

- Terapi sitostatika 12
- Terapi radiasi 40

Dalam diskusi tim membuat Program Tetap = Program Baku/SOP Pedoman Tatalaksana Patologi Muskuloskeletal RSUD Dr. Soetomo-FK Unair SK Dir No. 1884/5307/216/SK/1999 tanggal 16 Desember 1999. Selain itu membentuk format rekam medik tumor muskuloskeletal, yang telah diuji coba dan diusulkan menjadi format rekam medik baku. Tim-tim seperti ini sangat penting sebagai peer group yang mengkoreksi, menguatkan hasil pemeriksaan patologi.

### **PENANGGULANGAN KANKER TERPADU PARIPURNA OLEH TIM KANKER RSUD Dr. SOETOMO-FK UNAIR**

Penanggulangan penyakit kanker secara multidisiplin dan terpadu di Jawa Timur dimulai oleh Fakultas Kedokteran Unair dengan dibentuknya Tim Kanker oleh Dekan FK Unair pada tahun 1967 dengan SK No. UP/FKS/316/67 tertanggal 16 Juni 1967. Tugas utama Tim Kanker ialah mengelola masalah kanker di FK Unair/RSUD Dr. Soetomo Surabaya, seperti: 1) Deteksi dan diagnosa dini kanker, 2) Memperbaiki pengobatan kanker melalui Team work yang baik, 3) Mengadakan registrasi kanker, 4) Mengadakan penelitian kanker dan 5) Ikut serta memberikan pendidikan kanker kepada mahasiswa, asisten dan paramedis. Untuk mengelola masalah kanker masyarakat Tim Kanker membentuk Yayasan Kanker Wisnuwardhana Surabaya, tanggal 7 Agustus 1969 dengan tugas utama:

1. Memberikan penyuluhan kanker kepada masyarakat,
2. Membentuk Biro Konsultasi Kanker,
3. Mengumpulkan dana,
4. Dalam jangka panjang membentuk rumah sakit kanker.

Yayasan kanker Wisnuwardhana ikut pula membentuk Badan Koordinasi Yayasan-Yayasan Kanker Indonesia yang bertugas

membentuk Yayasan Kanker Nasional Indonesia. Lalu pada tahun 1977 terbentuklah Yayasan Kanker Indonesia sebagai yayasan nasional yang berpusat di Jakarta.

Oleh Direktur RSUD Dr. Soetomo pada tahun 1988 Tim Kanker diperluas dan disesuaikan dengan Program Pemerintah yang telah mulai memperhatikan masalah kanker dengan lebih bersungguh-sungguh dan dikelompokkan menjadi 4 kelompok. Di RSUD Dr. Soetomo dibentuk pula Poliklinik Onkologi dibawah satu atap pada tahun 1989 yaitu:

1. Poli Onkologi Pembedahan
  - a. Bedah, Kandungan
  - b. THT
  - c. Mata
2. Poli Onkologi Medik
  - a. Interne
  - b. Paru
  - c. Anak
3. Poli Radioterapi
4. Patologi

Untuk memudahkan dan memperbaiki pelayanan dan konsultasi penderita dalam mewujudkan pendekatan mutidisipliner terpadu dalam pengelolaan kanker. Masing-masing kelompok bertugas membuat pedoman kerja yang dapat dipakai sebagai standar pendidikan, penelitian dan pelayanan kanker.

Banyak masalah yang dihadapi dalam pengelolaan kanker, antara lain: kelambatan penderita/dokter/rumah sakit, jumlah penderita yang terus meningkat, sosial budaya, ekonomi, kekurangan tenaga ahli dan sebagainya.

Untuk memperkecil kelambatan dokter perlu para mahasiswa dan peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis diajarkan kapan mereka harus memikirkan kemungkinan seorang penderita terkena kanker, bagaimana prevalensi, deteksi, diagnosis, terapi, rehabilitasi,

follow up dan perawatan terminal kanker serta rujukan kanker. Sistem rujukan penting sekali untuk mengurangi kelambatan dokter. Karena masih kurangnya data tentang kanker dan hasil pengobatan yang masih belum memuaskan perlu digalakkan penelitian kanker, baik itu penelitian dasar terapan maupun pengembangan.

