Pap Smear

Syarat pemeriksaan IVA dan Pap Smear bagi peserta JKN sebagai berikut :

- 1) Peserta JKN aktif.
- 2) Berjenis kelamin perempuan dengan usia minimal 15 Tahun dan sudah/pernah menikah/pernah berhubungan seksual (Usia $\geq$ 50 th disertai keluhan).
- 3) Pap Smear dapat dilaksanakan oleh peserta dengan frekuensi 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun berjalan.

- **Skrining Riwayat Kesehatan**

Skrining riwayat kesehatan dilakukan untuk mengidentifikasi potensi risiko penyakit kronis. BPJS Kesehatan menyediakan akses untuk fitur skrining kesehatan melalui beberapa saluran, yaitu dengan mengunjungi fasilitas kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), menggunakan Aplikasi Mobile JKN, mengakses Website BPJS Kesehatan, atau melakukan chat dengan Asisten JKN (CHIKA).

Ringkasan

Sebagai penutup, BPJS Kesehatan mengundang seluruh pemangku kepentingan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk berkomitmen dalam mewujudkan kesuksesan program JKN-KIS serta menjaga keberlangsungan program tersebut. Secara konsisten, diharapkan dapat menerapkan pelayanan yang efisien, efektif, dan berkualitas melalui penerapan kaidah-kaidah berbasis bukti (*evidence-based*), mengutamakan keselamatan pasien, efektivitas, dan efisiensi. Penting juga untuk aktif dalam menyebarkan informasi mengenai skrining pap smear dan riwayat kesehatan guna mengetahui potensi risiko penyakit kronis, sehingga penanganan dapat dilakukan secepat mungkin.

Kepustakaan

1. Republik Indonesia. 2004. Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
2. Presiden Republik Indonesia. 2018. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Strategi Pencegahan Kanker: Mengurangi Risiko Melalui Edukasi dan Tindakan Nyata

Author:

dr. Imelda Ritunga, M.Med.Ed
Fakultas Kedokteran Universitas Ciputra Surabaya

dr. Jemima Lewi Santoso, M.Si.
Fakultas Kedokteran Universitas Ciputra Surabaya

Pendahuluan

Kanker adalah sekelompok penyakit yang ditandai dengan perubahan sel yang tidak terkontrol dan penyebaran sel abnormal yang dapat menyerang jaringan tubuh lain. Sel kanker dapat membentuk massa atau benjolan yang disebut tumor, dapat bersifat ganas atau jinak. Tumor ganas dapat menyebar ke bagian tubuh lainnya melalui proses yang dikenal sebagai metastasis. Data WHO menunjukkan kanker terjadi karena perubahan (mutase) pada DNA sel, yang dapat disebabkan oleh faktor genetik. Paparan zat karsinogenik, radiasi, infeksi tertentu, atau gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, konsumsi alkohol berlebihan, dan pola makan yang buruk (1).

Berdasarkan data Global Cancer Observatory (GLOBACon) 2020, urutan kanker di dunia dengan kasus terbanyak kanker payudara dengan estimasi 2,3 juta kasus baru (11,7%), diikuti kanker paru (11,4%), kolorektal (10%), prostat (7,3%), dan kanker lambung (5,6%). Berdasarkan data hasil pemeriksaan di laboratorium Patologi Anatomi Rumah Sakit Umum Persahabatan Jakarta, lebih dari 80 persen kasus dari semua jenis kanker yang terdiagnosis adalah kanker paru. (Kemkes.PNPK.TL kanker paru). Epidemiologi kanker di Indonesia

menunjukkan tren yang menguatirkan dengan peningkatan angka kejadian dan kematian akibat berbagai jenis kanker (1,2). Prevalensi kanker di Indonesia meningkat dari 1,4 per 1000 penduduk pada tahun 2013 menjadi 1,79 per 1000 penduduk pada tahun 2018. Prevalensi tertinggi ditemukan di Yogyakarta (4,86 per 1000) dan Sumatra Barat (2,47 per 1000). Insiden dan prevalensi kanker dari tahun ke tahun semakin meningkat. Pembiayaan telah dikeluarkan untuk pengobatan dan perawatan, meski demikian penderita kanker semakin hari semakin bertambah.

Keterlambatan diagnosis dan deteksi dini terjadi karena di Indonesia penanganan masalah kanker bersifat kuratif atau mengobati pasien yang telah terdiagnosa. Upaya Kesehatan dalam bentuk promosi dan pencegahan belum sebanding dengan upaya kuratif. Upaya Kesehatan baik peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) perlu dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Tahapan penting dalam mencegah dan menghambat kanker adalah promotif dan preventif. Skrining untuk deteksi dini belum disadari penting oleh kebanyakan masyarakat sehingga penanganan penderita sering terlambat, berbiaya besar, dan tingkat keberhasilan lebih rendah karena terdeteksi dengan stadium lanjut (3-5).

