



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 796/MENKES/SK/VII/2010**

TENTANG

**PEDOMAN TEKNIS PENGENDALIAN KANKER PAYUDARA
DAN KANKER LEHER RAHIM**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa untuk menanggulangi masalah penyakit kanker akibat transisi epidemiologi di Indonesia, perlu dilakukan peningkatan pengendalian penyakit kanker secara nasional;
- b. bahwa kanker leher rahim dan kanker payudara merupakan kanker terbanyak yang menyebabkan kematian pada perempuan di Indonesia sehingga memerlukan intervensi yang memadai melalui pencegahan primer, sekunder, dan tersier;
- c. bahwa sehubungan dengan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b, perlu menetapkan Pedoman Teknis Pengendalian Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim dengan Keputusan Menteri Kesehatan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

5. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1479/Menkes/SK/X/2003 tentang Penyelenggaraan Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular Terpadu;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 439/Menkes/Per/VI/2009;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 430/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Pengendalian Penyakit Kanker;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menkes/Per/VI/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374/Menkes/SK/V/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 276/Menkes/SK/IV/2009 tentang Kelompok Kerja Pengendalian Penyakit Kanker Leher Rahim dan Kanker Payudara;

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :
- KESATU** : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN TEKNIS PENGENDALIAN KANKER PAYUDARA DAN KANKER LEHER RAHIM.**
- KEDUA** : Pedoman Teknis Pengendalian Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- KETIGA** : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan bagi petugas kesehatan dan semua sektor yang terkait dalam pengendalian kanker payudara dan kanker leher rahim di Indonesia.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- KEEMPAT : Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan pedoman ini dilaksanakan oleh Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dengan mengikutsertakan organisasi profesi terkait sesuai tugas dan fungsinya masing-masing.
- KELIMA : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 6 Juli 2010

MENTERI KESEHATAN,



Endang Rahayu Sedyaningsih

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 796/Menkes/SK/VII/2010
Tanggal : 6 Juli 2010

PEDOMAN TEKNIS

PENGENDALIAN KANKER PAYUDARA DAN KANKER LEHER RAHIM

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan data Globocan (IARC) 2002, kanker payudara menempati urutan pertama seluruh kanker pada perempuan (*incidence rate* 38 per 100.000 perempuan), kasus baru yang ditemukan 22,7% dengan jumlah kematian 14% per tahun dari seluruh kasus kanker pada perempuan di dunia.

Kanker leher rahim menempati urutan kedua dengan *incidence rate* 16 per 100.000 perempuan, kasus baru yang ditemukan 9,7% dengan jumlah kematian 9,3% per tahun dari seluruh kasus kanker pada perempuan di dunia.

Insidens kanker di Indonesia masih belum dapat diketahui secara pasti, karena belum ada registrasi kanker berbasis populasi yang dilaksanakan. Berdasarkan data dari Badan Registrasi Kanker Ikatan Dokter Ahli Patologi Indonesia (IAPI) tahun 1998 di 13 Rumah Sakit di Indonesia kanker leher rahim menduduki peringkat pertama dari seluruh kasus kanker sebesar 17,2% diikuti kanker payudara (12,2%). Tetapi dari data Globocan 2002, IARC didapatkan estimasi insidens kanker payudara di Indonesia sebesar 26 per 100.000 perempuan, dan kanker leher rahim sebesar 16 per 100.000 perempuan. Sedangkan dari Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) di Indonesia tahun 2007 diketahui bahwa kanker payudara menempati urutan pertama pasien rawat inap (16,85%) dan pasien rawat jalan (21,69%). Kanker leher rahim urutan kedua pada pasien rawat inap (11,78%) dan pasien rawat jalan (17,00%).

Kedua kanker di atas menjadi salah satu masalah utama pada kesehatan perempuan di dunia, terutama pada negara berkembang yang mempunyai sumber daya terbatas seperti di Indonesia. Alasan utama meningkatnya kedua kanker tersebut di negara berkembang adalah karena kurangnya program penapisan yang efektif dengan tujuan untuk mendeteksi keadaan sebelum kanker maupun kanker pada stadium dini termasuk pengobatannya sebelum proses invasif yang lebih lanjut. Estimasi tahun 1985 (PATH, 2000) hanya 5% perempuan di negara sedang berkembang yang mendapat pelayanan penapisan dibandingkan dengan 40% perempuan di negara maju.

Kematian pada kasus kedua kanker di atas pada negara berkembang 2 (dua) kali lebih besar dibandingkan negara maju, hal ini terjadi selain karena kurangnya program penapisan, juga diperparah dengan rendahnya kemampuan dan aksesibilitas untuk pengobatan.

Penanggulangan terpadu harus dilaksanakan sejak dari Puskesmas. Kunci keberhasilan program pengendalian kedua kanker adalah penapisan (*screening*) yang diikuti dengan pengobatan yang adekuat. Hal ini berdasarkan fakta bahwa lebih dari 50% perempuan yang terdiagnosis kanker tidak pernah melakukan penapisan (WHO, 2004).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Untuk mencapai hasil yang memuaskan, penapisan harus berfokus pada perempuan dengan golongan umur yang sudah ditargetkan. Walaupun dengan kemajuan saat ini pencegahan primer kanker leher rahim berupa vaksinasi HPV telah tersedia, namun belum dapat menjadi imunisasi massal untuk saat ini, karena mahalnya biaya dan keterbatasan vaksin yang tersedia.

Hampir di semua negara, insidens kanker payudara dan kanker leher rahim invasif sangat sedikit pada perempuan dengan umur di bawah 25 tahun, insidens akan meningkat sekitar usia 35 tahun ke atas dan menurun pada usia menopause. (McPherson, et.al 2000, PATH 2000). Berdasarkan hal ini, program penapisan di Indonesia difokuskan pada perempuan usia 30–50 tahun, sedang pada usia di atas 50 tahun walaupun relatif sedikit insidensnya, sebaiknya dilakukan penapisan minimal 1 kali.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tersedianya pedoman dalam pengendalian kanker payudara dan kanker leher rahim sebagai acuan bagi petugas di setiap fasilitas pelayanan kesehatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Tersedianya buku acuan bagi tim manajemen provinsi, kabupaten/kota dalam pengendalian kanker payudara dan kanker leher rahim
- b. Tersedianya buku acuan bagi petugas kesehatan dalam persiapan, perencanaan, dan pelaksanaan deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim di fasilitas pelayanan kesehatan
- c. Tersedianya buku acuan bagi petugas kesehatan dalam perencanaan dan pelaksanaan sistem rujukan pengendalian kanker payudara dan kanker leher rahim di fasilitas pelayanan kesehatan
- d. Terselenggaranya sistem pencatatan, pelaporan, monitoring, dan evaluasi program pengendalian kanker payudara dan kanker leher rahim

C. Sasaran

1. Pengelola program Pengendalian Penyakit Tidak Menular
 - a. Pusat
 - b. Daerah
 - c. Unit Pelayanan Teknis (UPT)
2. Pemerintah Daerah
3. Lintas Program dan Lintas Sektor Terkait
4. Perguruan tinggi
5. Organisasi profesi terkait
6. Lembaga Swadaya Masyarakat
7. Kelompok berisiko



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup pedoman teknis pengendalian kanker payudara dan kanker leher rahim, adalah sebagai berikut:

1. Deteksi dini kanker leher rahim, memberikan gambaran patofisiologi, faktor risiko, variasi penapisan, dan terapi yang ada serta limitasinya, juga dibahas tentang pendekatan kunjungan tunggal untuk mendiagnosis dan mengobati lesi pra-kanker leher rahim sebagai salah satu strategi mengurangi putus kunjungan (*opportunity loss*) untuk klien yang didiagnosis lesi pra-kanker.
2. Deteksi dini kanker payudara, memberikan gambaran tentang faktor risiko dan gejala serta tanda kanker payudara, deteksi dini dan modalitas terapi yang ada.
3. Manajemen pengendalian kanker payudara dan kanker leher rahim, mendeskripsikan tentang proses manajemen, sejak dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, hingga tindak lanjut yang harus dilakukan.

E. Pencegahan dan Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim

Pencegahan dan penanggulangan kanker payudara dan kanker leher rahim dimulai dari penyampaian informasi tentang faktor risiko dan bagaimana menghindari faktor risiko dimaksud, deteksi dini untuk mendapatkan lesi pra-kanker leher rahim dan melakukan pengobatan segera. Apabila ditemukan kelainan pada kegiatan penapisan, segera dilakukan rujukan secara berjenjang sesuai dengan kemampuan rumah sakit.

Pencegahan kanker payudara dan kanker leher rahim meliputi tiga tingkatan pencegahan yaitu primer, sekunder, tersier yang penjelasannya sebagai berikut:

1. Pencegahan Primer

Pencegahan primer dimaksudkan untuk mengeliminasi dan meminimalisasi pajanan penyebab dan faktor risiko kanker, termasuk mengurangi kerentanan individu terhadap efek dari penyebab kanker. Selain faktor risiko, ada faktor protektif yang akan mengurangi kemungkinan seseorang terserang kanker. Pendekatan pencegahan ini memberikan peluang paling besar dan sangat *cost-effective* dalam pengendalian kanker tetapi membutuhkan waktu yang lama.

Memberikan edukasi tentang perilaku gaya hidup sehat (termasuk konsumsi buah dan sayur lebih dari 500 gram per hari, mengurangi konsumsi lemak dan lain-lain), mempromosikan anti rokok termasuk menurunkan risiko terpajan asap rokok, perilaku seksual yang aman, serta pemberian vaksin HPV, merupakan contoh kegiatan pencegahan (lihat Bab II dan Bab III tentang faktor risiko).

2. Pencegahan Sekunder

Deteksi Dini dan Pengobatan Segera

Ada dua komponen deteksi dini yaitu penapisan (*screening*) dan edukasi tentang penemuan dini (*early diagnosis*).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- a. **Penapisan atau skrining**, adalah upaya pemeriksaan atau tes yang sederhana dan mudah yang dilaksanakan pada populasi masyarakat sehat, yang bertujuan untuk membedakan masyarakat yang sakit atau berisiko terkena penyakit di antara masyarakat yang sehat. Upaya penapisan dikatakan adekuat bila tes dapat mencakup seluruh atau hampir seluruh populasi sasaran, untuk itu dibutuhkan kajian jenis pemeriksaan yang mampu laksana pada kondisi sumber daya terbatas seperti di Indonesia. Sebagai contoh: pemeriksaan sitologi untuk memeriksa lesi prakanker leher rahim dan mammografi telah dilaksanakan di negara-negara maju, tetapi di negara berkembang seperti Thailand, Zimbabwe, El Salvador, Ghana, Malawi dan Peru memakai Inspeksi Visual dengan aplikasi Asam Asetat (IVA) sebagai cara untuk pemeriksaan lesi prakanker leher rahim, dan pemeriksaan klinis payudara juga merupakan pilihan untuk skrining kanker payudara.
- b. **Penemuan dini (*early diagnosis*)**, adalah upaya pemeriksaan pada masyarakat yang telah merasakan adanya gejala. Oleh karena itu edukasi untuk meningkatkan kesadaran tentang tanda-tanda awal kemungkinan kanker di antara petugas kesehatan, kader masyarakat, maupun masyarakat secara umum merupakan kunci utama keberhasilannya. Penemuan dini dapat dilakukan terutama pada penyakit-penyakit kanker seperti: payudara, leher rahim, mulut, laring, kolon-rektum, dan kulit.

Salah satu bentuk peningkatan kesadaran masyarakat tentang gejala dan tanda-tanda kanker adalah pemberian edukasi masyarakat tentang Pemeriksaan Payudara Sendiri (yang dikenal dengan istilah SADARI).

Program atau kegiatan deteksi dini yang dilakukan pada masyarakat hanya akan berhasil apabila kegiatannya dihubungkan dengan pengobatan yang adekuat, terjangkau, aman, dan mampu laksana, serta mencakup 80 % populasi perempuan yang berisiko.

Untuk itu dibutuhkan perencanaan akan kebutuhan sumber daya dan strategi-strategi yang paling efektif untuk melaksanakan program ini.

Agar dapat mengurangi jumlah perempuan yang tidak mendapat tindak lanjut penatalaksanaan setelah deteksi dini, diupayakan pengobatan segera dengan menggunakan pendekatan "kunjungan sekali", yaitu mengaitkan IVA dengan pengobatan krioterapi. Krioterapi merupakan metode rawat jalan untuk menghancurkan jaringan dengan cara membekukan sel-sel menggunakan gas CO₂ atau N₂O cair. Kelebihan krioterapi antara lain sangat efektif untuk mengobati lesi derajat rendah (CIN I) dan derajat tinggi (CIN II-III), mempunyai tingkat komplikasi rendah, tidak memerlukan anestesi, tidak membutuhkan listrik, mudah digunakan, serta tidak mahal. Semua perempuan yang mendapat hasil IVA positif perlu segera diobati untuk mencegah agar tidak berkembang menjadi kanker leher rahim.

3. Pencegahan Tersier

- a. **Diagnosis dan Terapi**. Diagnosis kanker payudara dan kanker leher rahim membutuhkan kombinasi antara kajian klinis dan investigasi diagnostik. Sekali diagnosis ditegakkan harus dapat ditentukan stadiumnya agar dapat mengevaluasi besaran penyakit dan melakukan terapi yang tepat. Tujuan dari pengobatan adalah menyembuhkan, memperpanjang harapan hidup, dan meningkatkan kualitas hidup.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Prioritas pengobatan harus ditujukan pada kanker dengan stadium awal dan yang lebih berpotensi untuk sembuh. Standar pengobatan kanker meliputi: operasi (*surgery*), radiasi, kemoterapi, dan hormonal yang disesuaikan dengan indikasi patologi. Pengobatan harus terpadu termasuk pendekatan psikososial, rehabilitasi dan terkoordinasi dengan pelayanan paliatif untuk memastikan peningkatan kualitas hidup pasien kanker.

- b. **Pelayanan Paliatif.** Hampir di seluruh dunia, pasien kanker terdiagnosis pada stadium lanjut dan pengobatan harus terpadu termasuk pendekatan psikososial, rehabilitasi, dan terkoordinasi dengan pelayanan paliatif untuk memastikan peningkatan kualitas hidup pasien kanker. Untuk kasus seperti ini pengobatan yang realistis adalah mengurangi nyeri dengan pelayanan paliatif. Diyakini, pelayanan paliatif yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup pasien kanker payudara dan kanker leher rahim.

Buku ini difokuskan untuk membantu manajemen pengendalian kanker payudara dan kanker leher rahim dalam pencegahan dan penapisan. Pengendalian kedua kanker tersebut dalam hal diagnosis dan terapi serta pelayanan paliatif tidak dijelaskan dalam buku ini, tetapi akan dijelaskan dalam buku lain.

II. DETEKSI DINI KANKER PAYUDARA

A. Gambaran Kanker Payudara

1. Pengertian

Kanker payudara adalah keganasan yang berasal dari sel kelenjar, saluran kelenjar, dan jaringan penunjang payudara, tidak termasuk kulit payudara.

Estimasi *International Agencies for Research on Cancer (IARC)* tahun 2005, kasus baru di Indonesia sekitar 26 per 100.000 perempuan setiap tahun, sebagian besar ditemukan sudah dalam stadium lanjut (>50%).

Berdasarkan data yang didapatkan dari PERABOI (Perhimpunan Ahli Bedah Onkologi Indonesia) pada Tahun 2003, didapatkan data prognosis daya tahan hidup penderita kanker payudara (*survival rate*) per stadium sebagai berikut :

- Stadium 0 : 10-years survival ratenya 98% (*nonpalpable breast cancer* yang terdeteksi oleh Mammografi/ USG)
- Stadium I : 5-years survival ratenya 85%
- Stadium II : 5-years survival ratenya 60-70%
- Stadium III : 5-years survival ratenya 30-50%
- Stadium IV : 5-years survival ratenya 15%

Sampai saat ini patofisiologi kanker payudara masih belum diketahui secara pasti, sehingga upaya deteksi dini yang dilakukan hanya bertujuan untuk menemukan penderita kanker pada stadium yang masih rendah (*down staging*) dan persentase kemungkinan untuk dapat disembuhkan tinggi.

Kegiatan deteksi dini kanker payudara dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih di puskesmas yang disebut dengan pemeriksaan payudara klinis (*CBE=Clinical Breast Examination*) yang diikuti dengan pengajaran cara melakukan pemeriksaan payudara sendiri (*SADARI*) dengan cara yang benar.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Faktor Risiko

Tidak seperti kanker leher rahim yang dapat diketahui etiologi dan perjalanan penyakitnya secara jelas, penyakit kanker payudara belum dapat dijelaskan, tetapi banyak penelitian yang menunjukkan adanya beberapa faktor yang berhubungan dengan peningkatan risiko atau kemungkinan untuk terjadinya kanker payudara. Faktor-faktor itu disebut faktor risiko. Perlu diingat, apabila seseorang perempuan mempunyai faktor risiko, bukan berarti perempuan tersebut pasti akan *menderita* kanker payudara, tetapi faktor risiko tersebut akan meningkatkan kemungkinannya untuk terkena kanker payudara. Banyak perempuan yang mempunyai satu atau beberapa faktor risiko tidak akan pernah menderita kanker payudara sampai akhir hidupnya.

Faktor risiko yang utama berhubungan dengan keadaan hormonal (estrogen dominan) dan genetik. Penyebab terjadinya keadaan estrogen dominan dapat terjadi karena beberapa faktor risiko tersebut di bawah ini dan dapat digolongkan berdasarkan:

a. Diet dan Faktor Yang Berhubungan Dengan Diet:

Faktor risiko ini dapat dibagi dalam 2 (dua) katagori yaitu faktor risiko yang memperberat terjadinya kanker dan yang mengurangi terjadinya kanker. Beberapa faktor yang memperberat seperti:

- 1). Peningkatan berat badan yang bermakna pada saat pasca menopause
- 2). Diet ala barat yang tinggi lemak (*western style*)
- 3). Minuman beralkohol

Faktor risiko yang mempunyai dampak positif seperti:

- 1). Peningkatan konsumsi serat
- 2). Peningkatan konsumsi buah dan sayur

b. Hormon dan Faktor Reproduksi

- 1) *Menarche* atau menstruasi pertama pada usia relatif muda (kurang dari 12 tahun)
- 2) Menopause atau mati haid pada usia relatif lebih tua (lebih dari 50 tahun)
- 3) Belum pernah melahirkan
- 4) Infertilitas
- 5) Melahirkan anak pertama pada usia relatif lebih tua (lebih dari 35 tahun)
- 6) Pemakaian kontrasepsi oral dalam waktu lama
- 7) Tidak menyusui.

c. Radiasi Pengion Pada Saat Pertumbuhan Payudara

Pada masa pertumbuhan, perubahan organ payudara sangat cepat dan rentan terhadap radiasi pengion.

d. Riwayat Keluarga:

Pada kanker payudara, telah diketahui beberapa gen yang dikenali mempunyai kecenderungan untuk terjadinya kanker payudara yaitu gen *BRCA1*, *BRCA2* dan juga pemeriksaan histopatologi faktor proliferasi *p53 germline mutation*.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Pada masyarakat umum yang tidak dapat memeriksakan gen dan faktor proliferasinya, maka riwayat kanker pada keluarga merupakan salah satu faktor risiko terjadinya penyakit:

- 1) Tiga (3) atau lebih keluarga (saudara ibu/klien atau bibi) dari sisi keluarga yang sama terkena kanker payudara atau ovarium
- 2) Dua (2) atau lebih keluarga dari sisi yang sama terkena kanker payudara atau ovarium usia di bawah 40 tahun
- 3) Adanya keluarga dari sisi yang sama terkena kanker payudara dan ovarium.
- 4) Adanya riwayat kanker payudara bilateral pada keluarga

e. Riwayat Adanya Penyakit Tumor Jinak

Beberapa tumor jinak pada payudara dapat bermutasi menjadi ganas, seperti termasuk *atipikal duktal hiperplasia*.

3. Deteksi Dini

Upaya deteksi dini kanker payudara adalah upaya untuk mendeteksi dan mengidentifikasi secara dini adanya kanker payudara, sehingga diharapkan dapat diterapi dengan teknik yang dampak fisiknya kecil dan punya peluang lebih besar untuk sembuh.

Upaya ini sangat penting, sebab apabila kanker payudara dapat dideteksi pada stadium dini dan diterapi secara tepat maka tingkat kesembuhan yang cukup tinggi (80-90%).

Penapisan pada negara maju seperti Amerika, Inggris, dan Belanda dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan ultrasonografi dan mamografi, karena sumber daya di negara-negara itu cukup memadai untuk melakukan program tersebut, sedangkan di negara berkembang seperti Indonesia, penapisan secara massal dengan USG dan mamografi belum memungkinkan untuk dilakukan. Oleh karena itu pemeriksaan klinis payudara oleh tenaga kesehatan terlatih yang diikuti dengan promosi dan edukasi tentang pengobatan yang baik kepada masyarakat (bahwa kanker payudara bila ditemukan pada stadium awal dan dilakukan operasi akan meningkatkan kemungkinan untuk sembuh dan waktu untuk bertahan hidup lebih lama) sehingga pada akhirnya akan meningkatkan pencapaian tujuan dari penapisan yaitu menurunkan angka kematian dan meningkatkan kualitas hidup penderita kanker payudara.

Selain penapisan, penemuan dini merupakan strategi lain untuk *down staging*. Penemuan dini dimulai dengan peningkatan kesadaran masyarakat tentang perubahan bentuk atau adanya kelainan di payudara mereka sendiri, dengan cara memasyarakatkan program SADARI bagi semua perempuan dimulai sejak usia subur, sebab 85% kelainan di payudara justru pertama kali dikenali oleh penderita bila tidak dilakukan penapisan massal.

SADARI sebaiknya dilakukan setiap kali selesai menstruasi (hari ke-10, dihitung mulai hari-pertama haid). Pemeriksaan dilakukan setiap bulan sejak umur 20 tahun (sumber: *American Cancer Society*)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Penapisan pada kanker payudara yang dilakukan oleh petugas kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai cara:

a. Pemeriksaan Klinis Payudara Oleh Tenaga Medis Terlatih (*Clinical Breast Examination (CBE)*):

- 1) Pada perempuan sejak pertama mengalami haid dianjurkan melaksanakan SADARI, sedangkan berumur 20 - 39 tahun dianjurkan CBE dilakukan setiap tiga tahun sekali. Untuk perempuan yang mendapatkan kelainan pada saat SADARI dianjurkan dilaksanakan CBE sehingga dapat lebih dipastikan apakah ada kemungkinan keganasan.
- 2) Pada perempuan berusia di atas 40 tahun, dilakukan CBE setiap tahun

b. Pemeriksaan *Ultrasonography (USG)*

- 1) Apabila pada pemeriksaan CBE terdapat benjolan dibutuhkan pemeriksaan lanjutan dengan USG maupun mammografi.
- 2) USG dilakukan terutama untuk membuktikan adanya massa kistik dan solid/padat yang mengarah pada keganasan, dan pada perempuan di bawah usia 40 tahun.

c. Pemeriksaan Penapisan Mammografi

- 1) Dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan secara berkala, setiap satu tahun sekali pada perempuan di atas 40 tahun.
- 2) Dilakukan pada perempuan yang bergejala maupun pada perempuan yang tidak bergejala (*opportunistic screening* dan *organized screening*).