Untuk memperkecil kelambatan penderita perlu masyarakat diberikan penyuluhan kanker. Dalam memberikan penyuluhan kanker masyarakat hendaknya dikerjakan dengan cara bijaksana dan usahakan jangan menimbulkan cancerophobia yang akan menimbulkan masalah tersendiri lagi.<sup>29</sup>

## DETEKSI DINI KANKER

### 1. Pengertian Deteksi Dini

Deteksi dini kanker ialah usaha untuk menemukan adanya kanker yang belum lama tumbuh, masih kecil, masih lokal, masih dapat disembuhkan, pada waktu yang tertentu, pada golongan masyarakat tertentu. Deteksi dini umumnya dikerjakan pada orang-orang yang **kelihatannya sehat**, yang asimtomatik atau pada orang-orang yang mempunyai resiko tinggi.

### 2. Tujuan Deteksi Dini

#### a. Tujuan umum

Mengurangi morbiditas dan mortalitas serta menambah kualitas hidup penderita kanker.

#### b. Tujuan khusus

Menemukan lesi prakanker, kanker insitu atau kanker invasif yang masih kecil, lokal dan belum menimbulkan kerusakan berarti serta masih dapat disembuhkan.

### 3. Perjalanan Penyakit Kanker Alamiah

Perjalanan kanker umumnya mulai dari 1 sel kanker yang berasal dari sel tubuh normal yang mengalami transformasi menjadi

ganas. Transformasi ini terjadi karena adanya kerusakan gen yang mengatur pertumbuhan dan diferensiasi sehingga sel itu tumbuhnya liar terlepas dari kendali pertumbuhan normal tubuh. Sel kanker itu dapat timbul de novo dari sel yang semua normal, dari displasia atau dari lesi pra kanker yang telah ada. Mula-mula sel kanker itu tumbuh dari 1 sel menjadi 2 sel, 4 sel, 8 sel dan seterusnya menjadi  $2^n$  sel menurut garis eksponensial sehingga terbentuk gerombolan sel berbentuk tumor. Sampai mencapai besar tertentu pertumbuhan lalu berubah menurut garis Compertz karena adanya keterbatasan tempat tumbuh dan nutrisi. Pertumbuhan sel kanker itu bertahap mulai dari stadium kanker in situ atau kanker non invasif ke kanker invasif dan dari stadium lokal melalui stadium regional atau secara langsung ke stadium desiminasi dan berakhir dengan kematian. Kanker in situ dan kanker invasif lokal dapat disembuhkan, kanker bernetastase regional relatif masih dapat disembuhkan sedang kanker yang telah mengadakan desiminasi luas sukar atau tidak dapat disembuhkan lagi.

#### 4. Dasar-Dasar Mengadakan Deteksi Dini

Deteksi kanker didasarkan atas kenyataan-kenyataan berikut:

- Perjalanan penyakit kanker itu umumnya mulai dari kanker insitu atau kanker lokal dalam taraf seluler atau organ. Fase kanker lokal umumnya cukup lama sebelum mengadakan invasi keluar organ atau sebelum mengadakan metastase.
- Banyak kasus kanker yang timbul dari tumor jinak atau lesi pra kanker yang telah lama ada.
- Lebih dari 75 kasus kanker terdapat pada organ atau tempat-tempat yang mudah diperiksa sehingga mudah diketemukan.
- Penderita kanker umumnya baru datang ke dokter sesudah penyakitnya dalam stadium lanjut.
- Hasil pengobatan kanker dini jauh lebih baik dari kanker lanjut. Kanker dini dapat disembuhkan dan kanker lanjut

sukat atau tidak dapat disembuhkan lagi. Makin dini kanker itu dapat ditemukan dan diobati makin baik prognosanya. Pengobatan tumor jinak dan lesi pra kanker, mencegah timbulnya kanker dan ini merupakan prevalensi primer terhadap kanker.

- f. Penyembuhan kanker secara spontan hampir tidak pernah terjadi.