Pembelajaran dari berbagai negara terhadap penanganan masalah kanker adalah keterlibatan masyarakat. Masyarakat terlibat jika memiliki kesadaran pentingnya dan kesadaran terbentuk jika ada pengetahuan tentang kanker. Pengetahuan menjadi pintu masuk dokter dan tim kesehatan, hal ini dilakukan melalui edukasi dan tindakan nyata baik yang bersifat peningkatan kesehatan (promotif) maupun pencegahan penyakit (preventif). Edukasi yang bersifat promotif dan preventif merupakan upaya pencegahan penyakit kanker di level hulu sehingga diharapkan mengurangi pengobatan dan rehabilitasi di level hilir (4,5).

Pokok Bahasan

Faktor Risiko

Perubahan (mutasi) pada gen terjadi selama karsinogenesis. Karsinogenesis adalah proses sel normal berubah menjadi sel kanker. Faktor risiko kanker berupa: genetik dan riwayat keluarga, gaya hidup (merokok, alkohol, diet, aktivitas fisik), lingkungan (paparan radiasi, zat karsinogenik), dan infeksi tertentu (HPV, hepatitis B dan C). Beberapa faktor risiko kanker dapat dihindari, seperti merokok, diet, dan gaya aktivitas fisik. Faktor risiko yang tidak dapat dihindari seperti faktor genetik. Rokok dapat menyebabkan kanker paru, kanker rongga mulut, kanker pankreas, kanker serviks, kanker ginjal. Tidak merokok atau berhenti merokok menurunkan risiko morbiditas dan mortalitas kanker.

Faktor genetik merupakan salah satu penyebab utama risiko kanker. Perubahan tertentu pada gen yang mengatur fungsi sel, terutama dalam proses pertumbuhan dan pembelahan, dapat memicu perkembangan kanker. Mutasi genetik ini bisa diwariskan dari orang tua melalui sel reproduksi, yang dikenal sebagai perubahan *germline*, sehingga setiap sel keturunan membawa mutasi tersebut. Selain itu, mutasi genetik juga bisa terjadi sepanjang hidup akibat kesalahan dalam pembelahan sel atau paparan zat karsinogen seperti asap tembakau dan radiasi ultraviolet, yang dikenal sebagai perubahan somatik. Mutasi ini dapat mempengaruhi produksi protein yang mengendalikan pertumbuhan sel, menyebabkan sel-sel tumbuh tanpa kontrol yang normal. Setiap individu dengan kanker memiliki kombinasi mutasi genetik yang unik, dan seiring pertumbuhan kanker, mutasi tambahan bisa terjadi, bahkan di dalam tumor yang sama.

Faktor gaya hidup memiliki peran signifikan dalam meningkatkan risiko kanker. Kebiasaan merokok, misalnya, telah terbukti meningkatkan risiko kematian hingga 2 hingga 3 kali lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang tidak pernah merokok. Merokok menyebabkan berbagai jenis kanker seperti kanker paru-paru, kanker mulut, dan kanker esofagus, serta penyakit kronis lain seperti

penyakit jantung dan paru-paru. Selain merokok, konsumsi alkohol yang berlebihan juga dapat meningkatkan risiko kanker hati dan saluran pencernaan. Gaya hidup tidak aktif dan pola makan yang buruk, terutama konsumsi makanan tinggi lemak dan rendah serat, juga berkontribusi terhadap risiko kanker. Menghindari kebiasaan merokok, mengurangi konsumsi alkohol, serta menjaga pola makan dan aktivitas fisik yang seimbang, adalah beberapa tindakan yang dapat membantu menurunkan risiko kanker (3,5).

Faktor lingkungan seperti paparan radiasi dan zat karsinogenik berperan besar dalam peningkatan risiko kanker. Radiasi ultraviolet dari matahari, serta radiasi pengion seperti sinar-X, dapat menyebabkan mutasi genetik yang memicu pertumbuhan sel kanker. Selain itu, paparan zat karsinogenik seperti senyawa hidrokarbon polisiklik aromatik (PAH), yang sering ditemukan dalam asap kendaraan, asap rokok, dan polusi industri, juga berpotensi meningkatkan risiko berbagai jenis kanker. PAH bersifat mutagenik, yang dapat mengubah DNA sel dan menyebabkan mutasi gen yang berujung pada kanker. Zat-zat seperti DMBA dan benzopiren, yang terkandung dalam asap rokok, dapat memicu perubahan genetik yang berbahaya bagi tubuh (6).

Beberapa jenis infeksi, khususnya yang disebabkan oleh virus seperti Human Papillomavirus (HPV) dan Hepatitis B serta C, juga dapat meningkatkan risiko kanker. HPV berhubungan erat dengan kanker serviks, sementara Hepatitis B dan C terkait dengan kanker hati. Virus-virus ini mempengaruhi mekanisme normal sel tubuh, seperti mengganggu sistem kekebalan dan merusak DNA, yang akhirnya dapat memicu pertumbuhan sel kanker. Di negara berkembang, infeksi ini merupakan penyebab utama sekitar seperempat kasus kanker, menekankan pentingnya pencegahan dan vaksinasi untuk mengurangi beban kanker terkait infeksi (4).

