

**"MELIHAT DAN MENGOBATI" SEBAGAI SALAH SATU
CARA SKRINING DENGAN FASILITAS MINIMAL
DALAM UPAYA MENURUNKAN ANGKA
KEJADIAN KANKER SERVIKS**



FK
RKA
PG. 83/10
Swh
m

Pidato

Disampaikan pada Pengukuhan Jabatan Guru Besar
dalam Bidang Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan
pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
di Surabaya pada Hari Sabtu, Tanggal 26 April 2008

Oleh

H. SUHATNO

Bismillahirrohmanirrahim,

Yang terhormat,

Ketua, Sekretaris, dan Anggota Majelis Wali Amanat Universitas
Airlangga,

Ketua, sekretaris, dan Anggota Senat Akademik Universitas
Airlangga,

Rektor dan para Wakil Rektor Universitas Airlangga,

Para Guru Besar Universitas Airlangga,

Para Guru Besar Tamu dari Luar Universitas Airlangga,

Para Dekan dan Wakil Dekan di Lingkungan Universitas Airlangga,

Para Ketua Lembaga di Lingkungan Universitas Airlangga,

Para Teman Sejawat dan Segenap Sivitas Akademika Universitas
Airlangga,

Para Undangan dan Hadirin Sekalian yang Saya Muliakan.

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Selamat pagi,

Pada kesempatan yang berbahagia ini, dengan segala kerendahan hati saya panjatkan puji syukur kehadirat Allah swt. karena hanya dengan berkat, rahmat dan karunia-Nya kepada kita semua, dan atas ridho-Nya semata, kita dapat berkumpul dan hadir di sini dalam keadaan sehat wal'afiat untuk menghadiri Rapat Terbuka Senat Akademik Universitas Airlangga dalam acara pengukuhan saya sebagai Guru Besar dalam bidang Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Shalawat dan salam kita panjatkan kepada junjungan kita Nabi Besar Muhammad saw. beserta keluarga, sahabat serta para pengikutnya.

Hadirin yang saya muliakan, dalam kesempatan ini perkenankanlah saya menyampaikan pidato pengukuhan jabatan Guru Besar ini dengan judul:

**“MELIHAT DAN MENGOBATI” SEBAGAI SALAH SATU
CARA SKRINING DENGAN FASILITAS MINIMAL
DALAM UPAYA MENURUNKAN ANGKA
KEJADIAN KANKER SERVIKS**

PENDAHULUAN

Kanker serviks di Indonesia merupakan tumor ginekologi paling sering didapatkan pada wanita (18%) dan merupakan penyebab utama kanker yang didapatkan pada genitalia wanita (58%) di negara berkembang. Di negara maju kanker serviks menempati urutan ke-2 setelah kanker payudara. Diderita oleh wanita dalam permulaan kehidupan dan meningkat secara drastis mulai umur 30 tahun dan mencapai puncak pada umur 40-49 tahun.

HPV sebagai penyebab terjadinya kanker serviks sudah secara luas diakui. Kanker serviks merupakan suatu kanker yang mempunyai periode panjang dalam perjalanan penyakitnya yang disebut sebagai lesi pra kanker (displasia/CIN). Dengan demikian kanker serviks merupakan suatu penyakit yang dapat dicegah dengan cara skrining dan dapat disembuhkan dengan sempurna dan tuntas bila didapatkan pada stadium yang masih dini, atau justru ditemukan pada stadium pra-kanker.

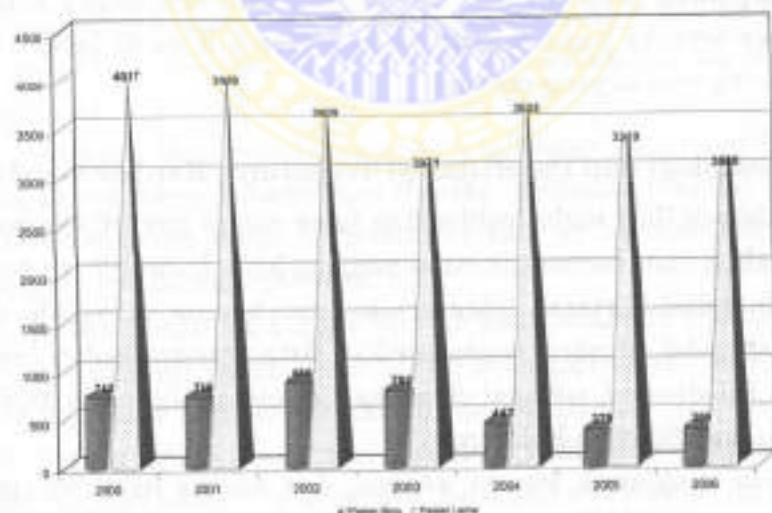
Setiap tahun ditemukan 490.000 kasus baru kanker serviks dan angka kematian mencapai 742.000, 80% terutama di negara berkembang. angka kejadian kanker serviks di negara berkembang termasuk Indonesia 6 × lipat dibanding negara maju. Kejadian kanker serviks dihubungkan erat dengan adanya infeksi HPV (99,7%). Tetapi kenyataannya hampir 80% penderita kanker serviks ditemukan sudah dalam keadaan stadium lanjut, sehingga angka

kesembuhan maupun angka bertahan hidup setelah 5 tahun masih tetap rendah.

Di Asia Pasifik 1 wanita meninggal setiap menit karena kanker serviks. Tiap tahun 270.000 wanita terkena kanker serviks, dan 140.000 meninggal karenanya.

Tabel 1. Perbandingan penderita kanker genitalia wanita di poli onkologi kandungan RSUD Dr. Soetomo, tahun 2005

Kasus	Lama	Baru	Jumlah	%
Ca Cervix	3349	379	3728	76,1
Ca Ovarium	680	67	747	15,2
Ca Corpus	247	11	258	5,2
Chorio Ca	133	4	137	2,7
Ca Vulva	25	3	28	0,5
	4434	464	4898	100



Gambar 1. Kunjungan penderita Kanker Serviks di Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo, tahun 2000–2006

Hadirin sekalian yang saya muliakan,

Golongan Wanita Risiko Tinggi untuk Penderita Kanker Serviks

1. Wanita yang usianya di atas 40 tahun.
2. Wanita yang kawin pada usia muda, atau yang memulai hubungan seksual pada usia muda.
3. Wanita yang banyak anak.
4. Wanita yang berganti-ganti pasangan seksual.
5. Wanita dengan infeksi penyakit menular seksual.
6. Wanita dengan infeksi virus tertentu (HPV type 16, 18, 31, 45).
7. Wanita yang merokok.
8. Wanita dengan golongan sosio - ekonomi rendah.
9. Wanita yang suaminya tidak disunat.

Yang dimaksud dengan golongan wanita risiko tinggi untuk menderita kanker serviks, tidak berarti wanita wanita tersebut pasti menderita kanker pada usia dewasa, tetapi kemungkinan mendapatkan penyakit ini atau dengan kata lain angka kejadian kanker serviks pada wanita-wanita tersebut pasti lebih tinggi dibanding wanita yang normal.

Epidemiologi dan Patofisiologi Terjadinya Kanker Serviks

Anatomi dari mulut rahim dan leher rahim merupakan bagian dari rahim yang berbentuk bulat panjang lebih kurang 2 cm dengan lapisan epitel bertatah (ektoserviks) dan kanalis servikalis yang dilapisi epitel silindris (endoserviks). Batas antara kedua lapisan epitel ini disebut sebagai *Squamo-Columnar Junction* (SSK = Sambungan Squamo Kolumnar).

