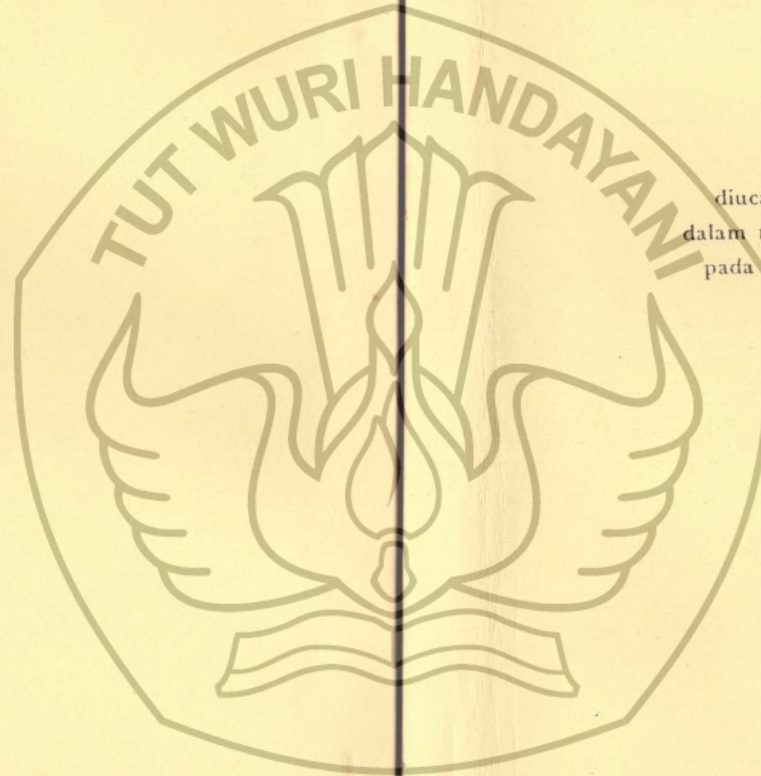


SEJARAH PERKEMBANGAN PENGOBATAN KANKER RAHIM TERUTAMA DI INDONESIA

PIDATO PENGUKUHAN

diucapkan pada peresmian penerimaan jabatan Guru Besar
dalam mata pelajaran Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan
pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga di Surabaya
pada hari Sabtu tanggal 24 Agustus 1974.



11

oleh:

M. SOETOMO JOEDOSEPOETRO

kk
kk
Pg. 22:

Joc

s-2

SEJARAH PERKEMBANGAN PENGOBATAN KANKER RAHIM TERUTAMA DI INDONESIA

PIDATO PENGUKUHAN

diucapkan pada peresmian penerimaan jabatan Guru Besar
dalam mata pelajaran Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan
pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga di Surabaya
pada hari Sabtu tanggal 24 Agustus 1974.



oleh:

* 2 7 2 3 8 8 1 1 1 *

M. SOETOMO JOEDOSEPOETRO

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2723/PUA/H/88



Yang terhormat,

Saudara Menteri Pendidikan dan Kebudayaan,
Para Pembesar Sipil dan Militer,
Saudara-saudara Ketua dan Anggauta Dewan Penyantun,
Saudara Rektor Universitas Airlangga,
Saudara-saudara Guru Besar, Lektor Kepala, Lektor dan Asisten,
Para Teman Sejawat,
Para Mahasiswa,
Hadirin sekalian yang saya muliakan.

Pidato Pengukuhan yang akan saya ucapkan berjudul:

SEJARAH PERKEMBANGAN PENGOBATAN KANKER RAHIM TERUTAMA DI INDONESIA

Walaupun sarkoma (tumor ganas) tulang panggul telah ditemukan pada satu mummia (mayat kering) yang dimakamkan kira-kira pada keturunan ke 5 Firaun, jadi kira-kira 2500 tahun sebelum Nabi Isa, rupa-rupanya hanya sedikit pengetahuan orang pada waktu itu tentang kanker, sampai jaman Hippocrates yang dikatakan lahir pada tahun 460 - 377 sebelum Nabi Isa.

Sumber utama dari pengetahuan kita tentang ilmu kedokteran pada jaman Firaun berasal dari satu seri gulungan papyrus. Yang paling panjang (lebarnya 30 cm dan panjangnya lebih dari 80 meter) dan terkenal adalah Ebers Papyrus yang ditulis kira-kira pada tahun 1500 sebelum Masehi. Orang Mesir kuno menganggap tiap pembengkakan dari badan sebagai kanker. Satu salep yang mengandung arsenikum dan cuka dipergunakan orang untuk mengobati kanker dan disebut salep Mesir (Egyptian ointment) dan dipakai terus sampai abad ke 16.

Ebers Papyrus antara lain memuat resep-resep untuk berbagai penyakit pada wanita:

1. untuk mencegah keputihan pada seorang gadis;
2. untuk mengatur haid;
3. untuk membetulkan salah letak rahim;
4. untuk menimbulkan (menginduksi) persalinan;
5. untuk merangsang produksi air susu ibu;
6. terdapat pula bukti bahwa orang Mesir kuno telah mempelajari diagnostik kehamilan, kelainan haid dan soal kemandulan.

Ebers Papyrus ditemukan bersama-sama dengan Edwin Smith Papyrus pada tahun 1862.

Kahun Medical Papyrus ditemukan pada tahun 1889 dan menurut penyelidikan ditulis pada dinasti ke 12 dan ke 13 Firaun, kira-kira 2000-1800 tahun sebelum Masehi, khusus memuat hal-hal yang menyangkut bidang Ilmu Penyakit Kandungan. Pertama kali ditulis anatomi dari alat kelamin wanita dan terdiri tidak kurang dari 34 bab.

Menurut Henry Ernest Sigerist seorang Swiss dan ahli sejarah ilmu kedokteran (1891 - 1947) dengan tibanya masa Hippocrates ditinggalkan mit s-mitos, cara-cara pengobatan jaman purba dan orang memasuki sejarah baru ilmu kedokteran. Hippocrates menempatkan ilmu kedokteran atas dasar hukum-hukum ilmiah yang benar dan moralitas yang tinggi. Dialah yang tekun membuat catatan-catatan dari pandangannya mengenai ilmu kedokteran, karena itulah ia disebut sebagai Bapak dari Kepustakaan Ilmu Kedokteran.

Hippocrates memperkenalkan berbagai macam tumor dan mempergunakan istilah-istilah sebagai berikut:

- Karsinos buat borok yang tak mau sembuh,
- Karsinoma buat tumor yang ganas sifatnya,
- Skirrus buat tumor yang keras.

Galen yang menyebut kanker "*Morbus contra Naturam*" memakai klasifikasi tersebut disusun oleh Guy De Chauliac dan Gene Fernal dari Amiens (1497-1558 M). Bukti lebih lanjut mengenai ilmu mengenai karsinoma dapat dibaca dalam "*Aphorismus of Hippocrates*" (semacam kumpulan kata-kata mutiara): Mengenai kanker (karsinoma), Hippocrates menggunakan kata-kata yang sangat menarik: *Sebaiknya jangan memberi sesuatu pengobatan pada kanker dalam badan seorang yang tak dapat dilihat karena bila diobati, sipenderita akan cepat meninggal, sedang apabila tidak mereka mungkin dapat hidup lama*"

Lionides dari Alexandria yang hidup 150 tahun sebelum Masehi adalah ahli bedah pertama yang mengobati kanker dari payu dara dengan jalan operasi.

Avkenna (625 - 690 M) dari negara Arab memperkenalkan Arsenikum pada pengobatan kanker.

Avicenna atau Ibnu Sina (980 - 1037 M) dokter dan filosof Arab yang tersohor selama hidupnya jasanya terhadap perkembangan ilmu kedokteran besar sekali. Walaupun namanya tidak dihubungkan dengan masalah kanker, namun ia pertama kali menganjurkan posisi menurut Walcher pada waktu persalinan.

Satu suasana putus asa melanda profesi kedokteran pada waktu itu dan berlangsung lama, mungkin ratusan tahun dan pengobatan leher, maupun badan rahim semata-mata merupakan pengobatan penawar gejala (paliatif). Diceritakan bahwa berbagai usaha dikerjakan antara lain: menuangkan minyak panas dalam liang kemaluan, dikerjakan pula kauterisasi yaitu pembakaran tumor mulut rahim dengan besi patri merah panas, untuk menghentikan perdarahan atau keputihan yang berbau busuk.

KANKER LEHER RAHIM

Pada dasarnya sejarah pengobatan kanker leher rahim dapat dibagi menjadi 4 jaman:

(I). Jaman pengobatan penawar gejala (paliatif).

Seperti saya utarakan di atas. Mulai dari jaman Mesir kuno sampai awal abad ke 19, berabad-abad lamanya maka pengobatan kanker leher rahim dengan jalan pembedahan dianggap sebagai satu tindakan yang salah. Hippocrates dan Celcus menganut pendapat ini. Orang harus menerima nasib bahwa kanker adalah suatu penyakit yang tidak dapat diobati, suatu "*Morbus contra Naturam*" seperti diucapkan oleh Galenus.

II. Jaman pengobatan dengan operasi, mulai dari abad ke 19.

Oleh berbagai ahli dikembangkan beberapa macam operasi:

II.1. Histerektomi vaginal lama. (Pengeluaran rahim melalui liang kemaluan).

Meskipun menurut Conill (1942) dan Navratil (1943) di jaman purba oleh para ahli bedah di Alexandria (Leonides) dan pada abad ke 15 dan 16 di Universitas Italia dan Spanyol (Jacopo Berengario Da Capri) pernah dikerjakan histerektomi vaginal, namun operasi jenis ini yang menurut sejarah dapat diteliti kebenarannya, **operasi vaginal pertama ialah yang dikerjakan oleh Sauter pada tanggal 28 Januari 1822 di Konstanz.**

Metode berkembang cepat dan meluas ke mana-mana.

(Recamier di Perancis, Blundell di Inggris, Warren di Amerika Serikat). Akan tetapi kematian primer disebabkan oleh operasi ini tidak jauh dari 100%, sehingga perpendekan umur seorang penderita oleh pengobatan ini lebih cepat dari apa yang disebabkan oleh kanker rahim itu sendiri. Maka sesudah 1830 kita jarang mendengar lagi tentang operasi semacam ini. Dalam memberi komentar terhadap amputasi (pemotongan) leher rahim seperti lazim dikerjakan pada waktu itu oleh para ahli bedah bangsa Eropa, Meigs berkata: "*Apabila leher rahim itu dipotong dan wanita itu menjadi sembuh maka hal ini merupakan satu bukti yang tak dapat disangkal lagi bahwa operasi itu sesungguhnya tidak perlu dikerjakan.*"

II.2. Histerektomi abdominal.

Pada 30 Januari 1878 Freund di Breslau pertama kali mengerjakan histerektomi abdominal untuk mengangkat kanker rahim melalui irisan di dinding perut. Ini dimungkinkan karena ditemukan tata cara kerja menurut ajaran-ajaran aseptis dan antisepsis, dan kegunaan cara menidurkan penderita menurut Trendlenburg (kepala lebih rendah dari panggul).