Strategi Pencegahan Primer

Promosi gaya hidup sehat merupakan salah satu pendekatan utama dalam pencegahan kanker. Gaya hidup yang mencakup pola makan seimbang, aktivitas fisik yang cukup, serta tidak merokok dan

membatasi konsumsi alkohol terbukti dapat mengurangi risiko kanker. Makanan yang kaya akan serat, buah, dan sayuran, serta rendah lemak jenuh, memainkan peran penting dalam mengurangi risiko beberapa jenis kanker, seperti kanker kolorektal. Aktivitas fisik secara rutin juga berhubungan dengan penurunan risiko kanker, terutama kanker payudara dan usus besar.

Vaksinasi merupakan langkah efektif dalam pencegahan kanker yang disebabkan oleh infeksi virus. Vaksin HPV terbukti mampu mengurangi risiko kanker serviks, sedangkan vaksin hepatitis B efektif dalam menurunkan risiko kanker hati. Infeksi dari virus HPV dan hepatitis merupakan penyebab utama dari beberapa jenis kanker, sehingga vaksinasi dapat secara signifikan mengurangi insiden kanker terkait infeksi ini, khususnya di negara-negara berkembang.

Pengendalian faktor lingkungan yang berisiko menjadi kunci dalam pencegahan kanker. Paparan zat karsinogenik seperti asap rokok, polusi udara dari asap kendaraan, serta paparan sinar UV dari matahari, dapat memicu perkembangan kanker. Upaya pengendalian lingkungan, seperti pembatasan penggunaan tembakau, pengelolaan limbah industri, serta kampanye untuk penggunaan pelindung dari sinar matahari, menjadi prioritas dalam mengurangi paparan karsinogen pada masyarakat.

Penyuluhan dan edukasi kepada masyarakat mengenai risiko kanker sangat penting dalam upaya pencegahan. Deteksi dini melalui skrining secara teratur, pengetahuan tentang faktor risiko, serta pencegahan berbasis gaya hidup dan lingkungan perlu ditekankan. Kurangnya pemahaman masyarakat tentang risiko kanker seringkali menyebabkan keterlambatan diagnosis, sehingga meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas. Edukasi yang berkelanjutan dapat meningkatkan kesadaran dan memperbaiki kualitas kesehatan masyarakat (2).

Pencegahan Sekunder

Skrining dan deteksi dini memainkan peran krusial dalam menurunkan angka kematian akibat kanker dengan mendeteksi penyakit sebelum gejala muncul. Prosedur skrining seperti mammografi untuk kanker payudara, pap smear untuk kanker serviks, dan kolonoskopi untuk kanker kolorektal membantu mengidentifikasi kanker pada tahap awal, ketika peluang keberhasilan pengobatan lebih tinggi. Misalnya, mammografi telah terbukti efektif dalam menurunkan angka kematian akibat kanker payudara melalui deteksi dini perubahan yang mencurigakan pada jaringan payudara.

Individu dengan riwayat keluarga atau faktor risiko genetik tertentu memerlukan pengawasan ketat. Mereka sering kali menjalani pemeriksaan skrining lebih sering atau dengan metode yang lebih canggih. Misalnya, individu dengan mutasi gen BRCA atau mereka yang memiliki riwayat merokok panjang dan berat berisiko lebih tinggi terkena kanker payudara dan paru, sehingga memerlukan pemantauan rutin. Pengawasan ini bertujuan untuk mendeteksi kanker pada tahap paling awal atau bahkan pada tahap pra-kanker.

Program skrining kanker nasional, seperti yang dilakukan untuk kanker payudara, serviks, dan kolorektal, terbukti efektif dalam menurunkan angka kematian di berbagai negara. Implementasi program ini melibatkan penyuluhan kepada masyarakat, peningkatan akses layanan skrining, dan pemantauan berkelanjutan. Keberhasilan program skrining nasional bergantung pada dukungan kebijakan pemerintah dan partisipasi aktif masyarakat, serta penanganan yang cepat setelah deteksi dini (2-5).

Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier dalam kanker bertujuan untuk meminimalkan komplikasi dan mencegah kekambuhan penyakit. Manajemen yang baik melibatkan deteksi dini terhadap lesi baru atau tanda-tanda kekambuhan melalui pemeriksaan rutin, seperti pencitraan dan laboratorium. Pasien yang menunjukkan tanda kekambuhan dapat diberikan terapi tambahan seperti radioterapi atau kemoterapi.

Penanganan ini harus disesuaikan dengan kondisi masing-masing pasien dan dilakukan secara multidisiplin.

Rehabilitasi pasien kanker mencakup dukungan psikososial yang mendalam, dengan tujuan membantu pasien beradaptasi dengan dampak emosional dan sosial yang ditimbulkan oleh penyakit dan pengobatannya. Dukungan ini termasuk terapi untuk membantu pasien menangani stres, kecemasan, dan depresi yang sering menyertai diagnosis kanker. Dukungan psikologis yang baik, terutama dari keluarga dan tenaga kesehatan, terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup pasien secara signifikan. Selain itu, rehabilitasi fisik membantu pasien memulihkan fungsi tubuh yang mungkin terganggu akibat terapi kanker. Peningkatan kualitas hidup pasien kanker menjadi salah satu tujuan utama dalam pencegahan tersier. Pasien kanker sering mengalami penurunan kualitas hidup akibat penyakit dan pengobatannya, termasuk nyeri kronis, gangguan mobilitas, serta masalah psikologis dan sosial. Melalui intervensi paliatif yang tepat, termasuk pengelolaan nyeri, latihan fisik, serta dukungan psikososial, pasien dapat mempertahankan kemandirian dan meningkatkan kesejahteraan mereka. Edukasi kepada pasien tentang manajemen nyeri dan pemulihan fungsi sangat penting dalam upaya meningkatkan kualitas hidup (2).