Pada anak-anak wanita, remaja, dan wanita usia menopause sambungan ini tidak nampak dari luar atau masuk kedalam karena pengaruh kadar hormon estrogen yang rendah. Pada wanita usia reproduksi maka sambungan ini akan menjulur keluar sehingga

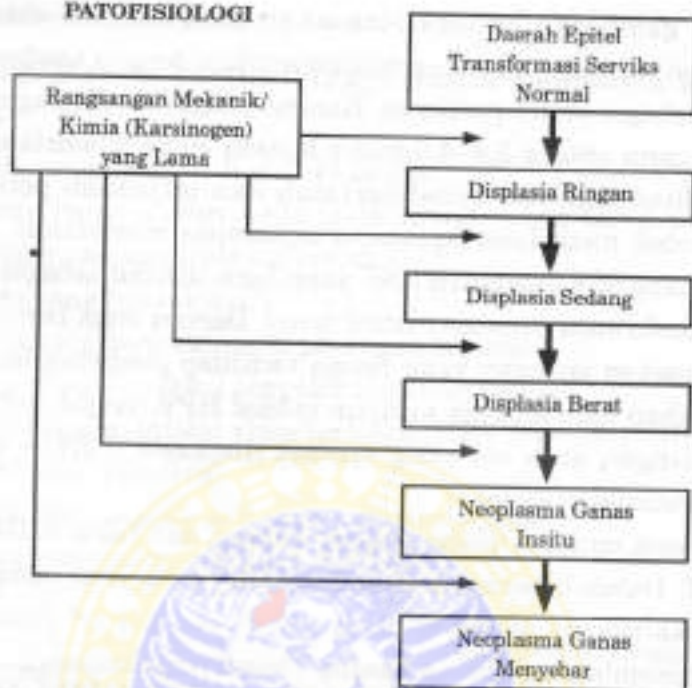
nampak gambaran kemerah-merahan yang disebut ektropion. Gambaran ini kadang-kadang disalah artikan dengan keadaan yang disebut sebagai *erotio portiones*. Karena pengaruh pH vagina yang bersifat asam antara 3,8–4,5 maka lapisan epitel silindris tersebut harus dilindungi oleh epitel bertatah dan terjadilah perubahan yang disebut metaplasia squamosa (*squamous metaplasia*). Daerah batas antara SSK lama dan SSK yang baru disebut sebagai daerah zona transformasi (*transformation zone*). Daerah zona transformasi ini merupakan jaringan yang rawan terhadap pengaruh luar yaitu bahan-bahan karsinogenik maupun infeksi HPV. Terjadi perubahan pada jaringan atau sel yang disebut displasia (CIN = *cervical intraepithelial neoplasia*).

Displasia mulai displasia ringan, sedang, dan berat (CIN 1, CIN 2, CIN 3). Dalam beberapa kepustakaan CIN 3 ada yang menganggap sebagai karsinoma insitu, di mana sudah terdapat sel ganas tetapi belum menembus membrana basalis. Dalam perjalanannya akhirnya terjadi penembusan membrana basalis sehingga terjadi kanker serviks yang invasif. Bila penembusan vertikal kurang dari 5 mm dan horisontal kurang dari 7 mm disebut kanker serviks *micro invasive*, sedang bila lebih dari ukuran ini disebut kanker serviks *invasive*.

Selanjutnya bila pemeriksaan histopatologi dari hasil biopsi menunjukkan adanya keganasan serviks dilakukan staging klinik untuk menentukan stadium kanker serviks dan menentukan jenis terapi serta penatalaksanaannya.

Perjalanan penyakit kanker serviks membutuhkan waktu yang lama dan melalui tahap demi tahap sehingga dapat dikatakan bahwa penyakit kanker serviks ini dapat dicegah. Dibutuhkan waktu antara 10–15 tahun dari kejadian perubahan awal lesi pra kanker menjadi kanker yang invasif. Sehingga bila bisa menemukan kelainan-kelainan pada serviks sebelum kanker invasif maupun pada stadium lesi pra-kanker maka kesembuhan dapat sempurna dan hal ini akan menurunkan angka kejadian kanker serviks.

PATOFISIOLOGI



Gambar 2. Patofisiologi.

Pencegahan Kanker Serviks

Pencegahan kanker serviks dibagi menjadi dua:

1. Pencegahan Primer

Adalah upaya-upaya yang dilakukan untuk mencegah terutama wanita-wanita golongan risiko tinggi tidak menderita kanker serviks dengan cara penyuluhan-penyuluhan baik melalui media cetak maupun media gambar, dan cara atau pola hidup menghindari kanker.

2. Pencegahan Sekunder

Adalah upaya-upaya maupun pemeriksaan untuk menemukan kanker serviks pada stadium dini atau justru menemukan pada tahap lesi prakanker. Bila menemukan penderita sudah menderita kanker serviks, upaya-upaya untuk mencegah jangan sampai kanker serviksnya berkembang menjadi stadium lanjut.

Hadirin yang saya hormati,

Telah lama dikenal cara skrining pemeriksaan serviks dengan Pap-test, yaitu mengambil sel-sel permukaan serviks yang dilepaskan (*exfoliative cytology*) yang dioleskan pada kaca gelas, kemudian dilakukan pengecatan tertentu dan spesimen ini diperiksa di bawah mikroskop untuk melihat adakah sel-sel yang diperiksa normal, adanya infeksi atau peradangan, adanya perubahan abnormal tetapi belum ada keganasan, dan sudah ditemukan adanya sel ganas. Cara ini dikenal dengan cara pemeriksaan dari Papanicolaou.

Hasil pemeriksaan biasanya ditulis dalam bentuk kelas:

- Kelas I : gambaran epitel yang normal.
- Kelas II : gambaran adanya radang atau infeksi, bisa oleh karena jamur, trichomonas, virus, atau radang yang non-spesifik.
- Kelas III : sudah ada gambaran sel epitel yang abnormal, tetapi tidak ganas.
- Kelas IV : gambaran epitel yang sangat mencurigakan keganasan.
- Kelas V : gambaran epitel yang menunjukkan konklusif adanya sel ganas.

Dalam perkembangan selanjutnya terdapat berbagai macam cara untuk menilai Pap-test, misalnya sistem displasia (CIN), dan yang akhir-akhir ini dianut yaitu sistem Bethesda.

Bethesda System

NIL	Benign cellular changes	ASCUS	LSIL	HSIL	Cervical cancer
-----	-------------------------	-------	------	------	-----------------

Dysplasia/CIN System

Normal	Inflam	Mild dysplasia CIN I	Moderat dysplasia CIN 2	Severe dysplasia	CIN 3	Cancer
	Atypia	Metaplasia				

Old Pap System

Class I	Class II	Class III	Class III	Class IV	Class V
---------	----------	-----------	-----------	----------	---------

Gambar 3. Beberapa macam cara untuk menilai Pap-test

Cara-cara pemeriksaan lain yang menunjang pemeriksaan Pap-test dalam rangka penegakan diagnosis maupun deteksi dini adalah:

1. Pemeriksaan DNA HPV dengan PCR;
2. Pap - Net;
3. LC - Prep;
4. Kolposkopi;
5. Biopsi terarah dengan tuntunan Kolposkopi; dan
6. Konisasi.

Cara-cara ini semua memerlukan peralatan khusus, laboratorium, tenaga yang ahli, perlu pelatihan keterampilan dengan biaya mahal, dan mungkin hanya bisa dikerjakan di kota-kota besar atau tempat pendidikan kedokteran.