4. Terapi

Modalitas terapi kanker payudara ada 5 yaitu:

- a. Operasi: *Breast Conserving Surgery (BCS)* atau mastektomi baik *simple* maupun radikal.
- b. Radiasi
- c. Kemoterapi
- d. Hormonal
- e. Terapi biologik (*target therapy*)

Pengobatan dilakukan berdasar kajian klinis yang ada pada pasien dan sesuai protokol pengobatan.

Dengan kemampuan dan kapasitas tenaga kesehatan di puskesmas, apabila ditemukan tumor pada payudara, petugas kesehatan harus merujuk ke pelayanan dengan fasilitas dan kemampuan yang lebih tinggi seperti RS kabupaten/kota untuk mendapatkan konfirmasi diagnosis dan tindak lanjut yang dibutuhkan oleh pasien tersebut.

B. Penapisan Kanker Payudara

Disadari bahwa upaya penapisan yang ideal dengan cara pemeriksaan klinis payudara oleh tenaga terlatih, dilanjutkan dengan pemeriksaan USG dan atau mamografi. Tetapi dengan sumber daya terbatas di puskesmas, pada saat ini pemeriksaan klinis payudara oleh tenaga kesehatan (dokter atau bidan) merupakan pilihan. Apabila petugas puskesmas menemukan benjolan yang dicurigai jinak atau ganas, maka petugas kesehatan harus merujuk ke fasilitas yang lebih tinggi seperti RS kabupaten/kota atau provinsi untuk mendapatkan pemeriksaan lebih lanjut dan terapi apabila dibutuhkan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Pada saat melakukan pemeriksaan klinis, petugas kesehatan juga melakukan motivasi dan edukasi terhadap klien agar dapat melakukan pemeriksaan payudara sendiri secara benar dan teratur sebulan sekali setelah menstruasi.

Langkah-langkah yang dilakukan pada penapisan kanker payudara dimulai dengan:

1. Bicara Dengan Seorang Perempuan/Klien:

Sebelum melakukan pemeriksaan, seorang perempuan perlu mendapat informasi yang akurat mengenai penyakit tersebut dan tindakan pengobatannya. Tenaga kesehatan harus mendorong semua perempuan, khususnya yang berusia antara 30 sampai 50 tahun untuk melakukan pengujian kanker payudara. Seorang perempuan juga butuh konseling untuk membantu mereka membuat keputusan tentang apa yang harus dilakukan, terutama bila dibutuhkan rujukan. Beberapa hal penting yang harus disampaikan: dalam konseling adalah:

1. Apa yang dimaksud dengan kanker payudara dan bagaimana mendeteksinya;
2. Apa faktor risiko yang menyebabkan tumbuhnya kanker dan yang dapat dilakukan untuk mencegahnya;
3. Apa yang akan dilakukan pada saat pemeriksaan
4. Penjelasan singkat hasil pemeriksaan dan rujukan, bila dibutuhkan.

Tenaga kesehatan harus mampu menyampaikan hasil diagnosis dan pengobatan kanker payudara yang dapat dilakukan, dengan menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti oleh perempuan tersebut. Sayangnya, tenaga kesehatan seringkali sulit membicarakan kanker payudara dengan klien, tetapi hal ini akan lebih mudah membicarakan masalah yang sensitif ini jika:

- a. Mempunyai tenaga dan informasi teknis yang akurat, lengkap, dan terkini tentang pemeriksaan kanker payudara, serta pemeriksaan penunjang lain yang tersedia di RS yang mempunyai fasilitas
- b. Mampu menciptakan hubungan yang jujur dan pengertian dengan seorang perempuan yang mendapat konseling.

Sangat penting ditekankan bahwa pemeriksaan payudara sendiri oleh klien merupakan salah satu kunci utama untuk dapat mengetahui benjolan sedini mungkin.

Terakhir, tenaga kesehatan harus tahu dan mampu menggunakan teknik-teknik dasar dalam memberikan konseling. Teknik tersebut dapat membantu petugas membangun hubungan dengan klien. Jika seorang perempuan percaya pada kompetensi dan kejujuran petugas, akan lebih mungkin baginya untuk melakukan pemeriksaan, dan bila perlu dapat menerima bila harus dirujuk ke RS yang mempunyai fasilitas lebih baik untuk mendapatkan pemeriksaan lanjutan atau kembali untuk kunjungan selanjutnya. Selain itu, dia mungkin akan mengajak yang lain untuk melakukan pemeriksaan deteksi dini kanker.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Pertanyaan yang Sering Diajukan dalam Pemeriksaan Payudara

Apa yang dimaksud dengan pemeriksaan payudara?

Pemeriksaan payudara adalah memeriksa ukuran dan bentuk kedua payudara, meraba jaringan payudara dan memeriksa apakah ada cairan yang keluar dari puting payudara.

Selain itu pemeriksaan payudara juga dapat dilakukan dengan menggunakan alat rontgen yang dikenal dengan nama mammografi atau dapat juga dengan menggunakan ultrasonografi.

Apa yang dimaksud dengan mammografi dan USG?

Mammografi adalah pemeriksaan payudara dengan menggunakan sinar rontgen, untuk menemukan kelainan berupa tumor atau kista pada payudara sedini mungkin. Mammografi merupakan alat skrining kanker payudara dan dapat menemukan mikrokalsifikasi sebagai tanda kanker payudara sangat awal (*ductal carcinoma in situ*)

Ultrasonografi (USG) adalah pemeriksaan dengan alat yang menggunakan gelombang suara sehingga aman karena tidak mempunyai efek radiasi. Pemeriksaan ultrasonografi dapat dilakukan setiap saat dan dapat membedakan benjolan yang teraba apakah merupakan kista atau lesi solid/padat. Kista dapat dibedakan pula sebagai kista simpleks atau kista kompleks. Bila didapatkan kista kompleks anjurkan pasien untuk *follow up*.

Mammografi dan ultrasonografi merupakan pemeriksaan pada payudara yang dapat mengategorikan hasil CBE sebagai berikut:

1. Normal
2. Lesi jinak (*benigna*)
3. Lesi dicurigai jinak, anjurkan untuk *follow up* 6 bulan - 1 tahun
4. Lesi dicurigai ganas, anjurkan untuk dilakukan biopsi
5. Lesi ganas, dianjurkan untuk dilakukan biopsi

(Breast Imaging Reporting and Data System: BIRADS)

Tetapi bila alat tersebut tidak ada, maka pemeriksaan payudara dapat dilakukan oleh seorang perempuan itu sendiri (SADARI) secara berkala dan oleh petugas kesehatan terlatih (CBE).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Mengapa perlu memeriksa payudara?

Pemeriksaan payudara untuk memastikan bahwa payudara seorang perempuan masih normal. Pemeriksaan payudara juga membantu petugas kesehatan menemukan kondisi medis tertentu (seperti infeksi ataupun tumor) yang dapat menjadi serius jika tidak diobati. Banyak petugas kesehatan menyarankan agar ibu melakukan pemeriksaan payudara secara rutin mulai aktif secara seksual atau sejak usia 18 tahun.

Seberapa sering melakukan pemeriksaan payudara?

Pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) dapat dilakukan sendiri oleh seorang perempuan setiap saat. Akan lebih baik apabila dilakukan juga pemeriksaan klinis (CBE) pada usia 30-40 tahun setiap 3 tahun satu kali dan di atas 40 tahun satu kali, selama hidupnya kecuali apabila ibu memiliki faktor risiko, pemeriksaan dilakukan 1 tahun sekali.

Seberapa umumkah kanker payudara?

Kanker payudara merupakan salah satu penyebab utama kematian yang diakibatkan oleh kanker pada seorang perempuan di seluruh dunia (angka standar untuk populasi dunia adalah 13/100.000). Faktor-faktor yang tampaknya dapat meningkatkan kemungkinan berkembangnya kanker payudara antara lain:

- Usia di atas 40
- Ibu atau saudara perempuan yang memiliki kanker payudara
- Menstruasi pertama kali sebelum usia 12 tahun
- Tidak memiliki anak atau memiliki anak setelah usia 35 tahun
- Riwayat ada kelainan pada payudara
- Kelambihan berat badan

Apa saja tanda-tanda yang harus diwaspadai?

Tanda-tanda yang terlihat dengan memperhatikan payudara antara lain:

- Penambahan yang tidak biasa pada ukuran payudara.
- Salah satu payudara menggantung lebih rendah dari biasanya.
- Lekukan seperti lesung pipit pada kulit payudara.
- Cekungan atau lipatan pada puting atau areola.
- Pembengkakan pada lengan bagian atas.
- Perubahan penampilan puting payudara.
- Cairan seperti susu atau darah dari salah satu puting.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Perubahan yang dapat ditemukan dengan pemeriksaan payudara:

- a. Benjolan pada payudara.
- b. Kelenjar getah bening (*lymphnodes*) membesar pada ketiak atau leher.

Apakah pemeriksaan payudara menyakitkan?

Pemeriksaan payudara tidak menyakitkan. Selain merasa tidak nyaman karena orang lain menyentuh payudara ibu, tidak ada rasa sakit atau nyeri.

Saya takut melakukan pemeriksaan payudara. Apakah perempuan lain merasakan hal yang sama?

Normal bila seorang perempuan merasa kurang nyaman, malu atau takut pada saat pemeriksaan. Banyak perempuan yang mengatakan bahwa bagian yang paling memalukan dari pemeriksaan adalah saat harus menunjukkan payudara kepada petugas kesehatan. Perlu diingatkan bahwa petugas kesehatan adalah orang yang sangat terlatih dalam melakukan pemeriksaan tersebut. Agar klien merasa lebih nyaman, perempuan tersebut bisa didampingi oleh ibu atau teman dekatnya saat pemeriksaan.

Apakah saya harus melepas pakaian?

Ibu akan diminta melepas pakaian luar, termasuk bra, dari pinggang ke atas. Seorang perempuan dapat melepaskannya di ruang tertutup dan menutupi tubuh dengan kain sebelum petugas kesehatan masuk untuk melakukan pemeriksaan.

Dapatkah saya melihat apa yang terjadi selama pemeriksaan payudara?

Ya, perlu melihat bagaimana payudara sendiri diperiksa dan menyimak baik-baik apa yang dikatakan petugas kesehatan. Klien juga akan mendapat kesempatan untuk mempelajari cara melakukan pemeriksaan payudara sendiri.

Berapa lama pemeriksaan payudara berlangsung?

Biasanya pemeriksaan payudara berlangsung tidak lebih dari 2-3 menit. Perlu tambahan 5-10 menit untuk mengajarkan cara melakukan pemeriksaan payudara sendiri.

Apa yang dimaksud dengan pemeriksaan payudara sendiri?

Pemeriksaan payudara sendiri yaitu belajar melihat dan memeriksa payudara sendiri setiap bulan. Dengan melakukannya secara teratur seorang perempuan dapat lebih yakin bahwa dia dalam keadaan sehat.

Mengapa pemeriksaan payudara tiap bulan penting dilakukan?

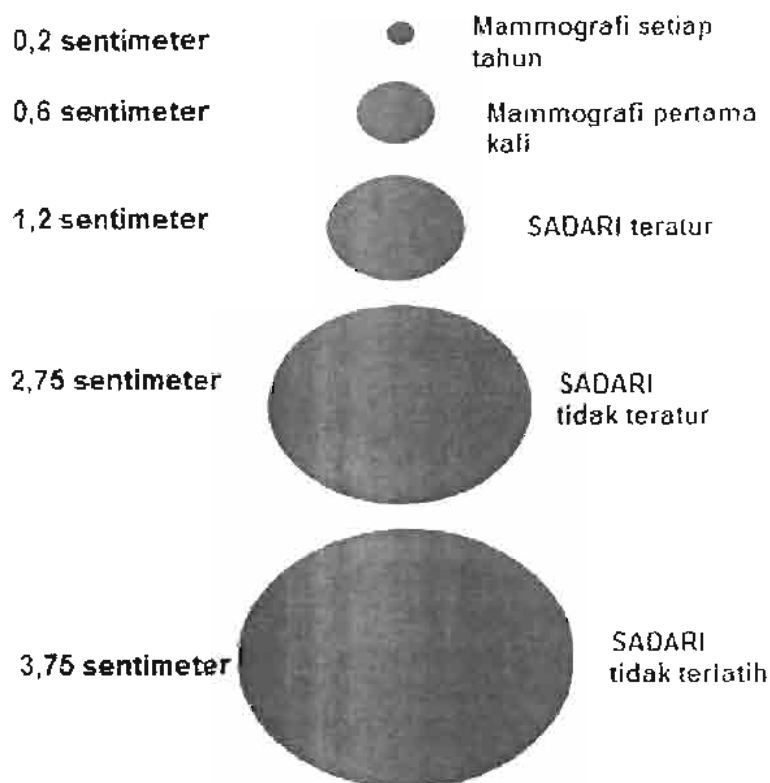
Dengan melakukan pemeriksaan payudara sendiri, ibu juga lebih mungkin mengetahui adanya benjolan atau masalah lain sejak dini (misalnya, saat masih berukuran kecil), dan jika diobati, akan lebih efektif dan lebih mudah dilakukan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Seperti ditunjukkan di bawah ini (Gambar 6), ibu yang telah dilatih melakukan pemeriksaan payudara sendiri dapat mendeteksi benjolan kecil dari pada ibu yang tidak terlatih.

Gambar – 6 . Ukuran Rata-rata Benjolan yang Terdeteksi



Sumber: Spence 1994.

3. Hal – Hal Yang Perlu Diperhatikan Saat Melakukan Pemeriksaan Payudara

- Cobalah untuk peka terhadap seorang perempuan dengan memberi kesempatan untuk mengekspresikan kekhawatiran yang dimiliki sebelum dan pada saat pemeriksaan berlangsung.
- Selalu hargai privasi klien (misalnya menutup kerai di sekeliling meja pemeriksaan, menutup pintu atau menutup jendela yang ada di ruang pemeriksaan).
- Selalu berbicara dengan suara yang tenang dan santai dan dorong dia untuk bertanya.
- Jika klien merasa gelisah, yakinkan dirinya bahwa anda akan berupaya sebaik mungkin agar pemeriksaan berjalan dengan nyaman.
- Diskusikan masing-masing langkah yang akan dilakukan, tunjukkan padanya apa yang akan dilakukan, diskusikan/katakan apa yang ditemukan selama pemeriksaan dan pastikan dia memahami temuan tersebut dan apa artinya bagi dia.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- f. Selama pemeriksaan, lakukan pendekatan secara perlahan dan hindari gerakan yang tiba-tiba atau tak terduga.
- g. Jangan melakukan pemeriksaan dengan terburu-buru. Lakukan tiap langkah dengan lembut dan tanyakan apakah perempuan tersebut merasakan ketidaknyamanan selama tahap pemeriksaan. Upayakan untuk peka terhadap perubahan ekspresi wajah dan gerak tubuh klien yang menandakan bahwa dirinya merasa tidak nyaman.
- h. Selalu pertimbangkan faktor budaya pada saat memutuskan pakaian apa yang harus ditanggalkan oleh klien. Sediakan kain bersih untuk menutupi payudara atau daerah panggulnya jika perlu.
- i. Dengan mengetahui bahwa pemeriksaan akan dilakukan oleh petugas yang perhatian dan kompeten dapat mendorong perempuan tersebut untuk terus datang ke klinik untuk kebutuhan kesehatan reproduksinya

4. Melakukan Pemeriksaan Payudara

Petugas harus peka terhadap perasaan dan kekhawatiran klien sebelum, selama dan setelah melakukan pemeriksaan payudara. Perempuan tersebut mungkin malu atau tidak ingin diperiksa karena dia harus memperlihatkan payudaranya. Petugas kesehatan mungkin juga merasa kurang nyaman pada awalnya. Sikap yang tenang dan perhatian dapat membantu kepercayaan klien.

Beberapa hal yang memerlukan perhatian pada saat pemeriksaan yaitu:

- a. Cara memeriksa kedua payudara dan puting untuk melihat apakah ada perubahan dalam bentuk dan ukuran, bintik-bintik pada kulit, dan keluarnya cairan dari puting
- b. Cara memeriksa kedua payudara dan ketiak apakah terdapat kista atau massa yang menebal dan berisi cairan (tumor)

Tahapan dalam pemeriksaan payudara (*Clinical Breast Examination*):

a. Persiapan

Pada saat pemeriksaan payudara dibutuhkan persiapan seperti:

- 1) Katakan bahwa Anda akan memeriksa payudara seorang perempuan.

Ini merupakan saat yang tepat untuk menanyakan apakah ibu mengetahui adanya perubahan dalam payudaranya dan apakah ibu secara rutin telah melakukan pemeriksaan payudara sendiri.

- 2) Sebelum klien pergi untuk membuka pakaian bagian atas, katakan bahwa Anda akan menjelaskan cara memeriksa payudara yang juga dapat dilakukannya sendiri.
- 3) Setelah seorang perempuan membuka pakaian mulai pinggang ke atas, minta dia agar duduk di meja periksa dengan kedua lengan di sisi tubuhnya.

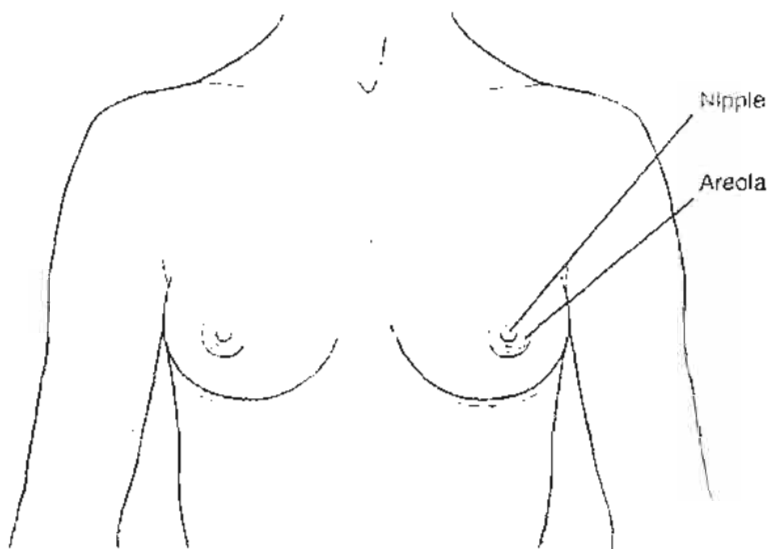


MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

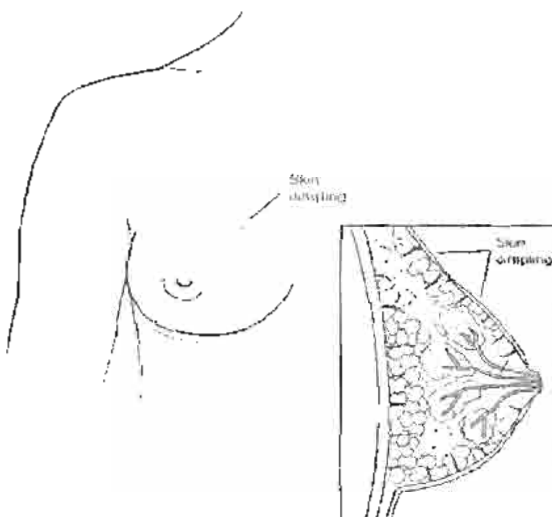
b. Tindakan Inspeksi

- 1) Lihatlah bentuk dan ukuran payudara (Gambar 7). Perhatikan apakah ada perbedaan bentuk, ukuran, puting atau kerutan atau lekukan pada kulit (Gambar 8). Walaupun beberapa perbedaan dalam ukuran payudara bersifat normal, ketidakberaturan atau perbedaan ukuran dan bentuk dapat mengindikasikan adanya massa. Pembengkakan, kehangatan, atau nyeri yang meningkat pada salah satu atau kedua payudara dapat berarti adanya infeksi, khususnya jika si perempuan tersebut sedang menyusui.

Gambar - 7 Tampilan Payudara (Kedua Tangan di Sisi Tubuh)



Gambar - 8 Kerutan atau Lekukan Pada Payudara

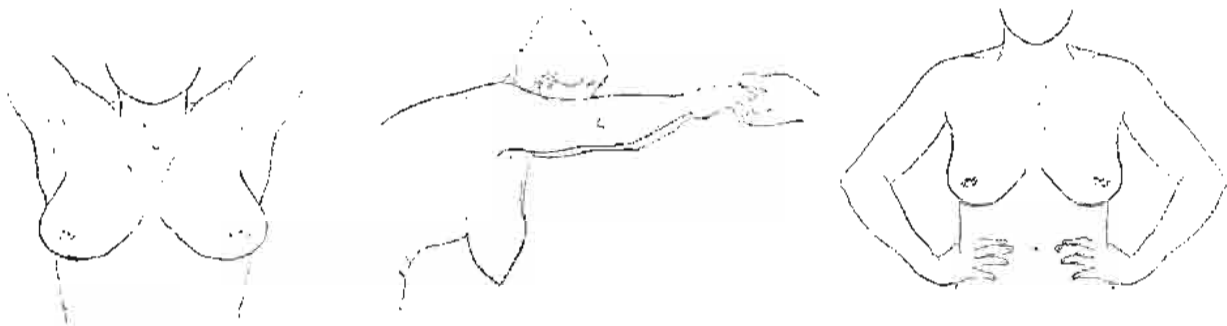




MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 2) Lihat puting susu dan perhatikan ukuran dan bentuknya serta arah jatuhnya (misalnya apakah kedua payudara menggantung secara seimbang?). Periksa juga apakah terdapat ruam atau nyeri pada kulit dan apakah keluar cairan dari puting.
- 3) Minta ibu/klien untuk mengangkat kedua tangan ke atas kepala (Gambar 9 a) kemudian menekan kedua tangan di pinggang untuk mengencangkan otot dadanya (m. pectoralis/otot pektoralis) (Gambar 9 b). Pada setiap posisi, periksa ukuran, bentuk dan simetri, lekukan puting atau kulit payudara dan lihat apakah ada kelainan. (Kedua posisi tersebut juga dapat terlihat jeruk atau lekukan pada kulit jika ada.) Kemudian minta klien untuk membungkukkan badannya ke depan untuk melihat apakah kedua payudara tergantung secara seimbang (Gambar 9 c).