Peran Pendidikan Kedokteran dalam Pencegahan Kanker

Penanganan kanker dilakukan secara komprehensif dari promosi kesehatan, pencegahan, terapi, hingga rehabilitasi. Pentingnya pengetahuan dokter dalam penanganan komprehensif menjadikan dasar pembelajaran di pendidikan kedokteran. Kurikulum Pendidikan Kedokteran perlu memasukkan materi mengenai pencegahan kanker, termasuk epidemiologi, biomolekuler, serta strategi deteksi dini. Pendidikan ini penting untuk membekali calon dokter dengan pemahaman mendalam tentang faktor risiko, metode skrining, dan pentingnya edukasi masyarakat. Kurikulum yang fokus pada pencegahan primer menjadi penting untuk menghasilkan tenaga medis yang mampu mengatasi kanker dari sudut pandang preventif.

Pendidikan kedokteran tidak berhenti pada jenjang akademis, tetapi berlanjut melalui program pendidikan berkelanjutan. Pelatihan ini memastikan bahwa para dokter dan tenaga kesehatan tetap *up-to-date* dengan perkembangan terbaru dalam pencegahan dan penanganan kanker, seperti teknik skrining baru atau metode terapi yang lebih efektif. Program ini juga membantu profesional kesehatan dalam memahami bagaimana menerapkan pendekatan *evidence-based* untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien kanker.

Kerja sama antara institusi pendidikan, lembaga kesehatan, dan pemerintah sangat penting dalam upaya pencegahan kanker. Kolaborasi ini memungkinkan pengembangan dan implementasi strategi yang lebih efektif dalam penanganan kanker, termasuk penelitian tentang obat kemopreventif dan pengendalian faktor risiko. Melalui sinergi ini, berbagai pihak dapat berkontribusi untuk menciptakan kebijakan yang mendukung deteksi dini dan program skrining nasional, sehingga memperkuat upaya pencegahan kanker di tingkat masyarakat (2,4-5).

Ringkasan

Kesimpulan Utama:

1. Pencegahan memainkan peran vital dalam menekan angka kejadian kanker dan mengurangi beban kesehatan, sosial, serta ekonomi yang diakibatkan oleh penyakit ini. Pendekatan pencegahan dapat mencegah perkembangan kanker sejak tahap awal, sehingga mengurangi kebutuhan akan pengobatan yang kompleks dan mahal di kemudian hari.
2. Berbagai strategi pencegahan kanker terbukti efektif, baik di tingkat individu maupun populasi. Strategi ini meliputi promosi gaya hidup sehat (seperti pola makan seimbang, aktivitas fisik, dan tidak merokok), vaksinasi untuk mencegah kanker terkait infeksi, pengendalian lingkungan, serta program skrining dan deteksi dini yang memungkinkan identifikasi kanker pada tahap awal. Implementasi strategi ini secara luas dapat menurunkan angka kejadian kanker di

masyarakat dan meningkatkan kesadaran akan pentingnya pencegahan.

Rekomendasi:

1. Program pencegahan kanker di berbagai tingkat perlu dikuatkan dengan mendorong implementasi program promotif dan preventif yang berkesinambungan pada tingkat individu, komunitas, dan nasional untuk mengurangi insiden kanker.
2. Kesadaran dan edukasi masyarakat perlu ditingkatkan melalui kampanye kesehatan, penyuluhan, serta pendidikan yang berkelanjutan, masyarakat perlu disadarkan tentang faktor risiko kanker dan pentingnya deteksi dini.
3. Dukungan penelitian dan kebijakan untuk pencegahan kanker dapat meningkatkan investasi dalam penelitian terkait pencegahan kanker dan mendorong kebijakan yang mendukung skrining, vaksinasi, dan pengendalian faktor risiko lingkungan.

Kepustakaan

1. World Health Organization. Cancer [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2024 Sep 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
2. Ariani I, Awaludin J, Wijaya A, et al. Epidemiologi dan Biomolekuler Kanker. Jakarta: Universitas Indonesia Press; 2022.
3. Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, Freedman ND, Hartge P, Lewis CE, Ockene JK, Prentice RL, Speizer FE, Thun MJ, Jacobs EJ. Smoking and Mortality – Beyond Established Causes. *N Engl J Med*. 2015;372(7):631–40.
4. Kementerian Kesehatan RI. Panduan Penatalaksanaan Kanker Paru. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI; 2017.
5. Komite Penanggulangan Kanker Nasional. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Kanker Paru. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2023.

6. Santibáñez-Andrade M, Quezada-Maldonado EM, Osornio-Vargas Á, Sánchez-Pérez Y, García-Cuellar CM. Air pollution and genomic instability: The role of particulate matter in lung carcinogenesis. *Environ Pollut.*2017;229:412–22. <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2017.06.019>.