Meskipun berbagai kemajuan maupun modalitas dalam penegakan deteksi dini maupun diagnosis tetapi kenyataannya penderita-penderita kanker serviks yang datang di Poli Onkologi Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya tetap terus meningkat dan sebagian besar datang dengan stadium lanjut, di mana penyakit kankernya sudah tidak bisa disembuhkan.

Tabel 2. Daftar kunjungan penderita kanker serviks di poli onkologi kandungan RSUD Dr. Soetomo, tahun 2005

Stadium	Jumlah (%)
IA	2,1
IB	8,7
IIA	5,6
IIB	60,2
IIIA	0,7
IIIB	22,4
IV	0,17

PERMASALAHAN

Sementara ini Pap-smear merupakan cara skrining kanker serviks yang sudah dikenal secara luas. Tetapi masih banyak hal yang merupakan kendala atau hambatan dalam upaya menurunkan angka kejadian kanker serviks. Di kota-kota besar mungkin tidak menjadi masalah karena sebagian besar penduduknya sudah dalam tahap pendidikan yang cukup tinggi dan juga kondisi sosial ekonomi memungkinkan bahwa wanita-wanita tersebut secara sadar dan aktif memeriksakan Pap-smear secara teratur ke tenaga kesehatan, mulai dari Puskesmas-puskesmas, maupun Bidan, Dokter Umum, Dokter praktes swasta, maupun Dokter Spesialis bahkan sampai periksa keluar negeri.

Namun demikian seperti kita ketahui bahwa negara Indonesia terdiri dari banyak Provinsi yang terbagi dalam Kabupaten-kabupaten dan Kotamadya dan Kecamatan-kecamatan yang tersebar di banyak pulau di mana desa-desa di kecamatan itu tidak mudah dicapai dengan transportasi darat maupun laut. Apalagi kondisi sosial-ekonomi sebagian besar masyarakat terutama di pedesaan dan daerah terpencil masih sangat memprihatinkan. Akhir-akhir ini harga-harga bahan pokok, minyak tanah, minyak goreng, bahan makanan terus meningkat, bagaimana bisa memikirkan kesehatan dirinya untuk secara aktif dan teratur memeriksakan Pap-smear yang membutuhkan biaya yang tidak sedikit, sedang untuk memikirkan apa ada yang bisa dimakan masih sangat jauh dari jangkauan. Oleh karena itu dapat dibayangkan bahwa angka kejadian kanker serviks di Indonesia terutama di daerah-daerah masih tetap tinggi.

Pemeriksaan Pap-smear membutuhkan waktu untuk pembacaan hasilnya, rata-rata 1 minggu setelah pemeriksaan baru didapat hasilnya. Kemudian dari hasil ini bila terdapat kelainan yang abnormal maka tenaga medik pada tingkat Puskesmas harus merujuk ketempat Pelayanan Kesehatan yang lebih tinggi. Hal

ini merupakan masalah untuk para penderita baik dari segi transportasi maupun pembiayaan, apalagi bila sampai di Rumah Sakit type C akhirnya harus dirujuk ke Rumah Sakit Rujukan Pusat yang tentu jaraknya lebih jauh lagi. Kemudian di Rumah Sakit Pusat Rujukanpun harus dibutuhkan tenaga Spesialis Khusus yang menangani bidang ini.

Perjalanan panjang ini akhirnya membuat penderita-penderita yang perlu dirujuk tersebut mengalami hambatan dalam berbagai segi, sehingga akhirnya menyebabkan mereka malas untuk secara rutin dan aktif memeriksakan Pap-smear untuk pemeliharaan kesehatannya, utamanya dalam mencegah kejadian kanker serviks.

Oleh karena itu diupayakan jalan keluar dengan membuat suatu sistem pelayanan kesehatan dengan standard fasilitas terbatas, yaitu dalam satu kali kunjungan pelanggan dilayani secara tuntas yang dalam istilah sekarang dapat dikatakan sebagai *one stop shopping* atau *single visit approach*. Cara ini telah dikembangkan di Benua Afrika yaitu di Zimbabwe dan Benua Asia dikerjakan di Thailand.

Dipikirkan suatu cara untuk skrining maupun pengobatan dalam tingkat pelayanan kesehatan dengan fasilitas terbatas (*low resources setting*), dan pelanggan/penderita langsung segera dapat memperoleh hasilnya. Penyelenggara kesehatan bisa dengan mudah dan segera mengetahui penderita dengan hasil yang abnormal yang memerlukan rujukan dan pengobatan lanjut. Cara pelayanan kesehatan ini dikenal dengan istilah yang disebut *See and Treat*.

Hadirin yang saya hormati,

Yang perlu difikirkan adalah bahwa cara ini memenuhi kriteria:

1. *Safety* (keamanan);
2. *Acceptability* (bisa diterima oleh pelanggan/penderita); dan
3. *Feasibility* (dapat dilaksanakan).

Cara pelayanan kesehatan ini mungkin sangat cocok untuk negara berkembang termasuk di Indonesia dimana jumlah penduduk

sangat besar, tempat tinggalnya tersebar di berbagai pulau maupun daerah terpencil, sarana pelayanan kesehatan terbatas.

Cara pelayanan *See and Treat* ini sangat cocok karena meliputi:

1. Mudah;
2. Murah;
3. Hasil memuaskan;
4. Dapat dipertanggungjawabkan secara medis; dan
5. Cakupannya sangat luas.

Pada prinsipnya cara pelayanan *See and Treat* terdiri dari dua hal:

1. Inspeksi visual dengan asam asetat (IVA); dan
2. Tindakan pengobatan yang dilakukan dengan menggunakan krioterapi.

IVA/VIA sudah diperkenalkan sejak tahun 1989 oleh JHPIEGO (*Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics*). Tahun 1999 JHPIEGO dan Universitas Zimbabwe melakukan penelitian dengan sensitivitas 77% dan spesifisitas 64%. Di Thailand Sangkaranarayanan tahun 1998 melakukan penelitian dengan hasil sensitivitas 92% dan spesifitas 91,3%.

Cara Pemeriksaan IVA:

1. Penderita tidur di meja pemeriksaan ginekologis dalam posisi lithotomi;
2. Setelah desinfeksi dipasang spekulum;
3. Bila ada lendir dibersihkan;
4. Dioleskan larutan asam cuka 3-5% pada seluruh permukaan serviks;
5. Setelah 1 menit dilihat dengan pencahayaan yang optimal;
6. Perhatian khusus pada daerah zona transformasi; dan
7. Gambaran apa yang dilihat dicocokkan dengan suatu atlas yang sudah baku.

Klasifikasi Gambaran IVA:

Negatif:

- permukaan licin;
- warna merah muda;
- seragam;
- tak ada gambaran; dan
- ektropion, polip, servisititis, radang, dan ovula nabothi.

Positif:

timbul dan terjadi penebalan bercak putih.

Kanker:

terdapat pertumbuhan seperti bunga kobis, luka atau pertumbuhan seperti jamur.

Tak dapat ditentukan:

tidak nampak bercak putih yang jelas, tetapi ada daerah keputihan yang nampak yang mungkin menggambarkan sesuatu yang abnormal, servisititis atau perubahan radang yang sangat hebat.