#### 5. Golongan Penduduk Yang Perlu Mendapat Deteksi Dini

Pada dasarnya deteksi kanker dapat dikerjakan pada semua golongan penduduk. Tetapi ini memerlukan biaya dan tenaga yang banyak, yang tidak mudah dapat diatasi. Karena itu deteksi kanker tidak dikerjakan pada semua orang, tetapi pada golongan penduduk yang mempunyai resiko tinggi mendapat kanker. Golongan penduduk yang mempunyai resiko tinggi mendapat kanker:

- a. usia lanjut  
Kanker umumnya banyak terdapat pada usia  $\geq 40$  tahun
- b. Mempunyai kelainan genetik tertentu
  - 1) Xeroderma pigmentosum
  - 2) Klinefelter sindrom
- c. Sering mendapat kontak dengan karsinogen, karena:
  - 1) Pekerjaan
  - 2) Kebiasaan hidup
  - 3) Makanan dan minuman
  - 4) Lingkungan hidup
- d. Pengidap penyakit tertentu, seperti:
  - 1) Kanker di tempat lain
  - 2) Infeksi tertentu yang menahun
  - 3) Cirrhosis hepatis
  - 4) Lesi pra-ganas
  - 5) dan sebagainya

e. *Kanker dalam keluarga*

1) *Dalam garis vertikal*

2) *Dalam garis horisontal*

## **Upaya Deteksi**

Ada beberapa upaya untuk mengadakan deteksi kanker, yaitu:

a. **Penyuluhan Kanker Masyarakat (PKM)**

Tujuannya:

- 1) Menambah pengertian masyarakat akan kanker
- 2) Memperpendek kelambatan penderita
- 3) Mencegah timbulnya kanker
- 4) Mencegah adanya cancerophobia
- 5) Mempersiapkan mereka pada program penapisan

Isi pokok penyuluhan kanker masyarakat

- 1) Apa tujuan Penyuluhan Kanker Masyarakat (PKM)
- 2) Mengapa perlu diadakan PKM
- 3) Apa dan bagaimana hakekat kanker itu
  - Tumor
  - Neoplasma
  - Kanker
- 4) Bagaimana bentuk/kelihatan kanker itu
- 5) Dimana kanker itu dapat tumbuh
- 6) Siapakah yang dapat diserang kanker
- 7) Apakah sebab kanker itu
- 8) Apakah kanker itu penyakit menular atau keturunan
- 9) Tujuh tanda dini kanker
  - Caution
  - **WASPADA**
  - Patokan
- 10) Bagaimana mengetahui adanya kanker itu
  - Adanya kanker hanya dapat diketahui oleh dokter setelah mengadakan pemeriksaan medis dengan baik.

- Untuk masyarakat dianjurkan untuk
    - \* Lebih memperhatikan dirinya sendiri, terutama payudara, genitalnya, kulit, mulut dsb.
    - \* Melakukan SARARI secara teratur sebulan sekali
    - \* Pap test setahun sekali
  - Check up kesehatan secara teratur setahun sekali
  - Bila menemukan kelainan pada dirinya, tanpa rasa takut atau ragu-ragu secepatnya memeriksakan dirinya ke dokter.
- 11) Bagaimana cara mencegah timbulnya kanker
- 12) Apa tujuan pengobatan kanker
- Kuratif
  - Paliatif
  - Simptomatis
- 13) Bagaimana cara pengobatan kanker
- Operasi
  - Radioterapi
  - Khemoterapi
  - Hormonoterapi
  - Imunoterapi
  - Lain-lain
- 14) Bagaimana hasil pengobatan kanker
- Sembuh dari dokter
  - Hidup 5 tahun, 10 tahun
  - Objektif: tumor mengecil, tetap atau membesar
  - Subjektif: badan bertambah baik, nyeri berkurang
- 15) Cara deteksi beberapa jenis kanker
- Kanker serviks
  - Kanker mamma
  - Kanker paru
  - Kanker kulit
  - Kanker mulut
  - dan sebagainya.