Diagnosa dini kanker ovarium di layanan primer.

Apakah bengkak kedua tungkai kaki adalah tanda kanker?

Author:

dr. Elizabeth Sulastris Nugraheni, MHPE., FFRI,
Fakultas Kedokteran Universitas Ciputra

Pendahuluan

Pengetahuan tentang kanker sudah banyak dijelaskan kepada masyarakat awam. Demikian juga dengan media promosi yang dengan konsisten sudah diedukasikan oleh pemerintah dan layanan swasta lainnya. Namun demikian angka kejadian kanker juga masih tinggi. Dalam hal ini, kita sebaiknya menemukan akar masalahnya. Dokter umum dan layanan primer dengan kegiatan preventif nya menjadi sangat penting dalam hal ini. Karena bisa jadi, kunjungan pertama pasien adalah ke dokter umum. Kanker ovarium sering kali disebut sebagai "**silent killer**" karena gejala-gejalanya yang samar dan tidak spesifik pada tahap awal(1). Banyak pasien tidak menunjukkan gejala yang jelas hingga kanker telah mencapai stadium lanjut(1–5). Tulisan berikut bertujuan membagikan pengalaman klinik praktis penulis tentang sehubungan dengan kecurigaan kanker pada kunjungan pertama pasien. dan rekomendasi deteksi dini gejala kanker ovarium di layanan primer termasuk dengan mengedukasi keluarga dan komunitas sebagai bagian dari pencegahan di layanan primer.

Pokok Bahasan

Salah satu kasus yang menarik yang ingin saya bagikan adalah kasus pasien berusia 75 tahun dengan keluhan utama **pembengkakan kedua kaki**, yang pada akhirnya terdiagnosis sebagai kanker ovarium. Pembengkakan kaki tampak sebagai keluhan sederhana, namun di baliknya bisa tersembunyi kondisi yang lebih serius, seperti kanker.

Contoh Kasus :

Konsultasi melalui media daring, whatsapp video call, karena itu masa pandemi Covid-19 varian delta, tahun 2020.(pasien luar kota).

Pasien wanita nama Nona T usia 72 tahun dengan keluhan kaki bengkak. (keluhan ini disampaikan melalui chat kepada dokter).

Kemudian disaat yang sudah disepakati, diadakan panggilan video konsultasi dokter dan pasien.

Topik bahasan

1. Kanker ovarium

Kanker ovarium adalah jenis kanker yang dimulai di ovarium, yaitu organ reproduksi wanita yang menghasilkan sel telur dan hormon. Kanker ini sering disebut sebagai "*silent killer*" karena gejala awalnya sangat samar dan tidak spesifik, sehingga sering tidak disadari hingga mencapai stadium lanjut.

Pada tahap awal, kanker ovarium jarang menunjukkan gejala yang jelas. Jika ada, gejalanya sering disalah artikan sebagai gangguan kesehatan ringan, seperti:

- Kembung atau perut terasa penuh.
- Nyeri panggul atau perut.
- Penurunan nafsu makan.
- Sering buang air kecil.

Gejala-gejala ini mudah diabaikan karena bisa menyerupai masalah pencernaan atau terkait menopause pada kasus pasien ini. Akibatnya, kanker ovarium sering baru terdiagnosis ketika sudah menyebar ke organ lain, membuat pengobatan menjadi lebih sulit dan peluang sembuh lebih kecil. Inilah sebabnya kanker ovarium disebut "*silent killer*", karena ia berkembang tanpa memberikan tanda-tanda yang jelas hingga stadium lanjut, di mana prognosisnya sudah lebih buruk.

Kanker ovarium dibagi menjadi beberapa stadium:(1)

- 1) Stadium 1: tidak khas, sulit di deskripsikan, hanya berupa rasa tidak nyaman pada abdomen, *bloating*, mudah kenyang, gangguan perkemihan (*urgency* dan *frequency*). Massa di pelvis yang ditemukan saat *screening*.
- 2) Stadium 2: Stadium ini merupakan tanda2 dari pertumbuhan jaringan kanker ke organ genitalia sekitarnya, khususnya di panggul.

Keluhan yang mungkin didapat adalah:

- Kembung atau perut terasa penuh secara terus-menerus.
- Nyeri panggul atau perut bawah, bisa dirasakan sebagai rasa tekanan atau ketidaknyamanan.
- Perut membesar, karena penumpukan cairan di perut (*asites*).
- Kesulitan makan atau merasa kenyang lebih cepat dari biasanya.
- Sering buang air kecil atau merasa ingin buang air kecil terus-menerus, karena tekanan kanker pada kandung kemih.
- Perubahan pola buang air besar, seperti sembelit atau diare.
- Perdarahan vagina yang tidak normal (meskipun sudah menopause).

- Kelelahan ekstrem atau merasa lelah tanpa sebab yang jelas.
 - Penurunan berat badan yang tidak diinginkan tanpa perubahan pola makan atau aktivitas.
 - Nyeri saat berhubungan seksual.
- 3) Stadium 3: Gejala yang didapat sesuai dengan proses metastasis ke kelenjar getah bening retroperitoneal atau ekstrapelvis.
 - 4) Stadium 4 : Gejala sesuai dengan penyebaran kanker keluar daerah peritoneum.