Setelah hasil test IVA dicocokkan dengan gambar atlas, maka pemeriksa dapat langsung mengambil kesimpulan pelanggan/penderita ini harus diapakan. Bila hasil negatif tak memerlukan tindakan, bila hasil positif langsung dilakukan tindakan dengan krioterapi, bila hasil kanker penderita perlu dirujuk, dan bila hasil tidak mudah ditentukan bisa di konsulkan ke Dokter Sp.OG.

KRIOTERAPI

Hadirin yang saya hormati,

Krioterapi diperkenalkan oleh Crisp & Townsend pada tahun 1968. Alat ini terdiri dari suatu tabung gas berisi N_2O atau CO_2 , slang plastik atau karet, alat krio yang berbentuk seperti pistol dengan pengatur aliran gas, ujungnya dipasang probe yang sesuai dengan ukuran serviks maupun luasnya lesi yang akan di terapi.

Alat ini memenuhi kriteria:

1. Sederhana;
2. Efektif;
3. Tidak mahal;
4. Mudah cara operasionalnya;
5. Tidak perlu rawat inap; dan
6. Bisa dikerjakan oleh semua tenaga kesehatan mulai dari Sp. OG, Dokter Umum, Dokter Muda, Bidan, sampai Paramedis setelah melalui pelatihan.

Prinsip kerja alat ini:

1. Destruksi daerah transformasi;
2. Terjadi krionekrosis;
3. Digunakan gas N_2O cair dengan tekanan tinggi dialirkan lewat alat seperti saluran berbentuk pistol;
4. Memproduksi bola es pada probe dari logam yang berbentuk kerucut ditempelkan pada ostium uteri eksternum;
5. Temperatur yang dipakai $-65\text{ }^{\circ}\text{C}$ s/d $-80\text{ }^{\circ}\text{C}$; dan
6. Dipakai sistem 5 – 3 – 5 (5 menit dibekukan, 3 menit istirahat, 5 menit dibekukan).

Keuntungan cara ini:

1. Bisa dilakukan poliklinis;
2. Tidak perlu anestesi;
3. Mudah cara menggunakannya;
4. Alat tidak terlalu mahal;
5. Gas yang dipakai mudah didapat; dan
6. Hasilnya cukup memuaskan.

Kerugian cara ini:

Untuk lesi-lesi yang dalam atau yang masuk ke dalam kanalis servikalis sering pengobatan tidak menyembuhkan.

Angka kesembuhan, untuk CIN 1-94%, CIN 2-91%, CIN 3-84%. Secara umum angka keberhasilan 90%. Makin luas lesi angka kesembuhan makin sedikit. Pada lesi yang luas angka kegagalan bisa mencapai 42%. Bila terdapat neoplasma glandulare angka kegagalan naik 9-27%.

Perawatan pasca-tindakan, tidak boleh melakukan hubungan seksual sampai dengan 4 minggu, tidak boleh memasang tampon vagina selama 4 minggu.

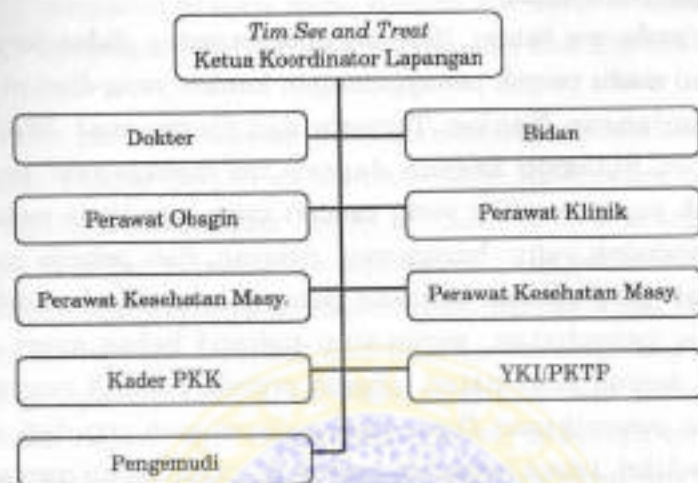
Keluhan pasca tindakan krioterapi yang lazim adalah pengeluaran cairan vagina yang berlebihan, rasa kram perut dibagian bawah dan terjadinya spotting atau perdarahan.

Pada pelaksanaannya akan dibentuk suatu tim yang menggunakan 1 unit mobil dengan anggota tim yang terdiri dari:

1. Sopir kendaraan (1 orang)
2. Tenaga Dokter Sp. OG (1 orang) atau
3. Dokter dalam Pendidikan Sp. OG (1 orang)
4. Dokter Umum (1 orang)
5. Paramedis/Bidan/Perawat (1 orang)
6. Tehnisi (1 orang)
7. Alat-alat IVA dan alat-alat Krio
8. Obat-obatan.

Mobil unit ini bergerak secara aktif ke Puskesmas-puskesmas untuk melakukan pelayanan *One Stop Shopping* atau *Single Visit Approach* sehingga masyarakat langsung dapat merasakan kegunaannya, karena dalam satu kali kunjungan pelanggan/penderita langsung dilayani mulai diperiksa, ditentukan penyakitnya, dan langsung diobati. Kemudian penderita disuruh kontrol untuk *follow-up*. Di sini kelebihanannya karena penderita/pelanggan merasa langsung mendapat pengobatan maka derajat kepatuhan untuk kontrol sangat besar, dibanding dengan pemeriksaan *Pap-smear* yang harus menunggu lebih kurang 1 minggu sedang bila penderita merasa tidak ada keluhan apa-apa maka perasaan malas akan mudah terjadi sehingga kepatuhan untuk *follow-up* berkurang dan

hal ini yang menyebabkan program kita untuk skrining maupun deteksi dini tidak berhasil.



Gambar 4. Unit mobil "Melihat & Mengobati dengan kelengkapannya.

Dengan cara pelayanan model ini, maka pelanggan atau penderita merasa mempunyai hubungan bathin dengan Tim Mobil Unit sehingga mau tidak mau mereka akan kontrol dengan teratur untuk memeriksakan kesehatannya. Dan bila para pelanggan/penderita ini merasa puas dengan sistem pelayanan ini maka mereka akan menyebar luaskan pada para pelanggan/penderita yang lain untuk beramai-ramai mendatangi mobil unit di Puskesmas-puskesmas. Dengan cara ini maka cakupan sistem pelayanan ini akan makin luas dan mungkin akan ditiru oleh kabupaten-kabupaten atau kotamadya di dalam satu provinsi atau bahkan meluas sampai provinsi yang lain.

PERSPEKTIF

Saat ini Indonesia terdiri dari \pm 33 provinsi dan bahkan mungkin lebih bila ada pemekaran provinsi yang baru, yang terdiri dari

kabupaten dan kotamadya (370) dan terpecah menjadi kecamatan-kecamatan yang masing-masing kecamatan saat ini mestinya sudah mempunyai puskesmas.

Dulu pada era tahun 1990-an di Kabupaten Sidoarjo pernah dijalankan suatu proyek penanggulangan kanker yang disebut PKTP (Penanggulangan Kanker Terpadu dan Paripurna). Dipilihnya Kabupaten Sidoarjo karena daerah ini mempunyai populasi penduduk yang spesifik yang terdiri dari tiga jenis pekerjaan utama penduduk yaitu: buruh tani, nelayan, dan pekerja industri. Dilakukan penyuluhan tentang pencegahan, deteksi dini dan diagnosis, pengobatan, perawatan paliatif bebas nyeri untuk beberapa daerah Kecamatan sebagai proyek. Setelah penyuluhan dilakukan pemeriksaan *Pap-smear* pada seluruh populasi wanita usia reproduksi, tetapi hasil dari proyek ini tidak begitu memuaskan seperti yang diharapkan karena hasil yang dicapai dan sistem rujukan ke rumah sakit pusat rujukan dan juga soal dana bila pasien memerlukan tindak lanjut untuk operasi radikal, pengobatan dengan kemoterapi dan radiasi.