16) Apa yang harus diperbuat dan kemana harus pergi bila mendapat tanda bahaya kanker.

b. Pendidikan Kanker Profesional

Tujuannya

- 1) Menjadikan dokter umum sebagai **Pusat Deteksi Kanker** di wilayah masing-masing.
- 2) Menyegarkan pengetahuan dokter umum dan paramedis tentang kanker
- 3) Memperpendek kelambatan dokter
- 4) Mengikutsertakan dokter umum pada follow up penderita

c. Skrining kanker

Macam-macam skrining

Ada bermacam-macam skrining

1) Skrining masa (*mass screening*)

Skrining masa ialah memeriksa seluruh penduduk pada golongan umur tertentu, dalam suatu wilayah tertentu dan dalam waktu yang tertentu untuk mencari kanker dini. Skrining masa memerlukan banyak biaya, tenaga, dan hanya dapat dikerjakan pada beberapa jenis kanker saja.

2) Skrining selektif (*selective screening*)

Skrining selektif ialah skrining pada golongan penduduk yang mempunyai resiko tinggi mendapat kanker.

3) Skrining multipel (*multiple screening*)

Skrining multipel ialah skrining untuk satu atau lebih jenis kanker pada segolongan penduduk. Skrining multipel ini jangan dikacaukan dengan *multi-step screening*, yaitu skrining pada individu yang sama untuk suatu penyakit yang sama oleh 2 atau lebih ahli yang berbeda tingkatannya.



#### 4) Penemuan kasus (*case finding*)

Ini adalah suatu skrining untuk menemukan adanya suatu kanker dan kemudian memberi pengobatannya. Penemuan kasus ini ditujukan terhadap individu, yang membedakannya dengan survai epidemiologis. Pada survai epidemiologis tujuan utamanya ialah menentukan prevalensi, insidens dan perjalanan penyakit secara alamiah.<sup>26</sup>

### **PENANGGULANGAN KANKER TERPADU PARIPURNA (PKTP)**

Ide dasar PKTP ialah penanggulangan kanker akan memberikan hasil optimal, bila seluruh lapisan masyarakat diikuti sertakan secara aktif. Tema yang dilaksanakan ialah penanggulangan kanker terpadu paripurna dengan meningkatkan partisipasi masyarakat, sehingga menyentuh unit terkecil masyarakat, yaitu keluarga dengan melalui program PKK yang terorganisasi dengan baik, terdapat program pendidikan, sistem monitoring dan evaluasi yang dapat dilaksanakan. Program ini menyentuh unit terkecil dalam masyarakat ialah keluarga yang terdapat di seluruh Indonesia.

Tujuan umum PKTP adalah membuat model penanggulangan kanker yang sesuai untuk Indonesia, dengan tujuan utama:

- 1) Penyelamatan jiwa manusia,
- 2) Mengurangi penderitaan sesama dan
- 3) Penghematan dana maka dibuatlah model penanggulangan kanker terpadu paripurna dengan peran serta masyarakat secara terpadu dan paripurna.

Terpadu adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan secara terintegratif dengan dilandasi oleh adanya keterbukaan saling tergantung, saling menunjang dan mempunyai tujuan yang sama. Paripurna adalah pencegahan, deteksi dini, pengobatan, paliativ dan bebas nyeri dengan mengantar penderita meninggal dalam iman.<sup>27</sup>

Metode dan model yang dipakai adalah membimbing masyarakat membentuk kelompok kecil mandiri (Paguyuban Kanker) 10-15 keluarga, dikelola oleh masyarakat, untuk masyarakat dengan bimbingan dan arahan pemerintah. Dengan sasaran semua lapisan masyarakat serta mempunyai target dapat dirumuskannya model PKTP di daerah uji coba kemudian untuk seluruh Indonesia.<sup>29</sup>

### **Model PKTP Sidoarjo<sup>27</sup>**

#### **A. Acuan**

1. Pokok-pokok penanggulangan kanker masyarakat
2. Pola penanggulangan kanker nasional
3. National cancer Control Program
4. Sistem Kesehatan Nasional
5. GBHN 1993
6. Kebijakan pembangunan Daerah Tingkat I
7. Organisasi dan program PKK
8. Hasil analisa situasi Daerah Tingkat I Jawa Timur, dan Daerah Tingkat II Sidoarjo ditinjau dari berbagai aspek yaitu:
  - Masyarakat
  - Pelayanan kesehatan yang tersedia
  - Pemda
  - Penanggulangan kanker yang telah ada.