2. Pasien dan populasi yang beresiko.

Faktor resiko definitif:

- Infertilitas atau tidak pernah hamil.
- Menarche sebelum usia 12 tahun
- Menopause berkepanjangan diatas usia 52, karena paparan hormon estrogen yang lebih lama selama hidup mereka.
- Riwayat keluarga penderita kanker ovarium, kanker payudara dan kanker endometrium
- Pasien dengan abnormalitas genetik BRCA1 atau BRCA2
- Riwayat penyakit Lynch syndrome pada keluarga (HNPCC=*hereditary nonpolyposis colorectal cancer*)

Ada beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko seorang wanita terkena kanker ovarium. Faktor-faktor ini meliputi:

- 1) Usia Lanjut
 - Risiko kanker ovarium meningkat seiring bertambahnya usia, terutama setelah menopause. Sebagian besar kasus terjadi pada wanita di atas usia 50 tahun, dengan puncaknya sekitar usia 60-70 tahun.
- 2) Tidak Pernah Hamil

- Wanita yang belum pernah hamil atau mengalami kehamilan penuh memiliki risiko lebih tinggi. Kehamilan dan menyusui tampaknya melindungi ovarium dari paparan hormon secara terus-menerus, yang dapat mengurangi risiko.
- 3) Terapi Penggantian Hormon (HRT)
 - Penggunaan jangka panjang dari terapi penggantian hormon (HRT), terutama yang mengandung estrogen tanpa progesteron setelah menopause, dapat meningkatkan risiko kanker ovarium.
 - 4) Endometriosis
 - Wanita yang menderita endometriosis (kondisi di mana jaringan yang mirip dengan lapisan rahim tumbuh di luar rahim) memiliki peningkatan risiko kanker ovarium.
 - 5) Obesitas
 - Obesitas atau kelebihan berat badan juga dikaitkan dengan risiko kanker ovarium yang lebih tinggi. Wanita dengan indeks massa tubuh (IMT) tinggi lebih mungkin terkena kanker ovarium.
 - 6) Pola Menstruasi
 - Wanita yang memulai menstruasi lebih awal (sebelum usia 12 tahun) atau yang mengalami menopause terlambat (setelah usia 50 tahun) lebih berisiko.
 - 7) Faktor Lingkungan dan Gaya Hidup
 - Beberapa penelitian menunjukkan bahwa paparan asbes dan faktor gaya hidup tertentu, seperti pola makan tinggi lemak dan kurang olahraga, dapat meningkatkan risiko.
 - 8) Faktor Reproduksi dan Infertilitas
 - Penggunaan obat-obatan untuk meningkatkan kesuburan, terutama jika tidak menghasilkan kehamilan, mungkin terkait dengan peningkatan risiko kanker ovarium, meskipun hal ini masih dalam penelitian lebih lanjut.

- Meskipun beberapa faktor ini dapat meningkatkan risiko, tidak semua wanita dengan faktor risiko tersebut akan mengembangkan kanker ovarium. Sebaliknya, ada banyak wanita yang tidak memiliki faktor risiko yang diketahui tetapi tetap didiagnosis dengan penyakit ini.

3. Cara mendiagnosa kanker ovarium.

Banyak artikel yang menjelaskan bahwa kanker ovarium biasanya banyak ditemukan dan didiagnosa pada stadium lanjut(1,5). Hal ini membuat diagnosa kanker ovarium sangat terlambat, sehingga usia harapan hidupnya jadi rendah. Seperti dijelaskan diatas gejala awal pada stadium dini adalah sangat tidak khas. Hampir sama dengan kasus-kasus ringan seperti gangguan pencernaan, perut kembung, diare, nyeri punggung, dan rasa ingin buang air kecil berulang.

Dalam hal ini lah peran layanan primer dan keberadaan dokter umum, sebagai ujung tombak kedokteran pencegahan menjadi sangat penting. Sebagai tenaga medis yang pertama kali kontak dengan pasien, dan banyak kesempatan melakukan layanan dengan waktu yang cukup dan pola pikir dokter umum yang mempertimbangkan secara holistik keadaan pasien, jasmani, rohani dan psikososial.

Seperti pada umumnya cara menegakkan diagnosa, dokter selalu memulai dengan anamnesa, lalu pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Contoh Kasus deteksi dini pasien konsultasi daring pada saat pandemi SARS Co-19 :

Konsultasi melalui media daring, whatsapp video call, karena itu masa pandemi Covid-19 varian delta, tahun 2020. (pasien luar kota)

Pasien wanita nama Nona T usia 75 tahun dengan keluhan kaki bengkok. (keluhan ini disampaikan melalui chat kepada dokter).

Nona T, tidak pernah menikah, sudah tidak bekerja, hanya mengerjakan pekerjaan rumah tangga. Tidak pernah berhubungan seksual, tidak pernah punya anak. Tidak merokok, tidak minum minuman beralkohol.

Riwayat penyakit dahulu: Hepatitis B, Diabetes -, Darah tinggi -, Jantung -, Stroke -.

Riwayat penyakit keluarga: 2 dari 3 saudara meninggal karena sakit liver.