Gambar – 9 a, b dan c. Tampilan Payudara (kiri ke kanan): Lengan ke Atas, Tangan di Pinggang, Membungkuk



c. Palpasi

- 1) Minta klien untuk berbaring di meja periksa.
- 2) Dengan meletakkan sebuah bantal di bawah punggung pada sisi yang akan diperiksa akan membuat jaringan ikat payudara menyebar, sehingga dapat membantu pemeriksaan payudara.
- 3) Letakkan kain bersih di atas perut ibu/klien
- 4) Letakkan lengan kiri ibu ke atas kepala. Perhatikan payudaranya untuk melihat apakah tampak sama dengan payudara sebelah kanan dan apakah terdapat lipatan atau lekukan.
- 5) Dengan menggunakan permukaan tiga jari tengah Anda (Gambar 10 a), lakukan palpasi payudara dengan menggunakan teknik spiral. Mulai pada sisi terluar payudara (Gambar 10 b). Tekan jaringan ikat payudara dengan kuat pada tulang rusuk setelah selesai tiap satu putaran dan secara bertahap pindahkan jari-jari Anda menuju puting. Lanjutkan sampai semua bagian selesai diperiksa. Perhatikan apakah terdapat benjolan atau nyeri (*tenderness*).
- 6) Dengan membasahi ujung-ujung jari dengan cairan sabun encer atau cairan antiseptik dapat membantu mengidentifikasi gumpalan atau benjolan pada ketiak.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Gambar 10 a dan b. Teknik Spiral untuk Pemeriksaan Payudara



- 7) Dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk, tekan puting payudara dengan lembut (Gambar 11). Lihat apakah keluar cairan: bening, keruh, atau berdarah. Cairan keruh atau berdarah yang keluar dari puting harus ditulis dalam catatan ibu/klien. Walaupun cairan keruh dari salah satu atau kedua payudara dianggap normal sampai selama 1 tahun setelah melahirkan atau berhenti menyusui, hal tersebut jarang disebabkan karena kanker, infeksi, tumor, atau kista jinak

Gambar - 11 Memeriksa Cairan Puting (Payudara Kiri)



- 8) Ulangi langkah tersebut pada payudara sebelah kiri.
- 9) Jika ada keraguan tentang temuan (misalnya apakah terdapat benjolan) ulangi langkah-langkah, ibu duduk dengan kedua lengan di sisi badannya
- 10) Untuk memalpasi bagian pangkal payudara, minta ibu duduk dan mengangkat lengan kirinya setinggi bahu. Bila perlu, minta ibu meletakkan tangannya di bahu Anda. Tekan sisi luar dari otot pektoralis sambil bertahap menggerakkan jari-jari ke pangkal ketiak untuk memeriksa apakah terdapat pembesaran kelenjar getah bening (*lymph nodes*) atau kekenyalan (Gambar 12). Penting untuk melakukan palpasi pada pangkal payudara karena disini biasanya terdapat kanker.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Gambar – 12. Memeriksa Pangkal Payudara (Payudara Kiri)



- 11) Ulangi langkah tersebut untuk payudara sebelah kiri.
- 12) Setelah selesai melakukan pemeriksaan, minta ibu untuk memakai pakaian kembali. Jelaskan temuan kelainan jika ada, dan hal yang perlu dilakukan. Jika pemeriksaan sepenuhnya normal, katakan bahwa semua normal dan sehat dan waktunya untuk kembali melakukan pemeriksaan (misalnya tiap tahun atau jika ibu menemukan adanya perubahan pada pemeriksaan payudara sendiri).
- 13) Tunjukkan kepada ibu cara melakukan pemeriksaan payudara sendiri (lihat di bawah).
- 14) Catat temuan.

Mencatat temuan: Setelah melakukan pemeriksaan payudara, tulislah temuan-temuan dalam catatan medis ibu. Sebuah contoh temuan dari pemeriksaan normal di tunjukkan di bawah ini:

⇒ **Payudara normal:** Tampak normal. Tidak ada cairan dari puting. Tidak terdapat benjolan atau nyeri pada saat palpasi. Aksila normal.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

d. Istilah-Istilah Yang Digunakan Untuk Menggambarkan Temuan

Daftar istilah-istilah khusus yang digunakan untuk menggambarkan temuan dapat dilihat di bawah ini. Pada saat mencatat temuan, gunakan sebanyak mungkin istilah-istilah berikut, sehingga catatan ibu memiliki data yang cukup lengkap.

Bentuk	Apakah terdapat perbedaan bentuk payudara?
Kulit	Seperti apa tampak kulitnya? Apakah halus, berkerut atau berlesung?
Cairan Puting	Apakah ada cairan abnormal yang keluar dari puting? Cairan dijelaskan berdasarkan warna, kekentalan, bau, dan banyaknya.
Massa atau Benjolan	Sekelompok sel yang saling menempel. Dapat diakibatkan oleh abses, kista, tumor jinak, atau ganas.
Ukuran	Berapa besar (cm) massa-nya? Jika massa bulat, berapa diameternya?
Konsistensi	Seperti apa massa atau benjolan tersebut? Apakah keras, lunak, berisi cairan, atau mengeras?
Mobilitas	Saat dipalpasi, apakah massa tersebut dapat bergerak atau tetap di tempat? Mobilitas biasanya menggunakan istilah seperti tetap (tidak bergerak saat dipalpasi), bergerak bebas (bergerak saat palpasi) dan bergerak terbatas (beberapa gerakan saat dipalpasi).

5. Rujukan

Penapisan dengan cara pemeriksaan fisik oleh petugas kesehatan yang terlatih tidak akan berhasil, bila kelainan yang didapati tidak diikuti dengan pemeriksaan penunjang yang sesuai. Pemeriksaan lanjutan yang dibutuhkan pada pemeriksaan payudara dapat dilihat pada bagan - 4.

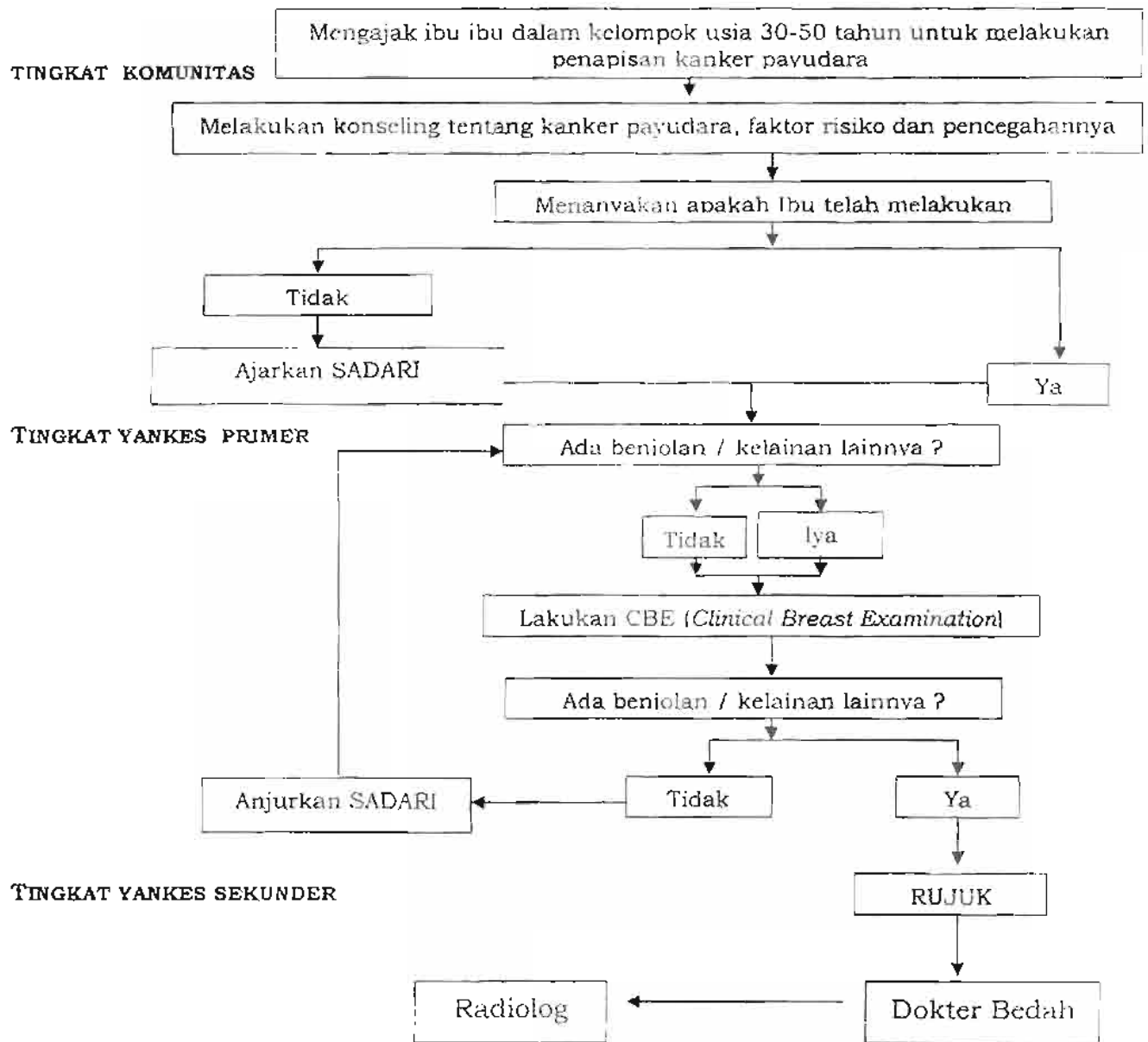
Dokter bedah :

- Memeriksa dan mendiagnosis kasus rujukan.
- Melakukan biopsi pada suspek kanker
- Identifikasi sarana umum perawatan paliatif, misalnya : penghilang nyeri, asuhan psikologi dan dukungan moral.
- Mengawasi dan mendukung petugas klinis.
- Merujuk atau mendiskusikan dalam tumor board dengan bagian/ disiplin lain jika perlu.
- Kanker payudara yang sudah dikonfirmasi dengan USG/ mammografi dilakukan mastektomi dan/ atau kemoterapi dan radioterapi bila perlu.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Bagan 4. Diagram Alur untuk Pencegahan Kanker Payudara :





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

6. Pemeriksaan Payudara Sendiri

Sebagian besar benjolan payudara ditemukan oleh ibu sendiri. Dengan memeriksa payudaranya sendiri, seorang ibu akan mengetahui bagaimana payudara yang terlihat dan terasa normal. Jika terdapat perubahan pada payudaranya, dia dapat melihatnya dan memberitahu petugas kesehatan. Mengajarkan ibu tentang cara memeriksa payudara setiap bulan dan mendorong mereka agar mau melakukannya sebab hal ini penting untuk menjaga kesehatannya (Gambar 12). Cara pemeriksaan ini hendaknya diajarkan kepada ibu oleh petugas kesehatan.

a. Waktu Untuk Memeriksa Payudara

Sebaiknya periksa payudara ibu 7-10 hari setelah hari pertama menstruasi (saat payudara kemungkinan tidak mengeras dan nyeri.) Ibu harus memeriksa payudara sendiri setiap bulan, bahkan setelah masa menstruasi telah berhenti selamanya. Jika ibu tidak mendapat menstruasi lagi, ibu harus memilih hari/tanggal yang sama tiap bulan (misalnya hari/tanggal 1 tiap bulan) untuk memeriksa payudara.

Pemeriksaan payudara dapat dilakukan sendiri saat mandi atau sebelum tidur. Dengan memeriksa saat ibu mandi tangan dapat bergerak dengan mudah di kulit yang basah.

b. Cara Memeriksa Payudara

- 1) Pertama-tama, minta agar ibu/klien perhatikan payudaranya.
- 2) Mintalah untuk berdiri di depan cermin dengan tangan di sisi tubuh dan lihat apakah ada perubahan pada payudara ibu. Lihat perubahan dalam hal ukuran, bentuk, warna kulit, dan jika ada kerutan atau lesung pada kulit (seperti lesung pipit).
- 3) Perhatikan kembali kedua payudara, pertama dengan kedua tangan diangkat ke atas kepala, kemudian dengan kedua tangan menekan pinggang agar otot dada berkontraksi. Bungkukkan badan untuk melihat apakah kedua payudara menggantung seimbang.
- 4) Dengan lembut tekan masing-masing puting dengan ibu jari dan jari telunjuk untuk melihat apakah ada cairan yang keluar.
- 5) Kemudian, mintalah ibu meraba payudara.
- 6) Ibu dapat memeriksa payudara sambil berdiri atau berbaring. Jika ibu memeriksa payudara sambil berbaring, akan lebih membantu bila ibu meletakkan sebuah bantal di bawah pundak sisi payudara yang akan diperiksa (dalam contoh, dimulai dengan payudara sebelah kiri).
- 7) Angkat lengan kiri ke atas kepala. Gunakan tangan kanan ibu untuk menekan payudara kiri dengan ketiga jari (telunjuk, tengah, manis). Mulailah dari bagian atas payudara kiri dan gerakkan jari-jari ibu di seluruh permukaan payudara dengan gerakan memutar. Rasakan apakah terdapat benjolan atau penebalan. Terus bergerak di seputar payudara dengan gerakan memutar ke dalam sampai menyentuh puting.
- 8) Pastikan untuk memeriksa area di antara payudara dan bawah lengan, serta payudara dan klavikula.
- 9) Angkat lengan kanan ke atas kepala dan ulangi pemeriksaan untuk payudara sebelah kanan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 10) Apa yang Perlu Dicari Ketika Memeriksa Payudara
 - a) Perubahan ukuran dan bentuk payudara.
 - b) Lipatan atau cekungan (*dimple*) pada kulit payudara.
 - c) Benjolan atau penebalan di dalam atau dekat payudara atau daerah bawah lengan. Jika benjolan halus atau seperti karet dan bergerak di bawah kulit ketika ditekan dengan jari, tidak perlu khawatir. Tetapi, jika benjolan keras, memiliki bentuk yang tidak rata dan tidak terasa sakit, khususnya jika benjolan tersebut hanya berada pada salah satu payudara dan tidak bergerak ketika ditekan, ibu harus memberitahu petugas kesehatan.
- 11) Jika payudara ibu biasanya memiliki benjolan, ibu harus mengetahui berapa banyak benjolan yang teraba dan lokasinya. Bulan berikutnya, ibu harus mengetahui jika terdapat perubahan ukuran atau bentuk (halus atau tidak beraturan). Dengan menggunakan teknik yang sama setiap bulan akan membantu ibu mengetahui jika ada perubahan yang terjadi.
- 12) Jika ada cairan dari puting yang tampak seperti darah atau nanah, khususnya jika ibu tidak sedang menyusui, ibu harus memberitahu petugas kesehatan.
- 13) Cairan mungkin keluar dari salah satu atau kedua payudara selama satu tahun setelah memiliki anak atau berhenti menyusui.



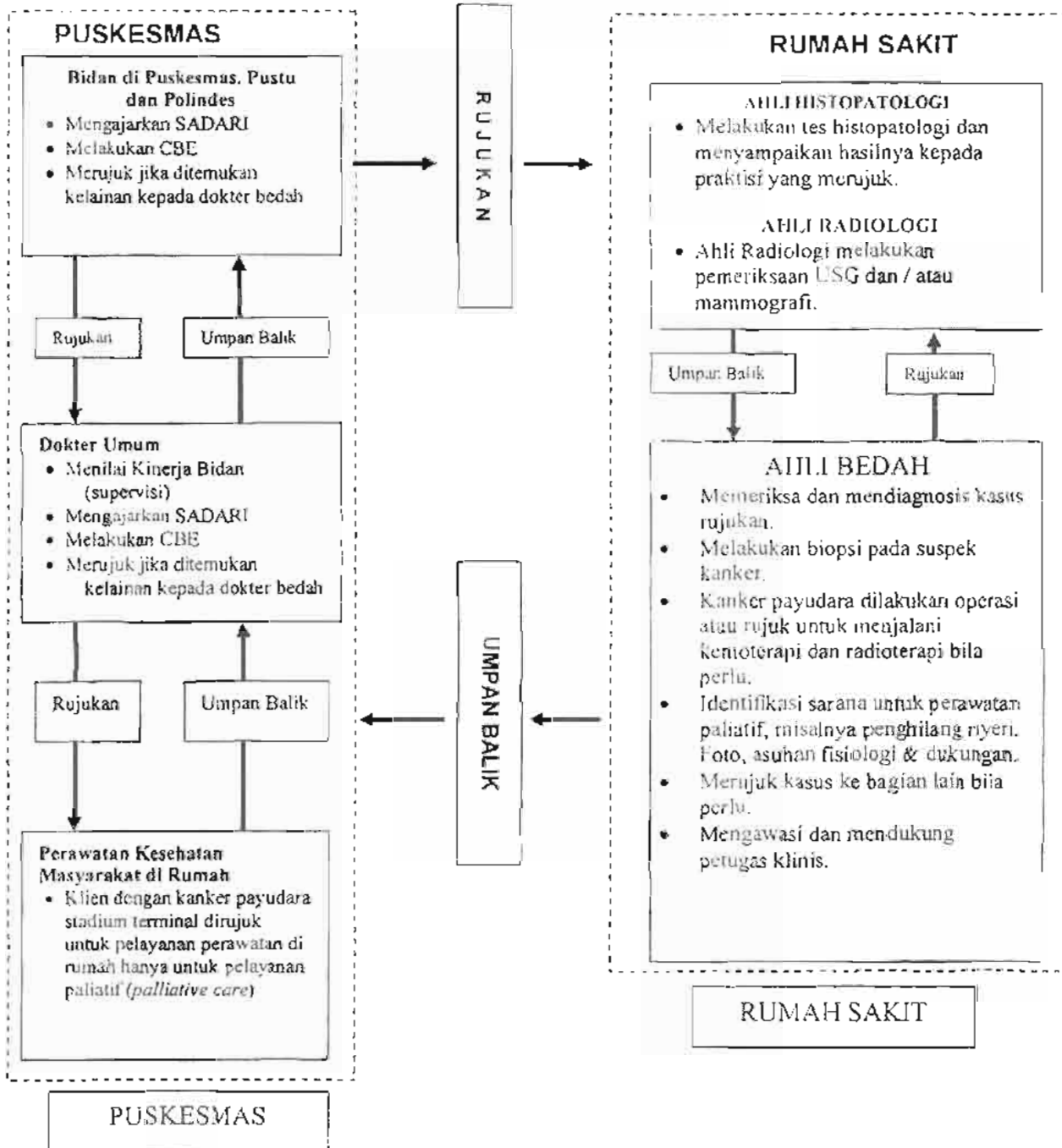
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Gambar 13. Pemeriksaan Payudara Sendiri





Bagan 5. Algoritma Rujukan Kanker Payudara





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

III. DETEKSI DINI KANKER LEHER RAHIM

A. Gambaran Kanker Leher Rahim

1. Pengertian

Kanker leher rahim adalah keganasan yang terjadi pada leher rahim (leher rahim) yang merupakan bagian terendah dari rahim yang menonjol ke puncak liang senggama (vagina).

2. Perubahan Fisiologis Epitel Leher Rahim

Epitel leher rahim terdiri dari 2 (dua) jenis, yaitu epitel skuamosa dan epitel kolumnar. Daerah pertemuan kedua jenis epitel disebut sambungan skuamosa-kolumnar (SSK) dan letaknya dipengaruhi oleh faktor hormonal yang berkaitan dengan umur, aktivitas seksual dan paritas. Pada perempuan berusia sangat muda dan menopause, SSK terletak di dalam ostium. Sedangkan pada perempuan usia reproduksi/seksual aktif, SSK terletak di ostium eksternum karena trauma atau retraksi otot oleh prostaglandin.

Pada masa kehidupan perempuan terjadi perubahan fisiologis pada epitel leher rahim, epitel kolumnar akan digantikan oleh epitel skuamosa yang diduga berasal dari cadangan epitel kolumnar. Proses pergantian epitel kolumnar menjadi epitel skuamosa disebut **proses metaplasia** dan terjadi akibat pengaruh pH vagina yang rendah. Aktivitas metaplasia yang tinggi sering dijumpai pada masa pubertas. Akibat dari proses metaplasia ini maka secara morfogenik terdapat 2 (dua) SSK, yaitu SSK asli dan SSK baru yang menjadi tempat pertemuan antara epitel skuamosa baru dengan epitel kolumnar. Daerah di antara kedua SSK disebut daerah transformasi.

3. Perjalanan Penyakit

Infeksi *Human Papilloma Virus (HPV)* atau Virus Papiloma Manusia biasa terjadi pada perempuan usia reproduksi. Infeksi ini dapat menetap, berkembang menjadi displasi atau sembuh sempurna. Virus ini ditemukan pada 95% kasus kanker leher rahim. Ada dua golongan HPV yaitu HPV risiko tinggi atau disebut HPV onkogenik yaitu utamanya tipe 16, 18, dan 31, 33, 45, 52, 58; sedangkan HPV risiko rendah atau HPV non-onkogenik yaitu tipe 6, 11, 32, dsb.

Proses terjadinya kanker leher rahim sangat erat berhubungan dengan proses metaplasia. Masuknya mutagen atau bahan-bahan yang dapat mengubah perangsang sel secara genetik pada saat fase aktif metaplasia dapat berubah menjadi sel yang berpotensi ganas. Perubahan ini biasanya terjadi di daerah transformasi.