Kematian yang tinggi (lebih dari 70%) menyebabkan operasi ini juga sesudahnya mengalami perkembangan yang pendek cepat menjadi tidak populer.

II.3. Histerektomi vaginal yang diperbaharui.

Pada 12 Agustus 1878 Czerny memperkenalkan kembali operasi vaginal dengan mempergunakan obat bius, cara kerja aseptik, dan merawat perdarahan-perdarahan dengan seksama. Dengan tehnik yang baru ini dicapai angka kematian kurang dari 10%, dengan demikian sukses terjamin; lambat-laun metode ini berkembang dan menjadi tehnik operasi vaginal yang modern.

II.4. Histerektomi vaginal yang radikal, adalah perkembangan selanjutnya dari metode Czerny yang diperbaiki tehniknya. Selain rahim yang mengandung kanker dapat diangkat lebih banyak jaringan kanan dan kiri dari rahim yang mendandung kelenjar-kelenjar getah bening dengan anak sebar tumor ganas yang bersarang pada leher rahim. Metode ini mulai dikerjakan oleh Schauta dan menjadi populer sejak 1901. Kemudian tehnik ini lebih disempurnakan lagi oleh Halban, Ludwig Adler, Thaler, Amreich, Stöckel dan akhirnya oleh Bouwdijk Bastiaanse.

II.5. Histerektomi abdominal yang radikal.

Operasi ini melalui irisan di dinding perut pada tahun 1895 pertama kali dikerjakan oleh Rumpf dan pada operasi ini selainnya rahim ikut diangkat kelenjar-kelenjar getah bening regional di dalam panggul kecil. Pada tahun 1911 Wertheim menulis tentang hasil yang ia peroleh pada lebih dari 500 operasi tersebut, maka karenanya operasi semacam ini selanjutnya disebut orang operasi menurut Wertheim. Kematian primer pada operasi ini kira-kira 15%, angka penyembuhannya mutlak sesudahnya 5 tahun 18,4%. Bonney, Reid, Meigs, dan ahli lain berusaha keras untuk lebih lanjut menyempurnakan metode ini.

II.6. Histerektomi abdominal super-radikal (A. Brunschwig, 1947).

- II.6.1. Eksenterasi anterior. Dikerjakan apabila kanker leher rahim telah menyerbu ke dinding kandung seni. Pada operasi ini seluruh kandung seni diangkat bersama-sama dengan rahim. Kedua pipa kencing ditanam pada kulit (ureterostomia kulit) atau pada poros usus besar (operasi Coffey).
- II.6.2. Eksenterasi posterior. Dikerjakan apabila tumor sudah menyebar luas dan merusak poros usus besar. Pada operasi ini poros usus besar diangkat bersama-sama rahim dan dibuat satu lobang di dinding perut untuk jalan keluar tinja.
- II.6.3. Eksenterasi totalis. Pada operasi ini kandung seni, rahim, ovarium, rektum, vagina dan seluruh getah bening dalam panggul kecil diangkat, dan dibuat dua lobang di dinding perut, ia itu untuk membuang air seni dan tinja. Dikerjakan pada stadium dimana kanker telah menyerbu ke dalam kandung seni dan poros usus.

(III). Jaman pengobatan dengan Radiasi (Penyinaran).

Wilhelm Conrad Roentgen (1845 - 1923), seorang ahli fisika bangsa Jerman pada tahun 1895 menemukan sinar baru dan pada ceramah di muka perkumpulan dokter-dokter dan ahli fisika di Wurzburg pada tanggal 23 Januari 1896 ia mengutarakan potensi dasar fisik yang kuat sekali dari sinar baru tersebut, dan dengan segala rendah hati ia mengusulkan

agar sinar baru itu diberi nama sinar X, demikian menggunakan simbol aljabar untuk sesuatu yang tidak diketahui. Von Kolliker pada pertemuan itu mengusulkan agar sinar baru yang ditemukan itu diberi nama sinar "Röntgen", dan sejak itu didalam sejarah ilmu kedokteran dipakai istilah sinar Röntgen atau sinar X.

Pesawat Röntgen terutama dipakai dilapangan kedokteran sebagai pesawat sinar tembus dan pada terapi kanker. Pada pesawat ini sinar X dapat diatur dosis dan dapat dipusatkan pada bagian-bagian tertentu dari tubuh penderita. Dengan demikian maka sinar-sinar tersebut dapat membunuh jaringan-jaringan tumor ganas. Pada waktu itu penyinaran dengan sinar Röntgen terbatas pada energi setinggi 200 sampai 250 K.V. yang dinamakan "Deep therapy atau high voltage therapy".

Pada tahun 1896 Marie dan Pierre Curie memisahkan Radium sebagai unsur radio-aktif yang terdapat dalam alam, dan sejak dasa warsa kedua abad ke 20 sinar Röntgen dan Radium dimanfaatkan bersama-sama, saling membantu atau dipergunakan tersendiri dalam pengobatan kanker. Mula-mula terdapat perlawanan yang hebat terhadap penggunaan senjata baru ini baik untuk keperluan diagnostik, maupun keperluan pengobatan. Pengaruh yang merugikan telah diketahui sangat dini karena perlukaan-perlakuan pada kulit dan tangan, tidak hanya pada orang yang melayani alat-alat, akan tetapi juga pada sipenderita.

Sementara itu Radium berkat filtrasi yang jitu masih tetap merupakan sumber radiasi yang paling ampuh buat pengobatan lokal. Fakta menunjukkan bahwa hampir semua kanker yang masih terbatas dalam pertumbuhannya (localized) dapat dimusnahkan dengan radiasi apabila tumor tadi diberi penyinaran yang mematikan, Namun rintangan-rintangan tertentu telah membatasi hasil sempurna yang diharapkan dari dalil yang kelihatan sederhana ini, antara lain terjadi kerusakan pada jaringan normal akibat radiasi dan bahaya yang mengancam dokter yang memasang Radium. Sebagian besar dari rintangan-rintangan sudah dapat diatasi. Kematian yang rendah pada penderita yang mendapat penyinaran, dibandingkan dengan pasien-pasien yang diobati dengan operasi, ditambah pula dengan makin majunya pengetahuan tentang ilmu fisika dan radiasi dan efek biologiknyanya dan dibuatnya alat-alat yang dapat memberi dosis yang mematikan kepada tumor menyebabkan radiasi sementara menjadi cara yang terpilih bagi pengobatan kanker leher rahim di ebagian besar sentrum pengobatan kanker leher rahim, sehingga pada tahun 1914 Wertheim berkata: "Dengan sedih hati saya harus mengakui bahwa pekerjaan seumur hidupku, yaitu memperkenalkan operasi radikal pada penyakit ini, ternyata tidak lebih unggul dan menguntungkan dari pengobatan radiasi". Telah diutarakan bahwa kematian primer pada peng-

batan Radiasi ini rendah yaitu 2 sampai 5%, dan presentase penyembuhan sama atau lebih tinggi (30 sampai 40%) telah menjamin sukses radium di seluruh dunia

Ada tiga cara untuk menggunakan Radium, yaitu:

1. Metode dari Stockholm (Swedia);
2. Metode dari Paris (Perancis);
3. Metode dari Manchester (Inggris).

Tiga metode tersebut diberi nama metode STANDAR pada pengobatan dengan radium. Pada dasarnya dipergunakan jarum-jarum atau batang-batang radium yang dimasukkan dalam leher rahim dan sekitarnya. Untuk keperluan ini dipergunakan "Applicators" atau alat pemasang radium. Hasil pengobatan bagi penderita dengan kanker leher rahim yang diobati dengan operasi bila dinilai kira-kira sama pada golongan stadium I, II, dan III yang diobati dengan radiasi. Meskipun hasil keseluruhannya pada dewasa itu menunjukkan perbaikan yang berarti, namun antara 1940 dan 1950 penyembuhan penyakit kanker dengan radiasi pada tahun-tahun berikutnya tidak menunjukkan kemajuan lagi, yaitu tetap antara 40 - 50%.

(IV). Jaman pengobatan kimiawi.

Penelitian menunjukkan bahwa Nucleic Acid (yang mengatur dan membatasi proliferasi sel normal dalam tubuh) adalah faktor yang berbeda pada sel kanker dan pada sel yang normal. Namun faktor yang menyebabkan perubahan ini belum lagi diketahui, Antagonis Folic Acid menghambat pembentukan sel-sel limfosit, akan tetapi sampai dewasa ini ternyata tidak mempunyai pengaruh terhadap sel-sel kanker. Maka tidaklah mengherankan bahwa para sarjana mencoba apa saja dalam perjuangan melawan kanker, seperti hormon, antibiotika, toksin anti-neoplasma dan obat kimia. Seperti Phosphoramines dan Nitrogen Mustard telah menunjukkan sedikit sukses paliatif pada pengobatan kanker indung telur (ovarium) akan tetapi sampai sekarang belum dapat menyembuhkan kanker dari leher rahim. Telah dicoba pula Toyomycin-C dan Bleomycin, akan tetapi hasilnya pada kanker leher rahim belum dapat dinilai.

KANKER BADAN RAHIM

Orang mendengar tentang pengobatan kanker badan rahim baru pada awal abad ke 20. Pusey dan Pfahler mengobati kanker badan rahim dengan sinar Röntgen pada tahun 1900. Kanker ini menduduki tempat kedua sesudahnya kanker dari leher rahim, dan merupakan kira-kira 20% dari seluruh kanker alat kelamin.

Baik frekwensi relatif maupun absolut cenderung naik selama 25 tahun terakhir ini, sejajar dengan naiknya umur dari penduduk pada umumnya.

Pada Kanker badan rahim dikenal tiga cara pengobatan:

- Pengobatan operasi primer,
- Pemberian Radium pre-operatif, disusul dengan operasi,
- Pengobatan melalui dengan Radiasi.

Hasil dengan radio-terapi tidak memuaskan. Hasil pengobatan dengan operasi primer dibandingkan dengan pemberian radium pre-operatif, disusul dengan operasi kurang lebih sama, akan tetapi berhubungan dengan jumlah residif di daerah vagina dengan pemberian radium pre-operatif dapat diturunkan dari 15% sampai 2,7% (Dalclos, 1969), maka para ahli sekarang memilih cara pengobatan ini. Terhadap residif dalam tahun-tahun terakhir ini oleh Smith (1969) dianjurkan pemberian preparat hormon progesteron. Kistner (1969) melaporkan bahwa dengan pemberian hormon, 25 - 30% dari para penderita mengalami perbaikan objektif dan 70% mengalami perbaikan subjektif. Hasil pengobatan sesudah 5 tahun ("5 Year Survival rate") untuk seluruh stadium adalah 55 - 60%, jadi lebih baik dari kanker leher rahim.

BAGAIMANAKAH SEJARAH PERKEMBANGAN PENGOBATAN KANKER ALAT KELAMIN WANITA DI TANAH AIR KITA

Tidak ada pemberitaan tentang hal ini sampai akhir abad ke 19, dan sebelumnya perang dunia kedua hampir semua publikasi mengenai kanker alat kelamin wanita ditulis oleh dokter-dokter Belanda, yang sebagian besar bekerja di Jawa dan Sumatra. Sejarah perkembangan pengobatan kanker ginekologik di Indonesia dapat dibagi menjadi 3 masa. Masa pertama sampai akhir abad ke 19; masa kedua mulai dari awal abad ke 20 sampai akhirnya perang dunia kedua; masa ketiga mulai akhir perang dunia kedua hingga saat ini.