Kemudian disaat yang sudah disepakati, diadakan panggilan video konsultasi dokter dan pasien.

Keluhan kaki bengkak sudah dialami selama kurang lebih 1 bulan, memburuk dalam 3 hari ini. Keluhan tersebut baru pertama kali ini diderita pasien. Keluhan kaki bengkak bertambah saat pasien duduk lama dan agak mengempis saat pasien tidur. Tidak ada sesak napas, tidak batuk lama, tidur malam cukup menggunakan satu bantal.

Dalam hal ini, dokter berusaha menyingkirkan diagnosa banding berbagai penyebab bengkak tungkai. Termasuk menanyakan riwayat penyakit dahulu, riwayat pengobatan, riwayat penyakit keluarga.

Setelah tidak ada lagi petunjuk yang spesifik dari anamnesa.

Mulailah dokter menanyakan pertanyaan khusus sesuai jenis kelamin pasien, apakah pasien menikah, riwayat pap-smear, apakah punya anak, berapa jumlah anak jika menikah, apakah menggunakan obat KB dan pertanyaan seputar kesehatan wanita.

Pasien tidak pernah menikah, pap-smear sudah lama sekali tidak diulang, tidak pernah punya anak. Pasien tinggal bersama kerabat.

Dokter juga tidak lupa menanyakan kebiasaan sehari-hari, bagaimana pola tidur, bagaimana pola BAB, pola BAK.

Pertanyaan ini mungkin biasa dan rutin ditanyakan, tetapi dalam kasus ini memberikan informasi penting mengarah ke kemungkinan diagnosa, dengan proses metakognitif dan clinical reasoning sampai pada kesimpulan bahwa bengkak kedua tungkai kaki dan kemungkinan karena adanya masa di rongga panggul yang menekan system limfatik adalah sangat mungkin pada pasien ini. Dalam kasus pasien ini, besar kemungkinan karena keganasan sistim organ reproduksi.

Keluarga pasien membenarkan kalo selama 3 bulan ini, pasien sering keluar masuk kamar mandi, mengeluhkan “pasien merasakan ingin buang air kecil, tetapi kog terus menerus, belum lama dari kamar mandi kembali ke kamar mandi lagi untuk kencing lagi”. Begitu juga dengan BAB, ada pola perubahan kebiasaan sejak 3 bulan ini. Seperti susah BAB, dan perubahan bentuk feses.

Pemeriksaan fisik pasien: (minimalis, karena hanya dari video daring)

Pemeriksaan umum: tampak sehat, sedikit lesu, GCS 456, TB 152 cm, BB 48 kg

Kepala/Leher: dbn

Thorax, abd, inspeksi dalam batas normal.

Extremitas bawah: kaki tampak bengkak, berwarna gelap dan pitting.

Kritisi dari anamnesa autonamnesa,

Wanita 72 tahun, tidak menikah, tidak pernah hamil dan tidak punya anak, keluhan bengkak kedua tungkai, nafsu makan turun, berat badan turun 2 kg dalam 2 bulan ini.

Hetero-anamnesa:

Keluarga menjawab adanya keluhan berkemih, saat dokter menanyakan keluhan gangguan BAK, BAB. **Hal ini membuat diagnosa utama adalah bengkak kedua tungkai dan gangguan berkemih yang sesuai dengan gambaran**

penekanan kandung kencing adalah karena sumbatan akibat penekanan massa di pelvis.

Berdasar data pasien yang tergolong dalam resiko tinggi kanker ovarium, maka dokter memikirkan kemungkinan kanker ovarium sebagai diagnosa kerja paling mendekati.

Kemudian dokter menganjurkan pasien melakukan pemeriksaan DL, UL, Ca-125 USG abdomen atas bawah.

Hasil laboratorium menunjukkan CA-125 400 dan USG perut atas bawah, menyatakan bahwa sesuai dengan kanker ovarium (hasil tidak ada lagi pada keluarga pasien). Pasien dirujuk ke dokter spesialis kandungan, dan dokter kandungan mengapresiasi rujukan cepat, **karena sekali visit bisa terdiagnosa kanker ovarium, walau melalui konsultasi jarak jauh melalui jalur *telemedicine*.** Sayang nya tidak ada rujukan kembali dari spesialis kandungan yang bisa saya bagikan ke para pembaca. Keluarga pasien hanya menyampaikan info bahwa pasien menderita kanker ovarium stadium 4.

Pasien pada akhirnya tutup usia setelah mendapatkan kemoterapi 2 serial

- Refleksi, dan poin praktis
 - 1) Diagnosa tepat dalam waktu singkat adalah bentuk layanan kesehatan yang mengedepankan kedokteran pencegahan. Kanker ovarium bisa dicegah dengan edukasi sederhana yang mengena kepada pasien dan keluarganya. Bisa dengan mengajarkan hal sederhana seperti metode 10 jari, mengenalkan 6 tanda dan 4 pencegahan (6). Mengenalkan faktor-faktor yang merupakan faktor melindungi atau menurunkan resiko kanker ovarium pada wanita dengan mengontrol jumlah kehamilan dan menyusui secara eksklusif, disamping juga memilih obat kontrasepsi dengan terlebih

dahulu berkonsultasi dengan dokter dan petugas medis (4).