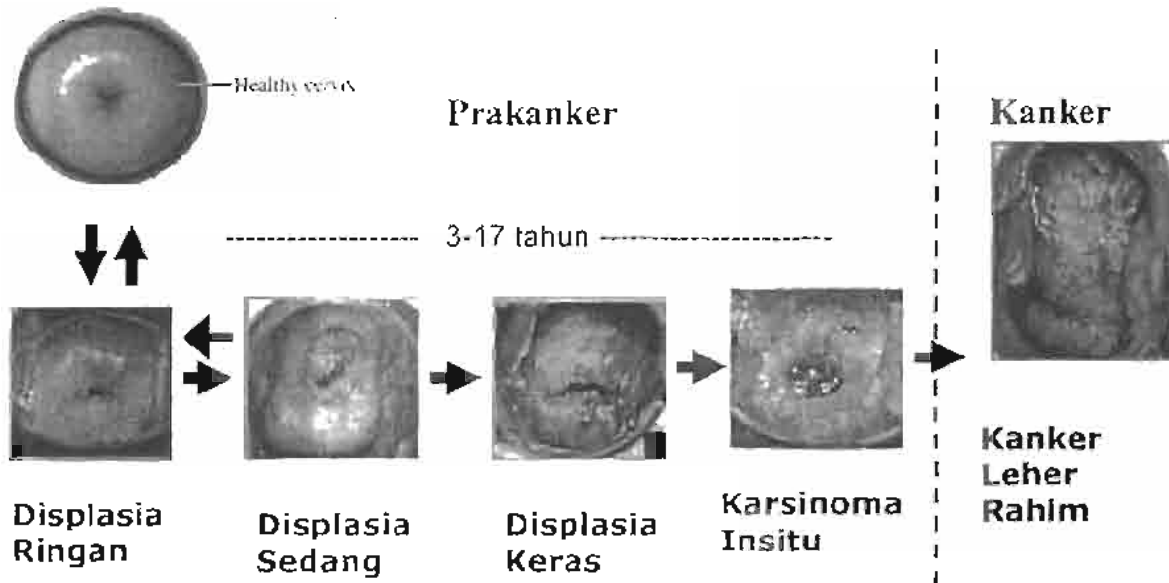
Sel yang mengalami mutasi disebut **sel displastik** dan kelainan epitelnya disebut **displasia (*Neoplasia Intraepitel Serviks/ NIS*)**. Dimulai dari displasia ringan, sedang, berat dan karsinoma in-situ dan kemudian berkembang menjadi karsinoma invasif. Lesi displasia dikenal juga sebagai "**lesi prakanker**". Perbedaan derajat displasia didasarkan atas tebal epitel yang mengalami kelainan dan berat ringannya kelainan pada sel. Sedangkan karsinoma in-situ adalah gangguan maturasi epitel skuamosa yang menyerupai karsinoma invasif tetapi membrana basalisnya masih utuh.

Pada lesi prakanker derajat ringan dapat mengalami regresi spontan dan menjadi normal kembali. Tetapi pada lesi derajat sedang dan berat lebih berpotensi berubah menjadi kanker invasif.



KEANTER KESERHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Gambar 1. Perjalanan Alamiyah Penyakit Kanker Leher Rahim



Sumber: L Nuranna, G Puwoto dkk-FKUI/RSCM 2005

Tabel 1. Perjalanan Penyakit Kanker Leher Rahim dan Manajemennya.

	Infeksi HPV dan Displasia Leher rahim Ringan	Displasia Leher rahim Sedang dan Berat	Kanker Invasif
Karakteristik	<ul style="list-style-type: none"> - Infeksi HPV biasa terjadi pada perempuan usia reproduktif. Infeksi HPV dapat tetap stabil, berkembang menjadi displasia, atau sembuh. - Displasia ringan biasanya bersifat sementara dan hilang sendiri. Pada kasus lain bisa menjadi displasia berat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Displasia sedang dan berat merupakan keadaan yang berpotensi menjadi kanker leher rahim. Keadaan ini sangat jarang ditemukan bila dibanding dengan displasia ringan. Displasia sedang dan berat dapat berasal dari displasia ringan atau langsung dari infeksi HPV. 	<ul style="list-style-type: none"> - Perempuan dengan displasia berat berisiko untuk menjadi kanker invasif; yang biasanya membutuhkan waktu bertahun-tahun.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

	Infeksi HPV dan Displasia Leher rahim Ringan	Displasia Leher rahim Sedang dan Berat	Kanker Invasif
Manajemen	<ul style="list-style-type: none">- Belum ada terapi yang dapat membasmi HPV. Pencegahan primer yang dapat dilakukan adalah dengan vaksinasi HPV.- Pada displasia ringan monitoring lesi lebih diutamakan dari pada terapi, karena sebagian besar lesi dapat sembuh spontan atau menetap.	<ul style="list-style-type: none">- Displasia sedang dan berat harus diterapi, karena sangat berpotensi menjadi kanker.	<ul style="list-style-type: none">- Pengobatan kanker invasif adalah di RS, mahal dan sering tidak efektif.

Sumber : ACCP 2004

4. Faktor Risiko

Faktor yang menyebabkan perempuan terpapar HPV (sebagai etiologi dari kanker leher rahim) adalah :

- a. Merikah/ memulai aktivitas seksual pada usia muda (kurang dari 20 tahun).
- b. Berganti-ganti pasangan seksual.
- c. Berhubungan seks dengan laki-laki yang sering berganti pasangan.
- d. Riwayat infeksi di daerah kelamin atau radang panggul.
- e. Perempuan yang melahirkan banyak anak.
- f. Perempuan perokok mempunyai risiko dua setengah kali lebih besar untuk menderita kanker leher rahim dibanding dengan yang tidak merokok.
- g. Perempuan yang menjadi perokok pasif (yang tinggal bersama keluarga yang mempunyai kebiasaan merokok) akan meningkat risikonya 1,4 (satu koma empat) kali dibanding perempuan yang hidup dengan udara bebas.

Perempuan yang pernah melakukan pemeriksaan penapisan (tes pap atau IVA/Inspeksi Visual dengan Asam asetat) akan menurunkan risiko terkena kanker leher rahim (Faktor Protektif).

5. Penapisan

Ada beberapa metode yang dikenal untuk melakukan penapisan kanker leher rahim. Tujuan penapisan untuk menemukan lesi prakanker.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Beberapa metode itu antara lain:

a. Inspeksi Visual dengan Aplikasi Asam Asetat (IVA)

Pemeriksaan dengan cara mengamati dengan menggunakan spekulum, melihat leher rahim yang telah dipulas dengan asam asetat atau asam cuka (3-5%). Pada lesi prakanker akan menampilkan warna bercak putih yang disebut *aceto white* epitelium.

b. Pemeriksaan Sitologi (Papanicolaou/ tes Pap)

Merupakan suatu prosedur pemeriksaan sederhana melalui pemeriksaan sitopatologi, yang dilakukan dengan tujuan untuk menemukan perubahan morfologis dari sel-sel epitel leher rahim yang ditemukan pada keadaan prakanker dan kanker.

6. Terapi

Pada lesi dengan displasia ringan sebagian besar lesi dapat sembuh sendiri atau regresi spontan, sedangkan untuk displasia sedang dan berat dapat dilakukan beberapa alternatif pengobatan sebagai berikut:

- a. Dibekukan/krioterapi
- b. Terapi Eksisi: *Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP)*,
- c. *Large Loop Excision of the Transformation Zone (LLETZ)*
- d. Biopsi kerucut/konisasi
- e. Histerektomi, dapat dilakukan pada NIS III bila pasien telah mempunyai cukup anak.

Penatalaksanaan kanker leher rahim dipilih berdasarkan stadium penyakit. Pada stadium 0 atau disebut juga karsinoma in-situ, terapi operasi berupa konisasi dilakukan jika pasien masih berusia muda dan masih menginginkan anak atau operasi histerektomi simpel. Pada stadium 0 dan stadium IA1 dilakukan histerektomi *simple*, sementara stadium IA2 hingga stadium IIA dilakukan operasi histerektomi radikal.

Stadium IIB-IIIB dilakukan radiasi atau kemoradiasi sedangkan stadium IV terapi yang dapat dilakukan adalah radiasi paliatif atau perawatan paliatif. Dewasa ini berkembang juga pendekatan pengobatan dengan berbagai kombinasi operasi, radiasi dan kemoterapi sesuai dengan masalah tiap-tiap pasien.

Selain pengobatan di atas, rehabilitasi juga harus dilakukan terutama akibat pengobatan misalnya pada pascaradikal histerektomi dapat terjadi inkontinensia urin yang memerlukan *bladder retraining* untuk mengembalikan fungsi berkemih atau akibat penyebaran penyakit sering terjadi limfedema pada ekstremitas bawah akan menimbulkan masalah bengkak, gangguan gerak, dan nyeri yang perlu diketahui sejak awal untuk mendapatkan penanganan rehabilitasi medik yang adekuat, immobilisasi atau tirah baring lama lebih dari satu minggu menimbulkan berbagai dampak pada sistem tubuh di antaranya gangguan muskuloskeletal dan kardiorespirasi yang perlu dieliminasi untuk memperoleh fungsi optimal, metastasis pada medula spinalis, paru dan tulang. Perlu penanganan rehabilitasi medik yang cermat agar memperoleh kondisi optimal dan perbaikan kualitas hidup.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

B. PENAPISAN KANKER LEHER RAHIM DENGAN PENDEKATAN KUNJUNGAN TUNGGAL – *SINGLE VISIT APPROACH* (SVA)

1. Pendekatan Kunjungan Tunggal - *Single Visit Approach* (SVA)

Pendekatan "Kunjungan Tunggal – *Single Visit Approach*" atau dengan istilah "Dilihat dan Diobati / *See and Treat*" untuk pencegahan Kanker Leher rahim melalui pemeriksaan IVA yang dilanjutkan dengan pengobatan krioterapi, pelaksanaan penapisan dengan cara melihat dan mengobati klien, dapat dilakukan pada saat kunjungan yang sama. Dengan kata lain, apabila seorang klien yang dinilai IVA(+) akan mendapatkan tawaran pilihan pengobatan dengan krioterapi atau rujukan untuk pelayanan lain, pada hari yang sama saat dia menjalani penapisan tersebut.

Pendekatan ini bertujuan untuk menghindari kunjungan berulang dari ibu/klien dan mengurangi kemungkinan ketidakhadiran kembali ibu/klien pada kunjungan berikutnya. Walaupun pada keadaan tertentu, seorang perempuan/klien harus memintakan persetujuan suami untuk dilakukan krioterapi sehingga memungkinkan pelaksanaan krioterapi bukan pada hari yang sama dengan pemeriksaan IVA.

Pendekatan kunjungan tunggal untuk pencegahan kanker leher rahim yang menggunakan IVA dan krioterapi merupakan pilihan pertama sebagai sarana penapisan dan pengobatan. Oleh karena itu, panduan ini memfokuskan pada penyelenggaraan *single visit approach* menggunakan IVA dan krioterapi.

2. Kelompok Sasaran Penapisan

Melihat dari perjalanan penyakit kanker leher rahim, kelompok sasaran penapisan kanker leher rahim adalah:

- a. Perempuan berusia 30-50 tahun
- b. Perempuan yang menjadi klien pada klinik IMS dengan *discharge* (keluar cairan) dari vagina yang abnormal atau nyeri pada abdomen bawah (bahkan jika di luar kelompok usia tersebut).
- c. Perempuan yang tidak hamil (walaupun bukan suatu hal yang rutin, perempuan yang sedang hamil dapat menjalani penapisan dengan aman, tetapi tidak boleh menjalani pengobatan dengan krioterapi) oleh karena itu IVA belum dapat dimasukkan pelayanan rutin pada klinik antenatal.
- d. Perempuan yang mendatangi puskesmas, klinik IMS, dan klinik KB yang secara khusus meminta penapisan kanker leher rahim.

3. Frekuensi Penapisan

Seorang perempuan yang mendapat hasil tes IVA-negatif, harus menjalani penapisan minimal 5 tahun sekali. Mereka yang mempunyai hasil tes IVA-positif dan mendapatkan pengobatan, harus menjalani tes IVA berikutnya enam bulan kemudian.

4. Pemberi Pelayanan SVA

- a. Petugas Kesehatan
 - 1) Bidan terlatih
 - 2) Dokter umum terlatih
 - 3) Dokter spesialis Obstetri dan Gynekologi (DSOG)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

b. Tempat pelayanan

- 1) Rumah Sakit
- 2) Puskesmas
- 3) Puskesmas Pembantu
- 4) Polindes
- 5) Klinik Dokter Spesialis/Dokter Umum/Bidan

c. Pelatihan Petugas

Petugas yang akan melakukan IVA dan krioterapi dipilih sesuai kebutuhan program, dan kriteria berikut:

- 1) Berpengalaman dalam memberikan pelayanan KB.
- 2) Berpengalaman dalam memberi konseling dan edukasi kelompok.
- 3) Berpengalaman dalam melakukan pemeriksaan panggul.
- 4) Berpenglihatan yang baik untuk memeriksa leher rahim secara visual.

Petugas akan mengikuti pelatihan berbasis kompetensi dengan modul-modul di bawah ini:

- 1) Gambaran umum,
Permasalahan kanker leher rahim di masyarakat
- 2) Anatomi dan fisiologi,
Pemahaman tentang SSK (Sambungan Skuamo Kolumnar)
- 3) Etiologi dan faktor risiko
- 4) Patogenesis/karsinogenesis
- 5) Pencegahan Infeksi
- 6) Konseling perorangan dan edukasi kelompok
- 7) Melakukan IVA
- 8) Melakukan tes PAP
- 9) Melakukan Krioterapi
- 10) Deteksi dini kanker payudara
- 11) Pencatatan dan pelaporan

Panduan khusus pelatihan dapat dilihat dalam dokumen terpisah, modul pelatihan untuk pegangan pelatih, petugas, dan buku acuan pencegahan kanker payudara dan kanker leher rahim.

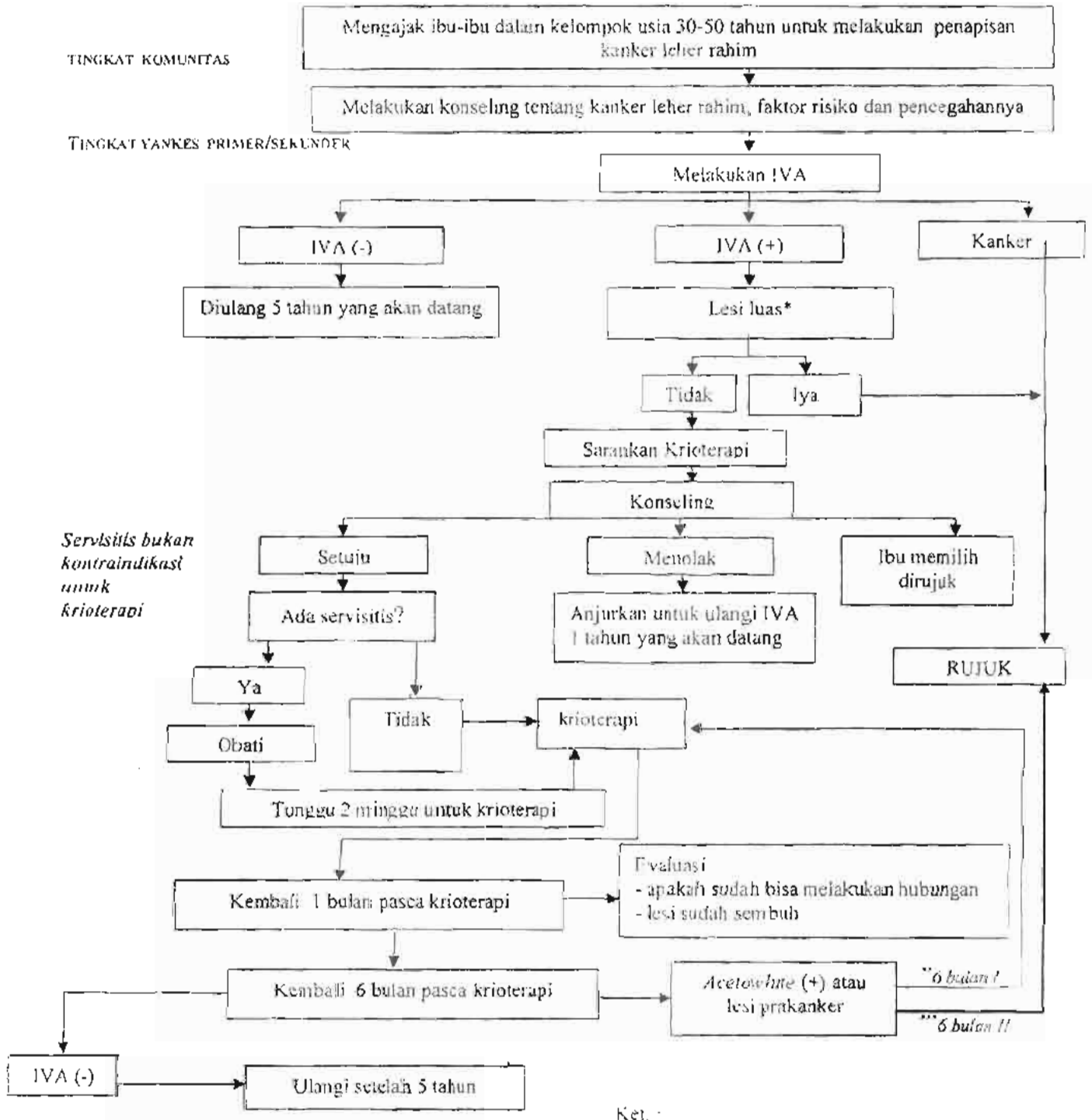
5. Bagan Alur

Program penapisan kanker leher rahim mengikuti bagan alur sebagaimana tercantum dalam Bagan 1. Bagan alur tersebut menjelaskan langkah-langkah khusus yang harus diikuti pada tiap tahap proses, tergantung hasil pemeriksaan klien secara perorangan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Bagan 1. Diagram Alur untuk Pencegahan Kanker Leher rahim





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

6. Inspeksi Visual dengan Asam Cuka (IVA)

Pemeriksaan leher rahim secara visual menggunakan asam cuka (IVA) berarti melihat leher rahim dengan mata telanjang untuk mendeteksi abnormalitas setelah pengolesan asam asetat atau cuka (3–5%). Daerah yang tidak normal akan berubah warna dengan batas yang tegas menjadi putih (*acetowhite*), yang mengindikasikan bahwa leher rahim mungkin memiliki lesi prakanker.

IVA adalah praktik yang dianjurkan untuk fasilitas dengan sumberdaya sederhana dibandingkan dengan jenis penapisan lain (Tabel 2) karena:

- Aman, tidak mahal, dan mudah dilakukan;
- Akurasi tes tersebut sama dengan tes-tes lain yang digunakan untuk penapisan kanker leher rahim;
- Dapat dipelajari dan dilakukan oleh hampir semua tenaga kesehatan di semua jenjang sistem kesehatan;
- Memberikan hasil segera sehingga dapat segera diambil keputusan mengenai penatalaksanaannya (pengobatan atau rujukan);
- Suplai sebagian besar peralatan dan bahan untuk pelayanan ini mudah didapat dan tersedia
- Pengobatan langsung dengan krioterapi berkaitan dengan penapisan yang tidak bersifat invasif dan dengan efektif dapat mengidentifikasi berbagai lesi prakanker

Tabel 2. Perbandingan IVA dengan tes penapisan lain

Jenis Tes	Aman	Praktis	Terjangkau	Efektif	Mudah tersedia
VA	YA	YA	YA	YA	YA
Pap Smear	YA	TIDAK	TIDAK	YA	TIDAK
HPV/DNA Test	YA	TIDAK	TIDAK	YA	TIDAK
Cervicography	YA	TIDAK	TIDAK	YA	TIDAK

a. Peralatan dan Bahan

Peralatan yang dibutuhkan untuk melakukan IVA adalah peralatan yang biasa tersedia di klinik atau poli KIA seperti berikut:

- Meja periksa ginekologis dan kursi
- Sumber cahaya yang memadai agar cukup menyinari vagina dan leher rahim
- Spekulum *graves bivalved* ("cocor bebek")
- Nampan atau wadah alat
- Sarana pencegahan infeksi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

1) Meja periksa

Dapat memudahkan pemeriksa memasang spekulum untuk melihat leher rahim secara keseluruhan, dapat digunakan meja ginekologis atau meja periksa lain yang sesuai.

2) Sumber Cahaya

Cahaya dari jendela biasanya tidak cukup untuk melihat leher rahim, jadi gunakan sumber cahaya yang baik, seperti lampu atau senter, bila tersedia. Sumber cahaya, seperti sebuah lampu pijar 60-watt atau senter harus cukup kuat agar pemeriksa dapat melihat di mana leher rahim berada. Inspeksi/pemeriksaan tidak dapat dilakukan jika cahaya tidak mencukupi untuk dapat melihat seluruh leher rahim. Penting pula untuk diperhatikan agar lampu yang digunakan tidak terlalu panas. Lampu yang terlalu panas akan membuat ibu dan petugas merasa tidak nyaman. Senter berkualitas tinggi dapat memberikan cahaya yang cukup tanpa terlalu banyak mengeluarkan panas.

3) Spekulum *bivalved*/"cocor bebek" (Cusco atau Graves)

Spekulum *bivalved*/"cocor bebek" (Cusco atau Graves) lebih disukai karena keduanya dapat diatur dan dibiarkan terbuka selama leher rahim sedang diperiksa. Kedua jenis spekulum tersebut membuat petugas bebas membersihkan leher rahim mengatur sumber cahaya dan memanipulasi leher rahim dan spekulum agar dapat melihat leher rahim keseluruhannya.

4) Nampan atau wadah alat

Nampan atau wadah alat yang telah di-Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) sebagai tempat untuk meletakkan alat dan bahan yang akan dipakai. Biasanya nampan atau wadah ini diletakkan pada troli yang digerakkan dengan roda sehingga memudahkan petugas pada saat bekerja.

5) Sarana Pencegahan Infeksi

Sarana pencegahan infeksi berupa ember plastik 3 (tiga) buah yang berisi: larutan klorin tempat merendang alat dan sarung tangan yang masih akan digunakan ulang; larutan sabun untuk melap meja ginekologi, lampu dan lain-lain; dan air bersih bila tidak ada washtafel di ruang periksa untuk membilas alat yang telah dilap dengan air sabun.

Ada beberapa bahan yang diperlukan untuk melakukan IVA. Bahan-bahan tersebut dapat diperoleh dengan mudah:

- 1) Kondom.
- 2) Kapas lidi atau forsep untuk memegang kapas.
- 3) Sarung tangan periksa sekali pakai (*disposable*).
- 4) Spatula kayu yang masih baru.
- 5) Larutan asam asetat (3-5%) (asam cuka dapur dixi).
- 6) Larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi alat dan sarung tangan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

1) Kondom

Sebuah kondom yang telah dipotong ujungnya untuk disarungkan pada bilah/daun spekulum sehingga dapat mencegah dinding vagina masuk ke dalam celah sehingga leher rahim dapat terlihat dengan jelas.

2) Kapas lidi

Kapas lidi digunakan untuk menghilangkan cairan mukosa/cairan dari leher rahim dan untuk mengoleskan asam asetat pada leher rahim. Gulungan kapas bersih harus menutupi lidi dengan rapat sehingga tidak menggores atau melukai leher rahim dan cukup besar untuk dapat membasahi leher rahim dengan asam asetat secara merata. Kapas lidi tidak harus steril tetapi bersih.

3) Sarung tangan periksa

Gunakan sepasang sarung tangan baru untuk setiap klien, atau sarung tangan yang sudah di Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT).

4) Spatula kayu

Spatula kayu baru digunakan jika dinding vagina sangat lemah. Gunakan spatula kayu atau alat lain untuk mendorong jaringan ikat yang menonjol di antara bilah/cocor bebek spekulum. Spatula kayu dapat juga digunakan pada pelaksanaan PAPS.