Jawa Timur terdiri dari 29 Kabupaten, 9 Kotamadya, 654 Kecamatan, 785 Kelurahan, 7.682 Desa, ± 30 juta Penduduk. Sebagai contoh Kotamadya Surabaya jumlah penduduk menurut sensus tahun 2007 terdiri dari 1,35 juta jiwa laki-laki, dan 1,36 juta jiwa wanita. Jumlah wanita dalam usia antara 20-55 tahun sebanyak 790 ribu jiwa, ini yang merupakan sasaran cakupan untuk pemeriksaan *See and Treat*. Saat ini di Provinsi Jawa Timur ada 3 macam kegiatan *See and Treat* yang masing-masing dimotori **pertama** oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dengan JHPIEGO dan Kabupaten Gresik sebagai Pilot Project, **kedua** oleh *Dutch Foundation* dengan PKTP FK UNAIR/RSU Dr. Soetomo Surabaya dan Kotamadya Surabaya sebagai Pilot Projectnya, **ketiga** oleh Kelompok Kesehatan Reproduksi Departemen Kesehatan.

Sebagai uji coba telah dilakukan proyek kerjasama antara Leiden University dengan FK UI, FK UNPAD, dan FK UDAYANA

dengan mengambil daerah Jakarta, Tasikmalaya, dan Denpasar, dan hasil dari uji coba ini dinilai memuaskan. Oleh karena itu dilakukan perluasan bekerja sama dengan FK USU di Medan, FK UNAIR di Surabaya, FK UNSRAT di Manado, dan FK UNLAM di Banjarmasin.

Langkah pertama adalah pelatihan-pelatihan untuk tenaga medis baik Dokter Sp. OG di Rumah Sakit Kabupaten atau RS Tipe C, sehingga para dokter Sp. OG ini tidak hanya bekerja untuk pelayanan di dalam rumah sakit saja (operasi dan poliklinik), tetapi juga terbuka wawasannya untuk melihat daerah yang tercakup di dalam Kabupaten tersebut dan ikut terjun langsung sebagai manager pelayanan kesehatan. Juga pelatihan bagi para Dokter Puskesmas, Bidan, dan Paramedis melalui beberapa pelatihan bertahap, kemudian setelah pelatihan Tim ini akan diterjunkan untuk mencapai cakupan 80% dari penduduk golongan wanita berisiko untuk mendapatkan kanker serviks. Dengan harapan bahwa dalam waktu 3 tahun maka target 80% dari wanita berisiko tinggi ini akan tercakup seluruhnya.

Dari kegiatan ini bila hasilnya memuaskan maka sistem pelayanan kesehatan *See and Treat* dengan mobil unit ini bisa disebarkan keseluruh Kecamatan dalam satu Kabupaten, keseluruh Kabupaten dan Kotamadya di dalam satu Provinsi dan keseluruh Provinsi di dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia. Dengan demikian diharapkan bahwa cakupan untuk pelayanan *See and Treat* di seluruh wilayah Indonesia bagi wanita-wanita yang berisiko tinggi untuk kanker serviks minimal 80% akan tercapai, dan harapannya dengan sendirinya akan menurunkan angka kejadian kanker serviks di Indonesia.

Semuanya ini dengan sendirinya memerlukan komitmen dari semua perangkat kesehatan menyangkut Departemen Kesehatan dengan seluruh jajarannya, maupun Depdiknas dalam hal ini Lembaga Pendidikan Kesehatan utamanya Fakultas Kedokteran di seluruh pusat pendidikan di Indonesia baik yang negeri maupun

yang swasta untuk diharapkan partisipasi aktif baik melalui pelatihan maupun pendidikan para mahasiswa kedokteran terutama tingkat dokter muda, kalau perlu wajib memasukkan model sistem pelayanan ini di dalam Kurikulum Pendidikan Dokter Muda. Sehingga bila para dokter muda ini sudah lulus menjadi dokter umum dan bertugas di daerah atau puskesmas-puskesmas maka dalam pola pikir atau paradigmanya sudah mengenal suatu cara sistem pelayanan kesehatan dengan fasilitas terbatas dalam rangka menanggulangi lewat pencegahan dan deteksi dini kanker serviks sehingga tujuan utama untuk menurunkan angka kejadian kanker serviks di Indonesia akan tercapai. *Amien.*

Hadirin sekalian yang saya muliakan,

Di samping itu untuk tercapainya keberhasilan dari suatu sistem pelayanan kesehatan semuanya tidak terlepas dari adanya dana yang tersedia dan mencukupi. Pelatihan-pelatihan ataupun kursus-kursus tidak urung akan selalu menambah beban pekerjaan para perangkat medik di Puskesmas-puskesmas maupun pada tingkat pelayanan yang lebih tinggi. Semua ini akan memerlukan insentif tambahan yang mau tidak mau harus diberikan kepada para petugas kesehatan yang sampai saat ini jelas besar gajinya tidak mencukupi untuk menutupi kebutuhan hidup. Hal ini harus dipikirkan dan direncanakan dengan seksama supaya proyek ini tidak mengalami kegagalan. Karena pada umumnya bila proyek sudah selesai maka kesinambungan dari sistem pelayanan ini akan berhenti dengan sendirinya.

Padahal maksud dan tujuan dari model pelayanan ini akhirnya bisa diadopsi oleh seluruh jajaran pelayanan kesehatan di seluruh Indonesia, *Insha Allah.*

Sebagai penutup sistem pelayanan kesehatan *Seen and Treat* ini, dengan kegiatan mobil unit maupun cara pelayanannya di mana dalam **satu kali kunjungan** penderita/pelanggan dilayani baik

dilakukan **pemeriksaan dengan IVA**, dan saat itu juga diketahui hasilnya kemudian dilakukan **pengobatan pada saat itu** juga. Saya usulkan kegiatan atau sistem pelayanan ini dinamakan "**EKA PIRSA HUSADA**".

HARAPAN

1. Kanker serviks masih merupakan kanker yang menempati urutan pertama kanker pada wanita di Indonesia.
2. Kanker serviks masih merupakan kanker yang menempati urutan pertama pada kanker genitalia wanita di Indonesia.
3. Dengan adanya sistem pelayanan kesehatan *See and Treat* ini diharapkan dapat menurunkan angka kejadian kanker serviks di Indonesia.
4. Dari segi pendidikan diharapkan wajib memasukkan sistem pelayanan kesehatan ini dalam kurikulum pendidikan Fakultas Kedokteran di Indonesia sehingga dokter umum yang lulus dari suatu Fakultas Kedokteran sudah mempunyai wawasan tentang cara-cara skrining dan deteksi dini kanker serviks dalam upaya menurunkan angka kejadian kanker serviks.
5. Pihak-pihak yang terkait seperti Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan Nasional, dan Lembaga-lembaga lain yang bergerak dalam bidang kesehatan maupun Lembaga Swadaya Masyarakat, juga para penyandang dana ikut berpartisipasi aktif dalam sistem pelayanan kesehatan ini.
6. Sebagai tindak lanjut dari sistem skrining dan deteksi dini ini perlu dilakukan tindak lanjut rujukan ke Rumah Sakit Pusat di mana dibutuhkan tenaga Spesialis Obstetri & Ginekologi khususnya dibidang Onkologi Ginekologi.
7. Sampai saat ini baru ada 1 Pusat Pendidikan untuk Konsultan Onkologi Ginekologi di Jakarta saja, oleh karena itu dengan adanya kebutuhan tenaga Konsultan Onkologi Ginekologi lebih banyak alangkah bahagianya bila didirikan lagi Pusat Pendidikan Onkologi Ginekologi selain di Jakarta, misalnya

di Surabaya, terutama untuk memenuhi kebutuhan tenaga Konsultan Onkologi Ginekologi untuk wilayah Indonesia bagian Timur.