- 2) Layanan *telemedicine* dalam hal ini berjalan dengan efektif dan bermanfaat dalam pelayanan ke pasien. Kunci layanan *telemedicine* ini adalah pertanyaan terstruktur dan detail, dengan senantiasa focus kepada keadaan pasien dan mempertimbangkan secara menyeluruh aspek biopsikososial, fisik dan mental dalam pendekatan diagnosa di layanan primer. Karena sesuai dengan literatur (7), walau dikerjakan secara daring, pada kesempatan pertama, *telemedicine* pun mampu memberikan layanan yang berkualitas untuk pasien.
- 3) Keterlibatan keluarga dalam memberikan informasi juga penting, dalam hal ini karena pasien sudah usiawan, dan kesempatan pertama bertemu pasien secara daring yang saat itu belum tentu nyaman bagi kedua belah pihak, juga tidak ada kesempatan mengetahui apakah pasien usia 75 tahun ini kompeten dalam memberikan informasi. Dengan dokter melibatkan keluarga untuk mendapatkan hetero-anamnesa, terbukti mendapatkan informasi penting yang merupakan potongan *puzzle* yang tanpa nya akan sulit menegakkan diagnosa kerja.

Ringkasan:

1. Kanker tertentu misalnya seperti kanker mulut rahim dan kanker ovarium adalah kanker yang bisa dicegah. Penjelasan terpadu dengan melibatkan partisipasi masyarakat, keluarga dan pihak professional lain mungkin akan membantu keefektifan upaya edukasi.
2. Beberapa hal usaha pencegahan kanker dalam komunitas adalah dengan mengadakan edukasi di masyarakat, upaya melibatkan keluarga atau penjaga kelompok resiko tinggi kanker.
3. Belajar dari kasus pasien ini, keluhan tidak khas pada kelompok resiko tinggi harus dipertimbangkan sebagai

kemungkinan kanker sampai akhirnya dibuktikan tidak, ini adalah bentuk dari kedokteran pencegahan.

4. Dengan diagnosa dini, kita bisa merujuk pasien dalam kondisi masih baik, kondisi umum baik. Hal ini tentunya sangat penting karena akan erat hubungannya dengan lamanya masa pengobatan, pertimbangan biaya juga jika pasien tidak menggunakan BPJS atau asuransi kesehatan pribadi. Disamping itu perawatan paliatif juga akan sempat diberikan jika pasien masih bisa berkomunikasi dengan baik.

Kepustakaan:

1. Harsono AB. Kanker Ovarium: "The Silent Killer." Indones J Obstet Gynecol Sci. 2020;3(1):1.
2. Hidayat YM, Febriani EF, Harsono AB, Winarno GNA, Kurniadi A. Karakteristik Karsinoma Ovarium Pra-Menopause dengan Kadar CA 125 $\leq$ 200 U/mL di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dari Tahun 2019–2021. Indones J Obstet Gynecol Sci. 2023;6(2):263.
3. Suryoadji KA, Fauzi A, Ridwan AS, Kusuma F. Diagnosis dan Tatalaksana pada Kista Ovarium: Literature Review. Khazanah J Mhs. 2022;14(1):38–48.
4. Yeoh M. Investigation and management of an ovarian mass. Aust Fam Physician. 2015;44(1):48–52.
5. Neesham D, Richards A, McGauran M. Advances in epithelial ovarian cancer. Aust J Gen Pract. 2020;49(10):665–9.
6. Silvana R, Prameswarie T, Rinaldzi A, Wardani A, Noviandini B. Edukasi Masyarakat Melalui Gerakan 10 Jari Cegah Kanker Ovarium. Indones Berdaya. 2023;4(4):1385–90.
7. Imlach F, McKinlay E, Middleton L, Kennedy J, Pledger M, Russell L, et al. Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey and interviews on patient experiences and preferences. BMC Fam Pract. 2020;21(1):1–14.

WORLD CANCER DAY 2024:

Early Detection at Primary Health Care

Kanker masih menjadi salah satu tantangan kesehatan terbesar di dunia. Deteksi dini di layanan kesehatan primer menjadi kunci dalam meningkatkan keberhasilan pengobatan sekaligus menurunkan angka kematian. Buku ini menghimpun gagasan, pengalaman, dan hasil penelitian dari para pakar, praktisi, dan akademisi yang berfokus pada pentingnya skrining kanker secara sistematis dan terintegrasi di tingkat pelayanan dasar.

Disusun dengan tujuan memperkuat kesadaran dan kapasitas tenaga kesehatan, buku ini menyajikan beragam perspektif dan pendekatan terkini dalam deteksi dini kanker. Melalui kontribusi para narasumber terkemuka di bidangnya, buku ini diharapkan menjadi referensi berharga bagi pengambil kebijakan, tenaga medis, dan pihak-pihak yang berkomitmen pada upaya pencegahan serta penanggulangan kanker yang lebih efektif dan berkelanjutan.



PENERBIT
UNIVERSITAS
CIPUTRA

Universitas Ciputra
Citraland CBD Boulevard
Surabaya 60219
penerbit@ciputra.ac.id