Masa Pertama (Abad ke 19).

Sejarah ilmu kedokteran di Indonesia selama abad ke 19 dapat kita baca dari karangannya Dr. Schoute. Ia menulis bahwa ahli Kebidanan dan Penyakit Kandungan pertama di Indonesia adalah Dr.C.H.Stratz, seorang Jerman yang bekerja sebagai perwira kesehatan pada tentara Belanda. Pada tahun 1889 ia menulis dalam Geneeskundig Tydschrift v. Ned. Indie tentang operasi yang dikerjakan melalui liang kemaluan (vagina) untuk mengeluarkan rahim yang dihindangi penyakit kanker. Operasi ini dilakukan pada tanggal 28 Agustus 1888 di rumahnya penderita (Frau N.) di Surabaya dan disaksikan oleh 4 dokter, antara lain Dr. Sikkes, direktur perwira dinas kesehatan tentara Belanda, Dr. Bleekrode, Dr. Kersbergen, dan Dr. Leuzinger. Obat bius yang dipakai adalah morfin dan chloroform, lamanya operasi 1½ jam. Penderita dapat tahan operasi ini dengan baik dan semula menjadi berangsur-angsur sembuh tanpa komplikasi. Sayang penderita akhirnya meninggal pada hari ke 18 sesudah pembedahan karena serangan penyakit cholera.

Bahwa Dr. C.H. Stratz insaf benar tentang pentingnya arti operasi yang ia kerjakan apabila ditinjau dari sudut sejarah, terbukti tidak hanya dari disebutkan dengan teliti nama-nama dokter yang ikut menyaksikan pembedahan, tetapi kapan operasi tadi dikerjakan, pula dari keterangan tambahan bahwa operasi sejenis ini merupakan pembedahan pertama yang dilakukan di Indonesia.

Bahwa operasi yang begitu penting dari semula telah dipertimbangkan dengan seksama dikerjakan di rumahnya penderita dan bukan di rumah sakit merupakan satu peristiwa yang tak ada taranya, namun sebetulnya adalah sama dengan apa yang pada waktu itu juga sering dikerjakan di Nederland. Operasi-operasi yang sukar dan penting lazimnya tidak dikerjakan di rumah sakit. Sekaligus hal ini mencerminkan fungsi rumah sakit pada waktu itu, yang belum memenuhi syarat-syarat aseptis, antisepsis dari ilmu pembedahan dan kurang adanya kepercayaan rakyat terhadap perawatan penderita sesudahnya mengalami pembedahan berat.

Pada tahun 1879 Dr. Stratz dalam tulisannya "De vrouwen op Java" (Stratz.C.H.: Die Frauen auf Java. Verlag von Ferdinand Engke. Stuttgart 1897) menekankan bahwa kanker dari rahim sungguh-sungguh ada di Indonesia. Sesudahnya pengumuman pertama tersebut maka menyusul banyak tulisan-tulisan dan pemberitaan oleh Dr. Stratz, yang dimuat dalam Geneeskundig Tydschrift van Ned. Indie. dalam bahasa Jerman. Sampai 1894 ia mengumumkan 6 seri laporan tentang laparotomia (pembedahan melalui irisan dinding perut). Diantara 60 operasi yang ia kerjakan 18 wanita meninggal sehingga angka kematian 30%, menurut ukuran sekarang tentunya kita anggap tinggi. Namun pada waktu itu dimana suatu operasi masih dalam perkembangan, maka angka kematian 30% tidak dianggap menguntir-kan dan terang tidak menggelisahkan orang. Pada waktu itu orang melihat dengan lebih banyak rasa puas kepada sisanya 70% dari penderita yang dapat diselamatkan dan hidup terus sesudahnya mengalami operasi. Sesudahnya tahun 1894 disampingnya Dr. Stratz datang ahli-ahli lain : J.A.Knoch, P.Koevoed, H.P.F.Maasland, dan P.H.Schoonheid. Dengan kedatangannya ahli-ahli tersebut, tibalah masa dimana Kanker ginekologik, di Jawa terutama kanker leher rahim, diobati dengan operasi. Menurut ahli-ahli tadi hasil pengobatan dengan operasi kira-kira sama dengan apa yang pada waktu itu dicapai orang di Nederland.

Masa Kedua (permulaan abad ke 19 sampai pecahnya perang Pasifik).

Sejarah perkembangan pengobatan kanker alat kelamin wanita kiranya tidak lengkap dan sempurna apabila kita tidak menyebut jasa-jasa para ahli patologi, radiologi, sitologi, yang erat bekerja sama dalam satu team (kelompok) kanker. Data-data yang diperoleh dari bedah mayat, dan penelitian mereka tentang kanker pada manusia merupakan sumbangan yang sangat besar kepada kemajuan dan perkembangan selanjutnya dari pengetahuan kita tentang penyakit yang sangat ditakuti ini. Karangan pertama yang mempunyai arti ilmiah ialah karangan dari Snijders dan Straub, yang menyatakan banyaknya ditemukan kanker hati primer di daerah khatulistiwa. Penemuan ini (1922) diperkuat oleh hasil-hasil penelitian ahli-ahli lain di Indonesia, diantaranya Bonne dan Kouwenaar.

Kouwenaar mengadakan penyelidikan antara tahun 1927 - 1932 tentang banyaknya kematian yang disebabkan oleh tumor ganas pada golongan orang Indonesia dan golongan keturunan Cina yang menjadi pekerja di perkebunan raksasa di Deli, Sumatra Utara. Sebagai diketahui para pekerja ini diperiksa dahulu sebelumnya diterima menjadi pegawai, dan selama bekerja selalu dibawah pengawasan dokter. Dengan demikian keadaan kesehatan masyarakat kecil ini dianggap hampir menyamai keadaan di negeri-negeri yang telah maju. Dari penyelidikan ini ia dengan pasti dapat mengatakan bahwa angka kematian yang disebabkan oleh tumor ganas pada pekerja-pekerja Indonesia dan Cina di Deli hampir sama dengan angka kematian oleh tumor ganas di negeri Belanda pada penduduk yang sama umurnya.

BEDAH MAYAT.

Pada tahun 1914, A.E.Sitsen telah mulai mengumpulkan data dari bedah mayat yang dikerjakan di bagian patologi Stovia Weltevreden, kemudian pekerjaannya diteruskan di C.B.Z. Surabaya (1928). Kemudian menyusul B.C.Den Hartog (1928), Roos V.D. Berg dan Tjokrohadidjojo (1938 di Bandung), Ten Seldam dan Vos (1935) yang mengumumkan data dari Ned. Ind. Kanker Instituut dan Lembaga Bosscha di Bandung, Soetomo Tjokronegoro dari Lembaga Patologi G.H. di Jakarta (1937). Mereka mengumumkan data mengenai frekwensi relatif kanker ginekologik (leher dan badan rahim, dan indung telur) di antara kasus-kasus bedah mayat yang dikerjakan di masing-masing lembaga atau rumah sakit.

Sitsen dalam 14 tahun menemukan 50 kanker alat kelamin:

- 22 kanker ovarium,
- 20 kanker leher rahim, dan
- 8 kanker badan rahim.

Jumlah tumor alat tubuh: 1315.

Ten Seldam, Vos dalam 5 tahun menemukan:

- 153 kanker alat kelamin wanita,
- 113 kanker rahim, dan
- 34 kanker ovarium.

Jumlah tumor alat tubuh lainnya: 2477, dan mengutarakan distribusi penyakit ini diantara golongan penduduk asli dan non pribumi (Eropa, Cina dan lain-lain golongan minoritas). Mereka mengharapkan dapat menentukan faktor-faktor apa yang kiranya memainkan peranan dalam patogenesis (terjadinya) kanker alat kelamin wanita. Menurut urutan maka kanker leher rahim ditemukan pada puncak, disusul dengan kanker indung telur dan akhirnya badan rahim.

PENGobatan PENYAKIT KANKER GINEKOLOGIK

Pada tahun 1932, C.S.Richter pertama kali menggunakan radium pada pengobatan kanker leher rahim, pada seorang Indonesia dan seorang Cina. Antara 1928 dan 1932 Eerland seorang dokter H.V.A. di Pare Kediri memeriksa 16 orang Jawa dengan kanker leher rahim. Selanjutnya ia mengatakan bahwa 14 penderita tidak dapat diobati lagi, sedangkan 2 orang dapat dibedah dengan hasil yang baik. Juga di Jawa Timur Bervoets dan Huisman merawat 35 orang dengan kanker rahim di rumah sakit Mojowarno dan menemui kesulitan waktu berusaha mengirim penderitapenderita tadi ke sentrum pengobatan di Surabaya dan Jakarta. Boerma di Jakarta dan Seno Sastro Amidjojo di Tanjung Pandan merawat masing-masing 30 dan 4 penderita dengan kanker leher rahim (1923 - 1925) akan tetapi tidak diterangkan macam pengobatan yang diberikan kepada penderitanya.

Baru pada akhir 1930 waktu Prof.Dr.R. Remmelts menggantikan Prof. Boerma sebagai Guru Besar dalam Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan, maka pengobatan kanker dilaksanakan menurut rencana yang telah dipertimbangkan semaksimalnya. Remmelts menaruh minat besar sekali terhadap masalah kanker di Indonesia dan ia membuat secara sistematis rencana kerja tentang penanggulangan penyakit leher rahim.

Rencana penanggulangan kanker leher rahim oleh Prof.Dr.R. Remmelts (1930):

1. Diputuskan bahwa penderita dengan kanker leher rahim akan diobati dengan Radium & Röntgen, bersama-sama dengan Prof. van Der Plaats seorang Radiolog.
2. Mengemukakan dasar-dasar pemberantasan penyakit kanker dengan jalan:
 - 2.1. Berusaha menemukan kanker leher rahim pada fase dini, sebagai tindakan pencegahan
 - 2.2. Pendidikan pada dokter umum, bidan, dan rakyat dengan jalan penerangan dan nasehat tentang kanker leher rahim.
 - 2.3. Menunjukkan tempat dimana wanita dapat diperiksa dengan teliti, dan wanita dengan kanker rahim dapat diobati.
 - 2.4. Menyusun sistem pengawasan lanjut penderita-penderita yang telah selesai diobati (follow-up).
3. Menganggap perlu membuat penggolongan penyakit ini menurut stadium I, dan II, III, IV (untuk menentukan jenis pengobatan).
4. Mengutarakan frekwensi kanker rahim dan ovarium pada orang-orang yang diperiksa di Poliklinik Ginekologi C.B.Z., penderita yang dirawat di Ruang Kandungan C.B.Z. dan dibandingkan dengan angka-angka dari Lembaga Patologi dari Geneeskundig Hooge School Batavia Centrum. Membahas distribusi penyakit ini diantara golongan bangsa Indonesia, Eropa, Cina, dan lain-lain.
5. Pada tahun 1939 mengumumkan hasil pengobatan kanker leher rahim dengan Radium + Röntgen selama 10 tahun. Diobati 81 orang diantaranya terdapat 42 orang Indonesia. Dari pengalamannya 10 tahun kesimpulannya adalah sebagai berikut:
 - 5.1. Angka kejadian kanker rahim di Indonesia kira-kira sama dengan negara-negara Barat, termasuk negeri Belanda.
 - 5.2. Lebih banyak kanker leher rahim ditemukan pada orang dan keturunan Cina dari pada orang Indonesia.
 - 5.3. Kanker badan rahim jarang didapatkan pada bangsa Indonesia.
 - 5.4. Kanker leher rahim pada orang Indonesia ditemukan pada usia yang lebih muda, 41% ditemukan pada usia antara 30 - 40 tahun.
 - 5.5. Kanker leher rahim lebih banyak ditemukan pada wanita yang mempunyai banyak anak. Di Indonesia orang yang menderita kanker leher

rahim rata-rata punya anak 4. Sedang kanker badan rahim lebih sering dilihat pada wanita yang tidak punya anak.