8. Mengusulkan kepada yang berwenang atau instansi yang terkait untuk memberikan nama pada sistem pelayanan kesehatan atau kegiatan ini dengan sebutan:

"KLINIK EKA PIRSA HUSADA"

UCAPAN TERIMA KASIH

Hadirin yang saya muliakan,

Mengakhiri pidato penerimaan jabatan ini, perkenankanlah saya sekali lagi memanjatkan puji syukur kehadirat Allah swt. atas limpahan rahmat, taufik dan hidayah-Nya kepada kita semua. Pertama-tama saya mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada para hadirin dan undangan yang telah dengan sabar dan setia mendengarkan pidato pengukuhan saya.

Pada kesempatan ini pula perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membimbing, membantu dan mengikhtikarkan untuk menjadikan saya menjadi Guru Besar dalam bidang Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan.

Kepada Pemerintah Republik Indonesia yang dalam hal ini yang diwakili oleh Menteri Pendidikan Nasional **Prof. Dr. Bambang Sudibjo, MBA**, yang telah menyetujui dan mengangkat saya sebagai Guru Besar dalam bidang Ilmu Kebidanan dan Kandungan di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, perkenankanlah saya menyampaikan terima kasih yang sebesar besarnya.

Kepada yang terhormat Ketua dan Anggota Majelis Wali Amanat Universitas Airlangga atas diperkenankannya saya menjadi Guru Besar di Universitas Airlangga, saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Kepada yang terhormat Ketua Senat Akademik Universitas Airlangga **Prof. Sam Suharto, dr., Sp.MK**, Sekretaris Senat Akademik **Prof. Dr. Frans Limahelu, SH., LLM** dan anggota Senat Akademik, kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Kepada yang terhormat Rektor Universitas Airlangga **Prof. Dr. H. Fasichul Lisan, Apt.**, para Wakil Rektor, saya ucapkan terima kasih atas kesediaan dan kepercayaan bapak, ibu, saudara, mengusulkan saya untuk diangkat menjadi Guru Besar dan menerima saya di lingkungan Senat Universitas Airlangga.

Kepada yang terhormat para mantan Rektor **Prof. DR. Dr. Marsetio Donoseputro, Sp.PK(K)**, **Prof. Dr. H. Soedarso Djojonegoro**, **Prof. Dr. H. Bambang Rahino Setokusumo**, **Prof. Dr. Soedarto, Ph.D**, **Prof. Dr.Med. Dr. Puruhito, SpBTKV** yang telah memberi kesempatan kepada saya menjadi dosen di Universitas Airlangga.

Kepada yang terhormat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, **Prof. DR. Dr. M Amin, Sp.P(K)** dan para wakil Dekan serta anggota Badan Pertimbangan Fakultas; mantan Dekan **Prof. Dr. H.M.S. Wiyadi, dr, Sp.THT** beserta para pembantu Dekan, yang telah mengusulkan dan menyetujui saya untuk diangkat menjadi Guru Besar, saya mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya.

Kepada Mantan Dekan FK Unair **Prof. Dr. Muhamad Zaman alm**, **Prof. Dr. Asmino (alm)**, **Prof. Dr. Rahmad Santoso**, **Prof. DR. IGN Gde Ranuh, Sp.A**, **Dr. Sentot Soeatmadji**, yang telah mengizinkan saya belajar sebagai mahasiswa FK Unair sampai dengan lulus dokter, dan telah mengizinkan saya menjadi staf pengajar di FK Unair sampai sekarang.

Kepada yang terhormat Direktur RSUD Dr. Soetomo, **H. Slamet Riyadi Yuwono, dr., DTM&H, MARS**, dan mantan Direktur RSUD Dr. Soetomo, **H. Abdus Syukur, Dr., Sp.B(K)BD**, **Prof. H.M. Dikman Angsar, dr., Sp.OG KFM** dan **Prof. H. Karjadi**

Wirjoatmodjo, dr., Sp.An. KIC., Dr. Suyoto (alm), Dr. Abdul Murad Hoesin (alm), saya sampaikan terima kasih atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk berdarma bakti dan meniti karir serta menimba pengalaman di Rumah Sakit Umum Dr. Soetomo Surabaya.

Kepada yang terhormat **Prof. Dr. M. Harjono Soedigdomarto (Alm), Prof. Dr. Soetomo Joedosepoetro (Alm), Prof. Dr. R. Prajitno Prabowo, Sp.OG(K), Prof. Dr. Lila Dewata, Sp.OG(K)** Mantan Kepala Bagian/SMF Obstetri Ginekologi FK Unair/RSU Dr. Soetomo Surabaya yang telah mengizinkan saya mengikuti pendidikan Spesialis Obstetri Ginekologi, yang telah memberikan teguran, bimbingan, dan nasehat-nasehat yang sangat berguna sehingga saya dapat menyelesaikan pendidikan Spesialisasi dalam Bidang Obstetri Ginekologi.

Kepada yang terhormat **Plt. Kepala Bagian Ilmu Kebidanan dan Kandungan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/SMF Ilmu Kebidanan dan Kandungan RSU Dr. Soetomo, Prof. Samsulhadi, dr, Sp.OG(K)**, saya sampaikan terima kasih yang sebesar besarnya atas perkenannya, kepercayaan dan kesediaannya mengusulkan dan selalu mendorong saya untuk segera menyelesaikan urusan pengusulan menjadi Guru Besar.

Kepada yang terhormat Kepala Departemen/SMF Ilmu Kebidanan dan Kandungan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/SMF Ilmu Kebidanan dan Kandungan RSU Dr. Soetomo, **Prof. H. Heru Santoso, dr, Sp.OG(K)**, saya sampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya atas perkenannya untuk bekerja di Bagian ini.

Pada saat yang berbahagia ini perkenankanlah saya mengenang mantan Kepala Bagian Ilmu Kebidanan dan Kandungan dan guru saya yang saya kagumi, **Prof. Harjono Soedigdomarto, Sp.OG almarhum**. Beliaulah yang menerima saya sebagai asisten Ilmu Kebidanan dan Kandungan FK Unair pada tahun 1970. Demikian juga kepada **Prof. Dr. Soetomo Joedosepoetro, dr., Sp.OG**

almarhum, yang meletakkan dasar dasar Ginekologi/Onkologi pada diri saya.

Kepada yang terhormat Almarhumah **Dr. Listya Setjalilakusuma, Sp.OG** dan Almarhumah **Dr. Elly Djuarsa, Sp.OG**, kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas bimbingan dan nasehatnya selama saya menjadi PPDS di Bagian Obstetri & Ginekologi.

Kepada yang terhormat **Prof. R. Prajitno Prabowo, dr, Sp.OG(K)** yang telah banyak membantu saya dalam banyak permasalahan sejak saya pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/RSU Dr. Soetomo, Surabaya sampai saran beliau pada saya untuk memperdalam Ginekologi Onkologi, saya sampaikan banyak terima kasih untuk kesemuanya.