5) Asam asetat

Asam asetat adalah unsur utama dari cuka. Dianjurkan menggunakan larutan asam asetat (3-5%). Di Indonesia sebaiknya menggunakan cuka dixi, pada sebagian negara, cuka tidak tersedia. Seringkali yang dijual di pasar adalah "pengganti cuka", atau "cuka imitasi" yang sebenarnya adalah asam asetat. Bila cuka atau pengganti asam cuka tidak tersedia, ahli farmasi/kimia atau pemasok bahan kimia lokal dapat membuatkan larutan asam asetat.

6) Larutan klorin (0,5%)

Larutan klorin (0,5%) gunakan untuk mendekontaminasi spekulum dan sarung tangan yang sudah dipakai pemeriksaan. Setelah didekontaminasi, spekulum, nampan atau wadah alat dan sarung tangan harus dicuci dengan sabun dan air, bilas sampai bersih lalu didesinfeksi tingkat tinggi atau disterilisasi. Selengkapnya lihat Form A.

b. Konseling Kelompok dan Perorangan Sebelum Menjalani IVA

Sebelum menjalani tes IVA, ibu dikumpulkan untuk edukasi kelompok dan sesi konseling bila memungkinkan. Pada saat presentasi dalam edukasi kelompok-selama 10 sampai 15 menit, topik-topik berikut harus dibahas:

- 1) Menghilangkan kesalahpahaman konsep dan rumor tentang IVA dan krioterapi
- 2) Sifat dari kanker leher rahim sebagai sebuah penyakit
- 3) Faktor-faktor risiko terkena penyakit tersebut
- 4) Pentingnya penapisan dan pengobatan dini
- 5) Konsekuensi bila tidak menjalani penapisan
- 6) Mengkaji pilihan pengobatan jika hasil tes IVA abnormal



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 7) Peran pasangan pria dalam penapisan dan keputusan menjalani pengobatan
- 8) Pentingnya pendekatan kunjungan tunggal sehingga ibu siap menjalani krioterapi pada hari yang sama jika mereka mendapat hasil IVA abnormal
- 9) Arti dari tes IVA positif atau negatif
- 10) Pentingnya membersihkan daerah genital sebelum menjalani tes IVA

JIKA HASIL TES IBU/KLIEN ADALAH POSITIF DAN MEMERLUKAN PENGOBATAN, TETAPI IBU/KLIEN MERASA MEMBUTUHKAN KONSULTASI SUAMI/KELUARGA SEBELUM TINDAKAN, IBU DIPERBOLEHKAN PULANG UNTUK MENDISKUSIKAN DENGAN SUAMI/KELUARGA, SEHINGGA MEREKA SIAP MENERIMA PENGOBATAN KRIOTERAPI

c. Tindakan IVA

Tindakan IVA dimulai dengan penilaian klien dan persiapan, tindakan IVA, pencatatan dan diakhiri dengan konseling hasil pemeriksaan. Penilaian klien didahului dengan menanyakan riwayat singkat tentang kesehatan reproduksi dan harus ditulis di status, termasuk komponen berikut:

- a) Paritas
- b) Usia pertama kali berhubungan seksual atau usia pertama kali menikah
- c) Pemakaian alat KB
- d) Jumlah pasangan seksual atau sudah berapa kali menikah
- e) Riwayat IMS (termasuk HIV)
- f) Merokok
- g) Hasil *pap smear* sebelumnya yang abnormal
- h) Ibu atau saudara perempuan kandung yang menderita kanker leher rahim
- i) Penggunaan steroid atau obat-obat alergi yang lama (kronis)

1) Penilaian Klien dan Persiapan

Terdapat beberapa langkah untuk melakukan penilaian klien dan persiapan tindakan IVA yaitu:

- a) Sebelum melakukan tes IVA, diskusikan tindakan dengan ibu/klien. Jelaskan mengapa tes tersebut dianjurkan dan apa yang akan terjadi pada saat pemeriksaan. Diskusikan juga mengenai sifat temuan yang paling mungkin dan tindak lanjut atau pengobatan yang mungkin diperlukan.
- b) Pastikan semua peralatan dan bahan yang diperlukan tersedia, termasuk spekulum steril atau yang telah di DTT, kapas lidi dalam wadah bersih, botol berisi larutan asam asetat dan sumber cahaya yang memadai. Tes sumber cahaya untuk memastikan apakah masih berfungsi.
- c) Bawa ibu ke ruang pemeriksaan. Minta dia untuk buang air kecil (BAK) jika belum dilakukan. Jika tangannya kurang bersih, minta ibu membersihkan dan membilas daerah kemaluan sampai bersih. Minta ibu untuk melepas pakaian (termasuk pakaian dalam) sehingga dapat dilakukan pemeriksaan panggul dan tes IVA.



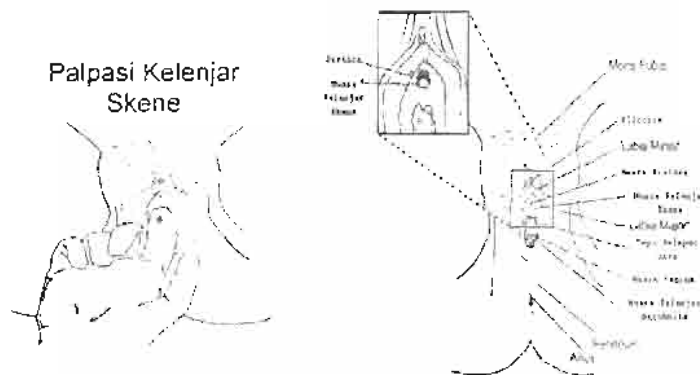
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- d) Bantu ibu untuk memosisikan dirinya di meja ginekologis dan tutup badan ibu dengan kain, nyalakan lampu/senter dan arahkan ke vagina ibu.
- e) Cuci tangan secara merata dengan sabun dan air sampai benar-benar bersih, kemudian keringkan dengan kain bersih atau diangin-anginkan. Lakukan palpasi abdomen, dan perhatikan apabila ada kelainan. Periksa juga bagian lipatan paha, apakah ada benjolan atau ulkus (apabila terdapat ulkus terbuka, pemeriksaan dilakukan dengan memakai sarung tangan). Cuci tangan kembali.
- f) Pakai sepasang sarung tangan periksa yang baru pada kedua tangan atau sarung tangan bedah yang telah di-DTT¹
- g) Atur peralatan dan bahan pada nampan atau wadah yang telah di- DTT, jika belum dilakukan.

2) Tes IVA

Tes IVA dilakukan dengan langkah sebagai berikut:

- a) Inspeksi/periksa genitalia eksternal dan lihat apakah terdapat *discharge* pada mulut uretra. Palpasi kelenjar *Skene's and Bartholin's*. *Jangan menyentuh klitoris, karena akan menimbulkan rasa tidak nyaman pada ibu.* Katakan pada ibu/klien bahwa spekulum akan dimasukkan dan mungkin ibu akan merasakan beberapa tekanan.



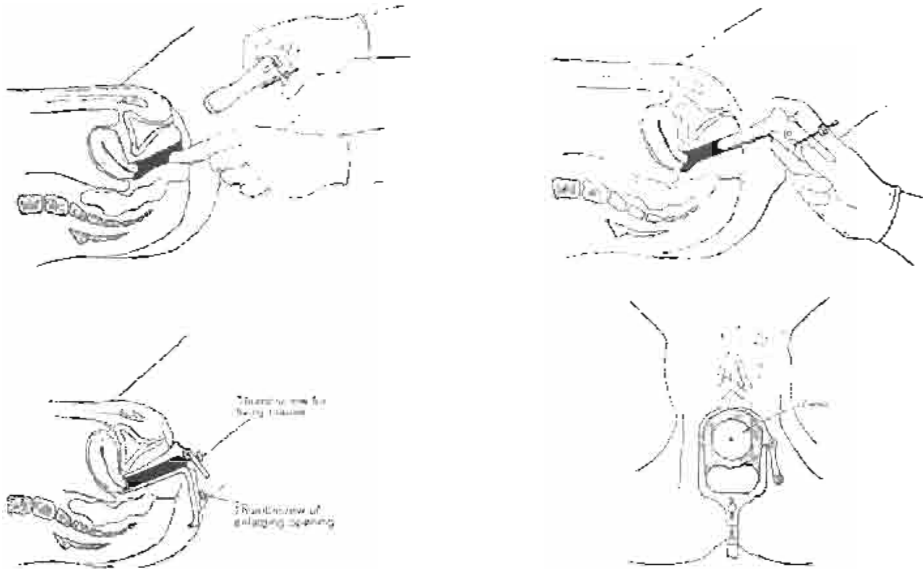
- b) Dengan hati-hati masukkan spekulum sepenuhnya atau sampai terasa ada tahanan lalu secara perlahan buka bilah/daun spekulum untuk melihat leher rahim. Atur spekulum sehingga **seluruh leher rahim** dapat terlihat. Hal tersebut mungkin sulit pada kasus dengan leher rahim yang berukuran besar atau sangat *anterior* atau *posterior*. Mungkin perlu menggunakan spatula atau alat lain untuk mendorong leher rahim dengan hati-hati ke atas atau ke bawah agar dapat terlihat.

¹ Bila tersedia tambahan sarung tangan, gunakan sarung tangan kedua sehingga bila perlu pengaturan lampu, sarung tangan yang luar bisa dilepas dan mengatur lampu dengan sarung tangan yang bersih.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Memasang spekulum



Catatan: Jika dinding vagina sangat lemah, gunakan spatula kayu atau alat lain untuk mendorong jaringan ikat yang menonjol diantara bilah/cocor bebek spekulum. Cara lain, sebelum memasukkan spekulum, pasangkan kondom pada kedua bilah/cocor bebek dan potong ujung kondom. Pada saat spekulum dimasukkan dan cocor bebek dibuka, kondom dapat mencegah dinding vagina agar tidak masuk rongga antara bilah/cocor bebek.

- c) Bila leher rahim dapat terlihat seluruh kunci spekulum dalam posisi terbuka sehingga tetap berada di tempatnya saat melihat leher rahim. Dengan cara ini petugas memiliki satu tangan yang bebas bergerak.

Catatan: Selama proses tindakan, mungkin perlu untuk menyesuaikan baik sudut pandang spekulum atau posisi lampu/senter agar dapat melihat leher rahim dengan baik.

- d) Jika sedang memakai sarung tangan lapis pertama/luar, celupkan tangan tersebut ke dalam larutan klorin 0,5% lalu lepaskan sarung tangan tersebut dengan membalik sisi dalam ke luar. Jika sarung tangan bedah akan digunakan kembali, didesinfeksi dengan merendam ke dalam larutan klorin 0.5% selama 10 menit. Jika ingin membuang, buang sarung tangan ke dalam wadah anti bocor atau kantong plastik.
- e) Pindahkan sumber cahaya agar leher rahim dapat terlihat dengan jelas.
- f) Amati leher rahim apakah ada infeksi (*cervicitis*) seperti *discharge*/cairan keputihan *mucous ectopi (ectropion)*; kista Nabothy atau kista Nabothian, nanah, atau lesi "strawberry" (infeksi *Trichomonas*).
- g) Gunakan kapas lidi bersih untuk membersihkan cairan yang keluar, darah atau mukosa dari leher rahim. Buang kapas lidi ke dalam wadah anti bocor atau kantong plastik.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- h) Identifikasi ostium servikalis dan SSK serta daerah di sekitarnya.
- i) Basahi kapas lidi dengan larutan asam asetat dan oleskan pada leher rahim. Bila perlu, gunakan kapas lidi bersih untuk mengulang pengolesan asam asetat sampai seluruh permukaan leher rahim benar-benar telah dioleskan asam asetat secara merata. Buang kapas lidi yang telah dipakai.
- j) Setelah leher rahim dioleskan larutan asam asetat, tunggu selama 1 menit agar diserap dan memunculkan reaksi *acetowhite*.
- k) Periksa SSK dengan teliti. Lihat apakah leher rahim mudah berdarah. Cari apakah ada bercak putih yang tebal atau epitel *acetowhite* yang menandakan IVA positif (**Gambar - 2**)

Catatan:

SSK harus benar-benar terlihat seluruhnya untuk menentukan apakah leher rahim normal atau abnormal.

Gambar - 2 IVA Negatif dan IVA Positif



IVA Negatif



IVA Positif

- l) Bila perlu, oleskan kembali asam asetat atau usap leher rahim dengan kapas lidi bersih untuk menghilangkan mukosa, darah atau debris yang terjadi saat pemeriksaan dan mungkin mengganggu pandangan. Buang kapas lidi yang telah dipakai.
- m) Bila pemeriksaan visual pada leher rahim telah selesai, gunakan kapas lidi yang baru untuk menghilangkan sisa asam asetat dari leher rahim dan vagina. Buang kapas sehabis dipakai pada tempatnya.
- n) Lepaskan spekulum secara halus. Jika hasil tes IVA negatif, letakkan spekulum ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk didesinfeksi. Jika hasil tes IVA positif dan setelah konseling pasien menginginkan pengobatan segera, letakkan spekulum pada nampan atau wadah agar dapat digunakan pada saat krioterapi.
- o) Lakukan pemeriksaan bimanual dan rectovagina (bila diindikasikan). Periksa kelembutan gerakan leher rahim; ukuran, bentuk, dan posisi rahim; apakah ada kehamilan atau abnormalitas dan pembesaran uterus atau kepekaan (*tenderness*) pada adnexa.

3) Setelah Tes IVA

- a) Bersihkan lampu dengan lap yang dibasahi larutan klorin 0.5% atau alkohol untuk menghindari kontaminasi silang antar pasien.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- b) Celupkan kedua sarung tangan yang masih akan dipakai lagi ke dalam larutan klorin 0.5%. Lepaskan sarung tangan dengan cara membalik sisi dalam ke luar lalu letakkan ke dalam wadah anti bocor atau kantong plastik. **Jika pemeriksaan rectovaginal telah dilakukan, sarung tangan harus dibuang.** Jika sarung tangan bedah akan dipakai ulang, rendam kedua sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk desinfeksi.
- c) Cuci tangan dengan air sabun sampai benar-benar bersih lalu keringkan dengan kain yang bersih atau dengan cara diangin-anginkan.
- d) Jika hasil tes IVA negatif, minta ibu untuk mundur dan bantu ibu untuk duduk. Minta ibu agar berpakaian.
- e) Catat hasil temuan tes IVA bersama temuan lain seperti bukti adanya infeksi (cervicitis); ectropion; kista Nabothian, ulkus atau "strawberry serviks". Jika terjadi perubahan *acetowhite*, yang merupakan ciri adanya lesi-prakanker, catat hasil pemeriksaan leher rahim sebagai abnormal. Gambarkan sebuah "peta" leher rahim pada area yang berpenyakit pada formulir catatan (lampiran B)
- f) Diskusikan dengan klien hasil tes IVA dan pemeriksaan panggul bersama Ibu/klien. Jika hasil tes IVA negatif, beritahu kapan klien harus kembali untuk tes IVA
- g) Jika hasil tes IVA positif atau diduga ada kanker, katakan pada ibu/klien langkah selanjutnya yang dianjurkan. Jika pengobatan dapat segera diberikan, diskusikan kemungkinan tersebut bersamanya. Jika perlu rujukan untuk tes atau pengobatan lebih lanjut, aturlah waktu untuk rujukan dan berikan formulir yang diperlukan sebelum ibu/klien tersebut meninggalkan puskesmas/klirik. Akan lebih baik jika kepastian waktu rujukan dapat disampaikan pada waktu itu juga.

Catatan: Mengaitkan pengobatan dengan tes dapat berbeda-beda pada tiap program atau klinik dan terkait dengan beberapa faktor seperti alur klien, sarana yang tersedia, tenaga/petugas dan waktu. Beberapa skema alternative untuk pengaturan hubungan yang penting ini diiclaskan dalam **Bagan 2**.

Tabel 3 Kategori Klasifikasi IVA

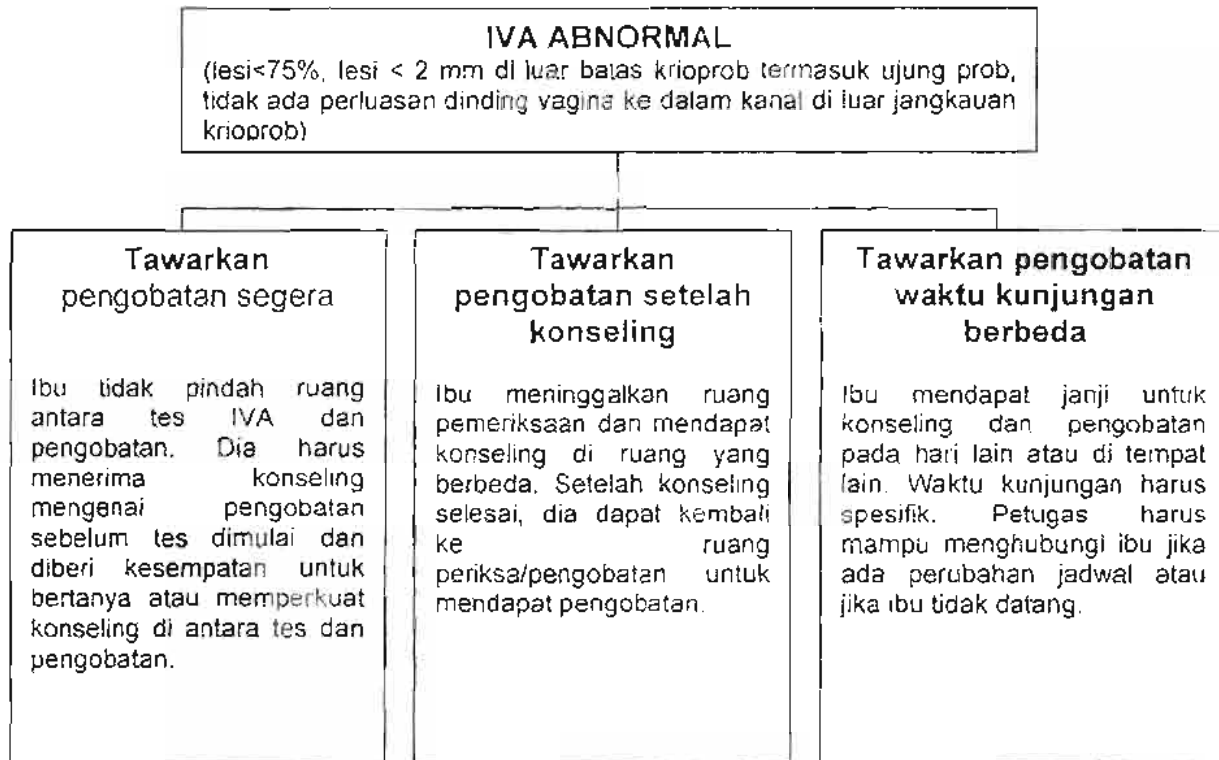
KLASIFIKASI IVA	KRITERIA KLINIS
Tes negatif	Halus, berwarna merah muda, seragam, tidak berfitur, ectropion, cervicitis, kista Nabothy, dan lesi <i>acetowhite</i> tidak signifikan
Tes positif	Bercak putih (<i>acetowhite epithelium</i> sangat jelas terlihat) dengan batas yang tegas dan meninggi, tidak mengilap yang terhubung, atau meluas dari <i>squamocolumnar junction</i>
Dicurigai kanker	Pertumbuhan massa seperti kembang kol yang mudah berdarah atau luka bernanah/ <i>ulcer</i> .



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Untuk kriteria klinis lebih lanjut dari tiga klasifikasi IVA tersebut, serta foto-foto yang sesuai, silakan merujuk pada alat bantu kerja "Atlas IVA". (lihat Form P).

Bagan 2. Keterkaitan yang mungkin antara tes IVA dan Pengobatan



d. Konseling setelah Tindakan IVA

- 1) Jika hasil tes IVA negatif, beritahu ibu untuk datang menjalani tes kembali 5 tahun kemudian, dan ingatkan ibu tentang faktor-faktor risiko.
- 2) Jika hasil tes IVA positif, jelaskan artinya dan pentingnya pengobatan dan tindak lanjut, dan diskusikan langkah-langkah selanjutnya yang dianjurkan.
- 3) Jika telah siap menjalani krioterapi, beritahukan tindakan yang akan dilakukan lebih baik pada hari yang sama atau hari lain bila klien inginkan.
- 4) Jika tidak perlu merujuk, isi kertas kerja dan jadwal pertemuan yang perlu. Lihat **Tabel 4** untuk tindakan rujukan yang dianjurkan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Tabel 4. Tindakan Rujukan yang Dianjurkan

TEMUAN IVA	TINDAKAN RUJUKAN
Bila ibu dicurigai menderita kanker leher rahim	Segra rujuk ke fasilitas yang dapat memberikan pengobatan yang memadai untuk kanker invasif.
Ibu dengan hasil tes positif yang lesinya menutupi cervix lebih dari 75%, meluas ke dinding vagina atau lebih luas 2 mm dari probe krioterapi termasuk ujung probe	Rujuk untuk penilaian dan pengobatan di fasilitas terdekat yang menawarkan <i>LEEP</i> atau <i>cone biopsy</i> . Jika tidak mungkin atau dianggap tidak akan pergi ke fasilitas lain, beritahu tentang kemungkinan besar persistensi lesi dalam waktu 12 bulan dan tentang perlunya pengobatan ulang.
Ibu dengan hasil tes positif yang memenuhi kriteria untuk mendapat pengobatan segera tetapi meminta diobati dengan tindakan lain, bukan dengan krioterapi	Beritahu mengenai kelebihan dan kekurangan semua metode pengobatan. Rujuk ke fasilitas terdekat yang menawarkan pengobatan sesuai keinginan klien.
Ibu dengan hasil tes positif yang meminta tes lebih lanjut (diagnosis tambahan), yang tidak tersedia di fasilitas	Rujuk ke fasilitas tersier yang menawarkan klinik ginekologi (bila diindikasikan).
Ibu dengan hasil tes positif yang menolak menjalani pengobatan	Beritahu tentang kemungkinan pertumbuhan penyakit dan prognosinya. Anjurkan untuk datang kembali setelah setahun untuk menjalani tes IVA kembali untuk menilai status penyakit tersebut.

Pada semua kasus, khususnya jika pengobatan diberikan segera, konseling harus selengkap mungkin untuk memastikan agar ibu dapat membuat keputusan berdasarkan informasi yang didapat (*informed decision*).