- 5.6. Sesudah mendapat pengobatan lengkap dengan Radium + Röntgen maka hampir semua penderita dari stadium I dan II dan beberapa dari Stadium III dapat dipulangkan dalam keadaan kesehatan badan yang memuaskan.
- 5.7. Sebagian dari stadium III dan IV tidak menunjukkan perbaikan sesudah pengobatan selesai.
- 5.8. Agak banyak residif terjadi biasanya pada 3 tahun pertama sesudah pengobatan selesai.
- 5.9. Pengawasan lanjut dari penderita yang telah selesai diobati terbukti dapat dilaksanakan di kampung-kampung dengan hasil yang memuaskan.
- 5.10. Garis berat badan penderita merupakan bantuan yang berguna dalam membuat prognosa penderita dan untuk mencari residif pada kanker leher rahim.
- 5.11. Waktu yang diabaikan (delayed time) antara timbulnya tanda-tanda pertama dan pemeriksaan dokter, begitu pula tingkat penyebaran penyakit pada pemeriksaan pertama di Jakarta kira-kira sama dengan di negara-negara Barat.
- 5.12. Klasifikasi Internasional dari penyakit dalam 4 stadium rupa-rupanya lebih berguna dari pada yang diduga semula.
- 5.13. Dari pengawasan lanjut ternyata diantara 32 penderita yang telah mendapat pengobatan lengkap dengan Radium + Röntgen, hanya 8 orang = 25% masih terdapat hidup, lima tahun sesudah pengobatan, sehingga 5 year survival sama dengan 25%. Apabila diperinci lebih lanjut maka nampak dengan jelas bahwa hasil pengobatan kanker rahim pada bangsa Indonesia memang kecil sekali.

Pada tahun 1937, Prof. Mohammad Toha membuat karangan tentang laju berat badan, tekanan darah, endap darah, dan kadar hemoglobin pada penderita dengan kanker leher rahim. Pada observasi 19 dari 27 kasus kanker leher rahim selama beberapa bulan, laju berat badan, tekanan darah, endap darah, dan kadar hemoglobin dapat menjadi cermin dari keadaan umum dari penderita. Pada umumnya garis yang naik memberi rasa ketentraman hati pada dokter yang mengobati penderita, walaupun selama penyinaran berat badan para penderita menurun. Dikatakan bahwa observasi masih terlalu pendek untuk dapat mengatakan bahwa berat badan, tekanan darah, endap darah dan kadar hemoglobin mempunyai harga sebagai petunjuk prognosa pada penyakit ini.

H. Schmidt dari Semarang pada tahun 1938 melaporkan hasilnya dalam pengobatan dengan radiasi pada 32 penderita dengan kanker leher rahim. Sembilan orang dari 32 penderita masih hidup 5 tahun sesudahnya pengobatan lengkap dengan Radium + Röntgen selesai = 25%. Jadi sama dengan hasil yang dicapai oleh R. Remmelts.

Bahwa dari pihak swasta pada waktu itu sudah ada perhatian terhadap masalah kanker serta penanggulangannya terbukti dari didirikannya suatu lembaga kanker: "Nederlandsch Indische Kanker Institute" di Bandung, pada tahun 1923. Laboratorium Patologi berada di bawah pimpinan Ten Seldam. Selainnya memeriksa jaringan-jaringan dari rumah sakit-rumah sakit di Bandung dan di sekitarnya dimulai juga dengan penelitian dasar. Akhirnya lembaga ini mempunyai 300 mg. Radium buat mengobati penderita-penderita dengan kanker. Radium ini adalah sumbangan dari seorang dermawan K.A.R. Bosscha. Lembaga mempunyai pula satu pesawat Röntgen untuk pengobatan radiasi dengan kekuatan 200 K.V. Pada tahun 1931, J. Beets mengeluarkan petunjuk-petunjuk yang berlaku buat pengobatan kanker pada lembaga tersebut.

Maka sebagai ringkasan dapat dikatakan bahwa pengobatan dari kanker leher rahim mulai dari 1910 sampai pecahnya perang Pasifik dikerjakan terutama dengan Radium dilanjutkan dengan penyinaran Rontgen. (Richter, Boerma, Remmelts, Schmidt) dan sebagian kecil dengan operasi (Eerland).

Hasil pengobatan dengan radiasi: Sesudah 5 tahun yang masih hidup 25%, pada kanker leher rahim. Tidak ditemukan pemberitaan mengenai hasil sesudah 5 tahun, baik pada pengobatan kanker badan rahim maupun kanker dari indung telur.

Maka Ketiga.

Sesudahnya perang dunia kedua Lukito Husodo dari Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia melaporkan hasil pengobatan kanker leher rahim dengan radiasi pada Kongres Pertama dari Asian Federation of Obstetrics and Gynecology, April 1957 di Tokyo Jepang. Sesudah 1952 mulailah di Jakarta diadakan penelitian Kanker Ari-ari (choriocarcinoma), oleh Sarwono Prawirohardjo, Koen S. Martono sebagai ahli-ahli Kebidanan dan Penyakit Kandungan dengan kerja sama ahli Patologi Soetomo Tjokronegoro dengan hasil yang cukup memuaskan dan menarik perhatian dunia luar. Hasil penelitian tersebut juga disajikan pada Kongres tersebut di atas. Hal ini menarik perhatian luar negeri karena kanker ari-ari relatif jarang ditemukan di negara-negara Barat.

Choriocarcinoma adalah tumor yang sangat ganas, apabila tidak cepat diobati, maka penyakit ini dapat membunuh dalam waktu 1 tahun (Novak). Angka-angka kematian yang ditemukan di Jakarta dalam tahun 1957 sekitar 60,6%. Jejak di atas diikuti oleh Muljono Djojopranoto sebagai ahli Patologi dengan kerja sama dengan ahli-ahli Kebidanan dan Kandungan Listya Setjalila Kusuma, Ariawan Soejoenoes di Surabaya yang mengkhususkan penelitian tumor jinak + ganas ari-ari ini dalam segi diagnostiknya dengan pemeriksaan kadar hormon yang dilepaskan oleh tumor tersebut ("chorionic gonadotropin"). Hasilnya dimuat dalam American Journal of Obstetrics & Gynecology dan diutarakan pula pada konperensi yang diselenggarakan oleh U.I.C.C. di Baguio City Philipina dalam tahun 1965.

Dari pelajaran-pelajaran yang didapat dari hasil-hasil penelitian sendiri maupun pelajaran-pelajaran yang dapat diambil dari konperensi-konperensi internasional kesimpulan tegas yang dapat diambil ialah:

1. Penelitian kanker ari-ari di Indonesia tetap harus mendapat prioritas.
2. Penelitian kanker ari-ari harus lebih dikhususkan pada pengobatan kimia-wi dengan obat-obat luar dan dalam negeri pada penderita maupun pada "Tumor ganas ari-ari yang dicangkokkan pada binatang percobaan".
4. Mencari dan menggunakan test biologik atau test kimiawi yang sensitif untuk menentukan kadar hormon. "Chorionic gonadotropin".

G.A. Siwabessy, Oei Ek Djien, S. Sombu Pillay, A. Toebe dari Lembaga Radiologi Jakarta (1960) menulis satu karangan berjudul: Cobalt 60 terapi Supervoltage. Dengan kemajuan pengetahuan "Nuclear physics" dalam beberapa tahun yang terakhir ini radiotherapi telah maju dengan pesat sekali. Kalau dulu penyinaran dengan sinar Röntgen terbatas pada energi setinggi 200 sampai 250 K.V. yang dinamakan "Deep therapy" atau "high voltage therapy" kini banyak dipergunakan penyinaran dengan tenaga sinar (photon energy) yang lebih dari 1 M.E.V. (satu juta elektron Volt yang disebut "supervoltage therapy"). Dengan adanya reaktor atom ("atomic reactor") kita dapat hasilkan isotop radio-aktif.

Atas usaha Lembaga Radiologi, Cobalt 60 pertama kali dipakai untuk pengobatan di Indonesia di Manggarai Jakarta pada pertengahan bulan Nopember 1957.

Sjahriar Rasad (1960) menyampaikan hasil-hasil pertama pengobatan penyakit ganas dengan sinar radio-aktif Cobalt 60 di Jakarta.

Diuraikan kebaikan Cobalt 60 bila dibandingkan dengan alat Röntgen konvensional (kira-kira 200 K.V.).

Antara Nopember 1957 dan Juli 1958 dapat diberi pengobatan dengan Co 60:

1. Kanker leher rahim: 47 (Stadium II: seorang, Stadium III: 40 orang dan Stadium IV: 6 orang).
2. Kanker ovarium: pasca bedah: 2 orang.
3. Kanker badan rahim: 2 orang
4. Choriocarcinoma seorang.

Oei Ek Djien membuat karangan asli berjudul: "Comparison of the results of treatment of cancer of the uterine cervix with conventional and high energy radiations" yang diajukan pada the XI International Congress of Radiology in Rome, September 1965.

Dibandingkan hasil pengobatan pada 186 penderita dengan kanker leher rahim dengan Radium disusul dengan penyinaran dengan alat Röntgen biasa dengan energi 200 K.V. (1965 s/d 1957) dan lain golongan terdiri dari 103 penderita yang diobati dengan Radium dan Co 60 unit (1958). Pemasangan Radium pada kedua golongan menurut metode yang sama, sehingga tiap perbedaan hasil

terakhir, dalam pengobatan mestinya disebabkan oleh perbedaan kualitas dari penyinaran luar yang dicapai.

Oei Ek Djien dapat mengambil kesimpulan bahwa hasil menyeluruh 5 tahun sesudah pengobatan selesai pada kedua golongan adalah 22,0% dan 35%, menurut evaluasi statistik, perbedaan ini terbukti bermakna, sehingga dapat dipastikan bahwa radiasi dengan energi tinggi (Co 60) lebih baik (unggul) dari pengobatan konvensional dengan sinar Röntgen pada kanker leher rahim.

Pada Kongres Obstetri dan Ginekologi pertama (1970) di Jakarta Sri Tinon Rusman dari bagian Radiologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Jakarta menyajikan karangan mengenai kegunaan limfografi Retroperitoneal pada kanker leher rahim ialah untuk menemukan secara langsung kelenjar getah bening yang mengandung anak sebar di daerah panggul. Limfografi retroperitoneal ini sangat berguna untuk menentukan apakah operasi radikal masih dapat dikerjakan atau tidak.