#### **B. Model PKTP tertuang dalam:**

1. Buku induk
2. Annex
3. Buku Pendukung
4. Buku Penelitian

Buku Panduan memuat:

- a. Kebijakan pemerintah
- b. Komitmen pemerintah Daerah Tingkat I
- c. Metoda PKTP merupakan rangkuman hasil kerja 10 Pokja yang meliputi:

- 1) Pola sistim kerja lintas sektoral
  - 2) Pola alih teknologi
  - 3) Pola pemasyarakatan PKTP
  - 4) Pola penggalian data dasar
  - 5) Pola monitoring dan evaluasi
  - 6) Pola pendanaan
  - 7) Pola pengadaan sarana dan prasarana
  - 8) Pola penyusunan organisasi
  - 9) Kebijakan pemerintah
  - 10) Komitmen pemerintah Daerah Tingkat 1
- 1) sampai dengan 10) tertuang dalam Annex

Buku Pendukung memuat Pedoman dan built in monitoring yang terdiri dari:

- a. Pedoman peran pemerintah
  - b. Pedoman organisasi
  - c. Pedoman peran serta masyarakat
  - d. Pedoman hidup sehat menanggulangi kanker
  - e. Pedoman pencegahan kanker mulut rahim
  - f. Pedoman deteksi dini kanker mulut rahim
  - g. Pedoman pengobatan bedah kanker mulut rahim
  - h. Pedoman pengobatan radioterapi kanker mulut rahim
  - i. Pedoman kemoterapi kanker mulut rahim
  - j. Pedoman perawatan paliativ dan bebas nyeri
- a. Untuk masyarakat
- b. paramedik
  - c. tenaga medik
  - k. Pedoman pengambilan dan pengiriman Pap test
  - l. Pedoman tim kanker
  - m. Pedoman pendanaan
  - n. Pedoman monitoring dan evaluasi
- Buku penelitian
- a. Langkah-langkah yang dilakukan benar
  - b. Hasil dapat digeneralisasikan

## PELAKSANAAN PENANGGULANGAN KANKER TERPADU PARIPURNA

Secara umum pemerintah memberikan komitmen dalam hal ini berupa *political will* untuk pelaksanaan program penanggulangan kanker terpadu paripurna. *Political will* tersebut akan memberikan dukungan terhadap kebijaksanaan-kebijaksanaan pemerintah dan arahan-arahan terhadap temuan-temuan ilmiah mengenai masalah kanker yang disesuaikan dengan kondisi wilayah setempat dan prioritas masyarakat luas.

Peran serta Departemen Kesehatan adalah menentukan strategi pelaksanaan PKTP dalam bentuk:

1. Menentukan tujuan umum dan tujuan khusus program PKTP
2. Bersama dengan kelompok pakar dibidang kanker menentukan target dan sasaran program
3. Mengadakan dan menyiapkan sumber daya manusia.
  - a. Kualifikasi
  - b. Job discription
  - c. Distribusi
4. Menentukan sistem monitoring
5. Menentukan sistem evaluasi
6. Menentukan sistem informasi untuk memberi *feed back*.

Sedangkan secara khusus Departemen Kesehatan berperan:

1. Memberikan kebijakan pemerintah berupa peraturan perundang-undangan didalam pelaksanaan PKTP
2. Memberikan arahan pada informal *key person* yang mempunyai pengaruh pada kelompok-kelompok masyarakat luas untuk mendukung program PKTP
3. Memberikan arahan terhadap penentuan target dan sasaran program PKTP
4. Membantu pengadaan dan menyiapkan sarana/prasarana penunjang pelaksanaan program PKTP

5. Ikut membantu pengadaan dan penggalian sumber-sumber dana potensial.
6. Memberikan perlindungan dan pengamanan terhadap pelaksanaan program PKTP.