Kepada para guru dan senior saya di Bagian Ilmu Kebidanan dan Kandungan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga **Prof. H. R. Hariadi, dr. Sp.OG(K)**, **Prof. H.M. Dikman Angsar, dr. Sp.OG(K)**, **Prof. H. Lila Dewata, dr, Sp.OG(K)**, **Dr. Poedji Rochjati, dr. Sp.OG(K)**, **dr. Surjaningsih, Sp.OG**, **dr. J. Harman, Sp.OG**, **dr H.M. Nasrun Abdullah, Sp.OG(K)**, **dr Widohariadi, Sp.OG(K)**, yang telah mendidik saya dengan tulus dalam bidang Ilmu Kebidanan dan Kandungan, saya ucapkan terima kasih.

Para sejawat staf di bagian Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan yang bekerja sama dan saling membantu **dr. M. Nadir Abdullah, Sp.OG(K)**, **Prof. Dr. H. Agus Abadi, dr. Sp.OG(K)**, **dr. Bambang Sukaputra, Sp.OG(K)**, **dr. Marsianto, Sp.OG(K)**, **Prof. Soehartono, DS, Sp.OG(K)**, **dr. Hendro Pramono, Sp.OG(K)**, Almarhum **Prof. dr. H. Djoko Waspodo, Sp.OG(K)**, **Dr. dr. Erry Gumilar Dachlan, Sp.OG(K)**, **dr. Hari Paraton, Sp.G(K)**, **Dr. dr. Hermanto Tri Joewono, Sp.OG(K)**, **dr. H. Bambang Trijanto, Sp.OG(K)**, **dr. Adityawarman, Sp.OG(K)**, **DR. dr. H. Hendy Hendaro, Sp.OG(K)**, **dr. H. Bangun Trapsila Purwaka, Sp.OG(K)**, **dr. H. Agus**

Sulistiono, Sp.OG(K), dr. H. Budi Santoso, Sp.OG(K), dr. Brahmna Askandar, Sp.OG(K), dr Sri Ratna Dwiningsih, Sp.OG, dr. Baksono Winardi, Sp.OG(K), dr. Relly Yanuari, Sp.OG, dr. Ashon Sa'adi, Sp.OG, dr. Budi Prasetya, Sp.OG, saya ucapkan terima kasih atas segala bantuannya.

Kepada para Sejawat Staf, Asisten dan Bidan/Perawat dari Fakultas Kedokteran Unair dan RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, demikian juga para asisten serta bidan/perawat di Bagian Kebidanan dan Kandungan saya ucapkan banyak terima kasih atas kerja samanya selama ini yang sudah terjalin dengan sangat baik.

Kepada para pasien di Bagian/SMF Obatettri & Ginekologi atas kepercayaan yang diberikan kepada saya untuk merawat, terima kasih yang sebesar-besarnya kami ucapkan, karena tanpa para pasien semua saya tidak berarti apa-apa dan mohon maaf apabila selama melayani anda semua kami berbuat kesalahan baik sengaja maupun tidak sengaja.

Kepada anggota staf Ginekologi Onkologi **Prof. H. Heru Santoso, dr. Sp.OG(K), dr Soenjoto, Sp.OG(K), dr H. Pudje Hartono, Sp.OG(K), dr. H. Brahmna Askandar. Sp.OG(K), Dr. Wita Saraswati, Sp.OG, dr. Indra Yuliaty, Sp.OG** saya ucapkan rasa terima kasih yang tak terhingga atas kerja samanya yang harmonis selama ini.

Kepada para guru saya yang telah memberikan bimbingan selama saya di Oncologic Department King George V, Sydney terutama **Dr. P.M. Elliott, Dr. MHN Tattersall, Dr. M. Coppleson, Dr. J. Solomon** saya ucapkan terima kasih atas bimbingan selama saya belajar di sana tahun 1982.

Demikian juga kepada seluruh staf sekretariat di bagian Ilmu Kebidanan dan Kandungan maupun di Seksi Ginekologi Onkologi saya ucapkan banyak terima kasih atas kerja sama yang baik selama ini.

Untuk seluruh staf SMF/Bagian Anestesiologi & Reanimasi FK Unair/RSD Dr. Soetomo saya ucapkan terima kasih atas kerja

samanya yang harmonis sejak saya bekerja di RSUD Dr. Soetomo Surabaya mulai tahun 1970.

Hadirin yang saya muliakan,

Terima kasih saya sampaikan kepada para undangan baik yang berasal dari kota Surabaya, maupun yang datang dari luar Surabaya yang telah memerlukan datang dalam acara pengukuhan guru besar saya.

Perkenankanlah pada akhirnya saya mengucapkan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada almarhum Bapak dan Ibu saya: **Soekardjo Troenokromoro** dan Ibu **S. Troenokromoro** yang telah melahirkan, memelihara dan mendidik serta menyekolahkan saya dengan penuh kasih sayang dan selalu memberikan nasehat dan petuah-petuah tentang hidup hingga akhirnya saya dapat mencapai keadaan seperti sekarang ini. Semoga arwah Beliau diterima disisi Allah swt. dan segala dosa-dosanya diampuni. Amien.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kami haturkan kepada Almarhum Mbakyu saya **Ny. Soekarni Sastrosoeronggo** yang sudah seperti ibu saya sendiri dalam merawat dan mendidik saya sejak kecil, semoga arwahnya diterima di sisi Allah swt. Amien.

Ucapan terima kasih sebesar-besarnya kepada Almarhum Kakak saya **Lettu Soekarno** yang telah meninggal pada jaman perjuangan Belanda, semoga arwahnya diterima disisi Allah swt. Amien.

Ucapan terima kasih sebesar-besarnya kami haturkan kepada kakak saya **Soeharno** sekeluarga yang telah membiayai sekolah saya sampai lulus Fakultas Kedokteran dan atas segala bimbingan serta nasehatnya. Semoga amal ibadahnya diterima oleh Yang Maha Kuasa.

Ucapan terima kasih sebesar-besarnya kami haturkan kepada kakak saya **Soeronto W.** sekeluarga yang telah membiayai saya selama Pendidikan sampai Lulus Fakultas Kedokteran semoga amal ibadahnya diterima oleh Yang Maha Kuasa.

Ucapan terima kasih sebesar-besarnya kami haturkan kepada kakak saya **Soehardjo** sekeluarga yang telah membimbing dan memberikan nasehat selama saya masih kecil, semoga amal ibadahnya diterima oleh Yang Maha Kuasa.

Ucapan terima kasih sebesar-besarnya kami haturkan kepada kakak saya **Ir. Soeharso** sekeluarga yang telah menerima saya tinggal di rumahnya selama kuliah di Fakultas Kedokteran, terima kasih atas bimbingan dan nasehatnya, semoga amal ibadahnya diterima oleh Yang Maha Kuasa.

Ucapan terima kasih sebesar-besarnya kami haturkan kepada kakak saya **Ir. Soetopo** sekeluarga atas segala bimbingan dan nasehatnya, semoga amal ibadahnya diterima oleh Yang Maha Kuasa.

Ucapan terima kasih sebesar-besarnya kami haturkan kepada Almarhum Bapak **M. Moeljono** dan Ibu **Hartati**, atas segala bimbingan dan nasehat-nasehatnya dan atas perkenannya untuk menjadikan salah satu putrinya menjadi istri saya, mendampingi sampai sekarang.