Demikianlah perkembangan pengobatan kanker ginekologik sesudah perang Pasifik di Indonesia (Jawa), jadi tidak nampak perubahan yang menyolok dalam diagnostik dan pengobatan, sedang bidang research masih dalam taraf perkembangan. Hanya beberapa pusat pengobatan kanker diperkaya dengan alat-alat penyinar yang modern (Cobalt 60-unit di Jakarta, sebentar lagi menyusul Surabaya, yang pada waktu ini bekerja dengan alat Caesium). Tersedianya isotop-isotop radio-aktif di Bandung dan Jakarta membuka kemungkinan untuk mempergunakan bahan ini pada pengobatan kanker pula, umpamanya untuk mengontrol pembentukan ascites pada kanker ovarium, taraf lanjut. Selanjutnya Radium yang dipergunakan adalah warisan dari Pemerintah kolonial Belanda. Jakarta mempunyai cukup Radium, akan tetapi di lain-lain rumah sakit saya tidak tahu jumlah Radium yang tersedia buat pengobatan penyakit ini. Buat mengobati kanker ginekologik dari Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Selatan dan Sulawesi, kita di Surabaya hanya mempunyai 80 mg. Radium, jauh dari mencukupi kebutuhan buat pengobatan jumlah besar penderita yang terdaftar. Selain itu jumlah tempat tidurpun tidak cukup untuk merawat sekian banyak penderita dari daerah-daerah tadi.

Pengobatan dengan operasi terutama dikerjakan pada kanker badan rahim dan kanker indung telur, dan hanya pada beberapa sentrum saja dikerjakan operasi pada kanker leher rahim taraf dini seperti di Surabaya, (Operasi Wertheim).

Pengobatan karsinoma dengan obat-obat anti-kanker masih muda usianya dan biasanya masih merupakan percobaan klinik ("clinical trials") dan pada umumnya hasilnya mengecewakan. Waktu akan menentukan apakah obat-obat anti tumor mempunyai tempat istimewa pada pengobatan kanker alat kelamin wanita, kecuali obat Methotrexate yang pada kanker ari-ari terbukti dapat menyembuhkan kira-kira 70% dari penderita. Tentang hasil pengobatan dapat dikatakan tidak melebihi hasil yang dicapai para ahli 30 tahun yang lalu. Sebagai contoh kita ambil hasil dari pengobatan kanker leher rahim: Hasil keseluruhan sesudah 5 tahun hanya 20,9%,

(Junaidi) hanya kurang lebih separoh dari apa yang dicapai di sentrum luar negeri yaitu rata-rata 48,9% (Kottmeier). Buat kanker badan rahim hasil pengobatan sesudah 2 tahun 70,6% (Widohariadi), sedang pada kanker indung telur hasil sesudah 3 tahun hanya 0,6% (Yusiana).

Sampai saat ini para penderita dengan kanker alat kelamin datang terlambat buat pemeriksaan dan pengobatan. Pada kanker leher rahim hanya 11% datang pada fase dini; pada kanker badan rahim hanya 3,2%. Hal ini tentunya mempengaruhi prognosa penyakit.

Angka kematian: — Buat kanker leher rahim 2,1% (Lila Dewata).
— Buat kanker badan rahim 1,8% (Widohariadi), dan
— Buat kanker indung telur 17% (Yusiana).

Memang di R.S. Dr. Soetomo kanker ovariumlah merupakan pembunuh utama bagi penderita-penderita ginekologik.

Hadirin yang terhormat,

Untuk menilai besar dan pentingnya masalah kanker di Indonesia sebetulnya terlebih dahulu harus diketahui jumlah penduduk yang menderita kanker dan berapa yang meninggal karena penyakit ganas ini tiap tahun.

Sedang di negara-negara Barat dan Amerika Serikat angka-angka yang saya temukan itu sangat berbeda-beda (pada tahun 1969 di USA jumlah penderita kanker berkisar antara 44 ribu dan 60 ribu, dan yang meninggal antara 14 ribu dan 225 ribu orang dan pada tahun 1972: 345.000 orang); maka di Indonesia kami sama sekali tidak mempunyai angka-angka mengenai hal ini. Bagaimanakah sebetulnya kedudukan penyakit kanker pada umumnya dan kanker ginekologik pada khususnya dalam pola penyebaran penyakit atau "disease pattern" pada penduduk Indonesia? Pertanyaan ini sukar dijawab.

Menurut Julie Sulianti Saroso pada akhir tahun 1972 telah diadakan sample survey di tiga propinsi di Jawa dan tiga propinsi di luar Jawa. Survey seluruhnya meliputi hampir 112.000 penduduk. Data menunjukkan bahwa kira-kira 5% dari penduduk yang disurvei ditemukan sakit dan ternyata bahwa lebih dari 50% penderita mengalami penyakit menular, terdiri dari penyakit saluran pernafasan akuta (25%); penderita TBC paru-paru (10%), penyakit diare (5%), penyakit malaria (5%) dan infeksi kulit dan mata (17%) sedang yang digolongkan lain-lain yaitu 1611 = 29,5%.

APAKAH DALAM GOLONGAN LAIN-LAIN INI TERDAPAT JUGA PENYAKIT KANKER. SAYA TIDAK TAHU.

Selain itu suatu laporan dari Sulianti Saroso (1972 yang dikutip oleh Rukmono) yang dibacakan pada muktamar IDI ke XIII dan KPPIK-FKUI yang ke VII, menyatakan bahwa menurut urutan sepuluh penyakit yang banyak menyebabkan kematian, seperti yang diperoleh dari statistik rumah sakit-rumah sakit adalah diare pada anak, infeksi saluran nafas, kecelakaan dan kekerasan, cirrhosis dan lain-lain kelainan pencernaan, penyakit jantung, TBC paru-paru, kanker; penyakit cardio-vasculer, beraneka ragam kekurangan vitamin dan typhus abdominalis. Kami ingin mengemukakan fakta, bahwa dalam daftar ini kanker disebut setelah tuberkulosis paru-paru sebagai penyebab kematian dalam rumah sakit. Karena kita tidak mengetahui frekwensi dari kanker ginekologik pada penduduk, dan beberapa orang yang meninggal karena penyakit ini, maka data-data dari rumah sakit-rumah sakit pusat dapat dipakai juga, walaupun data-data ini menunjukkan frekwensi penyakit yang relatif. Sukardja sebagai anggota Team Kanker dari YAYASAN KANKER WISNUWARDHANA dalam karangannya "Fight against cancer" menyatakan bahwa angka kejadian relatif kanker di R.S. Dr. Soetomo Surabaya dalam tahun 1972 adalah 1673; yaitu 987 wanita dan 686 laki-laki. Angka ini kira-kira 5% dari jumlah seluruhnya penderita yang dirawat dalam rumah sakit selama jangka waktu yang sama. Frekwensi tertinggi adalah kanker dari leher rahim (18,3%).

APAKAH JUMLAH PENDERITA KANKER YANG MENGUNJUNGI R.S. DR. SOETOMO ITU NAIK? JAWABAN MEMANG BENAR.

Jumlah penderita kanker yang didapat pada tahun 1968 hanya 483, pada tahun 1969 naik menjadi 570, pada tahun 1970 menjadi 695, pada tahun 1971 menjadi 878, dan pada tahun 1972 waktu dimulai registrasi kanker secara teratur maka jumlah penanjak menjadi 1673, jadi dua kali jumlah tahun 1971 dan dalam waktu 4 tahun, maka jumlah penderita meningkat lebih dari tiga kali.

Bagaimanakah kedudukan penyakit kanker ginekologik dalam pola penyebaran penyakit di R.S. Dr. Soetomo ini. Tadi telah diutarakan bahwa kanker leher rahim terdapat di tempat paling atas yaitu 18,3%. Selanjutnya menurut pencatatan kami maka frekwensi kanker ginekologik yang dirawat selama 5 tahun antara 1969 s/d 1973 adalah sebagai berikut: kanker leher rahim 379 = 54,1%, disusul oleh kanker ovarium 196 = 28,0% kemudian kanker badan rahim 54 = 7,7%, choriocarcinoma 53 = 7,6%. Untuk mendapat gambaran lebih lanjut tentang frekwensi relatif dari penyakit kanker ginekologik, maka kita tinjau para penderita

yang datang untuk memeriksakan dirinya pada:

1. Poliklinik Ginekologi
2. Para penderita yang dirawat di Ruang Kandungan R.S. Dr. Soetomo.
3. Data dari LEMBAGA PATOLOGI F.K. UNAIR (lihat lampiran).

(I). Poliklinik GINEKOLOGI

Jumlah pengunjung dari 1971 s/d 1973 berjumlah 22.921.

- I.1. Kanker leher rahim: Jumlah penderita 961 atau 4,19% dari seluruh pengunjung. Selanjutnya dikatakan bahwa jumlah penderita kanker leher rahim rata-rata pertahun 320 - 330 dan tetap stabil, tidak dapat kenaikkan frekwensi yang menyolok.
- I.2. Kanker badan rahim: 28 penderita atau 0,12% dari seluruh pengunjung. Frekwensi tiap tahun rata-rata 3 - 4 orang. Tidak terdapat kenaikkan yang menyolok.

(II). Ruang KANDUNGAN.

Jumlah penderita yang dirawat guna pengobatan seluruh 2.676 orang antara 1971 dan 1973.

- II.1. Kanker leher rahim: 225 penderita atau 8,4% dari seluruh penderita yang dirawat. Jumlah penderita yang dirawat pada tahun 1971: 75 orang = 8,29%; pada tahun 1972: 73 orang = 8,03%; dan pada tahun 1973: 77 orang = 8,93%. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa tiap tahun dapat diobati rata-rata 75 penderita, jadi jumlah penderita tetap stabil, tidak ada kenaikkan.
- II.2. Kanker badan rahim: 34 penderita atau 1,27% dari seluruh penderita yang dirawat. Jumlah penderita yang dirawat pada tahun 1971: 9 orang = 0,99%, pada tahun 1972: 13 orang = 1,43% dan pada tahun 1973: 12 orang atau 1,39%. Jadi tiap tahun dirawat rata-rata 11 orang dengan kanker badan rahim. Jadi tidak ada kenaikkan yang menyolok.

PROBLEMA PADA PENGOBATAN

- I. Poliklinik: Apabila kita meninjau frekwensi relatif kanker leher rahim, maka tiap tahun ditemukan rata-rata 320 penderita di poliklinik penyakit kandungan. Setelah diagnosa dibuktikan dengan pemeriksaan jaringan tumor (histopatologi), maka penderita didaftar untuk pengobatan dengan radium pada Stadium I + II, dan pengobatan primer dengan penyinaran Röntgen pada Stadium III + IV. Yang dirawat dengan Stadium I + II dan mendapat pengobatan penuh yaitu Radium + Caesium selama 3 tahun berjumlah 61 orang atau 51,7%. Para penderita yang dikirim langsung ke Bagian Radiologi Stadium III + IV,

buat pengobatan primer dengan penyinaran dengan Caesium 196 orang. Yang datang dan mendapat penyinaran penuh, yaitu 2 seri: 35 orang = 18,0%. Di sini tampak jelas bahwa hanya seperenam (1/6 dari penderita yang menyelesaikan pengobatannya) satu jumlah kecil dari penderita yang kita kirim. Saya kira dalam hal ini faktor biaya yang menentukan. Orang yang berobat di poliklinik hampir semuanya berasal dari golongan penduduk yang tidak mampu.