Peran serta masyarakat adalah masyarakat mengetahui:

1. Cara menghindari hal-hal penyebab kanker, antara lain kawin setelah umur lebih dari 20 tahun dan cukup punya 2 anak saja.
2. Mau dan mampu meneruskan pesan-pesan kanker
3. Mau melakukan deteksi dini dan pengobatan kanker
4. Mau membantu penderita selama perawatan dan melakukan kesinambungan perawatan
5. Dapat membantu rehabilitasi
6. Dapat melanjutkan perawatan penderita: stadium akhir hingga penderita dapat meninggal dalam iman
7. Dapat membantu pencarian dana.

Untuk yang sakit, masyarakat secara khusus dapat memberikan semangat dan tekad, memupuk semangat untuk sembuh, mentaati anjuran dokter dan berdoa dapat mengatasi cobaan. Sedangkan bagi keluarga si sakit dapat membantu dukungan mental, makanan bergizi, mengantar ke rumah sakit, mengidentifikasi masalah dan konsultasi dengan dokter.

Tetangga, kader Posyandu, PKK, Dharma Wanita dapat memberikan dukungan mental sebagai sukarelawan dan bergotong royong, memberikan dukungan mental, bimbingan akhir agar penderita dapat meninggal dalam iman.

Dokter Puskesmas, bidan, perawatan, dukun merupakan tempat konsultasi medis, membantu perawatan, monitoring medis dan mendorong penderita untuk konsultasi ke rumah sakit.

## ***Peran serta rumah sakit***

Rumah Sakit tipe A dan B (prevensi tertier)

1. Pengobatan profesional medis
  - a. Pengobatan
  - b. Mengatasi kecacatan dan penderitaan
2. Biaya perawatan medis
  - a. Askes-JPKM
  - b. Kerjasama dengan Yayasan Kanker
3. Memberikan bimbingan dan pengayoman
4. Monitoring
5. Evaluasi

Rumah Sakit tipe C (prevensi sekunder)

1. Penemuan dini
2. Pengobatan dini
3. Bimbingan dan pengayoman
4. Monitoring
5. Evaluasi

Puskesmas (prevensi primer dan sekunder)

1. Mengurangi faktor penyebab
2. Health promotion/S
3. Specific protection
4. Deteksi
5. Konsultasi medis dan melanjutkan perawatan
6. Monitoring

Masyarakat (Tetangga, Keluarga, Individu) Mengetahui tata cara pengobatan dan deteksi dini

## **HASIL AKHIR PKTP**

Mempunyai program jangka pendek, menengah dan panjang untuk:

1. Pelestarian lingkungan hidup
2. Perubahan perilaku sehat berupa:

Diet 4 sehat 5 sempurna, tidak merokok/minum alkohol, tidak kawin muda dan 2 anak cukup.

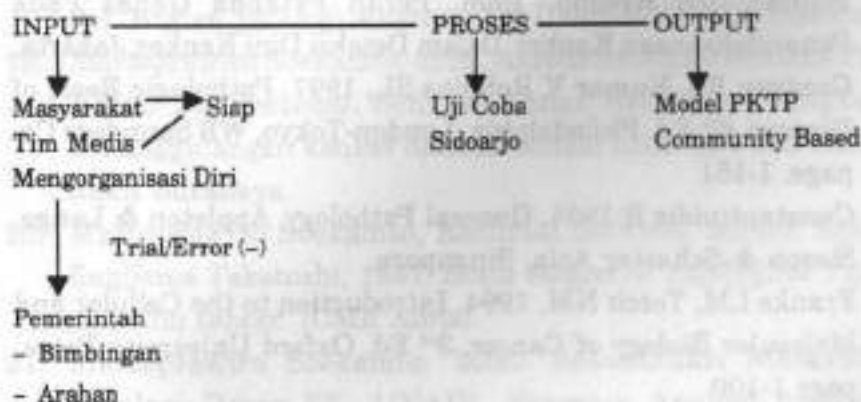
### 3. Lain-lain yang menurunkan kasus kanker

Untuk penyelamatan jiwa sesama, mengurangi penderitaan, penghematan dana untuk pembangunan kesehatan.