Ucapan terima kasih sebesar-besarnya kami haturkan kepada Keluarga Bapak **M. Uripno** yang telah banyak membantu keluarga kami pada waktu kami masih baru membina rumah tangga, semoga Allah swt. memberi imbalan yang berlipat ganda kepada Beliau dan keluarganya.

Ungkapan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya saya persembahkan kepada Istri saya **Ny. Endang Hartiningsih** yang dengan setia telah mendampingi dan memberikan dorongan kepada saya selama lebih dari 34 tahun dalam suka dan duka.

Terima kasih juga saya sampaikan kepada anak-anak saya, **Dr. Diar Mia Ardhani**, dan menantu saya **Mayor TNI Echtijar Laksanadi**, yang ikut mendorong saya untuk bekerja dengan ikhlas serta kedua cucu saya **Ariel** dan **Tasya** yang lucu dan pintar yang merupakan penghibur dan penghilang rasa lelah saya dalam bekerja.

Anak saya **Niken Hatnia Reni**, yang sekarang bekerja di RS Husada Utama yang selalu mendorong saya dalam bekerja semoga tercapai segala cita-citanya.

Untuk besan saya Bapak **H. Achmad Sudjono**, saya sampaikan terima kasih atas dukungannya selama ini.

Kepada guru guru saya sejak saya di Sekolah Rakyat, SMP dan SMA di Solo, saya haturkan hormat dan rasa terima kasih yang sebesar besarnya atas jasa jasa mendidik saya sehingga saya bisa berhasil menjadi dokter dan Guru Besar.

Ucapan terima kasih tak terhingga saya sampaikan kepada seluruh Panitia Pengukuhan Guru Besar yang diketuai oleh **dr. H. Poedjo Hartono, Sp. OG(K), dr. Herdy Sulistyono, Sp. An. K. IC, PGD, Pall. Med (ECU)**, sehingga semua dapat berjalan dengan baik dan lancar.

Pada semua handai taulan serta semua pihak yang telah membantu baik langsung maupun tidak langsung dalam perjalanan hidup saya untuk menjadi Guru Besar ini yang tidak dapat kami *sebutkan satu persatu, saya ucapkan terima kasih.*

Semoga budi baik dan bantuan bapak ibu dan saudara sekalian mendapatkan imbalan dan limpahan rahmat yang sesuai dari Allah swt.

Demikianlah ungkapan rasa syukur saya sampaikan dalam pidato pengukuhan ini, semoga kita semua selalu dalam perlindungan Allah swt. Amien.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

DAFTAR PUSTAKA

- ACCP A. *Manual for Managers. Planning and Implementing Cervical Cancer Prevention and Control Programs*. WHO Geneva 2004.
- Berek JS, Adasi EY, Hillard PA. *Novak's Gynecology, Cancer of the Cervix*. Williams & Wilkins Company, 12th Edition, Baltimore Maryland USA, 2000.
- Berek JS, Hacker NF. *Preinvasive Disease Practical Gynecologic Oncology 3rd edition*, Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia. Baltimore USA 2000.
- Blumenthal PD, Gaffikin L, Chirenje ZM, McGrath J. Adjunctive Testing for Cervical Cancer in Low Resource Setting with Visual Inspection, HPV. and the Pap Smear. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2001.
- Farid Azis M, dkk. *Management Training of Pre Cervical Cancer Lesion*, Manual Book FCP, Asia-Link Programme 2006.
- Female Cancer Programme. *Proyek See and Treat di Indonesia dan Afrika Selatan*. MFS 2007-2010.
- Goel A Gandhi G, Batra S, Bhambhani S, Zutshi V. Visual and Inspection of the Cervix with Acetic Acid for Cervical Intraepithelial Lesions. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Elsevier 2005.
- Novak ER, Jones GS, Jones HW. *Novak's Textbook of Gynecology*, the Williams & Wilkins Company, Ninth Edition, Baltimore USA, 1976.
- Sangkanarayanan. *Preventing Cervical Cancer in low-resource settings: Form Research to Practice*, JHPIEGO, Bangkok 2005.
- Sangkanarayanan S, Wesley R, Somanathan NT. Visual Inspection of the Uterine Cervix After the Application of Acetic Acid in the Detection of Cervical Carcinoma. *Cancer* 1998.
- Santoso Cornain. *Sustainable Development of Cervical Cancer Control: Screening by See and Treat Approach*, Female Cancer Program Indonesia, 2006.
- Suhatno. *See and Treat pada Penatalaksanaan Lesi Pra-kanker Serviks*, Hormat dan Syukur 11 Windu Prof. M. Harjono Soedigdomarto. Surabaya, 2006.

RIWAYAT HIDUP

DATA PRIBADI

- Nama : **Prof. H. Suhatno, dr., Sp.OG.(K)**
NIP : 130355348
Pekerjaan : Dosen/Staf Pengajar FK Unair
Pangkat/Jabatan : Golongan IV-a/Pembina
Tempat/Tanggal Lahir : Solo, 7 Agustus 1945
Agama : Islam
Status Keluarga : Jumlah Saudara Kandung 7 orang,
Anak ke-8 dari 8 bersaudara.
Nama Ayah : Bpk. Soekardjo Troenokromoro (Alm.)
Nama Ibu : Ny. S. Troenokromoro (Alm.)
Nama Istri : Hj. Endang Hartiningsih
Anak : 1. dr. Diar Mia Ardhani
2. Niken Hatnia Reni, MS (Hospital Management)
Menantu : Mayor TNI AD ~~Yusuf Soekromono~~
Cucu : 1. Ariel
2. Tasya
Alamat Rumah : Jl. Kendangsari YKP VI/16, Surabaya
Telpon Rumah/HP : (031) 8420874 / 08563007807

RIWAYAT PENDIDIKAN

- Pendidikan Dasar dan Menengah**
1956 : Lulus Sekolah Rakyat di Solo
1959 : Lulus SMP Kristen di Solo
1963 : Lulus SMA Katolik di Solo

Pendidikan Tinggi

- 1970 : Lulus sebagai Dokter dari Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Surabaya
- 1976 : Lulus sebagai Dokter Spesialis Kebidanan dan Penyakit Kandungan dari Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Surabaya
- 2000 : Mendapat Sertifikat/Dikukuhkan sebagai Spesialis Obstetri Ginekologi Konsultan Bidang Onkologi Ginekologi, yang dikeluarkan oleh Kolegium Obstetri Ginekologi Indonesia

Pendidikan Tambahan

- 1982 : Pendidikan Ginekologi Onkologi di King George V - Royal Prince Alfred Hospital, Sydney
- 1985 : Pendidikan Laparaskopi Operatif di AZVUB di Belgia
- Oktober 2000 : Continuing Medical Education in Gynecological Oncology, UGM
- Agustus 2005 : ALARM International Indonesian Program
- Januari 2006 : Intensive Basic Course in Gynecologic Ultrasound for Obstetric-Gynecologist Specialist, Continuing Professional Development Program, Indonesian Society of Ultrasound in Medicine

RIWAYAT KEPEGAWAIAN/KEPANGKATAN

- 1 Januari 1971 : Mulai bekerja di Bagian Obstetri Ginekologi FK Unair/RSU Dr. Soetomo, Surabaya, sebagai Pegawai Harian dengan tugas sebagai Asisten Ahli Madya.
- 4 Juni 1971 : Diangkat menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil dengan pangkat Penata Muda/Asisten Ahli (Gol. III/a).