Hadirin dapat membayangkan betapa besar biaya yang harus dikeluarkan oleh seorang penderita yang harus kembali tiap hari untuk menyelesaikan pengobatan penuh, yaitu 2 seri penyinaran, yang berlangsung rata-rata sebulan untuk satu seri. Biaya pemondokan, makan, transport, untuk membeli obat, dan uang yang harus dikeluarkan untuk pengobatan sinar sendiri, bukanlah jumlah yang sedikit. Tak mengherankan apabila saya utarakan di sini, bahwa dari 196 penderita dengan Stadium III dan IV yang kita kirim ke bagian radiologi, hanya 35 orang yang dapat penyinaran penuh atau 18%.

II. Ruang Kandungan: Pada penderita yang dirawat untuk pengobatan dengan radium (Stadium I dan II), maka sesudahnya pemasangan radium selesai, mereka harus mendapat pengobatan lanjutan dengan penyinaran dengan Caesium. Dari Ruang Kandungan yang dikirim ke Bagian Radiologi 118 orang dengan kanker leher rahim dan yang mendapat penyinaran penuh: 61 orang = 51,7%. Di sini tampak lagi dengan jelas bahwa faktor biayalah yang menentukan. Maka dalam hal ini saya kira Yayasan Kanker Wisnuwardhana dapat memberikan bantuan yang tak ternilai harganya buat menolong sesama manusia yang sedang mengalami penderitaan hebat. Alangkah baiknya apabila pengurus Yayasan dapat mengusahakan tempat penginapan yang murah dan dekat dengan R.S. Dr. Soetomo. Sesudah selesai rangkaian pengobatan maka diperlukan satu pengawasan lanjut (follow-up) untuk menilai hasil pengobatan. Segi follow-up inilah yang paling sukar dilaksanakan, karena sebagian besar penderita mengira bahwa sesudahnya pengobatan yang begitu lama dan makan ongkos yang luar biasa buat penderita, mereka sudah sembuh. Sebagian besar tidak datang kembali, apakah mereka itu masih hidup atau tidak, tidak seorangpun yang dapat menjawab.

Selanjutnya yang perlu dikemukakan di sini ialah waktu menunggu giliran dapat pengobatan dengan radium rata-rata 3 sampai 4 bulan, karena kami hanya mempunyai 80 miligram radium dan hanya tersedia 4 tempat tidur untuk merawat penderita dengan kanker leher rahim. Sementara menunggu giliran maka stadium yang semula dini, terang akan berubah menjadi stadium lanjut dan ini tentunya mempengaruhi prognosa penyakit.

Lila Dewata dalam surveynya dapat memberitahukan di antara 814 penderita, 396 atau 48,7% berasal dari kotamadya Surabaya; 395 = 48,5% berasal dari

daerah Jawa Timur dan Madura, sedang 23 atau 2,8% datang dari luar Jawa; sehingga 418 atau 51,3% penderita datang dari luar kota Surabaya. Ditinjau dari asal penderita maka soal transport saja sudah merupakan problema bagi lebih dari 50% dari penderita.

HASIL PENGOBATAN 5 TAHUN. "5 YEAR SURVIVAL RATE".

Junaidi dalam surveynya dapat mengatakan bahwa hasil keseluruhannya sesudah 5 tahun (stadium I s/d IV) = 20,9% (R.S. Tjiptomangkusumo). Menurut Annual Report on the results of treatment in carcinoma of the cervix, Kottmeier (1966) hasil pengobatan untuk semua stadium adalah 48,9%. Kalau dibandingkan maka hasil-hasil kita di Jakarta (Indonesia) yang kita anggap sebagai sentrum pengobatan terbaik di Indonesia adalah lebih rendah yaitu 20,9%. Ini disebabkan karena kecilnya jumlah penderita yang melakukan follow-up, dan hanya 11,4% datang pada fase dini (stadium I) dan 88,6% datang sudah terlambat (stadium II, III, dan IV).

PENCEGAHAN

"Prevention is better than cure". Pepatah ini lebih-lebih berlaku buat penyakit kanker. Sering timbul pertanyaan: *Dapatkah dicegah timbulnya kanker?* Jawabannya Ya dan Tidak. Segi genetiknya orang tentu tidak berdaya mencegahnya. Tetapi bila untuk tiap-tiap kanker diketahui faktor-faktor rangsang yang memainkan peranan penting dalam hal terjadinya kanker itu, tentunya frekwensinya dapat dikurangi. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi timbulnya kanker: zat atau bahan-bahan karsinogenik, virus, sinar gamma, debu radio-aktif, hormon, perubahan spontan pada inti sel (mutasi). Sebagai contoh dalam bidang kanker ginekologik oleh Melnick dan Rawis (1965) dikemukakan bahwa iritasi menahun dengan smegma dikira dapat menimbulkan kanker mulut rahim, dengan demikian cara pencegahannya adalah sunat pada waktu anak. Lain faktor rangsang yang memainkan peranan penting pada terjadinya kanker rahim adalah persalinan yang berulang, banyak anak, dalam hal ini pencegahannya adalah mudah: ikut Keluarga Berencana. Lain faktor: aktivitas seks: hubungan seks pada usia yang terlalu muda, frekwensi hubungan seks yang tinggi, hubungan seks dengan lebih dari satu partner. Semua ini teoritis dan praktis dapat dicegah dengan jalan tidak mengawinkan anak perempuan pada usia yang terlalu muda, sedang yang lain dengan jalan pendidikan seks dan moral. Infeksi menahun leher rahim mudah dapat dicegah dengan pengobatan yang memadai dengan antibiotika. Hygiene genitalia yang rendah dapat ditingkatkan dengan penerangan yang baik.

Usaha-usaha untuk mencegah kematian karena kanker meliputi dua hal:

1. Menjauhi hal-hal yang dapat menimbulkan kanker.
2. Menemukan dan mengobati kanker pada fase dini (stadium 0).

Diagnosa dini kanker leher rahim dapat dikerjakan dengan sitologi, yaitu pemeriksaan sel-sel yang dilepaskan dari permukaan mulut rahim dan leher rahim. Pada Kongres International VIII, di Moskow (1962) telah diutarakan bahwa "Early diagnosis is the most important weapon in the fight against cancer". Dalam hal ini sangatlah penting peranan dokter keluarga, dokter umum, tenaga paramedis, terutama para bidan dan ahli sitologi dan rakyat sendiri, karena kanker leher rahim fase dini (stadium 0 atau carcinoma in situ) dapat disembuhkan dengan hasil kurang lebih 100%. Tak dapat dibantah lagi bahwa sitologi memegang peranan penting sekali pada "Early cancer detection" dan Mass screening projects". Pada penyaringan masa ini dilaksanakan tata cara pemeriksaan routine, terhadap orang-orang yang diduga berbadan sehat atau terhadap golongan penduduk, untuk menemukan wanita-wanita dengan kanker fase dini dan kanker yang tak terduga (unsuspected cases). Di beberapa negara bagian dan kota-kota besar di U.S.A. telah dilakukan mass screening projects dan ternyata banyak kanker yang tak terduga didapatkan. Kesimpulan yang dapat dibuat dari mass screening for gynecologic cancer adalah:

1. Yang paling sering ditemukan adalah kanker leher rahim dengan frekwensi 6/100, jadi satu di antara 167 wanita yang discreen mengandung kanker dari leher rahim fase dini.
2. Banyak kanker yang tak terduga ditemukan.
3. Biaya yang sangat besar yang dikeluarkan tak seimbang dengan hasil yang dicapai.

Di Delaware U.S.A. biaya yang dikeluarkan untuk menemukan seorang penderita kanker pada mass screening antara \$ 1250 dan \$ 1500.

Dengan demikian saya kira "Mass screening projects" tak dapat dikerjakan di Indonesia. Banyak ahli berpendapat bahwa mass screening semacam ini tidak banyak gunanya. Yang dapat dikerjakan ialah "Indicative Gytologic Screening", yaitu penyaringan terhadap wanita yang berumur 25 - 30 tahun ke atas dengan keluhan-keluhan tertentu umpamanya keputihan yang tidak mau sembuh dengan pengobatan biasa, perdarahan sesudah persetubuhan, dan mempunyai anak lebih dari 4, dengan perkataan lain wanita yang tergolong dalam "risiko besar" atau "high risk group" Hammond (1969).

Andaikata pada dewasa ini kita mengadakan penyaringan pada massa di Jawa Timur, berapakah kira-kira biaya yang kita harus keluarkan untuk project ini? Menurut sensus 1971, penduduk Jawa Timur berjumlah: 25.526.714, di antaranya terdapat 13.185.873 penduduk perempuan dan 12.404.841 penduduk laki-laki.

Golongan penduduk wanita yang berusia 25 - 29 tahun adalah 1.123.337 (85,2%) pada tahun 1971. Kalau kita membikin ramalan secara kasar dan menaksir golongan ini pada tahun 1974 berjumlah 1.500.000, dan katakanlah yang discreen satu persen (1%) dari golongan ini maka jumlah wanita yang diperiksa = 15.000. Andaikata biaya pemeriksaan satu apusan vagina Rp.300,- maka biaya seluruhnya adalah $15.000 \times \text{Rp.300,-} = \text{Rp.4.500.000,-}$. Menurut pengalaman di luar negeri diperkirakan akan ditemukan $60/100 \times 15.000 = 90$ wanita dengan kanker leher rahim fase dini (fase 0). Maka untuk menemukan satu kasus kanker leher rahim fase dini kita harus membayar $1/90 \times \text{Rp.4.500.000,-} = \text{Rp.50.000,-}$. Sungguh satu harga yang tak dapat dipertanggung jawabkan pada dewasa ini.

1. Selain biayanya yang sangat besar, maka mass cytological screening di Indonesia akan menemukan hambatan-hambatan lain yaitu:
2. Kekurangan tenaga ahli sitologi, cyto-technicians dan tenaga paramedis.
3. Akhirnya sikap kaum wanita sendiri, karena sifat ketimurannya merasa segan untuk memeriksakan alat kelaminnya, lebih-lebih untuk keperluan yang sifatnya bukan pengobatan.

Hambatan-hambatan ini secara apus (elegant) dan praktis dapat diatasi, yaitu dengan kerja sama dengan klinik-klinik keluarga berencana atau B.K.I.A.

Sebelumnya memasang I.U.D. mulut rahim dapat diperiksa dan sekaligus dapat diambil apusan dari permukaannya buat pemeriksaan sitologis. Lambat laun tempat-tempat ini dapat berkembang menjadi sentra buat menemukan kanker leher rahim fase dini.