Konsep kesehatan sesuai dengan GBHN 1988 dan 1993 dengan pembangunan kesehatan masyarakat diarahkan pada peningkatan kualitas sumber daya manusia, meningkatkan kualitas hidup, meningkatkan usia harapan hidup dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

### Penanggulangan Kanker di Indonesia

1994	1995	2000
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisa situasi</li> <li>2. Identifikasi masalah</li> <li>3. Alternatif pemecahan masalah</li> <li>4. Persiapan model PKTP</li> <li>5. Uji coba</li> <li>6. Evaluasi uji coba</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Model (+)</li> <li>2. Kebijaksanaan</li> <li>3. POA</li> <li>4. Pelaksanaan</li> <li>5. Evaluasi</li> <li>6. Koreksi/penyempurnaan</li> <li>7. Desiminasi</li> <li>8. JICC</li> </ol>	<p>Masalah kesehatan dibidang kanker tertanggulangi dengan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Efektif</li> <li>2. Efisien</li> <li>3. Manusiawi</li> <li>4. Large converge</li> <li>5. Quality of care + service</li> </ol> <p>Dengan mantap</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organisasi</li> <li>2. Program</li> <li>3. Pelaksanaan</li> <li>4. Monitoring</li> <li>5. Evaluasi</li> </ol>





## RINGKASAN

Setelah mengetahui peristiwa onkogenesis dikaitkan dengan terjadinya mutasi genetik sehingga terjadi penyimpangan, hilangnya pengendalian sel, terjadilah kanker pada manusia. Dengan mengetahui deteksi kanker dan cara pemeriksaan maka PATOLOGI bersama-sama klinik dan radiologik sangat diperlukan untuk dapat menegakkan diagnosis penyakit.

Juga bersama-sama masyarakat dan didukung oleh pemerintah untuk meningkatkan kualitas hidup manusia, masyarakat dalam ikut mencegah terjadinya kanker dan menemukan dini kanker.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Achmad Tjatra, 1996. *Oncogenesis Prevention and Early Detection of Cancer*. University Press of Indonesia, page 2-12.
2. Abdurrahmad dkk, 1999. Laporan Tahunan Tim Patologi Muskuloskeletal RSUD Dr. Soetomo-FK Unair, Surabaya.
3. Arjono, Teguh Artantono, Sunarto, Henry KH, 1999. *Onkologi*, Gajah Mada University Press, hal. 1-181.
4. Bambang Hamurwono Guntur H., 1996. *Kebijaksanaan Dep.Kes. Penanggulangan Kanker di Indonesia. Seminar Penanggulangan dan Deteksi Dini Kanker, Jakarta.*
5. Budina Siti Kresno, 1996. *Peran Petanda Ganas Pada Penatalaksanaan Kanker. Dalam Deteksi Dini Kanker, Jakarta.*
6. Contran RS, Kumar V, Robbins SL, 1997. *Pathologic Basic of Disease*. 6<sup>th</sup> Ed. Philadelphia, London-Tokyo, WB Saunders Co. page. 1-151
7. Constantinidis P, 1994. *General Pathology*. Appleton & Lange, Simon & Schaster Asia, Singapore.
8. Franks LM, Terch NM, 1994. *Introduction to the Cellular and Molecular Biology of Cancer*, 3<sup>rd</sup> Ed. Oxford University Press, page 1-100.

9. Govan ADI, Mac Farlane PS, Callander P, 1991. Pathology Illustrated. Churchill Livingstone, New York, page 1-50.
10. Himawan S, 1992. Dari Humoralisme ke Era Patologi Molekuler Sekilas Sejarah Patologi. Pidato Pengukuhan Guru Besar Tetap Dalam Ilmu Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 24 Januari.
11. Hood A. Juliati, 1998. Role Immunohistochemistry in Diagnostic of Tumors Pathology. Dutch Foundation for Post Graduate Course in Indonesia, Surabaya.
12. Itakura Hidyoro Torojama, 1998. Patology of Mycotoxin. The 2<sup>nd</sup> Research Seminar and Workshop on Malignancy, Surabaya 1998.
13. Yamin Gunawan dkk, 1997. Petunjuk Pelaksanaan Pemantapan Mutu Internal Laboratorium Kesehatan, Jakarta.
14. Yasutomi Masayuki et al, 1997. Japanese Classification of Colorectal Carcinoma, 1<sup>st</sup> Ed. Kanehara & Co. Ltd. Tokyo, 1997.
15. Yoshida Yutka, 1995. Screening Program for Colorectal Cancer Early Detection. Jakarta International Cancer Conference, 1995, page 331-33.
16. Leong A and Leong FJ, 1995. What We Need to Know About cancer Genes. Jakarta International Cancer Conference.
17. Leong Antony SY, Leong F, Joel WM, 1995. Prognostic Indices in Human Neoplasma. Jakarta International Cancer Conference.
18. Martoprawiro Soekamto, 1992. Kanker Kegagalan Pengendalian Sel. Bagian patologi Anatomi FK Unair-RSUD Dr. Soetomo.
19. Martoprawiro Soekamto, 1999. Akreditasi Laboratorium Pada RSUD Dr. Soetomo. Seminar Dinas Kesehatan Tingkat I Penanggulangan kanker dan Akreditasi Laboratorium Rumah Sakit Surabaya.
20. Martoprawiro Soekamto, Rachmat Santoso, Maeda Sakan, Sugijama Taketoshi, 1987. Some Aspect of Etiological Factor in Colon cancer. ICMR Annal.
21. Martoprawiro Soekamto, 2000. Rekontruksi Matakuliah Patologi Dasar FK. UNAIR. Program Applied Approach UNAIR.

22. Mangun Kusumo Rukmini, 1999. Frekuensi Tumor Ganas di Indonesia. Pencegahan dan Deteksi Dini Kanker FK UI Jakarta. Hal 67-75
23. Molenaar WM, 1998. Immunohistochemistry in the Diagnostic of Undifferentiated Malignant Tumors. Dutch Foundation for Post Graduated Course in Indonesia Surabaya.
24. Molenaar WM, 1998. Oncogenes and Tumors Suppressor Genes. Dutch Foundations for Post Graduated Course in Indonesia, Surabaya.
25. Ohno Yong, 1995. Dietary Protective Med Risk Factor in Cancer. Jakarta International Cancer Conference.
26. Pringgoutomo Soedarto, 1999. Rencana Kerja IAPI. Konggres IAPI Palembang.
27. Roem Soedoko, 1994. Konsep Model Penanggulangan Kanker Terpadu Paripurna Dengan Peran Serta Masyarakat (PKTP). Tim Uji Coba PKTP Sidoarjo.
28. Santo H, Sima H, Kaeda J, 1995. Reduction in Risk of Mortality from Colorectal cancer by Fecal Blood Screening with Immunochemical Hemogglutination Test. A Case Control Study Inst. Cancer 61 465-69,
29. Sukardja IDG dkk, 1992. Deteksi Dini dan Diagnostik Kanker. Tim Kanker FK Unair-RSUD Dr. Soetomo.
30. Tjahyono, 1999. Deteksi Dini Kanker. Pidato Pengukuhan Guru Besar di Universitas Diponegoro Semarang.
31. Zaatori Ghazi (1999). Quality Control in Diagnostic Pathology. The Fourth Assembly of Japan Academy of Surgical Pathology, Sendai Japan, October 23-24.

## WASPADA TERHADAP KANKER

Kampanye waspada terhadap kanker oleh *The American Cancer Society* menggunakan istilah **CAUTION**, di Indonesia oleh Yayasan Kanker Indonesia diterjemahkan menjadi **WASPADA**.

- C : *Change in bowel or bladder habits*  
A : *A sore that does not heal*  
U : *Unusual bleeding or discharge*  
T : *Thickening or lumps in the breast or elsewhere*  
I : *Indigestion or difficulty in Swallowing*  
O : *Obvious change in a wart or mole*  
N : *Nagging cough or hoarsness*
- W : Waktu buang air besar atau kecil ada perubahan kebiasaan  
A : Ada koreng atau borok yang tak sembuh-sembuh  
S : Suara serak atau batuk yang tak sembuh-sembuh  
P : Payudara atau tempat lain terdapat benjolan/tumor  
A : Alat pencernaan terganggu dan sulit menelan  
D : Darah dan lendir abnormal keluar dari tubuh  
A : Andeng-andeng berubah sifat menjadi makin besar dan gatal