7. Pemberian Pelayanan Krioterapi

Krioterapi mencakup proses pembekuan leher rahim, baik menggunakan CO₂ terkompresi atau NO₂ sebagai pendingin. Pengobatan berupa penerapan pendinginan terus menerus selama 3 (tiga) menit untuk membekukan (*freeze*), diikuti pencairan selama 5 (lima) menit kemudian 3 (tiga) menit pembekuan kembali.

a. Siapa yang Memenuhi Syarat untuk Krioterapi

Tindakan pengobatan dengan cara krioterapi dapat diberikan pada klien di Puskesmas dan unit pelayanannya dengan kriteria sebagai berikut:

- 1) Lesi *acetowhite* yang menutupi leher rahim kurang dari 75% (Jika lebih dari 75% leher rahim tertutup, krioterapi harus dilakukan oleh seorang ginekolog), tidak lebih dari 2 mm di luar diameter kriotip.
- 2) Lesi yang tidak meluas sampai dinding vagina



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3) Tidak dicurigai kanker

Krioterapi **tidak boleh dilakukan** oleh tenaga dokter umum/bidan di Puskesmas, dengan kriteria sebagai berikut :

- 1) Lesi *acetowhite* lebih dari 75% dari permukaan leher rahim.
- 2) Lesi *acetowhite* meluas sampai ke dinding vagina atau lesi lebih dari 2 mm dari tepi probe alat krioterapi (kriotip).
- 3) Lesi *acetowhite* namun klien menginginkan pengobatan lain selain krioterapi atau meminta tes diagnosis lebih lanjut di pelayanan kesehatan lain.
- 4) Dicurigai kanker.
- 5) Pada saat pemeriksaan bimanual, dicurigai adanya massa ovarium (*ovarian mass*) atau fibroid.

b. Dimana Pelayanan Krioterapi Dapat Diberikan

Dengan pendekatan kunjungan tunggal krioterapi harus tersedia di semua fasilitas yang memberikan tes IVA.

c. Konseling Sebelum Menjalani Krioterapi

Sesuai dengan kode etik kedokteran, *informed consent* secara verbal dan tertulis harus diperoleh sebelum melakukan tindakan. Klien harus mendapat penjelasan yang lengkap tentang tindakan krioterapi yang akan dijalannya, risiko, manfaat, angka keberhasilan, dan alternatif lain. Serta memberikan dorongan agar klien dapat memberikan pendapatnya dan menanyakan kembali apakah klien telah memahami tindakan dan bersedia menjalani krioterapi. Dan memberikan informasi tambahan mengenai IMS dan cara mencegahnya.

d. Melakukan Tindakan Krioterapi

1) Peralatan dan Perlengkapan

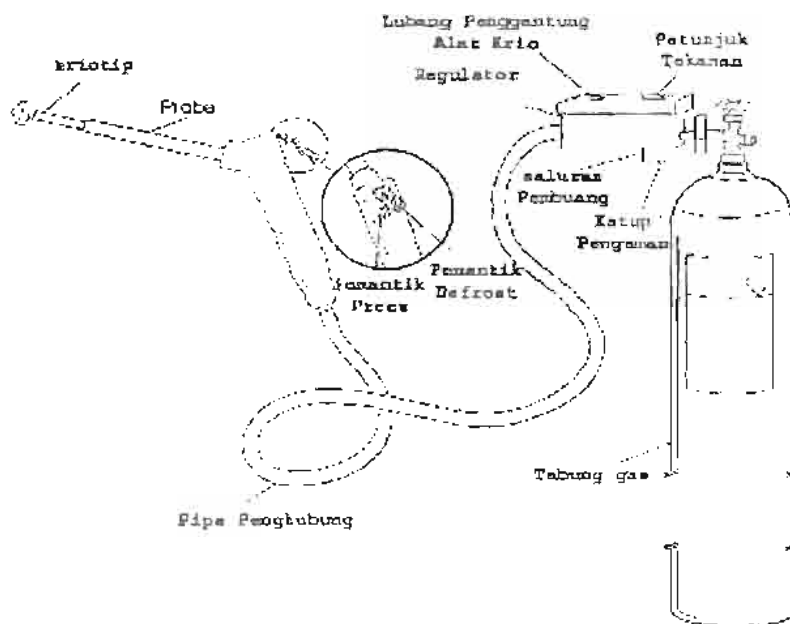
Krioterapi adalah tindakan yang mengalirkan gas bertekanan tinggi dari tabung gas ke ruang ekspansi/pembekuan pada bagian krioprobe. Unit krioterapi tersebut terdiri dari (lihat Gambar – 3):

- a) Regulator dengan penunjuk tekanan dan kedudukan penyemprot gas (*cryogun*);
- b) Selang fleksibel yang menghubungkan regulator dengan penyemprot;
- c) Penyemprot dengan pegangan dan tombol *freeze* (beku)/ *defrost* (cair);
- d) Probe yang terisolasi; dan
- e) Kriotip metal/besi yang dirancang agar pas pada leher rahim dan menutup seluruh daerah sekitar SSK dan daerah yang berpenyakit.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Gambar - 3. Peralatan krioterapi dan gasnya



Untuk unit krioterapi dirancang untuk terhubung dengan tabung gas CO₂ atau NO₂ terkompresi. Bahan - bahan yang dibutuhkan untuk melaksanakan krioterapi hampir sama dengan bahan dan alat yang dibutuhkan untuk memeriksa IVA yaitu:

- Kapas lidi
- Sarung tangan periksa yang baru atau sarung tangan bedah yang telah di DTT
- Spatula baru berbahan kayu
- Larutkan (3-5%) asam asetat (dengan cuka jika dapat diterima)
- Larutan klorin 0.5% untuk dekontaminasi alat dan sarung tangan
- Status klien/ Ibu.

2) Penilaian Klien/ Persiapan untuk Krioterapi

Sebelum melakukan krioterapi perlu dilakukan persiapan dan penilaian klien dengan langkah-langkah berikut ini :

- Sebelum melakukan krioterapi, diskusikan tindakan yang akan dilakukan dengan ibu/ klien. Jelaskan mengapa perlu dilakukan pengobatan, apa saja alternatif pengobatan selain krioterapi dan mengapa abstinensi (atau pemakaian kondom) penting setelah menjalani tindakan. Jelaskan langkah-langkah tindakan, suara keras yang mungkin ditimbulkan oleh alat tersebut, ketidaknyamanan yang mungkin dirasakan dan efek samping yang akan dialami setelah tindakan. Pastikan ibu/klien tidak sedang hamil.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- b) Pastikan semua peralatan dan bahan yang diperlukan telah tersedia. Di antaranya spekulum yang telah di DTT, kapas lidi dalam wadah bersih, sebuah wadah berisi asam asetat/cuka yang telah diencerkan 3-5%, spatula berbahan kayu dan lampu/senter yang memadai (tes lampu/senter untuk memastikan masih bekerja dengan baik). Gas harus dibuka pada katup utama tabung dan tekanan minimal harus berada pada 40-70 kg/cm². Terakhir, *timer*, jika tersedia, harus diset pada posisi nol.
- c) Masukkan kriotip yang telah di-DDT ke dalam pelindung plastik (*protective sleeve*). Posisikan tabung plastik tepat pada takik/lubangnya di bawah ujung kriotip dan kencangkan pada posisinya².
- d) Sebelum membawa ke ruang pemeriksaan/tindakan, pastikan klien sudah buang air kecil atau pastikan bahwa klien telah mengosongkan kandung kemihnya. Minta klien membuka pakaian dari pinggang ke bawah ganti dengan memakai sarung. Setelah itu, bantu klien naik ke meja pemeriksaan untuk tindakan dan nyalakan lampu, arahkan ke vagina ibu/klien.
- e) Cuci tangan secara merata dengan menggunakan sabun dan air dan keringkan dengan kain bersih atau diangin-anginkan. Kemudian pakai sarung tangan periksa yang baru atau sarung tangan bedah yang telah di-DDT³.
- f) Atur peralatan dan bahan pada nampan atau wadah yang telah di-DDT, jika belum dilakukan.

3) Tindakan Krioterapi

Tindakan krioterapi dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a) Katakan kepada klien bahwa spekulum akan dimasukkan dan mungkin akan merasakan tekanan.
- b) Dengan lembut masukkan spekulum sepenuhnya atau sampai terasa ada tahanan lalu perlahan-lahan buka bilah/cocor bebek agar leher rahim dapat terlihat. Sesuaikan spekulum sampai seluruh leher rahim dapat terlihat. Hal ini mungkin akan sulit bila leher rahim berukuran besar, parous, patulous atau sangat anterior atau posterior. Mungkin perlu menggunakan lidi kapas bersih, spatula atau forsep untuk mendorong leher rahim ke atas atau ke bawah secara perlahan agar terlihat.
- c) Bila leher rahim dapat terlihat seluruhnya, kunci bilah/ cocor bebek spekulum dalam posisi terbuka sehingga tetap berada di tempatnya. Dengan cara ini petugas memiliki satu tangan yang bebas bergerak.
- d) Gerakkan lampu/senter agar leher rahim dapat terlihat dengan jelas
- e) Gunakan kapas lidi bersih untuk menghilangkan *discharge*, darah atau mukosa dari *cervix*. Identifikasi *ostium uteri*, SSK, serta lokasi dan ukuran lesi. Bila perlu, oleskan asam asetat sehingga lesi dapat terlihat. Buang kapas lidi tersebut ke dalam wadah anti bocor atau kantung plastik.

² Instruksi ini adalah untuk kriotip merek wallach LL 100. Meskipun prinsip krioterapi sama, instrumen dari merek lain mungkin berbeda dalam menyiapkan instrumennya atau memroses setelah digunakan.

³ Bila tersedia tambahan sarung tangan, gunakan sarung tangan kedua, sehingga bila perlu pengaturan lampu sarung tangan yang luar dan mengatur lampu dengan sarung tangan yang bersih.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- f) Tes alat krioterapi dengan mengarahkan *probe* ke langit-langit. Tekan tombol "freeze" selama 1 detik kemudian tekan tombol "defrost" selama 1 detik untuk mengeluarkan gas melalui lubang metal tipis. Alat berfungsi dengan baik bila ujung kriotip terlihat berembun,

Catatan: Beritahu pasien bahwa akan terdengar suara dari unit krioterapi.

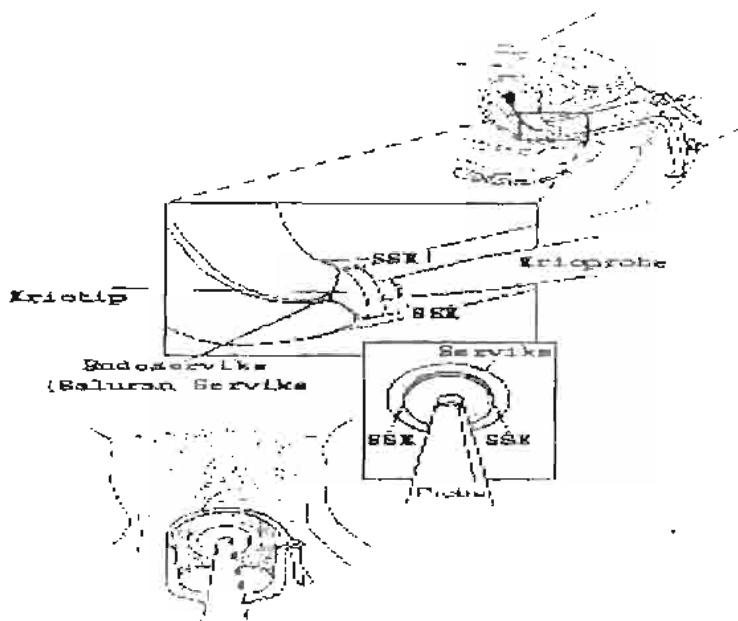
- g) Pasang kriotip yang terbalut *sleeve* pada ujung *probe*. Kencangkan hanya menggunakan tangan. Jangan gunakan alat lain untuk mengencangkan kriotip pada *probe*.

Catatan: jika kriotip tidak mau terpasang pada *probe* dengan benar, periksa apakah ujung pelindung *probe* telah terpasang dengan benar ke dalam takik/lubangnya pada kriotip.

- h) Tempelkan kriotip pada leher rahim, pastikan ujung tip telah masuk dalam ostium uteri seperti pada **Gambar - 4** dan diletakkan secara seimbang pada permukaan leher rahim. Tidak perlu memegang leher rahim dengan tenaculum atau forseps. Pastikan dinding vagina lateral tidak bersentuhan dengan kriotip. Ingatkan ibu bahwa mesin/ unit tersebut akan mengeluarkan suara bising selama tindakan.

Catatan: Mungkin perlu menggunakan spatula kayu atau alat lain untuk mendorong jaringan yang menonjol diantara bilah/ cocor bebek spekulum. Cara lain, sebelum memasukkan spekulum, pasang kondom pada cocor bebek dan potong ujung kondom. Pada saat spekulum dimasukkan dan cocor bebek dibuka, kondom dapat mencegah dinding vagina agar tidak masuk celah di antara bilah/ cocor bebek.

Gambar - 4 Penempatan kriotip pada leher rahim





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- i) Gunakan teknik „freeze – clear – freeze.“ Setelah 15 detik dilakukan *freeze*, tekan tombol „defrost“ tidak lebih dari 1 detik. Segera tekan tombol „freeze“ kembali. Tekan tombol „defrost“ setiap 15 detik, lakukan hal yang sama selama 3 menit proses pembekuan. **Catatan:** Jika memungkinkan, minta asisten memberi aba-aba (contoh, *Clear!*) setiap 15 detik. Perhatikan saat terbentuk bola es di sekitar kriotip (perhatikan Gambar 5).

Gambar – 5 Perubahan leher rahim setelah dilakukan krioterapi



Sebelum krioterapi



Setelah krioterapi

- j) Setelah melakukan pembekuan selama 3 menit, kriotip akan menempel pada leher rahim, karena bola es. Jangan menarik kriotip secara paksa. Tunggu sampai mencair (*defrost*) dan alat terlepas dengan sendirinya dari leher rahim (biasanya hanya memakan waktu kurang dari 30 detik), jangan dipaksa melepaskan kriotipnya .
- k) Letakkan alat krio pada tempatnya (pada tempat penggantungnya) atau baki instrumen yang sudah di-Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT).
- l) Tunggu 5 menit dan ulangi kembali proses pembekuan menggunakan teknik *freeze – clear – freeze*. Mungkin perlu menambah waktu pembekuan sampai 5 menit jika bola es tidak terbentuk di luar tepi probe.

Catatan: Selama tindakan krioterapi, tabung menjadi dingin, bagian luar tabung dan selang mungkin mengeluarkan semacam embun. Selain itu, alat penunjuk tekanan akan menunjukkan penurunan tekanan. Semua perubahan tersebut adalah normal. Bila tekanan pada regulator memperlihatkan bahwa tekanan gas di bawah 50 kg/cm², hentikan tindakan krioterapi. Tunggu sampai tabung gas kembali pada suhu kamar dan tekanan gas naik di 50 kg/cm². Ada kemungkinan keluar serpihan es dari saluran pengeluaran gas, keadaan ini normal terjadi dan tidak akan mengganggu tindakan krioterapi yang sedang dilakukan.

- m) Di akhir tindakan, periksa leher rahim secara hati-hati untuk memastikan apakah telah terbentuk "bola es" yang putih, keras, benar-benar beku. Jika tidak, ulangi langkah 8-11 minimal sekali dengan menambahkan tekanan pada leher rahim. Yakinkan bahwa tekanan gas yang ditampilkan pada pengukur tekanan sudah cukup. Jika tekanan kurang, minta pasokan ulang gas dan jadwal ulang tindakan.
- n) Setelah tindakan, tutup katup tabung utama.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- o) Periksa apakah leher rahim apakah terjadi perdarahan. Jika terdapat perdarahan, tekan area perdarahan dengan kapas lidi bersih. Setelah itu buang kapas lidi tersebut pada tempatnya.
- p) Lepaskan spekulum dan letakkan dalam larutan klorin 0,5% dalam wadah tertutup selama 10 menit untuk desinfeksi, atau apabila petugas terbatas dipisahkan dulu spekulum di wadah yang kering dan tertutup karena bila dibiarkan spekulum terendam dalam larutan klorin dalam waktu lebih 10 menit dapat menimbulkan korosif pada spekulum.

4. Tugas Pasca Krioterapi

- a) Bersihkan lampu/senter dengan kain/kasa yang telah dibasahi larutan klorin 0,5% untuk menghindari kontaminasi silang antar ibu/klien.
- b) Celupkan kedua tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Lepaskan sarung tangan dengan membalik sisi dalam keluar. Jika sarung tangan dibuang, masukkan ke dalam wadah tahan bocor atau kantong plastik. Jika sarung tangan akan dipakai ulang, dekontaminasi dengan merendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- c) Cuci tangan dengan sabun dan air kemudian keringkan dengan kain yang bersih dan kering, atau dianginkan.
- d) Pastikan ibu/perempuan tidak mengalami kram atau *flashing* sebelum duduk, turun dari meja periksa dan berpakaian. Jika masih terasa sangat kram setelah 5–10 menit, berikan analgesik oral (acetaminophen atau ibuprofen).
- e) Beri anjuran mengenai asuhan pascapengobatan, tanda-tanda peringatan dan jadwal tindak lanjut.
- f) Catat hasil pengobatan dan jadwal kunjungan berikutnya pada status pasien.
- g) Amati ibu/klien, minimal selama 15 menit. Tanyakan bagaimana keadaannya sebelum mengizinkannya pulang.
- h) Bersihkan unit krioterapi sesuai instruksi dalam Lampiran.

5. Konseling Pasca Krioterapi

Sebagian besar perempuan/ibu tidak akan mengalami masalah setelah menjalani krioterapi. Beritahu ibu bahwa dia mungkin akan mengalami kram dan mengeluarkan cairan bening (atau sedikit bercampur darah) yang biasanya berlangsung selama 4 sampai 6 minggu. Jika menjadi berbau atau berwarna seperti nanah, atau jika ibu merasa nyeri, dia harus segera kembali ke klinik untuk memeriksa kemungkinan terjadinya infeksi.

Anjurkan ibu agar tidak menyemprotkan air obat (*douche*), menggunakan tampon atau berhubungan seks selama 4 minggu, atau sampai cairan tersebut benar-benar hilang.

Catatan: Jika ibu tidak dapat menghindari hubungan seksual, sarankan untuk menggunakan kondom saat berhubungan. Berikan 15–20 kondom



KEMENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Bicarakan mengenai jadwal tindak lanjut dan tanda - tanda peringatan yang mengharuskan dia untuk kembali ke fasilitas untuk mendapat perawatan, yaitu:

- a) Demam selama lebih dari 2 hari.
- b) Nyeri pada abdomen yang amat sangat khususnya jika dibarengi dengan demam.
- c) Pendarahan selama lebih dari 2 hari yang lebih banyak dari menstruasi terbanyak.
- d) Pendarahan disertai gumpalan

Buat jadwal tindak lanjut enam bulan kemudian setelah tindakan, dan beri nama pusat pelayanan atau klinik yang harus didatangi oleh ibu. Jika mungkin, informasi ini harus diberikan secara tertulis. Terakhir, si ibu harus diberi kesempatan untuk bertanya jika ada pertanyaan.

e. Tindak Lanjut Setelah Krioterapi

Tabel 5. Penatalaksanaan Efek Samping

EFEK SAMPING	PENATALAKSANAAN
Kram	<ul style="list-style-type: none">• Beritahu pasien sebelum tindakan bahwa dia akan mengalami kram pada saat tindakan dan setelahnya• Kurangi kram dengan menekan ringan pada leher rahim dengan menggunakan krioterapi <i>probe</i>• jika sangat kram berikan parasetamol atau aspirin
<i>Discharge</i> vagina (carian berlebihan)	<ul style="list-style-type: none">• Beritahu pasien bahwa ia akan mengalami keluhan keluar cairan dari vagina/<i>discharge</i> selama sekitar 4 minggu• Beritahu pasien bahwa akan terjadi perubahan warna <i>discharge</i> dari merah muda menjadi bening atau agak kekuningan• Beritahu klien untuk kembali jika <i>discharge</i> berubah menjadi bau tak sedap, gatal atau berwarna seperti nanah (dan obati sesuai panduan standard IMS)• Anjurkan agar tidak berhubungan badan selama empat minggu• Jika tidak mampu menghindari hubungan seksual (abstain), anjurkan untuk memakai kondom minimal selama 4 minggu
Bercak/menstruasi ringan	<ul style="list-style-type: none">• Beritahu pasien bahwa dia akan mengalami pendarahan atau bercak selama satu atau dua minggu• Beritahu pasien agar kembali untuk dievaluasi jika terjadi pendarahan berat



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Ibu/klien harus kembali untuk melakukan tes ulang IVA dalam enam bulan. Pada kunjungan ini, setelah memperoleh riwayat masalah, tes IVA harus dilakukan dan segala macam abnormalitas dicatat. Karena SSK mungkin tidak dapat dilihat, leher rahim harus diperiksa secara saksama untuk menilai seberapa jauh kesembuhannya dan apakah masih terdapat lesi. Kriteria pengobatan atau rujukan pada kunjungan ini dapat dilihat pada daftar dalam tabel berikut ini:

Tabel 6. Status Pengobatan dan Tindakan yang Dianjurkan

KLASIFIKASI IVA	PENJELASAN	TINDAKAN YANG DIANJURKAN
Tes IVA Negatif	SSK terlihat Tidak ada lesi <i>acetowhite</i>	Ulangi tes IVA setelah 5 tahun
Tidak dapat hilang (<i>Persistent</i>)	Tes IVA positif, tetapi lesi < 75% dari permukaan leher rahim	Obati kembali dengan krioterapi
<i>Progressed</i>	Tes IVA positif dengan lesi lebih besar dari waktu diobati atau sekarang menutupi lebih dari 75% permukaan leher rahim	Rujuk ke pusat kanker atau fasilitas terdekat yang menawarkan diagnosis dan pengobatan
Rujukan ke Pusat kesehatan lain	Lesi yang <i>persistent</i> dan butuh pengobatan dengan krioterapi, tetapi ibu/klien meminta rujukan untuk metode pengobatan yang berbeda	Bicarakan kembali tentang keunggulan dan kekurangan semua metode pengobatan; rujuk ke fasilitas terdekat yang menawarkan pengobatan yang sesuai pilihan

8. Rujukan

Bidan dan dokter umum harus merujuk klien yang mengalami kondisi-kondisi di bawah ini ke **tingkat fasilitas perawatan yang lebih tinggi**:

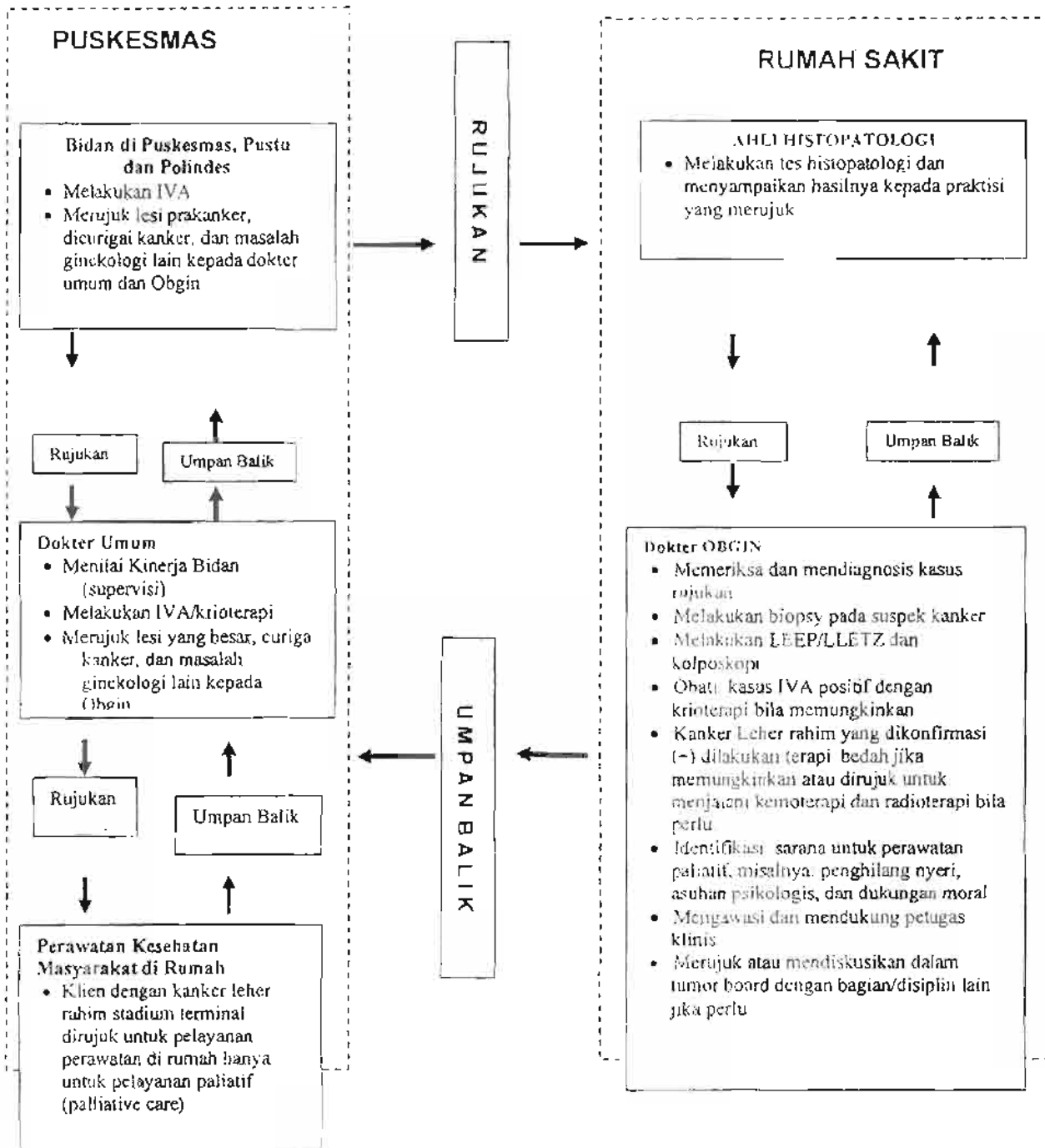
- Lesi *acetowhite* lebih dari 75% dari permukaan leher rahim, lesi *acetowhite* meluas sampai dinding vagina atau lebih dari 2 mm tepi luar *probe* krioterapi
- Lesi *acetowhite* positif, tetapi klien meminta pengobatan lain selain krioterapi atau meminta tes diagnosis lain
- Dicurigai kanker
- Kondisi ginekologis lain (misalnya massa ovarium, miom, polyp)

Dokter umum yang terlatih, mengkaji lesi berukuran besar dan jika dicurigai kanker, segera rujuk kepada dokter spesialis obgin. Selanjutnya dokter obgin yang akan melakukan pemeriksaan dan terapi lanjutan seperti LEEP, konisasi, histerektomi, atau perawatan paliatif sesuai indikasi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Bagan 3. Algoritma Rujukan Kanker Leher rahim





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

IV. MANAJEMEN PENGENDALIAN KANKER PAYUDARA DAN KANKER LEHER RAHIM

A. PERSIAPAN

1. Analisis Kebutuhan Pemeriksaan

Penghitungan kebutuhan sumber daya, target cakupan, dan penyiapan lapangan dilakukan dengan menggunakan data-data yang ada di puskesmas, dan rumah sakit rujukan. Data-data yang dibutuhkan adalah sebagai berikut :

- a. Data demografi (khususnya perempuan berusia 30 - 50 tahun) dan data sosial budaya
- b. Data dasar berupa data kasus kanker payudara dan kanker leher rahim yang bersumber rumah sakit kabupaten, puskesmas dan sarana pelayanan kesehatan yang ada di wilayah kerja Puskesmas tersebut selama kurun waktu 3 tahun terakhir.
- c. Data sumber daya (sarana, prasarana, SDM, dana) di tingkat Puskesmas dan Rumah Sakit Kabupaten/Kota dan sarana pelayanan kesehatan yang lain.
- d. Data lembaga, yayasan, atau organisasi profesi maupun masyarakat yang ada di wilayah setempat yang berperan serta dalam upaya pengendalian penyakit kanker.

a) Perkiraan target sasaran

Perhitungan target sasaran dibutuhkan untuk merencanakan sumber daya yang diperlukan oleh puskesmas dan strategi teknis yang harus dilakukan untuk mencapai target tersebut. Target adalah persentase dari jumlah populasi perempuan yang seharusnya menerima pelayanan penapisan dalam kurun waktu yang ditentukan. Populasi sasaran yang akan ditapis adalah perempuan berusia 30 - 50 tahun. Sehingga jumlah target cakupan dihitung berdasarkan data demografi jumlah perempuan yang berusia 30 - 50 tahun.

Sesuai dengan rekomendasi WHO, bahwa keberhasilan kegiatan penapisan untuk mencegah kanker akan terjadi bila penapisan dapat mencakup minimal 80% dari populasi yang berisiko, yang berarti 80 % dari populasi perempuan berusia 30 - 50 tahun.

Bagan 6 di bawah ini, memberikan gambaran cara menghitung target cakupan yang harus dilakukan perbulan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Bagan 6. Metode Perhitungan Target Angka Cakupan Penapisan Bulanan.*



Catatan :

* Metode ini mengasumsikan tidak ada perempuan yang telah ditapis di populasi target (Sumber: diadaptasikan dari CHIP 2004a, ACCP).

Untuk memberikan ilustrasi cara memperkirakan target penapisan bulanan dengan target cakupan penapisan 80% populasi perempuan usia 30 – 50 tahun, selama periode 5 tahun, pada Puskesmas A yang mempunyai jumlah penduduk 250.000, melalui tahap-tahap sebagai berikut:

a) *Identifikasi besaran populasi di daerah tersebut (misalnya dari data sensus).*

Contoh : Data sensus melaporkan ada 250.000 penduduk di daerah tsb.

b) *Hitung jumlah perempuan di daerah tsb.*

Contoh : Berdasarkan hasil Supas 2005, persentase jumlah perempuan 51% dari penduduk adalah perempuan. Jumlah perempuan di wilayah Puskesmas A diperkirakan 127.500 perempuan (51% dari 250.000).

c) *Perkirakan jumlah sasaran : perempuan pada kelompok usia yang akan tapis.*

Contoh : Data Supas 2005, perempuan usia 30 – 50 tahun 40% dari jumlah perempuan. Jumlah sasaran penapisan Puskesmas A sebanyak 51.000 (40% dari 127.500).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

d) Hitung jumlah target perempuan yang akan ditapis.

Contoh : Target penapisan 80% sasaran, yaitu sebanyak 40.800 perempuan (80% dari 51.000).

e) Hitung jumlah target perempuan yang akan ditapis tiap bulan.

Contoh : 40.800 perempuan yang akan ditapis dalam 5 tahun, dalam 1 (satu) tahun Puskesmas harus menapis sebanyak 8.160 perempuan tiap tahun dan 680 perempuan per bulan (8.160 dibagi dalam 12 bulan).

Dari ilustrasi di atas, dapat dikatakan bahwa beban tiap bulan dari Puskesmas A untuk melakukan kegiatan adalah 680 pemeriksaan.

b) Perkiraan kebutuhan pelayanan pengobatan

Perhitungan kebutuhan pengobatan melalui estimasi jumlah hasil penapisan yang positif. Perhitungan dilakukan dengan cara sebagai berikut :

Berdasarkan penelitian Dr. Laila N, & Dr. Dwiyana O, tahun 2006, estimasi lesi prakanker yang ditemukan dengan metode IVA sebesar 5-10 dari 100 perempuan. Dari jumlah yang positif tersebut hanya 80-85% - nya yang membutuhkan pengobatan krioterapi (ACCP 2004). Berdasarkan estimasi insidens kanker leher rahim dari WHO (16 per 100.000 perempuan), dapat diperkirakan jumlah kanker leher rahim yang akan ditemukan (Globocan, 2002).

Tabel 7. Contoh Estimasi Hasil Penapisan Kanker Leher Rahim

Kategori Klien	Estimasi Target
Jumlah perempuan dengan hasil penapisan positif yang membutuhkan <i>follow up</i>	Jumlah perempuan yang telah ditapis dikali rasio jumlah tes penapisan positif (5 - 10 dari 100 perempuan yang ditapis)
Jumlah perempuan dengan hasil penapisan positif yang membutuhkan pengobatan dengan krioterapi	80-85% perempuan dengan lesi prakanker akan membutuhkan pengobatan krioterapi
Jumlah perempuan dengan kanker leher rahim yang membutuhkan rujukan untuk pengobatan kanker.	16 per 100.000 dari seluruh perempuan yang ditapis
Jumlah perempuan dengan kanker payudara yang membutuhkan rujukan untuk pengobatan kanker.	26 per 100.000 dari seluruh perempuan yang ditapis

Sumber : ACCP,2004

Contoh perhitungan perkiraan hasil penapisan dari 8.160 perempuan:

a) Hasil IVA positif sebesar $5-10/100 \times 8.160 = 400 - 800$ orang.

b) Yang membutuhkan krioterapi adalah $80 - 85\% \times 400 - 800$ perempuan = 320 - 680 orang.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

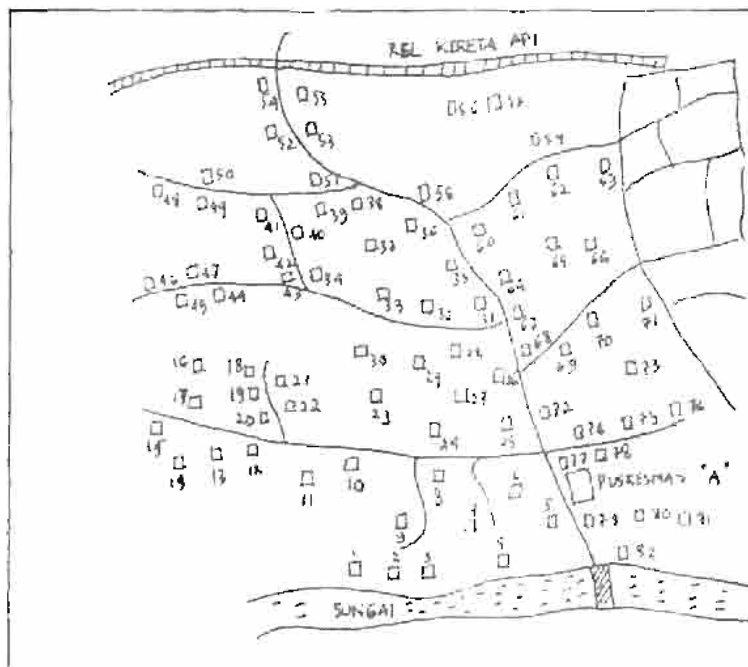
- c) Yang membutuhkan rujukan untuk tindak lanjut lesi pra kanker $15 - 20\% \times 400 - 800$ perempuan = 80 - 120 orang
- d) Yang membutuhkan rujukan untuk pengobatan kanker leher rahim sebesar $16/100.000 \times 8.160 = 1,3$ atau sekitar 1 - 2 perempuan
- e) Yang membutuhkan rujukan untuk pengobatan kanker payudara sebesar $16/100.000 \times 8.160 = 2,1$ atau sekitar 2 - 3 perempuan

c) Pemetaan klien

Tujuan utama dari pelayanan adalah mempermudah perempuan untuk mencapai akses penapisan kanker yang berkualitas dan pengobatannya. Banyak perempuan di berbagai negara terutama di daerah pedesaan yang sulit mencapai tempat pelayanan kesehatan dikarenakan jarak yang jauh dari tempat tinggalnya, biaya transportasi, tanggung jawabnya akan keluarga atau pekerjaan yang tidak bisa ditinggal, dan lainnya. Oleh karena itu dibutuhkan strategi yang dapat mengurangi kunjungan perempuan ke klinik dan jaminan untuk mendapatkan pelayanan yang mereka butuhkan, dan meningkatkan *follow up*.

Kader kesehatan mempunyai peran penting dalam melakukan kunjungan rumah untuk memotivasi klien agar bersedia mengikuti program penapisan hingga tindak lanjutnya. Kader juga dapat membantu dalam membuat pemetaan klien. Peta ini dibutuhkan untuk mengetahui lokasi keberadaan klien terutama di daerah pedesaan serta jarak yang harus mereka tempuh untuk menerima pelayanan.

Gambar 13 : Contoh peta daerah untuk pemetaan klien





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Analisis Kebutuhan Bahan Dan Alat

Setelah diketahui perkiraan jumlah pemeriksaan dan pengobatan yang akan dilakukan dalam satu tahun pada puskesmas atau kabupaten tersebut, perencanaan akan kebutuhan alat dan bahan yang diperlukan selama setahun sampai dengan lima tahun dapat dihitung dengan cara seperti di bawah ini :

a) Perhitungan Kebutuhan Bahan Pemeriksaan IVA dan Pengobatan Krioterapi

Perhitungan kebutuhan 1 (satu) tahun bahan dan alat disesuaikan dengan jumlah perempuan yang akan ditapis dan yang membutuhkan pengobatan krioterapi sesuai estimasi di atas.

Mengikuti contoh perhitungan di atas, kebutuhan bahan untuk pemeriksaan dan pengobatan IVA:

1) Bahan pemeriksaan IVA:

- a. *Kebutuhan asam asetat*: 100 ml asam asetat 3 - 5% dapat digunakan untuk memeriksa lebih kurang 200 perempuan. Untuk memeriksa 8.160 perempuan dibutuhkan $8.160/200 \times 100 \text{ ml} = 4.000 - 5.000 \text{ ml}$ atau 4 - 5 liter asam asetat.
- b. *Kebutuhan kapas lidi* untuk mengaplikasikan asam asetat: satu klien membutuhkan kapas lidi sekitar 4 - 5 batang. Untuk memeriksa 8.160 perempuan dibutuhkan lidi $8.160 \times 4 - 5 \text{ batang} = 32.460 - 40.800$ batang atau sekitar 32.000 sampai 41.000 batang
- c. *Kebutuhan kapas kesehatan*: untuk kapas lidi, 100 gram kapas kesehatan dapat digunakan untuk 500 lidi untuk 32.000 sampai 41.000 batang lidi dibutuhkan kapas kesehatan sebanyak $32.000 - 41.000/500 \times 100 \text{ gram} = 6.400 - 8.200 \text{ gram}$ atau 6.5 sampai 8.5 kilogram kapas kesehatan.
- d. *Kebutuhan sarung tangan*: satu klien membutuhkan 2 - 4 buah sarung tangan. Untuk memeriksa 8.160 perempuan dibutuhkan lidi $8.160 \times 2 - 4 \text{ batang} = 16.320 - 32.640$ buah atau sekitar 16.000 sampai 24.500 buah. Dalam satu kotak sarung tangan sekali pakai terdapat 100 buah, berarti dibutuhkan 160 sampai 245 kotak sarung tangan.

2) Bahan pengobatan krioterapi:

Bahan krioterapi hanya membutuhkan gas CO₂ atau N₂ non medik (industrial) tergantung ketersediaan yang ada di daerah. Dalam 1 tabung berisi 40 liter, dapat dipakai untuk 40 klien. Sesuai dengan perhitungan kebutuhan terapi, dalam satu tahun diperkirakan 32 - 68 orang akan membutuhkan terapi. Untuk memperkirakan kebutuhan gas CO₂ atau N₂ non medik (industrial) dalam satu tahun sekitar 1 tabung besar.

b) Penghitungan Pembiayaan

Setelah memperkirakan cakupan pelayanan, strategi pencapaian target/cakupan, kebutuhan bahan dan alat habis pakai, perlu diperkirakan juga biaya operasional di tingkat daerah.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Hal-hal yang perlu diperhatikan untuk menghitung biaya yang dibutuhkan seperti:

1) Penyebarluasan informasi dan edukasi untuk menggerakkan masyarakat :

- a) Insentif bagi kader kesehatan (bila memungkinkan)
- b) Biaya pencetakan bahan-bahan promosi/penyuluhan
- c) Biaya pemakaian media yang tersedia di daerah seperti radio dll
- d) Biaya transpor untuk mengunjungi masyarakat.

2) Pelatihan :

Pelatihan untuk petugas kesehatan dilaksanakan di kabupaten. Sedangkan untuk puskesmas dilakukan pelatihan kepada kader kesehatan yang akan membantu untuk menyebarkan informasi kepada masyarakat serta memotivasi klien agar mau datang untuk mendapatkan pelayanan penapisan.

- a) Honor untuk pelatih
- b) Biaya transpor untuk pelatih dan peserta
- c) Kebutuhan fisik untuk pelatihan :
 - Sewa ruangan bila dilakukan di luar gedung Puskesmas
 - Bahan presentasi (proyektor, layar, kertas, dsb.)
- d) Dukungan administratif.

3) Pelayanan Penapisan :

- a) Biaya bahan habis pakai untuk puskesmas guna pelaksanaan penapisan
- b) Biaya ATK dan pengadaan.
- c) Biaya perjalanan petugas untuk pelayanan di luar gedung.
- d) Penyimpanan dan pendistribusian peralatan dan bahan di pusat kesehatan.
- e) Perbaikan dan pemeliharaan alat untuk diagnosis dan terapi.

4) Pencatatan, Pemantauan dan Penilaian :

- a) Kertas, fotokopi dan bahan ATK lainnya dalam kegiatan pencatatan, pemantauan dan penilaian.
- b) Komputer dan *software* sistem informasi dalam kegiatan monitoring dan pelaporan.
- c) Biaya pertemuan (ruangan, konsumsi, transport) secara regular dengan *supervisor* area untuk mendiskusikan permasalahan, hasil cakupan dan lain-lain.
- d) Biaya transportasi *supervisor* membuat kunjungan pada pusat pelayanan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. Persiapan Lapangan

Sebelum perempuan dan keluarganya bersedia dan mendukung program kegiatan penapisan mereka harus mengerti apa perlunya dan apa pentingnya deteksi dini ini bagi mereka. Untuk itu dibutuhkan penyebaran informasi dan edukasi kepada semua pihak baik kepada perempuan tersebut, keluarga yang akan mendukung keputusan, dan tokoh masyarakat yang membentuk opini para perempuan, dan keluarganya serta pihak-pihak lain yang berperan.

Upaya penyebaran informasi dilakukan dengan mengembangkan strategi KIE yang efektif dan menyediakan serta mengembangkan pesan-pesan yang informatif dengan cara pendekatan sosial budaya yang tepat.

Strategi KIE harus disesuaikan dengan kebudayaan yang berlaku di masyarakat. Strateginya adalah:

- a. Berbasis masyarakat : perorangan atau kelompok untuk menginformasikan masyarakat yang berada di rumah maupun lingkungan masyarakat
- b. Berbasis fasilitas : perorangan dan kelompok untuk menginformasikan pasien yang datang ke fasilitas kesehatan.
- c. Berbasis media : menggunakan media seperti televisi, radio, media cetak untuk menyampaikan pesan ke masyarakat luas

Selanjutnya untuk persiapan masyarakat perlu dilakukan advokasi dan sosialisasi, bina suasana, penggerakan masyarakat, dan menjalin kemitraan dengan LP/LS/LSM.

a. Advokasi & Sosialisasi

Advokasi ditujukan kepada para pengambil keputusan atau orang/ institusi yang berpengaruh seperti gubernur/bupati, camat, kepala desa, ketua tim penggerak PKK, Dharma Wanita, LSM, dan lain-lain.

Tujuannya adalah agar para pengambil keputusan atau pimpinan memberikan dukungan baik dana maupun moril guna peningkatan kegiatan. Advokasi dilakukan oleh kepala dinas kesehatan beserta jajarannya.

Langkah-langkah kegiatan :

- 1) Tentukan sasaran yang akan diadvokasi
- 2) Siapkan informasi berdasarkan *baseline* data
- 3) Tentukan kesempatan dimana dan kapan melakukan advokasi
- 4) Simpulkan dan sepakati hasil dari advokasi tersebut
- 5) Tindak lanjut hasil kesepakatan tersebut
- 6) Beri informasi umpan balik

b. Bina Suasana (*Social Support*)

Strategi ini ditujukan kepada kelompok sasaran sekunder seperti tokoh masyarakat, keluarga, PKK, organisasi perempuan keagamaan, dan lain-lain. Tujuannya agar kelompok ini dapat mengembangkan atau menciptakan suasana yang mendukung peningkatan pengendalian kanker payudara dan kanker leher rahim.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Langkah-langkah kegiatan :

- 1) Mengkaji dan menetapkan sasaran secara rinci dan tepat
- 2) Menganalisis dan mendesain metode dan teknik kegiatan dukungan suasana seperti pelatihan, sosialisasi, penyebarluasan informasi, kampanye, dll
- 3) Menetapkan metode dan teknik yang telah diujicoba dan disempurnakan.
- 4) Membuat format penilaian dan memilih hasil kegiatan bersama-sama dengan LP dan LS.
- 5) Menyusun laporan serta menyajikan dalam bentuk tertulis.

c. Penggerakan Masyarakat (*Empowerment*)

Strategi ini ditujukan kepada sasaran primer yaitu wanita/perempuan usia subur (WUS), dan perempuan yang berisiko. Tujuannya agar kelompok sasaran meningkatkan pengetahuan, kesadaran, maupun kemampuannya dalam melaksanakan pengendalian kanker payudara dan kanker leher rahim.