Pada penerangan kepada rakyat harus ditekankan bahwa: Kanker yang telah tumbuh invasif sebetulnya dapat dicegah. "Invasive carcinoma of cervix is a preventable disease" Friedel. Penerangan-penerangan atau ceramah-ceramah harus bersahaja tanpa mengurangi makna dari tujuannya, mudah ditangkap dan terpenting adalah jangan sampai menimbulkan satu persona-ketakutan yang berlebih-lebih terhadap kanker. ("cancerophobia"). Media yang terbaik ialah untuk mengikut sertakan penderita-penderita yang telah disembuhkan dari penyakitnya yang dapat berfungsi sebagai kader.

RESEARCH (PENELITIAN)

Pada pemberantasan penyakit kanker maka penelitian (research) merupakan bagian yang amat penting, karena tanpa research mustahillah akan dicapai perbaikan atau kemajuan dalam usaha kita untuk mengobati dan menyelamatkan penderita dengan kanker. Usaha untuk menemukan penyebab sebenarnya kanker berjalan terus di seluruh dunia, namun hingga saat ini penyebab kanker belum dapat ditemukan. Research di Indonesia masih muda usianya. Sebelum kemerdekaan, penelitian terutama dilakukan untuk menentukan perbedaan penyebaran berbagai tumor ganas

antara golongan penduduk asli dan non pribumi dengan harapan untuk dapat menentukan faktor-faktor yang memainkan peranan dalam patogenesis tumor tersebut. Sesudah Kemerdekaan garis kebijaksanaan ini diteruskan. Disamping itu dimulai penelitian dasar "basic experimental research".

Penelitian dasar ini meliputi bidang: Pemeliharaan binatang-binatang percobaan murni yaitu mencit, (Rukmono), pencakokan (transplantasi) tumor ganas manusia pada binatang percobaan murni (Gunardjono, Rukmono dan Soedarto), biakan jaringan tumor ganas manusia, dan pengaruh zat-zat karsinogenik pada berbagai binatang percobaan murni. Penelitian dasar ini dimaksudkan untuk dapat digunakan sebagai alat "tool" untuk mencoba berbagai obat asli yang mempunyai khasiat anti kanker (daun tapak doro, Vinca Rosea) dan menentukan zat-zat mana yang karsinogenik, penelitian dasar ini masih dalam taraf permulaan.

MASA DEKAT DAN MASA DEPAN PENGOBATAN KANKER GINEKOLOGIK

Buat sentrum pengobatan yang telah dilengkapi dengan alat-alat modern, dengan jumlah radium yang cukup, adanya cobalt 60 unit buat penyinaran, tersedianya isotop-isotop radio-aktif, adanya staf yang berpengalaman dalam terapi penyakit ganas, adanya ahli fisika radiologi, paramedisi yang terlatih dalam pekerjaan semacam ini, adanya dinas follow-up yang berjalan baik dan masih dapat ditingkatkan, maka dapat dikatakan bahwa masa dekat dan depan dari pengobatan penyakit kanker cukup baik, artinya hasil maksimal masih dapat dicapai. Pada pusat-pusat yang masih harus mengerjakan pengobatan dengan alat-alat konvensional (pesawat Röntgen biasa atau Caesium, dengan jumlah Radium yang tidak memenuhi kebutuhan dengan jumlah tempat tidur yang sangat terbatas, maka masa dekat dan masa depan tidak begitu menggembirakan dan suram. Lebih-lebih selama sebab sebenarnya dari kanker pada umumnya dan kanker leher rahim pada khususnya belum lagi ditemukan, maka pengobatan mustahil dapat memberi hasil yang ideal. Kondisi penderitapun sangat menentukan. Selama kemakmuran belum merata sampai seluruh penduduk, yang sebagian besar masih buta huruf, selama kesehatan badannya masih diganggu oleh penyakit rakyat biasa selama gisinya belum baik, sehingga daya tahan tubuh masih rendah, fasilitas kesehatan di pedesaan dan komunikasi relatif belum baik, maka tidak dapat diharapkan pengobatan kanker ginekologik akan memuaskan adanya. Hanya dengan semangat yang keras dan dedikasi yang ditujukan kepada usaha yang mulia ialah meringankan penderitaan sesama warga masyarakat, dan berkat rahmat Tuhan Yang Maha Esa, kita dapat berbuat banyak. Bantuan dari Yayasan-Yayasan kanker fihak swasta, para dermawan yang tergugah hati sanubarinya oleh masaiah penyakit yang meranta korban banyak di antara penduduk, sangat kami nantikan. Dengan bantuan Saudara-Saudara yang tak ternilai harganya penderitaan dapat dikurangi, lebih banyak penderita dapat diobati, terutama kasus-kasus dini, lebih banyak wanita dapat diselamatkan.

Mudah-mudahan hasil pengobatan sesudah 5 tahun dapat ditingkatkan sampai taraf yang lazim dicapai pada negara-negara yang sudah maju.

Buat saya yang saban hari menghadapi para penderita dengan penyakit ganas ini, kekurangan-kekurangan yang menyolok dalam fasilitas dan alat-alat guna pengobatan kanker ginekologik, sungguh merupakan tantangan yang maha berat. Sebagai hamba kesehatan yang sering menyaksikan dari dekat betapa berat penderitaan dan siksaan mereka, terutama penderita dalam fase akhir "terminal cases" yang merintih-rintih karena kesakitan dan berteriak-teriak minta suntikan morfin atau diam lemah, letargik dan pelan-pelan meninggal karena uremia, atau karena adanya situasi gawat umpamanya perdarahan yang hebat, maka gambaran yang sangat menyedihkan ini selalu mengganggu benak saya. Semoga dalam waktu yang dekat ini Pemerintah sendiri memperhatikan hal ini dan dalam tahap pertama mencukupi kekurangan-kekurangan yang akut berupa alat-alat terapi yang modern, menambah jumlah radium, menambah ruangan-ruangan khusus buat pengobatan kanker, atau mendirikan paviliun kanker baru, buat centrum-centrum di luar Jakarta, dan akhirnya menangani pemberantasan kanker sebagai program pemerintah, dalam Pelita II, sehingga kita tidak perlu mengatakan: "Dit onbeschrijfelijk menselijk lijden, hoeft niet langer geleden te worden", Siksaan badaniyah dan tekanan batin yang maha berat ini tak perlu diderita lagi oleh siapapun!

Cita-cita kita untuk menyembuhkan dengan sempurna para penderita dengan kanker alat kelamin wanita belum lagi terwujud, akan tetapi kemajuan-kemajuan telah tercapai. Mungkin dalam hal ini kita lebih cenderung menekankan kepada kegagalan-kegagalan dari pada sukses. Seyogyanya kita harus lebih menunjukkan keberanian kita, berdasarkan kemajuan-kemajuan yang telah kita capai, dan maju terus dalam perjuangan kita melawan kanker.

Perkenankanlah saya mengakhiri pidato ini dengan mengutip beberapa baris dari syair dari KAHILIL GIBRAN: "The prophet".

*"You have been told that, even like a chain, you are as weak as your weakest link.
This is but half the truth. You are also as strong as your strongest link.
To measure you by your smallest deed is to reckon the power of the ocean
by the frailty of its foam.
To judge you by your failures is to cast blame upon the seasons for their
inconstancy".*

Apabila diterjemahkan secara bebas maka bunyinya sebagai berikut:

*"Kepadamu telah dikatakan bahwa ibarat suatu rantai, kamu adalah sama lemahnya dengan mata rantai yang terlemah.
Ini adalah hanya separuh dari kebenaran. Kamu adalah sama kuatnya dengan mata rantai yang terkuat.
Menilai kamu berdasarkan tindakan-tindakan kamu terkecil, adalah sama dengan mengukur kekuatan samudra dengan lemah lembut buihnya.
Menilai kamu dari kegagalan-kegagalanmu adalah sama dengan menyalahkan musim karena sifatnya yang tidak tetap".*

Hadirin yang mulia,

Perkenankanlah saya pada akhir pidato pengukuhan ini menyampaikan ucapan terima kasih.

Kepada Pemerintah saya ucapkan terima kasih atas pengangkatan saya sebagai Guru Besar dalam mata pelajaran Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan.

Saudara Rektor Universitas Airlangga, Saudara Dekan Fakultas Kedokteran, para Guru Besar, banyak terima kasih saya sampaikan atas usul pengangkatan dan kesediaan saudara sekalian untuk menerima saya dalam lingkungan saudara-saudara. Pengangkatan saya sebagai Guru Besar saya rasakan sebagai kehormatan dan tanggung jawab yang besar, dan semoga dengan rahmat dan taufik, hidayatnya Tuhan Yang Maha Esa, saya dapat melaksanakan tugas saya yang berat ini.

Kepada Prof. Mohammad Toha yang telah memberi kesempatan kepada saya mengikuti pendidikan ahli, serta bimbingan dan asuhannya terhadap saya dengan penuh kasih sayang, saya sampaikan terima kasih saya yang tak terhingga.

Berkat pimpinan beliau saya belajar melakukan tugas saya dengan penuh tanggung jawab dengan sebaik-baiknya. Beliau memberi contoh bagaimana seorang hamba kesehatan dan pendidik harus memegang teguh disiplin dalam menunaikan tugasnya sehari-hari.

Kepada Prof. M. Harjono Soedigdomarto, saya ucapkan terima kasih banyak atas kepercayaan yang saudara berikan kepada saya untuk memimpin Bagian Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan. Sebagai pemimpin Fakultas Kedokteran dengan kesibukan saudara sehari-hari, saudara masih menunjukkan perhatian besar terhadap perkembangan bagian, dan selalu bersedia memberi kesempatan berkonsultasi tentang masalah-masalah yang segera perlu dipecahkan bersama.

Untuk kerja sama yang baik ini sekali lagi saya sampaikan terima kasih.

Kepada Saudara-saudara staf Pengajar dan para asisten saya tekankan bahwa pekerjaan di Bagian Kebidanan dan Penyakit Kandungan adalah berat. Disampingnya tugas routine yang fisik sangat melelahkan, waktu Saudara diperlukan untuk tugas mengajar, dan untuk belajar sendiri dan rekreasi. Keadaan ini memerlukan ketekunan dan keuletan Saudara-saudara asisten dalam pendidikan ahli.

Semoga Tuhan memberi rahmat kepada Saudara-saudara sekalian pada melaksanakan tugas Saudara-saudara dalam bidang service, teaching maupun research.

Mudah-mudahan cita-cita kita bersama untuk memelihara dan memajukan ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan dan memperkembangkan bagian akan terwujud.

Kepada para Mahasiswa perlu saya tekankan bahwa kurikulum Fakultas Kedokteran memang cukup padat. Obstetri dan Ginekologi adalah mata pelajaran inti yang sebetulnya tidak terlalu sukar, hanya selama pendidikan di Bagian kami, pekerjaan sehari-hari memeras tenaga Saudara dan memang sangat melelahkan.

Jagalah baik-baik kesehatan badan Saudara, ambillah waktu untuk rekreasi yang sehat, belajarlah dengan tekun dan Saudara akan mengakhiri masa kerja Saudara di Bagian kita dengan sukses. Saudaralah sebagai generasi muda, nanti akan

mengganti kedudukan kita, kita yang sudah lanjut umur. Harapan saya apabila Saudara kelak sebagai dokter terjun dalam masyarakat dan biasanya oleh penduduk dalam lingkungan Saudara dianggap sebagai pemimpin, dalam menjalankan tugas dan tingkah laku sehari-hari Saudara hendaknya memberi contoh yang baik sebagai diharapkan dari Saudara oleh Alma Mater. Selanjutnya belajarlal terus, berpikirlah secara pragmatis, junjunglah tinggi kode etik kedokteran dan laksanakan "Community Medicine" dengan sungguh-sungguh.

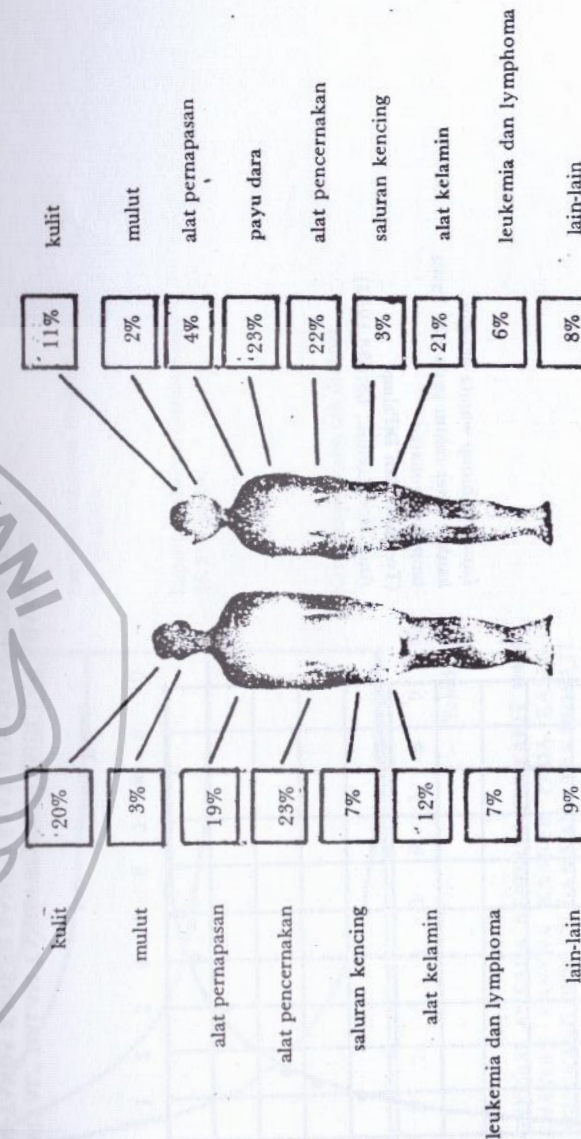
Kepada semua Guru saya mulai dari H.I.S. sampai di G.H. saya ucapkan hormat dan penghargaan dan terima kasih sebesar-besarnya atas didikan formil yang saya terima dari mereka. Di antaranya yang masih ada dan berada di ruangan aula ini adalah ibu Soeatmadji dari Malang, yang mengasuh saya pada waktu saya masih duduk di bangku H.I.S. di Salatiga, dan sudah pada tempatnya saya sampaikan hormat dan terima kasih.

Pada hari yang bersejarah ini saya terkenang akan wajah almarhum Ibu dan Ayah saya yang sebagai pegawai negeri rendah dengan pengorbanan materiil yang besar sekali telah memberi pendidikan kepada saya hingga saya dapat mencapai kedudukan sekarang. Alangkah bahagia kiranya apabila Ibu dan Ayah dapat hadir di antara Saudara sekalian untuk menyaksikan kejadian yang bersejarah buat keluarga kami ini.

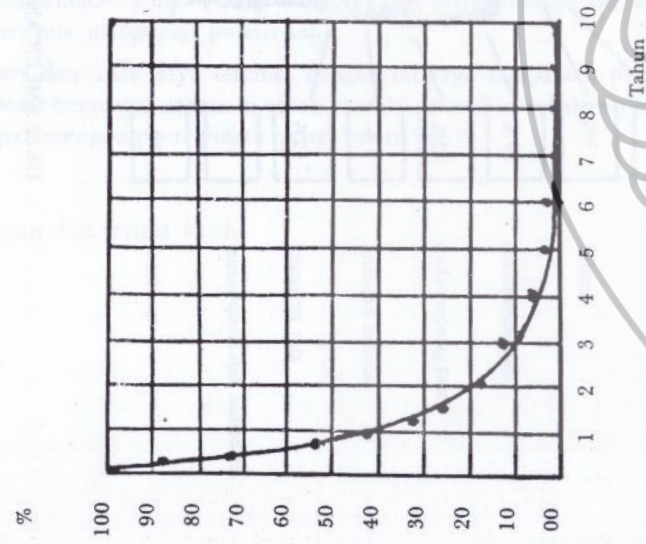
Penghormatan yang setinggi-tingginya dan terima kasih yang sebesar-besarnya dari Putra'nda mengiringi pidato ini.

Isteri dan anak saya tercinta dengan ini saya sampaikan pula terima kasih yang sebesar-besarnya, tanpa bantuan mereka mungkin sekali saya pada hari ini tidak dapat mengucapkan pidato pengukuhan ini.

Sekian dan terima kasih.

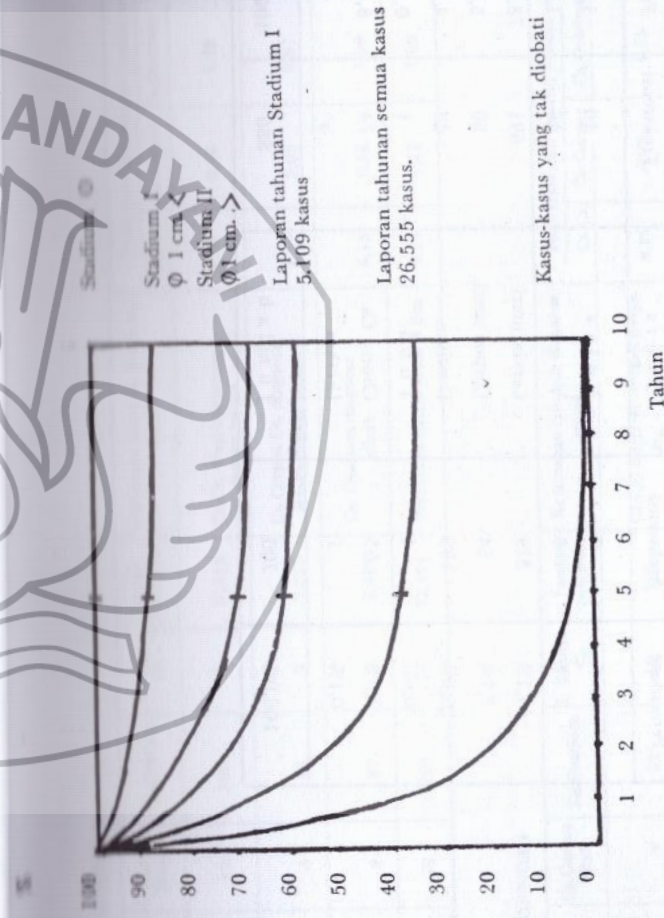


DARI AMERICAN CANCER SOCIETY REPORT, 1966



Lamanya hidup wanita dengan kanker leher rahim pada 171 kasus tanpa pengobatan
(Twombly dan DiPalma, Am.J.Roentgenol., 65:693,1951)

"SURVIVAL" DALAM TAHUN SEJAK PERMULAAN ADANYA TANDA-TANDA KANKER SAMPAI SAAT KEMATIAN PENDERITA.



Laporan tahunan Stadium I
5.109 kasus

Laporan tahunan semua kasus
26.555 kasus.

Kasus-kasus yang tak diobati

KORELASI ANTARA STADIUM PENYAKIT DAN KEMATIAN KARENA KANKER PADA KASUS-KASUS YANG DIOBATI DAN YANG TAK DIOBATI.

FREKWENSI KANKER GINEKOLOGIK YANG DIRAWAT				
R.S. Dr. Soetomo Surabaya 1969 s/d 1973		Kanker	R.S. Tjiptomangunkusumo Jakarta 1960 s/ d. 1965	
Persentase	Frekwensi	Jenis	Frekwensi	Persentase
1,7%	5	Vulva	10	1,1%
1,2%	8	Vagina	16	1,8%
54,1%	379	Cervix uteri	691	78,1%
7,7%	54	Corpus uteri	50	5,6%
28,0%	196	Ovarium	43	4,9%
0,6%	4	Tuba	1	0,1%
7,6%	53	Chorio Ca.	74	8,4%
0,1%	1	Urethra	—	—
100,0%	700	Jumlah	885	100,0%

TABLE 2
POLYMERIZATION OF VINYL

Tahun	Ca. Ct.	Ca. Corpus Uteri	Ca. Ovarium	Ca.	Jumlah penderita	Kemungkinan lain bila diagnosis teragk	Ca. Ct.	Ca. Corpus Uteri	Ca. Ovarium	Dari Ca.	Ca. Ct.
1971	338	15	100	9	17.713	Ca. Ct. diagnosis semuanya dengan biopsi	4,15	0,12	1,29	0,12	0,12
1972	305	4	63	3	7.225	Ca. Corpus Ut. diagnosis semuanya dengan biopsi	4,22	0,06	0,87	0,04	0,04
1973	331	9	87	2	7.983	Ca. Ovarium diagnosis klinik	4,15	0,12	1,09	0,03	0,03
	974	28	250	14	22.921	Presentase dalam jumlah 3 thn	4,19	0,12	1,09	0,06	0,06

II. RUANG KANDUNGAN

Tahun	Ca.Cx.	Ca.Corporis Uteri	Ca.Ovarium	Chorio Ca.	Jumlah penderita	Keterangan lain-lain diagnosa/ terapi	Persentase dari seluruh jumlah penderita		
							Ca.Cx.	Ca.Corporis	Ca.Ovarium
1971	75	9	42	18	905	Ca.Cx. diagnosa dengan biopsi Ra. + Rø	8,29	0,99	4,65
1972	73	13	38	16	909	Ca. Corporis Uteri diagnosa biopsi + operasi	8,03	1,43	4,18
1973	77	12	44	10	362	Ca.Ovarium diagnosa P.A. dari preparat operasi Chorio Ca. diagnosa klinik/ operasi M.T.X.	8,93	1,39	5,10
	225	34	124	44	2.676	Persentase dalam juml. 3 thn	8,4	1,27	4,03

TABEL: 5

LAPORAN TAHUNAN HASIL PENGOBATAN KANKER LEHER RAHIM (Kottmeier, 1966)

Stadium	Jumlah penderita yang diobati	Jumlah penderita yang hidup tanpa tanda penyakit	Hasil 5 tahun (relatif)
I	31.884	23.989	75,2%
II	47.646	25.502	53,5%
III	40.684	12.308	30,3%
IV	7.315	565	7,7%
Stadium I — IV	127.531	62.365	48,9%

TABEL: 6

PENGOBATAN KANKER LEHER RAHIM DENGAN RADIASI

Centrum	Pengobatan lengkap	Pengobatan tak lengkap	tidak diobati
Jakarta	462 = 57,9%	36 = 6,8%	28 = 5,3%
Surabaya	200 = 24,6%	146 = 17,9%	112 = 13,7%