Langkah-langkah kegiatan :

- 1) Dimulai dengan pemberian pelatihan/pembekalan kader kesehatan tentang kanker payudara dan kanker leher rahim, panapisan dan pengobatannya, untuk dipakai sebagai dasar penyebaran informasi dan edukasi bagi calon klien.
- 2) Mengadakan pertemuan dengan kelompok ibu-ibu/keluarga atau kunjungan rumah yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan dan kader..
- 3) Mengembangkan pesan-pesan kesehatan khususnya mengenai pengendalian kanker payudara dan kanker leher rahim yang sesuai dengan kondisi setempat
- 4) Mendekatkan pelayanan kesehatan yang menyediakan fasilitas deteksi dini dengan biaya pelayanan yang terjangkau
- 5) Memberikan pelayanan deteksi dini yang bersifat ramah dan memuaskan klien serta lengkap informasi

d. Kemitraan dengan LP, LS, dan kelompok potensial setempat

Petugas tidak mungkin bekerja sendiri tetapi perlu bekerja sama dengan berbagai pihak yang terkait seperti lintas program, lintas sektor serta kelompok potensial setempat seperti tokoh agama, tokoh masyarakat, kader, organisasi perempuan keagamaan, PKK, dan lain-lain. Tiga prinsip dasar kemitraan yang harus diperhatikan adalah (1) kesetaraan, yaitu kesediaan berada dalam kedudukan yang sederajat, (2) keterbukaan, yaitu adanya kejujuran dalam setia langkah menjalin kemitraan, (3) saling menguntungkan, yaitu jalinan kemitraan yang dibuat hendaknya saling menguntungkan kedua belah pihak.

Langkah-langkah kegiatan :

- 1) Membina hubungan baik, profesional dan mau bekerja demi peningkatan kesehatan masyarakat khususnya dalam pengendalian kanker payudara dan kanker leher rahim.
- 2) Mampu menyampaikan pesan-pesan kesehatan dengan baik, jelas serta sesuai budaya atau norma yang berlaku, sehingga petugas mendapat dukungan dari mitra.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 3) Yakinkan mitra bahwa mereka adalah orang yang turut menentukan keberhasilan dalam meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya dalam pengendalian kanker payudara dan kanker leher rahim.
- 4) Cari waktu yang tepat untuk melakukan komunikasi
- 5) Ajak mereka sebagai mitra kerja dengan jalan menetapkan perencanaan kegiatan dalam menanggulangi permasalahan yang ada
- 6) Beri mitra tugas dan tanggung jawab yang jelas tentang peranan mereka dalam upaya peningkatan pengendalian kanker payudara dan kanker leher rahim yang ada di wilayahnya
- 7) Ajak mereka untuk melihat atau menilai hasil kerja mereka dan beri tanggapan atau umpan balik yang bisa menumbuhkan semangat kerja mereka selanjutnya.

B. PELAKSANAAN PENAPISAN

Agar penapisan dapat dilaksanakan dengan baik dan mencapai tujuan yang diinginkan, dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Persiapan tempat, bahan, peralatan, SDM, dan penentuan waktu pelaksanaan
2. Penetapan jumlah target per hari dan wilayahnya
3. Penginformasian kegiatan kepada masyarakat melalui bidan desa, kader kesehatan, dan perangkat desa.
4. Penetapan teknis pelaksanaan :
 - a. Pendaftaran dengan pembagian nomor urut
 - b. Pembuatan kartu status
 - c. Pemanggilan klien dan suaminya
 - d. Pemberian konseling dan *informed consent* (meminta kesediaan klien dan suaminya untuk dilakukan tindakan).
 - e. Pemeriksaan payudara dengan cara CBE oleh bidan dengan dikonfirmasi oleh dokter puskesmas bila ditemukan benjolan.
 - f. Pelaksanaan IVA oleh Bidan dengan dikonfirmasi oleh dokter puskesmas.
 - g. Pelaksanaan Krioterapi oleh dokter/bidan puskesmas untuk IVA positif.
 - h. Penjelasan rencana tindak lanjut/*follow-up* baik pada kasus positif maupun negatif. (lihat Bagan 3 untuk kanker leher rahim, dan Bagan 4 untuk kanker payudara)
 - i. Pencatatan dan pelaporan pada form yang telah tersedia. (lihat bab V)
 - j. Pemulangan klien.

C. SISTEM RUJUKAN

Apabila pada pemeriksaan di puskesmas ditemukan benjolan pada payudara, lesi pra kanker yang tidak dapat ditangani di puskesmas, dan kanker leher rahim, klien dirujuk ke RS kabupaten/kota. Kasus yang tidak dapat ditangani di rumah sakit kabupaten/kota, dapat dirujuk ke rumah sakit provinsi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

yang ditunjuk. Rumah sakit rujukan harus memberikan umpan balik kepada rumah sakit atau puskesmas asal.

D. MONITORING DAN EVALUASI

Penemuan dan tata laksana penyakit kanker merupakan subsistem pengendalian penyakit kanker secara umum, *output* kegiatan diharapkan dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian melalui kegiatan deteksi dini, penapisan, diagnosis, terapi dan perawatan paliatif. Kegiatan ini akan berdaya guna apabila ditunjang oleh sumber daya yang memadai serta mekanisme kegiatan dilakukan sesuai perencanaan.

Untuk mengukur sampai seberapa jauh sumber daya tersedia serta tahapan pelaksanaan dilakukan, diperlukan kegiatan penunjang, yaitu monitoring dan evaluasi.

Pendataan dan pencatatan klien yang telah dilakukan pemeriksaan merupakan salah satu proses yang tidak dapat dipisahkan dari kegiatan monitoring dan evaluasi. Data lengkap setiap klien harus dicatat pada status pasien (contoh formulir dapat dilihat dalam Formulir A) dengan tujuan agar terdapat catatan mengenai pelayanan dan rujukan. Bila klien bertemu dengan seorang spesialis untuk histopatologi, data-data tersebut dapat dicatat dalam Formulir Histopathology (Formulir B).

Monitoring yang dilakukan sewaktu-waktu bertujuan untuk mengetahui kemajuan program dan kualitas pelayanan. Monitoring program dilakukan secara berjenjang baik melalui pertemuan bulanan yang diadakan oleh puskesmas atau peninjauan lapangan oleh Kepala Puskesmas juga dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Provinsi secara berjenjang. Monitoring kualitas pelayanan secara teknis medis juga dilakukan secara berjenjang oleh dokter puskesmas yang terlatih, dokter spesialis obstetri dan ginekologi, juga dokter spesialis bedah di RS Kabupaten/Kota dan Provinsi.

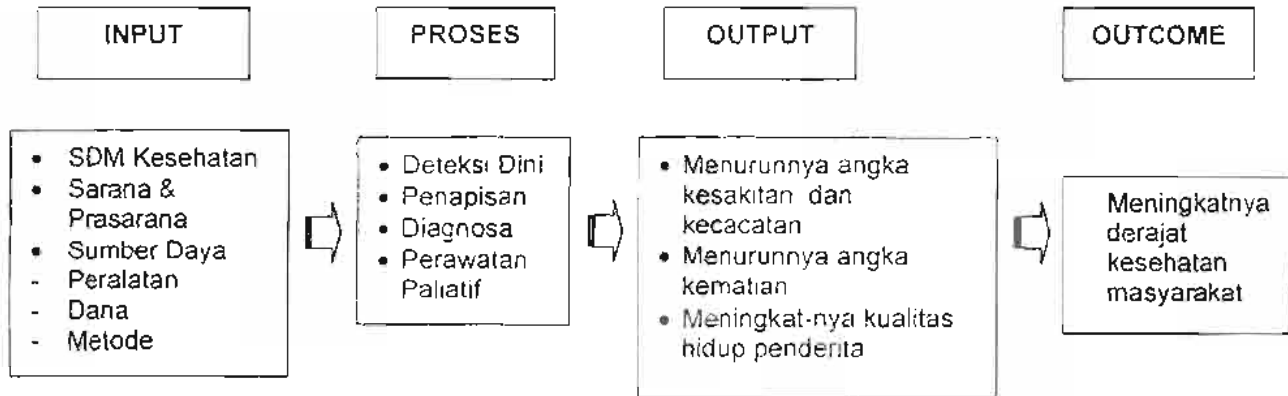
Hasil temuan kegiatan monitoring tersebut ditindaklanjuti dengan melakukan koreksi secepatnya terhadap kegiatan yang dianggap tidak sesuai dengan perencanaan sebelumnya, baik kegiatan yang berada dalam indikator input, indikator proses, maupun indikator *output*.

Sedangkan evaluasi dapat dilakukan sebelum atau sesudah kegiatan dilaksanakan. Evaluasi dilaksanakan sebelum kegiatan bertujuan untuk melihat hasil yang telah dicapai pada tahun sebelumnya dan digunakan sebagai dasar perencanaan tahun berikutnya. Sedangkan evaluasi dilakukan pada akhir kegiatan bertujuan untuk membandingkan antara perencanaan awal dengan hasil yang didapat pada akhir kegiatan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada diagram berikut :



E. PENGORGANISASIAN

1. Pusat

Depkes mempunyai tugas:

- a. Penyiapan kebijakan pengendalian kanker
- b. Advokasi dan sosialisasi tingkat pusat
- c. TOT manajemen pengendalian kanker
- d. TOT deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim
- e. Pengaturan, bimbingan, dan pengawasan program
- f. Dan lain-lain sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku

2. Dinas Kesehatan

a. Dinas Kesehatan Provinsi

Mempunyai tugas :

Sebelum Pelatihan Provider Deteksi Dini

- 1) Sosialisasi dan advokasi dengan LS, LP.
- 2) Pertemuan koordinasi/persiapan di provinsi.
- 3) Membentuk jejaring pengendalian kanker.
- 4) Membentuk tim pelatih provinsi.
- 5) Pertemuan tim pelatih provinsi untuk persiapan pelatihan.
- 6) *Assessment*/penilaian: sarana-prasarana, SDM, data demografi di kabupaten/kota.

Setelah Pelatihan

- 1) Menerima data laporan skrining yang telah dilaksanakan di kabupaten.
- 2) Mengolah dan menganalisa data skrining dan mengirimkan laporan ke pusat.
- 3) Bimbingan teknis.
- 4) Monitoring dan evaluasi kegiatan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

b. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Mempunyai tugas :

Sebelum Pelatihan Provider Deteksi Dini

- 1) Sosialisasi dan advokasi.
- 2) Rapat koordinasi/persiapan.
- 3) *Assesment*/penilaian sarana-prasarana, SDM, data demografi (bersama Dinas Kesehatan Provinsi).
- 4) Pertemuan Tim Pelatih Provinsi, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten, Kepala PKM.

Pelatihan Provider: menunjuk dokter umum dan bidan PKM.

Setelah Pelatihan

- 1) Menerima laporan skrining dari Puskesmas, RS Kabupaten sebagai rujukan.
- 2) Memfasilitasi pelatihan kader di Puskesmas.
- 3) Bintek oleh Petugas Kabupaten dan RS Kab (Obsgyn & dokter bedah).
- 4) Mengolah data dan melaporkan ke provinsi dan pusat.
- 5) Melaksanakan pertemuan evaluasi.

3. Rumah Sakit

- a. Menyediakan dan mempersiapkan petugas pelatih
- b. Menerima rujukan
- c. Menegakkan diagnosis
- d. Memberikan umpan balik
- e. Memberikan pengobatan
- f. Apabila tidak mampu menangani pasien, merujuk ke RS yang mempunyai fasilitas pelayanan kanker payudara dan kanker leher rahim
- g. Menyelenggarakan registrasi kanker berbasis rumah sakit, selanjutnya dilaporkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota

4. Puskesmas

- a. Sosialisasi dan advokasi
- b. Rapat koordinasi di puskesmas
- c. Pelatihan kader
- d. Penyuluhan oleh petugas puskesmas di kecamatan
- e. Skrining kanker payudara dan kanker leher rahim (di dalam dan luar gedung)
- f. Pengumpulan dan pelaporan data ke kabupaten
- g. Mengikuti pertemuan evaluasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

V. SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN

Deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim merupakan salah satu kegiatan dalam pengendalian kanker payudara dan kanker leher rahim. Agar data dapat dianalisis, petugas harus mencatat secara lengkap informasi dan hasilnya pada formulir yang telah ditetapkan. Kejujuran mutlak diperlukan supaya data yang didapatkan benar-benar valid.

Kegiatan deteksi dini tersebut dicatat dan dilaporkan secara rutin dan berjenjang, mulai dari pelayanan kesehatan dasar (puskesmas), pelayanan kesehatan rujukan (rumah sakit), dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, dan Kementerian Kesehatan. Adapun tahapannya sebagai berikut :

A. Puskesmas

1. Petugas puskesmas melakukan anamnesis terhadap klien, kemudian mencatat data dan informasi klien secara lengkap ke dalam formulir Catatan Medis (**Form B**). Identitas pasien dan faktor risiko diisi oleh petugas pendaftaran, sedangkan pemeriksaan dan hasil deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim diisi oleh petugas medis (*provider*). Persetujuan tindakan medis (*informed consent*) harus disampaikan pada klien, apabila dilakukan tindakan pengobatan, selanjutnya klien menandatangani persetujuan tersebut.
2. Hasil deteksi dini diinformasikan kepada klien menggunakan Kartu Deteksi Dini (**Form C**) yang diisi oleh *provider*. Kartu tersebut disimpan oleh pasien dan dibawa pada waktu kontrol atau kunjungan ulang
3. Hasil pemeriksaan IVA yang tidak tampak SSK nya, harus dilakukan pemeriksaan *Papsmear*. Klien harus dirujuk untuk pemeriksaan *Papsmear* ke RS kabupaten/kota (RS rujukan) menggunakan formulir/pengantar rujukan yang sudah ada di puskesmas.
4. Klien yang telah diperiksa, dicatat pada Register Deteksi Dini Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim puskesmas. (**Form D**). Formulir register tersebut direkap setiap 1 bulan.
5. Untuk memudahkan tindak lanjut kasus lesi prakanker, apabila ditemukan kasus IVA (+), klien dicatat dalam Formulir Register IVA + (**Form E**). Formulir register IVA + tersebut direkap setiap 1 bulan.
6. Puskesmas merekap data dari Form D dan E berdasar kelompok umur, ke dalam formulir Rekapitulasi Deteksi Dini Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim puskesmas (**Form F**). Selanjutnya, hasil rekapitulasi dilaporkan secara rutin setiap bulan ke dinas kesehatan kabupaten/kota, maksimal tanggal 10 bulan berikutnya.

B. Rumah Sakit

Non Rujukan

1. Petugas rumah sakit yang telah dilatih, baik RS pemerintah/swasta, di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota, dapat melakukan deteksi dini dengan IVA/*Papsmear* dan CBE (non rujukan) dengan mengikuti prosedur yang dilaksanakan oleh puskesmas. Sehingga, petugas RS mengisi formulir B, C, D, dan E.
2. Hasil deteksi dini kanker leher rahim dilaporkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota menggunakan Rekapitulasi Deteksi Dini Kanker Leher



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Rahim Rumah Sakit Kabupaten/Kota (**Form G, pilih Non-Rujukan**). Laporan disampaikan setiap bulan sebelum tanggal 10 bulan berikutnya

3. Hasil deteksi dini kanker payudara dilaporkan ke Dinas Kesehatan kabupaten/kota menggunakan Rekapitulasi Deteksi Dini Kanker Payudara Rumah Sakit Kabupaten/Kota (**Form H, pilih Non-Rujukan**). Laporan disampaikan setiap bulan sebelum tanggal 10 bulan berikutnya

Rujukan

1. Petugas rumah sakit baik RS pemerintah/swasta, di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota, menerima rujukan baik rujukan leher rahim maupun rujukan payudara dari puskesmas. Petugas RS melakukan pemeriksaan lanjutan dan penatalaksanaannya, serta melakukan pencatatan menggunakan catatan medis yang sudah ada di RS.
2. Hasil rujukan leher rahim dilaporkan ke Dinas Kesehatan kabupaten/kota menggunakan Rekapitulasi Deteksi Dini Kanker Leher Rahim Rumah Sakit Kabupaten/Kota (**Form G, pilih Rujukan**). Laporan disampaikan setiap bulan sebelum tanggal 10 bulan berikutnya
3. Hasil rujukan payudara dilaporkan ke Dinas Kesehatan kabupaten/kota menggunakan Rekapitulasi Deteksi Dini Kanker Payudara Rumah Sakit Kabupaten/Kota (**Form H, pilih Rujukan**). Laporan disampaikan setiap bulan sebelum tanggal 10 bulan berikutnya.
4. RS memberikan umpan balik kepada puskesmas yang mengirimkan rujukan.

C. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

1. Dinas kesehatan kabupaten/kota menerima laporan bulanan dari puskesmas dan Rumah Sakit. Dinas merekap dan memvalidasi laporan bulanan tersebut menggunakan formulir Rekapitulasi Deteksi Dini Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim Kabupaten/Kota (**Form I**).
2. Dinas kesehatan kabupaten/kota melaporkan hasil rekapitulasi (Form I) kepada Dinas kesehatan provinsi setiap triwulan.
3. Untuk mengetahui cakupan (*coverage*) deteksi dini selama setahun, Dinas kesehatan kabupaten/kota melakukan rekapitulasi menggunakan formulir Rekapitulasi Tahunan Deteksi Dini Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim Kabupaten/Kota (**Form J**). Selanjutnya, rekapitulasi tersebut dilaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi setiap awal tahun.
4. Dinas kesehatan kabupaten/kota memberikan umpan balik terhadap laporan bulanan yang diberikan puskesmas dan RS.

D. Dinas Kesehatan Provinsi

1. Dinas kesehatan provinsi menerima laporan triwulanan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/kota di wilayah kerjanya. Dinas merekap dan memvalidasi laporan triwulanan tersebut menggunakan formulir Rekapitulasi Deteksi Dini Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim Provinsi (**Form K**).
2. Dinas kesehatan provinsi melaporkan hasil rekapitulasi (Form K) setiap triwulan kepada Subdit Penyakit Kanker Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PPTM), Direktorat Jenderal pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PP dan PL) Kementerian Kesehatan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

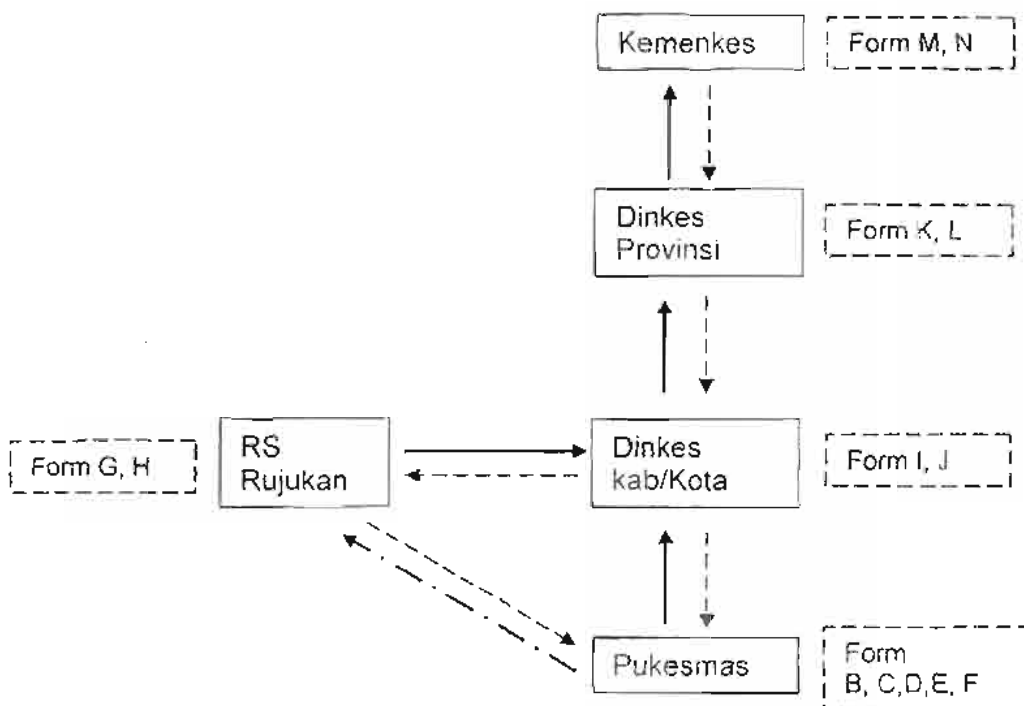
3. Untuk mengetahui cakupan (*coverage*) deteksi dini selama setahun, Dinas kesehatan provinsi melakukan rekapitulasi menggunakan formulir Rekapitulasi Tahunan Deteksi Dini Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim Provinsi (**Form L**). Selanjutnya, rekapitulasi tersebut dilaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi setiap awal tahun.
4. Dinas kesehatan provinsi memberikan umpan balik terhadap laporan triwulanan yang diberikan dinas kesehatan kabupaten/kota.

E. Kementerian Kesehatan

1. Kementerian Kesehatan (Subdit Penyakit Kanker, Direktorat PPTM, Ditjen PP dan PL) menerima laporan triwulanan dari Dinas Kesehatan provinsi. Selanjutnya, data direkap dan divalidasi menggunakan formulir Rekapitulasi Deteksi Dini Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim Nasional (**Form M**).
2. Untuk mengetahui cakupan (*coverage*) deteksi dini selama setahun, Kementerian Kesehatan melakukan rekapitulasi menggunakan formulir Rekapitulasi Tahunan Deteksi Dini Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim Nasional (**Form N**).
3. Kementerian Kesehatan memberikan umpan balik terhadap laporan triwulanan yang diberikan dinas kesehatan provinsi.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada alur pencatatan dan pelaporan sebagai berikut:

Alur Pencatatan dan Pelaporan



Keterangan:

- ▶ = Melaporkan
- - - - -▶ = Umpan balik
- · - · -▶ = Merujuk



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

VI. PENUTUP

Kanker payudara dan kanker leher rahim merupakan kanker terbanyak pada perempuan yang ditemukan di Indonesia dan mempunyai angka kematian yang tinggi.

Kanker leher rahim merupakan kanker yang sudah diketahui patofisiologinya dengan pasti dan tersedianya teknologi untuk memeriksa lesi prakanker serta pengobatannya yang efektif menjadikan kanker leher rahim adalah salah satunya kanker yang dapat dicegah.

Kanker payudara merupakan salah satu kanker yang dapat ditemukan pada stadium dini sehingga dapat diobati dengan efektif.

Keterpaduan dalam penanggulangan adalah kunci keberhasilan program pengendalian kedua kanker melalui KIE kepada masyarakat, penapisan yang diikuti dengan pengobatan yang adekuat. Baik yang dilakukan di puskesmas maupun proses rujukan yang efektif ke rumah sakit tingkat kabupaten/kota, provinsi serta rumah sakit regional yang menyediakan pengobatan radioterapi dan sebagainya.

Dengan dukungan manajemen oleh tim yang ada di puskesmas, kabupaten/kota, provinsi dan pusat dalam perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, monitoring dan evaluasi diharapkan pelaksanaan kegiatan ini dapat berjalan dengan baik.



MENTERI KESEHATAN,

Endang Rahayu Sedyaningsih

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH