

**BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DAN ILMU KEDOKTERAN KOMUNITAS
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**SKRIPSI
APRIL 2013**

**Sumber Biaya Pengobatan Dan *Out Of Pocket Pasien*
Kanker Payudara Yang Meninggal Dunia di RSUP
Wahidin Sudirohusodo Periode Januari-Desember 2012**



OLEH :

Akiko Syawalidhany Tahir

(C 111 08 155)

PEMBIMBING:

- 1. dr. Basir Palu Sp.A**
- 2. Dr. dr. A. Armyn Nurdin, M.Sc**

**DIBAWAKAN DALAM RANGKA TUGAS KEPANITERAAN KLINIK
PADA BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DAN ILMU KEDOKTERAN KOMUNITAS
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2013

**BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT DAN ILMU KEDOKTERAN
KOMUNITAS FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR 2013**

Telah disetujui Untuk Dicitak dan Diperbanyak

Judul Skripsi:

**““SUMBER BIAYA PENGOBATAN DAN *OUT OF POCKET* PASIEN KANKER
PAYUDARA YANG MENINGGAL DUNIA DI RSUP WAHIDIN
SUDIROHUSODO PERIODE JANUARI – DESEMBER 2012”**

Makassar,

Pembimbing 1

Pembimbing 2

(dr. Muh. Basir Palu, Sp.A, MHA)

(Dr. dr. A. Armyn Nurdin, M.Sc)

**PANITIA SIDANG UJIAN FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR 2013**

Skripsi dengan judul “**Sumber biaya pengobatan dan *out of pocket* pasien kanker payudara yang meninggal dunia di RSUP Wahidin Sudirohusodo periode Januari – Desember 2012**” telah diperiksa, disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran komunitas Fakultas Kedokteran Universitas HasanuddinMakassar, pada:

Hari/tanggal : Senin/ 15 April 2013

Waktu : 13.00 WITA

Tempat : Ruang Seminar IKM-IKK FKUH PB.622

Ketua Tim Penguji:

(dr. Muh. Basir Palu, Sp.A, MHA)

Anggota Tim Penguji

(Dr. dr. A. Armyn Nurdin, M.Sc)

(dr. Sri Ramadhany, M. Kes)

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul : “**Sumber biaya pengobatan dan *out of pocket* pasien kanker payudara yang meninggal dunia di RSUP Wahidin Sudirohusodo periode Januari – Desember 2012**”.

oleh Nama: **Akiko Syawalidhany Tahir**

Stambuk : **C 111 08 155**

Telah disetujui untuk dibacakan pada Seminar Hasil Penelitian di Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar pada :

Hari / tanggal : **Senin/ 15 April 2012**

Pukul : **13.00**

Tempat : **Ruang Seminar PB. 622 IKM & IKK FK Unhas**

Makassar, 15 April 2013

Mengetahui,

Pembimbing I

Pembimbing II

(dr. Muh. Basir Palu, Sp.A, MHA)

(Dr. dr. A. Armyn Nurdin, M.Sc)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT atas berkat dan karunia Nya sehingga penulis dapat dengan judul *“Sumber Biaya Pengobatan Dan Out Of Pocket Pasien Kanker Payudara Yang Meninggal Dunia Di Rsup Wahidin Sudirohusodo Periode Januari – Desember 2012”* yang tersusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat dalam penyelesaian tugas kepaniteraan klinik pada Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Begitu banyak tantangan dan keterbatasan yang penulis hadapi dalam tahap persiapan, pelaksanaan, dan penyelesaian skripsi ini. Namun, dengan bimbingan, dorongan semangat, bantuan, serta doa dari berbagai pihak, maka skripsi ini dapat penulis selesaikan. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan secara tulus dan ikhlas kepada yang terhormat :

1. dr. Muh. Basir Palu, Sp.A, MHA dan Dr. dr. A. Armyn Nurdin, M.Sc selaku pembimbing yang dengan kesediaan, keikhlasan dan kesabaran meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis.
2. Kepala bagian dan staf pengajar Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin atas sumbangsih ilmu dan bimbingan selama ini.
3. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dan Wakil Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, staf pengajar dan seluruh karyawan atas izin penelitian dan informasi mengenai hal-hal yang berhubungan dengan penelitian ini.

4. Kepala Rumah Sakit Umum Pusat Wahidin Sudirohusoso dan seluruh staf kesehatan di Rumah Sakit Umum Pusat Wahidin Sudirohusoso atas izin penelitian sehingga penelitian ini penulis selesaikan.
5. Kedua orang tua penulis tercinta (Alm) H. Hamid Tahir dan Hj. Sutriani Hamid yang selalu memberikan doa, cinta kasih dan dorongan baik berupa moril maupun materi sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini.
6. Saudara-saudara penulis yang tercinta, Akino Midhany Tahir, Akima Ramadhany Tahir, Akina Maulidhany Tahir yang selalu senantiasa mendoakan dan memberi dukungan semangat.
7. Kepada semua teman satu minggu di Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang bersama dalam suka dan duka membuat skripsi penelitian ini bersama selama 10 minggu ini.
8. Kepada yang tercinta sahabat-sahabat, teman-teman seperjuangan Peneliti, rekan-rekan dan semua pihak yang tidak sempat disebutkan satu persatu, namun bantuannya begitu besar bagi penulis.

Semoga Allah SWT memberikan pahala yang berlipat ganda kepada semua yang telah penulis sebutkan atas bantuannya melalui pikiran, perkataan dan perbuatan terhadap penulis.

Penulis menyadari tulisan ini tidak luput dari salah dan khilaf, karena itu saran, kritik dan masukan dari pembaca adalah sesuatu yang senantiasa penulis harapkan demi kemajuan bersama. Harapan penulis, semoga tulisan ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Amin Ya Rabb.

Makassar, April 2013

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xi
DAFTAR GRAFIK.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
ABSTRAK.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. LATAR BELAKANG.....	1
1.2. RUMUSAN MASALAH.....	3
1.3. TUJUAN PENELITIAN.....	4
1.4. MANFAAT PENELITIAN.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1. KANKER PAYUDARA.....	6
2.1.1. DEFINISI.....	6
2.1.2. SEJARAH DAN EPIDEMIOLOGI.....	7
2.1.3. FAKTOR RESIKO.....	7
2.1.4. ANATOMI PAYUDARA.....	8
2.1.5. PATOFISIOLOGI DAN PATOGENESIS.....	10
2.1.6. DIAGNOSA KLINIS.....	10
2.1.7. PENATALAKSANAAN.....	14
2.2. JAMINAN KESEHATAN.....	22

2.2.1. PENGERTIAN.....	22
2.2.2. STATISTIK PELAYANAN KESEHATAN GRATIS.....	23
2.2.3. JENIS ASURANSI KESEHATAN PEMERINTAH.....	24
2.3. PEMBIAYAAN PASIEN SELAMA SAKIT.....	31
BAB III KERANGKA KONSEP.....	34
3.1. DASAR PEMIKIRAN VARIABEL.....	34
3.2. KERANGKA KONSEP.....	36
3.3. DEFINISI OPERASIONAL.....	37
BAB IV METODE PENELITIAN.....	40
4.1. JENIS PENELITIAN.....	40
4.2. WAKTU DAN LOKASI PENELITIAN.....	40
4.3. POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN.....	40
4.4. KRITERIA SELEKSI.....	40
4.5. JENIS DATA.....	41
4.6. MANAJEMEN PENELITIAN.....	41
4.7. ETIKA PENELITIAN.....	42
BAB V HASIL PENELITIAN.....	43
BAB VI PEMBAHASAN DAN DISKUSI.....	48
BAB VII. KESIMPULAN DAN SARAN.....	54
7.1. KESIMPULAN.....	54
7.2. SARAN.....	55
DAFTAR PUSTAKA.....	56
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

TABEL

2.2.2. Statistik Pelayanan Kesehatan Gratis

TABEL 1. Jumlah Peserta Pelayanan Kesehatan.....23

TABEL 2. Pembiayaan Pelayanan Kesehatan.....23

TABEL 3. Distribusi Peserta Jaminan Kesehatan.....24

2.3. PEMBIAYAAN PASIEN SELAMA SAKIT

TABEL 4. Komponen Biaya *Out Of Pocket*.....33

DAFTAR SKEMA

SKEMA

3.1. Kerangka Konsep.....36

DAFTAR GRAFIK

GRAFIK

5.1. Distribusi Pasien Kanker Payudara Yang Meninggal Berdasarkan Biaya Administrasi..43

5.2. Distribusi Pasien Kanker Payudara Yang Meninggal Berdasarkan Biaya Pemeriksaan Penunjang.....44

5.3. Distribusi Pasien Kanker Payudara Yang Meninggal Berdasarkan Biaya Obat.....45

5.4. Distribusi Pasien Kanker Payudara Yang Meninggal Berdasarkan Biaya Dokter.....45

5.5. Distribusi Pasien Kanker Payudara Yang Meninggal Berdasarkan Jaminan Kesehatan..46

5.6. Distribusi Pasien Kanker Payudara Yang Meninggal Berdasarkan *Out of Pocket*.....47

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Persetujuan Proposal Penelitian

Lampiran 2. Lembar Persetujuan Skripsi

Lampiran 3. Undangan Seminar Proposal Penelitian

Lampiran 4. Undangan Seminar Hasil Penelitian

Lampiran 5. Biodata Penulis.

ABSTRAK

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat

Dan Ilmu Kedokteran Komunitas

Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

Skripsi, April 2013

Akiko Syawalidhany Tahir

**“SUMBER BIAYA PENGOBATAN DAN OUT OF POCKET PASIEN KANKER
PAYUDARA YANG MENINGGAL DUNIA DI RSUP WAHIDIN SUDIROHUSODO
PERIODE JANUARI – DESEMBER 2012”**

(xiv + 55 halaman + 4 tabel + 6 grafik + 1 skema +5 lampiran)

Latar Belakang Kanker payudara adalah penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan sel abnormal pada kelenjar payudara yang tidak dapat dikendalikan dan dapat menyebar ke organ tubuh lain serta dapat menyebabkan kematian. Satu dari delapan wanita akan berkembang menjadi kanker payudara. Kanker payudara merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting, karena mortalitas dan morbiditasnya yang tinggi. Menurut WHO 8-9% wanita akan mengalami kanker payudara. WHO dan Bank Dunia, 2005 memperkirakan setiap tahun, 12 juta orang diseluruh dunia menderita kanker dan 7,6 juta di antaranya meninggal dunia.

Metode Penelitian Penelitian ini bersifat deskriptif. Diperoleh 65 sampel dengan teknik *total sampling* yang memenuhi kriteria seleksi. Data berupa data sekunder yang diperoleh dari rekam medik pasien, disajikan dalam bentuk grafik disertai penjelasan.

Hasil Dari hasil penelitian didapatkan distribusi tertinggi berdasarkan masing-masing variabel adalah berdasarkan komponen pembiayaan administrasi pada pasien kanker payudara yang meninggal dunia yang di rawat di RSUP Wahidin Sudirohusodo, didapatkan 3 pasien (50%) yang memiliki biaya administrasi Rp. 4.000.000 – Rp. 500.000. Berdasarkan komponen pembiayaan pemeriksaan penunjang pada pasien kanker payudara yang meninggal dunia yang di rawat di RSUP Wahidin Sudirohusodo, didapatkan 4 pasien (67%) yang memiliki biaya obat Rp. 5.000.000 – Rp. 1.000.000. Berdasarkan komponen pembiayaan obat pada pasien kanker payudara yang meninggal dunia yang di rawat di RSUP Wahidin Sudirohusodo, terdapat 4 pasien (67%) yang memiliki biaya obat Rp. 10.000.000 – Rp. 1.000.000. Berdasarkan komponen pembiayaan dokter pada pasien kanker payudara yang meninggal dunia yang di rawat di RSUP Wahidin Sudirohusodo, terdapat diikuti 3 pasien (50%) yang memiliki biaya dokter Rp. 5.000.000 – Rp. 1.000.000. Pasien dengan kartu jaminan kesehatan JAMKESMAS mendominasi pasien kanker payudara yang meninggal di RSUP Wahidin Sudirohusodo yaitu sebesar 60%. Pasien dengan pemegang kartu jaminan kesehatan ASKES, membayar biaya *out of pocket* yang tidak ditanggung oleh ASKES sendiri.

Saran Perlunya kesadaran pemerintah agar lebih memperhatikan jaminan kesehatan masyarakat

Kata kunci : Kanker Payudara, Jaminan Kesehatan , RSUP Wahidin Sudirohusodo

Kepustakaan :27 (1992-2013)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kanker payudara adalah penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan sel abnormal pada kelenjar payudara yang tidak dapat dikendalikan dan dapat menyebar ke organ tubuh lain serta dapat menyebabkan kematian. Satu dari delapan wanita akan berkembang menjadi kanker payudara. Kanker payudara merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting, karena mortalitas dan morbiditasnya yang tinggi.^{1,2}

Menurut WHO 8-9% wanita akan mengalami kanker payudara. WHO dan Bank Dunia, 2005 memperkirakan setiap tahun, 12 juta orang diseluruh dunia menderita kanker dan 7,6 juta di antaranya meninggal dunia. Jika tidak dikendalikan, diperkirakan 26 juta orang akan menderita kanker dan 17 juta meninggal dunia karena kanker pada tahun 2030. Ironisnya, kejadian ini akan terjadi lebih cepat di negara miskin dan berkembang setelah menjalani perawatan, sekitar 50% pasien mengalami kanker payudara stadium akhir dan hanya bertahan hidup 18 – 30 bulan.^{2,3}

Kanker merupakan salah satu penyebab utama kematian global dengan angka mencapai 13% (7,4 juta) dari semua kematian setiap tahunnya (WHO, 2010). Tujuh puluh persen dari kematian akibat kanker terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Pada tahun mendatang, angka mortalitas kanker diperkirakan akan meningkat secara signifikan. Pada tahun 2030, kematian akibat kanker akan mencapai sekitar 13 juta pertahun di seluruh dunia. Kecenderungan ini lebih mencolok di negara Asia dimana jumlah kematian pertahun pada tahun 2002 sebesar 3,5 juta dan diperkirakan akan meningkat menjadi 8,1 juta pada tahun 2020. Pada tahun 2008 tercatat 700.000 kasus kanker baru di negara-negara anggota ASEAN dan setengah juta kematian akibat kanker terjadipada tahun yang sama.

Menkes menjelaskan, berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar 2007, prevalensi tumor adalah 4,3 per 1000 penduduk di Indonesia. Kanker merupakan penyebab kematian nomor 7 (5,7%) setelah stroke, TB, Hipertensi, Cidera, Perinatal dan DM (Risksdas, 2007). Menurut Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS), Jenis kanker tertinggi di RS seluruh Indonesia pasien rawat inap tahun 2008 adalah kanker payudara (18,4%), disusul kanker leher rahim (10,3%). Dan menurut survey sentinel dari Bidang Pencegahan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan

(P2PL) Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan menemukan kanker payudara menempati urutan pertama, disusul kanker genitalia interna perempuan, kanker serviks dan kanker kulit.^{3,4,5,6}

Kanker merupakan penyakit yang membutuhkan biaya besar untuk pengobatan. Besarnya biaya itu seharusnya tidak memberatkan jika dikelola dengan baik dengan mekanisme asuransi sosial, seperti yang diamanatkan Sistem Jaminan Sosial Nasional.⁷

Asuransi kesehatan di Indonesia saat ini disediakan baik oleh Pemerintah maupun swasta. Pemerintah melalui program Askeskin (asuransi kesehatan masyarakat miskin) menjamin biaya kesehatan sampai jumlah tertentu bagi para penduduk miskin pemegang kartu Askeskin. Para pegawai negeri juga dijamin biaya kesehatannya oleh Pemerintah melalui PT Askes yang preminya dibayar melalui pemotongan gaji PNS.⁷

PT Askes (Persero) merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/Menkes/XI/2004 PT Askes (Persero) ditunjuk sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJKMM). PT Askes (Persero) mendapat penugasan untuk mengelola kepesertaan serta pelayanan kesehatan dasar dan rujukan. Pemerintah mengubah nama Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) menjadi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). PT Askes (Persero) berdasarkan Surat Menteri Kesehatan RI Nomor 112/Menkes/II/2008 mendapat penugasan untuk melaksanakan Manajemen Kepesertaan Program Jamkesmas yang meliputi tatalaksana kepesertaan, tatalaksana pelayanan dan tatalaksana organisasi dan manajemen.^{7,8}

Adapun salah satu jaminan kesehatan yang dicanangkan Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan pemerintah yaitu Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah) sedang memantapkan penjaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat sebagai bagian dari pengembangan jaminan kesehatan secara menyeluruh (Universal Coverage), dan hal tersebut telah diterjemahkan oleh Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan ke dalam Program Pelayanan Kesehatan Gratis. Pelayanan Kesehatan Gratis yang dicanangkan sejak 1 Juli 2008 oleh Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan dan Kabupaten/Kota, merupakan momentum yang sangat baik dan tepat dalam rangka memberikan kesempatan bagi masyarakat Sulawesi Selatan guna mengakses

pelayanan kesehatan, disamping itu dapat memberi solusi terhadap masalah-masalah kesehatan yang selama ini menjadi beban pemerintah dan masyarakat serta akan memberikan sumbangan yang sangat besar bagi terwujudnya percepatan pencapaian indikator pembangunan kesehatan yang lebih baik.^{8,9}

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan di atas, maka dapat dibuat rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu “Bagaimana Karakteristik Sumber Biaya Jaminan Kesehatan (*Direct Medical Cost*) Pasien Kanker Payudara yang Meninggal di RSUP Wahidin Sudirohusodo Periode 2012?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui sumber biaya pengobatan dan *out of pocket* pasien kanker payudara yang meninggal dunia di RSUP Wahidin Sudirohusodo periode Januari – Desember 2012

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui jenis jaminan kesehatan pada pasien penderita kanker payudara yang meninggal di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.
2. Mengetahui komponen pembiayaan jaminan kesehatan berdasarkan biaya registrasi, biaya pemeriksaan penunjang, biaya obat, dan biaya dokter pada pasien penderita kanker payudara yang meninggal di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.
3. Mengetahui komponen pembiayaan *Out of Pocket* dari jaminan kesehatan berdasarkan biaya registrasi, biaya pemeriksaan penunjang, biaya obat, dan biaya dokter pada pasien penderita kanker payudara yang meninggal di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Sebagai sarana untuk menambah wawasan berpikir dan penerapan hasil studi

2. Bagi tempat penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi suatu masukan bagi instansi terkait guna meningkatkan pelayanan kesehatan dan kualitas hidup pasien kanker payudara, serta lebih khususnya Pemerintah Kota Makassar dalam rangka penjaminan biaya kesehatan terhadap

pasien kanker payudara.

3. Bagi profesi

Sebagai bahan informasi tambahan untuk penelitian – penelitian selanjutnya

4. Bagi Fakultas Kedokteran UNHAS

Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi suatu acuan dan bahan bacaan di mana nantinya bisa bermanfaat bagi mahasiswa FK UNHAS dalam proses belajar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kanker Payudara

2.1.1. Pendahuluan

Kanker payudara dimulai dari sel, yang kemudian menyatu membentuk jaringan. Jaringan akan membentuk organ pada tubuh. Normalnya sel berkembang dan mengubah bentuk sel sebagaimana tubuh membutuhkannya. Ketika sel berkembang menjadi tua, sel akan mati, dan sel baru akan menggantikannya. Terkadang, proses ini tidak berjalan dengan baik. Sel baru muncul pada saat tubuh tidak membutuhkannya, dan sel tua tidak mati pada saat waktunya. Sel tambahan ini dapat berbentuk massa jaringan yang berkembang atau disebut tumor. Tumor dapat bersifat jinak maupun ganas.^{2,3}

Tumor jinak tidak disebut kanker. Sel dari tumor jinak tidak menginvasi jaringan disekitarnya. Sel dari tumor jinak tidak menyebar ke bagian lain dari tubuh. Tumor jinak payudara merupakan pertumbuhan abnormal yang tidak menyebar keluar payudara ke organ lain. Tumor jinak tidak mengancam nyawa. Dan mudah untuk diangkat dan biasanya jarang muncul kembali. Pertumbuhan jinak termasuk *fibroadenoma* dan kista.^{5,10}

Pada jaringan normal, sel pada duktus biasanya beraturan dan berdiferensiasi dengan baik. Sel tambahan, namun berkumpul dalam bentuk yang normal. Hal ini disebut hiperplasi. Ketika sel yang berkumpul abnormal dilihat dibawah mikroskop, disebut dengan hiperplasia atipikal. Hiperplasia atipikal bukan kanker, tapi dapat menjadi faktor resiko tinggi untuk berkembang menjadi kanker payudara yang invasif.^{10,11}

Tumor ganas merupakan kanker. Untuk terus berkembang, tumor ganas payudara membutuhkan makanan. Tumor ganas mendapat nutrisi melalui pembuluh darah baru, proses ini disebut dengan *angiogenesis*. Pembuluh darah yang baru akan mendukung tumor dengan nutrisi sehingga sel dapat berkembang. Selama tumor ganas payudara berkembang, dapat juga meluas ke jaringan sekitar. Proses ini disebut dengan invasi. Sel dari tumor ganas dapat menyerang dan merusak jaringan sekitar dan organ. Kanker payudara secara tipikal berkembang dari saluran susu dari payudara. Ketika kanker payudara menyebar diluar payudara, sel kanker secara umum ditemukan pertama pada limfanodus dibawah tangan.^{1,10,11}

2.1.2. Sejarah dan Epidemiologi

Kanker payudara merupakan penyakit tumor ganas yang paling sering menyebabkan kematian, lebih dari 1 juta kasus yang muncul di seluruh dunia. Di Amerika Serikat, tiap tahunnya terdapat sekitar 100.000 kasus baru yang didiagnosis kanker payudara dan 30.000 diantaranya pasien meninggal akibat penyakit yang dideritanya.^{12,13}

Pakar epidemiologi dan statistik mengemukakan bahwa wanita yang lahir sekarang di Amerika Serikat memiliki 1 : 8 kali kesempatan berkembang menjadi kanker payudara selama hidupnya. Terdapat sekitar 70% - 80% kanker duktus invasive pada seluruh jenis kanker payudara. Kanker lobules, paget's disease dan kanker payudara lainnya hanya terdapat sekitar 20% - 30%. Angka penurunan kematian pada wanita usia 40 - 69 tahun telah diobservasi dengan interval 12 - 24(atau lebih) bulan dan ditemukan bahwa interval skrining mammografi pada wanita sebaiknya antara waktu 1-2tahun.^{14,15,16}

2.1.3. Faktor resiko

Beberapa faktor resiko dari perkembangan kanker payudara sudah banyak ditemukan, namun banyak lainnya yang masih dipertanyakan. Beberapa faktor resiko pada kanker payudara yang sudah diterima secara luas adalah 1) Umur lebih dari 30 tahun mempunyai kemungkinan yang lebih besar untuk mendapat kanker payudara dan resiko ini akan bertambah sampai umur 50 tahun dan setelah menopause. 2) Tidak kawin/Nullipara risikonya 2-4 kali lebih tinggi daripada wanita yang kawin dan punya anak. 3) Anak pertama lahir setelah 35 tahun risikonya 2 kali lebih besar. 4) "*Menarche*" kurang dari 12 tahun risikonya 1,7-3,4 kali lebih tinggi daripada wanita dengan "*menarche*" yang datang pada usia normal atau lebih dari 12 tahun. 5) Menopause datang terlambat lebih dari 55 tahun, risikonya 2,5-5 kali lebih tinggi. 6) Pernah mengalami infeksi, trauma atau operasi tumor jinak payudara, risikonya 3-9 kali lebih besar. 7) Adanya kanker pada payudara kontralateral, risikonya 3-9 kali lebih besar. 8) Pernah mengalami operasi ginekologis-tumor ovarium, risikonya 3-4 kali lebih tinggi. 9) Yang mengalami radiasi di dinding dada risikonya 2-3 kali lebih tinggi. 10) Riwayat keluarga ada yang menderita kanker payudara pada ibu, saudara perempuan ibu, saudara perempuan, adik/kakak, risikonya 2-3 kali lebih tinggi. 11) Kontrasepsi oral pada penderita tumor payudara jinak seperti kelainan fibrokistik yang ganas akan meningkatkan resiko untuk mendapat kanker payudara 11 kali lebih tinggi. 12) Alkohol, wanita yang mengkonsumsi alkohol lebih dari 15gr per hari meningkatkan resiko terkena kanker payudara 30%. 13) Paparan sinar radiasi. 14) Obesitas. 15) Usia, karena resiko

terhadap kanker payudara semakin meningkat setiap dekade seiring bertambahnya usia.
(9,11,12)

2.1.4. Anatomi Payudara

Pada wanita dewasa nullipara payudara biasa berbentuk discus(cakram), setengah bola atau kerucut. Terletak pada dinding anterior thorax, meluas dari costa II sampai costa VI/VII, di sebelah medial dibatasi oleh tepi sternum dan di sebelah lateral mencapai linea axillaris.^{15,18}

Payudara terdiri dari kelenjar, jaringan lemak dan jaringan ikat, dibungkus oleh kulit. Kelenjar payudara tersusun oleh 15-20 lobuli yang tersusun radier dan melingkari papilla mammae dan setiap lobus mempunyai saluran keluarnya sendiri. Diantara lobus ini terdapat jaringan lemak, yang dominan di bagian perifer(kelenjar dominan di bagian sentral). Jaringan ikat pada payudara membentuk ligamentum suspensorium, disebut ligamentum Cooperi dan difiksasi pada kulit. Di sebelah profunda payudara terdapat fascia pectoralis, oleh karena itu payudara mudah digerakkan. 13,18,19 Papilla mammae adalah tonjolan berbentuk silindris atau ujung kerucut yang terletak di sebelah caudal pertengahan payudara, setinggi intercostals VI. Pada tempat tersebut terdapat muara duktus lactiferous(15-20 buah), yaitu saluran keluar dari glandula mammae. Papilla mammae berwarna agak gelap(pigmentasi), permukaannya tidak halus dan meluas 1-2 cm di sekitarnya, membentuk areola mammae. Lingkaran yang berpigmentasi disebut areola, yang mengelilingi papilla mammae.^{13,18,19}

Ada tiga system vaskularisasi utama yang memasok kelenjar payudara. Payudara terutama mendapat aliran darah arteri dari cabang arteri mammae interna dan dari cabang lateral arteri intercostalis anterior dan yang ketiga, payudara juga mendapat vaskularisasi dari cabang arteri pectoralis, yang berasal dari cabang arteri axillaris. Sedangkan pembuluh darah vena berjalan mengikuti arteri.^{13,15,19}

Persarafan kulit payudara berasal dari cabang plexus servikalis dan n.intercostalis. jaringan kelenjar payudara berasal dari saraf simpatis. Saraf simpatis pada umumnya menerima persarafan dari cabang cutaneus anterior dari nervus cutaneus lateralis atas, cabang ketiga dan keempat dari plexus cervikalis, dan cabang cutaneus lateralis dari nervus intercostalis.^{13,15}

Aliran limfe secara umum mengikuti aliran vena. Aliran limfe mengalir kedua daerah terutama nodus axillaris dan nodus internal thoracic. Setengah kuadran lateral dari payudara mengalirkan cairan limfiknya ke nodus axillaris anterior atau kelompok pectoralis (terletak tepat posterior terhadap pinggir bawah musculus pectoralis major). Kuadran medial mengalirkan cairan limfiknya melalui pembuluh-pembuluh yang menembus ruangan intercostalis dan masuk ke dalam kelompok nodus thoracales cavitas thracis sepanjang arteria thoracic interna). Aliran limfe dari payudara kurang lebih 75% mengalir ke daerah axilla, sebagian lagi kelenjar parsternal, terutama dari bagian yang sentral dan medial. Pada axilla terdapat rata-rata 50 (10-90) buah kelenjar getah bening yang berada di sepanjang arteri dan vena brachialis.¹⁵

2.1.5. Patogenesis dan Patofisiologi

Kanker payudara sebagian besar berasal dari jaringan epitel dan paling sering terjadi di duktus, setelah itu baru menembus ke parenkim. Mula-mula terjadi hiperplasia sel-sel dengan perkembangan sel-sel atipik. Sel ini akan berkanjut menjadi karsinoma in situ dan menginvasi stroma. Kanker membutuhkan waktu 7 tahun untuk bertumbuh dari sebuah sel tunggal sampai menjadi masa yang cukup besar untuk dapat teraba (kira-kira berdiameter 1 cm). pada ukuran itu seperempat dari kanker payudara telah bermetastasis.^{13,14}

Estrogen merupakan salah satu penyebab terjadinya kanker payudara. Estrogen merupakan hormon kelamin sekunder yang berfungsi untuk membentuk dan mematangkan organ kelamin wanita (salah satunya payudara) selama pubertas. Estrogen memicu pertumbuhan dan pematangan sel di organ kelamin wanita yang disebut sel duktus, dimana sel duct ini kemudian akan membelah secara normal.^{12,16}

Saat-saat pematangan sel duktus ini merupakan saat yang paling rentan sel duktus tersebut terkena mutasi. Jika ada satu sel yang mengalami mutasi akibat faktor keturunan, radiasi, radikal bebas, dan lain sebagainya, maka sel tersebut dapat membelah secara berlebihan yang seterusnya berkembang menjadi kanker. Dari sini dapat disimpulkan bahwa estrogen merupakan salah satu faktor yang bertanggung jawab terhadap resiko terjadinya kanker payudara, karena itulah sasaran dari terapi hormon adalah mencegah estrogen tersebut terhadap mempengaruhi atau memperparah sel kanker yang ada.^{16,17}

2.1.6. Diagnosis Klinis

Pada umumnya, deteksi kanker payudara secara klinis ditemukan massa yang bersifat tidak nyeri, ditemukan baik oleh pasien maupun dokter pada pemeriksaan rutin. Pada pemeriksaan fisis ditemukan massa payudara yang nyeri mengarah keganasan, tetapi biasanya massa yang nyeri lebih mengarahkan ke kista.¹⁴

Benjolan ganas yang kecil sukar dibedakan dengan benjolan tumor jinak, tetapi kadang dapat diraba benjolan ganas yang melekat pada jaringan sekitarnya. Konsistensi kelainan ganas biasanya keras dan terfiksasi (tidak dapat digerakkan) dengan batas ireguler. Benjolan biasanya bersifat unilateral dan biasanya tidak memperlihatkan variasi ukuran dengan siklus haid. Pengeluaran cairan berupa darah dari puting biasanya mengarahkan ke onset dari kanker payudara, dan kadang mengarah ke papiloma intraduktal jinak atau karsinoma intraduktal.^{17,18}

Dalam mendiagnosis suatu kanker payudara harus berdasarkan klasifikasi dan staging kanker payudara. *Grading* kanker payudara berdasarkan struktur mikroskopik dari tumor, berdasarkan gambaran visual dari sel. *Staging* berdasarkan tumor, keterlibatan limfanodus, dan penyebaran metastase (TNM). Menggunakan sistem, kanker payudara dikategorikan berdasarkan :^{18,19}

- **T**(Tumor) Ukuran tumor, kedalaman, invasi ke jaringan.
- **N** (Node) Keterlibatan limfenodus- jumlah nodus yang positif yang diikuti dengan diseksi axiler
- **M** (Metastasis) Metastase ke limfanodus, hati, paru, dan atau tulang.

The American Joint Committee on Cancer staging system mengelompokkan pasien berdasarkan ukuran (T), lymph node (N), and metastasis jauh (M) ke dalam 4 stadium.^{18,19}

1. Tumor (T)

a. Primary tumor (T)

- Tx: Primary tumor tidak teraba
- T0: No evidence of primary tumor
- Tis: (DCIS) Carcinoma in situ
- Tis: (LCIS) Carcinoma in situ

b. Tis: Paget disease pada papilla mammae (Paget disease yang berhubungan dengan tumor diklasifikasikan berdasarkan ukuran tumor.)

- 1) T1: Tumor < 2 cm
 - T1mic: Microinvasion < 0.1 cm
 - T1a: Tumor > 0.1 tetapi < 0.5 cm
 - T1b: Tumor >0.5 tetapi < 1 cm
 - T1c: Tumor >1 tetapi < 2 cm
- 2) T2: Tumor >2 cm tapi < 5 cm
- 3) T3: Tumor >5 cm
- 4) T4: Tumor ukuran berapa saja, dengan ekstensi ke dinding thoraks atau hanya pada kulit
 - T4a: Ekstensi pada dinding dada, tidak termasuk musculus pectoralis
 - T4b: Edema (termasuk peau d'orange) atau ulserasi kulit payudara atau nodul-nodul satelit
 - T4c: T4a dan T4b
 - T4d: Penyakit inflamasi

2. Lymphnode regional (N)

- a. Nx: Regional lymph nodes tidak teraba
- b. N0: tidak ada metastasis ke lymphnode
- c. N1: Metastasis ke lymphnode ipsilateral
- d. N2: Metastasis ke lymphnode axillaris ipsilateral *fixed* atau *matted*, or in clinically apparent ipsilateral internal mammary nodes in the absence of clinically evident axillary lymph node metastasis
 - N2a: Metastasis ke lymphnode axillaris ipsilateral melekat dengan yang lain atau pada struktur lainnya.
 - N2b: Metastasis hanya pada gambaran klinik *internalmammary nodes* ipsilateral.
- e. N3: Metastasis pada lymphnode infraclavicular atau supraclavicular ipsilateral dengan atau tanpa pembesaran lymphnode axillary.
 - N3a: Metastasis pada lymphnode infraclavicular ipsilateral
 - N3b: Metastasis pada *internal mammary lymphnode* ipsilateral dan lymphnode axillaris
 - N3c: Metastasis pada lymphnode supraclavicular ipsilateral

3. Metastasis jauh (M)

- a. Mx: Metastasis jauh tidak bisa ditentukan
- b. M0: Tidak ada metastasis jauh

c. M1: Metastasis jauh

The American Joint Committee on Cancer (AJCC) telah menyiapkan dan mempublikasikan staging kanker yang digunakan oleh hampir seluruh klinisi untuk memfasilitasi bentuk dari kanker.¹¹

Stadium 0 : Sel tampak seperti kanker tapi tidak menyebar diluar duktus payudara. Ini merupakan tahap awal dari kanker payudara. Kanker payudara yang tidak invasif ini disebut DCIS (*Ductal Carcinoma in Situ*). Dan menempatkan wanita pada resiko tinggi berkembang menjadi kanker payudara invasif. Angka survival :

Umumnya tidak ada yang meninggal akibat kanker payudara dalam lima tahun penanganan untuk DCIS^{18,19}

Stadium I : Tumor kurang dari sama dengan 2 cm (sekitar 1 inchi). Dan invasif ke dinding duktus ke jaringan payudara, tetapi tidak menyebar keluar dari payudara dan limfenodus axilla. Ini juga disebut sebagai tahap awal kanker payudara. Angka survival : tergantung pada ER, PR, HER-2 dan Fase-S dari tumor.¹⁸

Stadium II : Kanker payudara stadium II dibagi dalam dua stadium, stadium IIA dan stadium IIB. Pada Stadium IIA, (1) tidak ada tumor ditemukan pada payudara, tetapi kanker ditemukan di limfenodus axilla (dibawah lengan); atau (2) ukuran tumor 2 cm atau lebih kecil dan telah menyebar ke limfenodus axilla; atau (3) tumor lebih besar dari 2 cm tapi tidak lebih besar dari 5 cm dan tidak berkembang ke limfenodus axilla. Angka survival : tergantung dari ER, PR, HER-2, Fase-S, ukuran tumor, dan jumlah limfenodus yang terkena.¹⁸

Stadium III : Stadium III dibagi menjadi stadium IIIA dan stadium IIIB. Pada kanker payudara stadium IIIA, kanker (1) lebih kecil dari 5 cm dan telah menyebar ke limfenodus di axilla, dimana telah berkembang ke tiap atau ke dalam struktur dan terfiksir; atau (2) lebih besar dari 5 cm dan telah menyebar ke limfenodus axilla, payudara (kulit, dinding dada, termasuk iga dan otot pada dada) ; atau (3) telah menyebar ke limfenodus didalam dinding dada bersama tulang. Kanker payudara yang inflamasi termasuk stadium IIIB. Pada tipe kanker yang jarang ini, kulit payudara biasanya merah dan membengkak atau *edematous*.

Angka survival : tergantung pada ER, PR, HER-2, ukuran tumor dan jumlah limfenodus yang terlibat.^{18,19}

Stadium IV : Berbagai ukuran dari tumor, kanker telah menyebar diluar payudara ke hati, paru-paru, otak, atau berbagai tempat lain yang jauh dari limfenodus axilla. Angka survival : tergantung lokasi dan organ yang terlibat. Kanker payudara stadium IV biasanya dapat ditangani tapi tidak untuk menyembuhkan.^{18,19}

2.1.7. Penatalaksanaan

a. Terapi bedah/Mastektomi

Pasien yang pada awal terpi termasuk stadium 0, I, II dan sebagian stadium III disebut kanker mammae operable. Pola operasi yang sering dipakai adalah:^{1,12,13}

1) Mastektomi radikal

Tahun 1890 Halsted pertama kali merancang dan memopulerkan operasi radikal kanker mammae, lingkup reseksinya mencakup kulit berjarak minimal 3 cm dari tumor, seluruh kelenjar mammae, m.pectoralis mayor, m.pectoralis minor, dan jaringan limfatik dan lemak subskapular, aksilar secara kontinyu enblok reseksi.

2) Mastektomi radikal modifikasi

Lingkup reseksi sama dengan teknik radikal, tapi mempertahankan m.pektoralis mayor dan minor (model Auchincloss) atau mempertahankan m.pektoralis mayor, mereseksi m.pektoralis minor (model Patey). Pola operasi ini memiliki kelebihan antara lain memacu pemulihan fungsi pasca operasi, tapi sulit membersihkan kelenjar limfe aksilar superior.

3) Mastektomi total

Hanya membuang seluruh kelenjar mammae tanpa membersihkan kelenjar limfe. Model operasi ini terutama untuk karsinoma in situ atau pasien lanjut usia.

4) Mastektomi segmental plus diseksi kelenjar limfe aksilar

Secara umum ini disebut dengan operasi konservasi mammae. Biasanya dibuat dua insisi terpisah di mammae dan aksila. Mastektomi segmental bertujuan mereseksi sebagian jaringan kelenjar mammae normal di tepi tumor, di bawah mikroskop tak ada invasi tumor tempat irisan. Lingkup diseksi kelenjar limfe aksilar biasanya juga mencakup jaringan aksila dan kelenjar limfe aksilar kelompok tengah.

5) Mastektomi segmental plus biopsy kelenjar limfe sentinel

Metode reseksi segmental sama dengan di atas. kelenjar limfe sentinel adalah terminal pertama metastasis limfogen dari karsinoma mammae, saat operasi dilakukan insisi kecil di aksila dan secara tepat mengangkat kelenjar limfe sentinel, dibiopsi, bila patologik negative maka operasi dihentikan, bila positif maka dilakukan diseksi kelenjar limfe aksilar.

Untuk terapi kanker mammae terdapat banyak pilihan pola operasi, yang mana yang terbaik masih kontroversial. Secara umum dikatakan harus berdasarkan stadium penyakit dengan syarat dapat mereseksi tuntas tumor, kemudian baru memikirkan sedapat mungkin konservasi fungsi dan kontur mammae.

b. Radiasi

Penyinaran/radiasi adalah proses penyinaran pada daerah yang terkena kanker dengan menggunakan sinar X dan sinar gamma yang bertujuan membunuh sel kanker yang masih tersisa di payudara setelah operasi. Efek pengobatan ini tubuh menjadi lemah, nafsu makan berkurang, warna kulit di sekitar payudara menjadi hitam, serta Hb dan leukosit cenderung menurun sebagai akibat dari radiasi.^{12,13}

c. Kemoterapi

Kemoterapi adalah proses pemberian obat-obatan anti kanker dalam bentuk pil cair atau kapsul atau melalui infus yang bertujuan membunuh sel kanker.

Tidak hanya sel kanker pada payudara, tapi juga di seluruh tubuh. Efek dari kemoterapi adalah pasien mengalami mual dan muntah serta rambut rontok karena pengaruh obat-obatan yang diberikan pada saat kemoterapi. Obat yang diberikan adalah kombinasi Cyclophosphamide, Metotrexate dan 5-Fluorouracyl selama 6 bulan.^{12,13}

d. Terapi hormonal

Terapi hormonal diberikan jika penyakit telah sistemik berupa metastasis jauh, biasanya diberikan secara paliatif sebelum kemoterapi karena efek terapinya lebih lama. Terapi hormonal paliatif dilakukan pada penderita pramenopause, dengan cara ovariectomy bilateral atau dengan pemberian anti estrogen seperti Tamoksifen atau Aminoglutetimid. Estrogen tidak dapat diberikan karena efek sampingnya terlalu berat.^{12,15}

Penatalaksanaan karsinoma payudara berdasarkan klasifikasinya, yaitu (PERABOI,2003):¹⁹

1) Kanker payudara stadium 0

- a. Dilakukan : BCS
- b. Mastektomi simple
- c. Terapi definitive pada T0 tergantung pada pemeriksaan blok paraffin, lokasi didasarkan pada hasil pemeriksaan imaging.

Indikasi BCS:

- T : 3 cm
- Pasien menginginkan mempertahankan payudaranya

Syarat BCS (Breast Conserving Surgery):

- Keinginan penderita setelah dilakukan inform consent.
- Penderita dapat melakukan control rutin setelah pengobatan.
- Tumor tidak terletak sentral.
- Perbandingan ukuran tumor dan volume payudara cukup baik untuk kosmetik pasca BCS.
- Mamografi tidak memperlihatkan mikrokalsifikasi/tanda keganasan lain yang difus (luas).
- Tumor tidak multiple.
- Belum pernah terapi radiasi di dada.
- Tidak menderita penyakit LE atau penyakit kolagen.
- Terdapat sarana radioterapi yang memadai.

2) Kanker payudara stadium dini/operable

- a. Dilakukan : BCS (harus memenuhi syarat di atas)
- b. Mastektomi radikal
- c. Mastektomi radikal modifikasi
- d. Terapi adjuvant :
 - Dibedakan pada keadaan : Node(-), node(+)
 - Pemberian tergantung dari :
 - ✓ Node(+)/(-)
 - ✓ ER/PR
 - ✓ Usia peminopause atau post menopause

Dapat berupa : radiasi, kemoterapi, dan hormonal terapi. Terapi adjuvan pada NODE

NEGATIVE (KGB histopatologi negative):

Menopausal status	Hormonal receptor	High risk
Pre menopause	ER (+)/ PR (+)	Ke + Tam/ Ov
	ER (-)/ PR (-)	Ke
Post menopause	ER (+)/ PR (+)	Tam + Kemo
	ER (-)/ PR (-)	Ke
Old age	ER (+)/ PR (+)	Tam + Kemo
	ER (-)/ PR (-)	Ke

Terapi adjuvan pada NODE positive (KGB histopatologi positif):

Menopausal status	Hormonal receptor	High risk
Pre menopausal	ER (+)/ PR (+)	Ke + Tam/ Ov
	ER (-) and PR (-)	Ke
Post menopausal	ER (+)/ PR (+)	Ke + Tam
	ER (-) and/ PR (-)	Ke
Old age	ER (+)/ PR (+)	Tam + Kem
	ER (-) and PR (-)	Ke

Kelompok resiko tinggi:

1. Umur
2. ER/PR negative
3. Tumor progresif (vascular, lymph Invasion)
4. High Thymidin Index

Terapi adjuvant :

1. Radiasi, diberikan apabila ditemukan keadaan sebagai berikut :

- Setelah tindakan operasi terbatas (BCS)
- Tepi sayatan dekat (T > T2) tidak bebas tumor
- Tumor sentral/medial
- KGB(+) dengan ekstensi ekstra kapsuler

Acuan pemberian radiasi, pada dasarnya diberikan radiasi lokoregional (payudara dan aksila beserta supraklavikula, kecuali :

- Pada keadaan T < T2, N0, maka tidak dilakukan radiasi pada KGB aksila supraklavikula.
- Pada keadaan tumor dimedial/sentral diberikan tambahan radiasi pada mamaria interna.
- Dosis lokoregional profilaksis adalah 50Gy, booster dilakukan sebagai berikut:
- Pada potensial terjadi residif ditambahkan 10 GY (misalnya tepi sayatan dekat tumor atau post BCS).
- Pada terdapat masa tumor atau residu post OP (mikroskopik atau makroskopik) maka diberikan booster dengan dosis 20 GY kecuali pada aksila 15 GY.

2. Kemoterapi

- a. Kemoterapi : kombinasi CAF (CEF), CMF, AC

- Kombinasi CAF (dosis C : Cyclophosphamide 500 mg/m² hari 1. A : Adriamycin = Doxorubin 50 mg/M² hari 1. F : 5 Fluoro Uracil 500 mg/m² hari 1. Interval : 3 minggu)
 - Kombinasi CEF (dosis C : Cyclophosphamide 500mg/m² hari 1. E : Epirubicin 50 mg /m² hari 1. F : 5 Fluoro Uracil 500mg/M² hari 1. Interval : 3 minggu).
 - Kombinasi CMF (dosis C : Cyclophosphamide 100 mg/m² hari 1 s/d 14. M : Metotrexate 40mg/m² IV hari 1 & 8. F : % Fluoro Uracil 500 mg /m² IV hari 1 & 8. Interval : 4 minggu).
 - Kombinasi AC (dosis A : Adriamycin. C : Cyclophosphamide)
 - Optional : (kombinasi Taxan + Doxorubycin, Capecitabine, Gemcitabine)
kombinasi Taxan + Doxorubycin
- b. Kemoterapi adjuvant : 6 siklus
 - c. Kemoterapi paliatif : 12 siklus
 - d. Kemoterapi neoadjuvant :
 - siklus praterapi primer ditambah
 - siklus pasca terapi primer
3. Hormonal terapi
- a. Macam terapi hormonal
 - Additive : pemberian tamoxifen
 - Ablative : bilateral oophorectomi (ovarektomi bilateral)
 - Dasar pemberian : 1. Pemberian reseptor ER+ PR +; ER+ PR - ; ER - PR +
 - b. Status hormonal
 - Additive : apabila ER- PR +, ER+ PR- (menopause tanpa pemeriksaan ER & PR), ER - PR +
 - Ablasi : apabila, tanpa pemeriksaan reseptor, premenopause, menopause 1-5 tahun dengan efek estrogen (+), perjalanan penyakit slow growing & intermediated growing.

3) Kanker payudara locally advanced (local lanjut)

Operable Locally advanced

- a. Simple mastektomi/MRM + radiasi kuratif + kemoterapi adjuvant + hormonal terapi
- b. Inoperable Locally advanced

- c. Radiasi kuratif + kemoterapi + hormonal terapi
- d. Radiasi + operasi + kemoterapi + hormonal terapi
- e. Kemoterapi neoadjuvant + operasi + kemoterapi + radiasi + hormonal terapi.

4) Kanker payudara lanjut metastase jauh

Prinsip dari pengobatan kanker payudara lanjut metastase jauh :

- a. Sifat terapi paliatif
- b. Terapi sistemik merupakan terapi primer (kemoterapi dan hormonal) terapi)
- c. Terapi lokoregional (radiasi & bedah)

Setelah operasi, penanganan selanjutnya disebut adjuvant therapy yang terdiri dari terapi radiasi, chemotherapy dan hormone terapi. Yang tujuannya adalah untuk membunuh sel kanker yang mungkin masih tertinggal pada saat operasi.

2.12. Prognosis

- Besarnya tumor primer.
- Banyaknya/besarnya kelenjar axilla yang positif.
- Fiksasi ke dasar dari tumor primer.
- Tipe histologis tumor/invasi ke pembuluh darah.
- Tingkatan tumor anaplastik.
- Umur/keadaan menstruasi.
- Kehamilan.

2.2 Jaminan Kesehatan

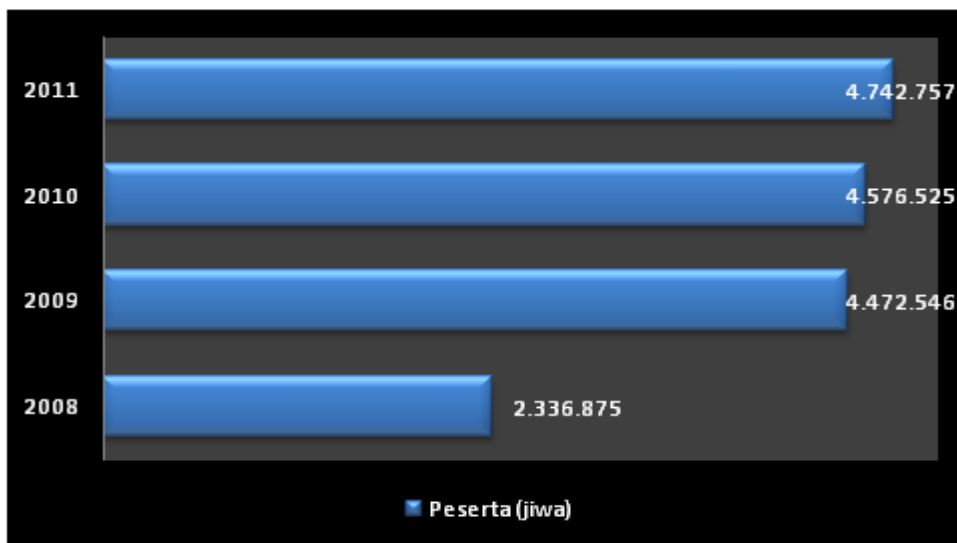
2.2.1. Pengertian

Asuransi Kesehatan menurut Breider dan Breadles, asuransi adalah suatu upaya untuk memberikan perlindungan terhadap kemungkinan-kemungkinan yang dapat mengakibatkan kerugian ekonomi.²¹

Menurut Kitab Undang-Undang Hukum dagang, asuransi adalah suatu perjanjian dimana sipenanggung dengan menerima suatu premi mengikatkan dirinya untuk memberi ganti rugi kepada tertanggung yang mungkin diderita karena terjadinya suatu peristiwa yang mengandung ketidakpastian yang akan mengakibatkan kehilangan, kerugian, atau kehilangan suatu keuntungan.²¹

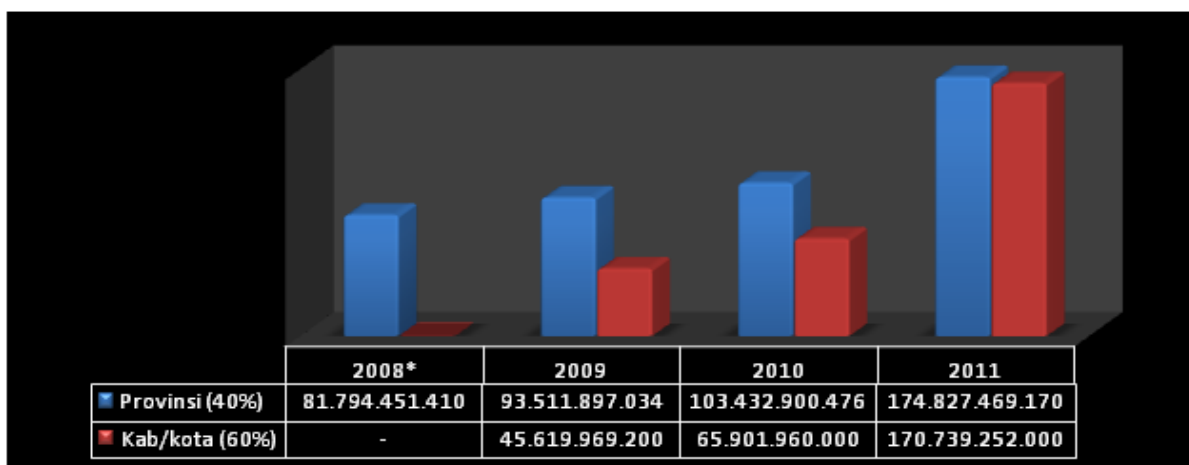
Disebut asuransi kesehatan pemerintah (*Government health insurance*), jika pengelolaan dana dilakukan oleh pemerintah. Dengan ikutsertanya pemerintah dalam pembiayaan kesehatan akan diperoleh beberapa keuntungan misalnya biaya kesehatan dapat diawasi, pelayanan kesehatan dapat distandarisasi. Tetapi disamping itu juga ditemukan juga beberapa kekurangan yang umumnya berkisar pada kurang puasnya para peserta yang kesemuanya kait berkaitan dengan mutu pelayanan yang kurang sempurna. ²²

2.2.2. Statistik Pelayanan Kesehatan Gratis

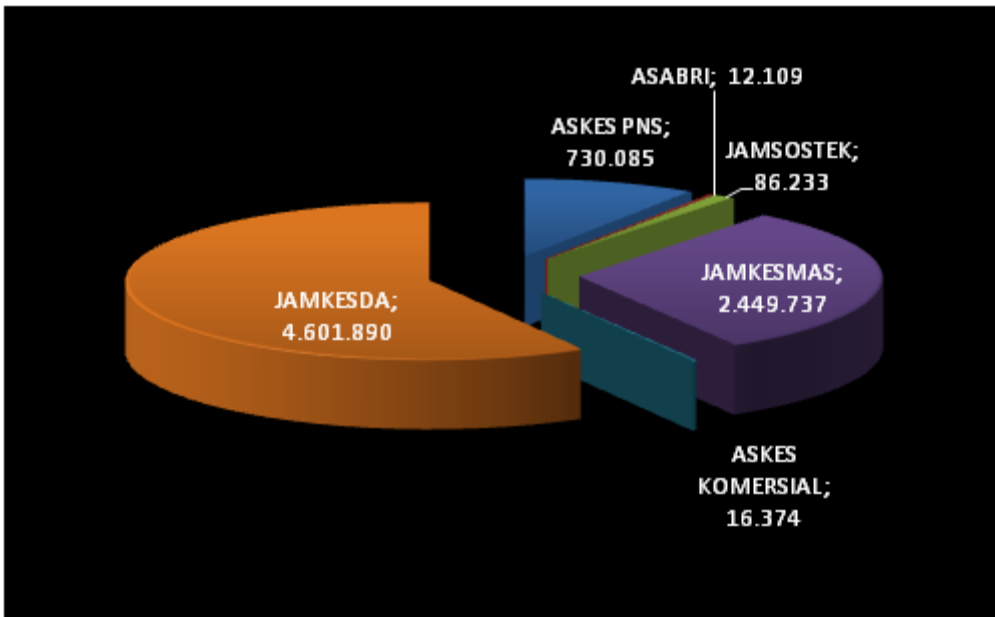


Tabel 1. Jumlah peserta Pelayanan Kesehatan Gratis 2008-2011

Dikutip dari kepustakaan ²²



Tabel 2. Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Gratis *100% tanggungjawab Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan.*Dikutip dari kepustakaan* ²²



Tabel 3. Distribusi Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2011. Dikutip dari kepustakaan²²

2.2.3. Jenis Asuransi Kesehatan Pemerintah

a. Askes (Persero)

PT Askes (Persero) merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya.²³

Adapun hak yang didapatkan sebagai peserta ASKES Sosial²³

- Memperoleh Kartu Peserta.
- Memperoleh penjelasan/informasi tentang hak, kewajiban serta tata cara pelayanan kesehatan
- Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan PT Askes (Persero), sesuai dengan hak dan ketentuan yang berlaku.
- Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor PT Askes (Persero).

Adapun jenis pelayanan kesehatan yang dijamin oleh PT ASKES (Persero) bagi peserta askes sosial²³

1. Pelayanan Kesehatan Dasar :

- Konsultasi, penyuluhan, pemeriksaan medis dan pengobatan.
- Pemeriksaan dan pengobatan gigi.
- Tindakan medis kecil/ sederhana.
- Pemeriksaan penunjang diagnostik sederhana
- Pengobatan efek samping kontrasepsi
- Pemberian obat pelayanan dasar dan bahan kesehatan habis pakai.
- Pemeriksaan kehamilan dan persalinan sampai anak kedua hidup.
- Pelayanan imunisasi dasar.
- Pelayanan Rawat Inap di Puskesmas Perawatan/Puskesmas dengan Tempat Tidur.

2. Pelayanan Kesehatan Lanjutan :

a. Rawat Jalan

- Konsultasi, pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter spesialis
- Pemeriksaan Penunjang Diagnostik : Laboratorium, Rontgen/ Radiodiagnostik, Elektromedik dan pemeriksaan alat kesehatan canggih sesuai ketentuan PT Askes (Persero).
- Tindakan medis poliklinik dan rehabilitasi medis
- Pelayanan obat sesuai Daftar dan Plafon Harga Obat (DPHO) dan ketentuan lain yang ditetapkan oleh PT Askes (Persero)

b. Rawat Inap

- Rawat Inap di ruang perawatan sesuai hak Peserta.
- Pemeriksaan, pengobatan oleh dokter spesialis.
- Pemeriksaan Penunjang Diagnostik : Laboratorium, Rontgen/ Radiodiagnostik, Elektromedik dan pemeriksaan alat kesehatan canggih sesuai ketentuan PT Askes (Persero).
- Tindakan medis operatif.
- Perawatan intensif (ICU, ICCU, HCU, NICU, PICU).

- Pelayanan rehabilitasi medis.
 - Pelayanan obat sesuai Daftar dan Plafon Harga Obat (DPHO) dan ketentuan lain yang ditetapkan oleh PT Askes (Persero)
3. Pemeriksaan kehamilan, gangguan kehamilan dan persalinan sampai anak kedua hidup.
 4. Pelayanan Transfusi Darah dan Cuci Darah.
 5. Cangkok (transplantasi) Organ.
 6. Pelayanan Canggih sesuai ketentuan PT Askes (Persero)
 7. Alat Kesehatan diberikan untuk Peserta dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. Kacamata (1 kali /2 tahun)
 - b. Gigi Tiruan (1 kali /2 tahun)
 - c. Alat Bantu Dengar (1 kali /5 tahun)
 - d. Kaki / tangan tiruan

b. Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat)

Sebagai salah satu upaya untuk pengentasan kemiskinan, Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan sejak tahun 2005 membuat Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat miskin dan tidak mampu yang disebut dengan program Askeskin. Pengelolaan Program Askeskin yang dilaksanakan oleh PT Askes (Persero) merupakan penugasan dari Pemerintah. Sejak tahun 2008, Kementerian Kesehatan merubah terminologi Askeskin menjadi Jamkesmas dengan menugaskan PT Askes (Persero) untuk mengelola manajemen kepesertaannya.²⁵

Program ini diselenggarakan secara nasional dengan tujuan untuk :²⁶

1. Mewujudkan portabilitas pelayanan sehingga pelayanan rujukan tertinggi yang disediakan Jamkesmas dapat diakses oleh seluruh peserta dari berbagai wilayah;
2. Agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin

Sasaran program mengacu kepada data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2006 dengan jumlah 19,1 juta Rumah Tangga Miskin (RTM) atau sekitar 76,4 juta jiwa.²⁵

- Orang miskin dan tidak mampu serta gelandangan, pengemis, anak terlantar serta masyarakat miskin yang tidak mempunyai identitas

- Masyarakat miskin penghuni panti – panti sosial, masyarakat miskin korban bencana pasca tanggap darurat serta masyarakat miskin penghuni Rumah Tahanan (Rutan) dan masyarakat miskin Penghuni Lembaga Pemasyarakatan (Lapas).

Adapun hak yang didapatkan sebagai peserta JAMKESMAS :

Mendapat pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawat inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat.²⁵

Pelayanan kesehatan komprehensif meliputi pelayanan yang wajib untuk pemeliharaan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya adalah :²⁵

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), dilaksanakan pada Puskesmas dan jaringannya baik dalam maupun luar gedung meliputi pelayanan :
 - a. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
 - b. Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin)
 - c. Tindakan medis kecil
 - d. Pemeriksaan dan pengobatan gigi, termasuk cabut/tambal.
 - e. Pemeriksaan ibu hamil/nifas/menyusui, bayi dan balita
 - f. Pelayanan KB dan penanganan efek samping
 - g. Pemberian obat.
2. Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), dilaksanakan pada poliklinik spesialis RS Pemerintah/BP4/BKMM, meliputi :
 - a. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/umum.
 - b. Rehabilitasi medik
 - c. Penunjang diagnostik : laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik.
 - d. Tindakan medis kecil dan sedang
 - e. Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan
 - f. Pelayanan KB, konsep efektif, kontap pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya.
 - g. Pemberian obat generik
 - h. Pelayanan darah
 - i. Pemeriksaan kehamilan dengan resiko tinggi dan penyulit

3. Pelayanan rawat inap dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III RS pemerintah, meliputi :
 - a. Akomodasi rawat inap pada kelas III
 - b. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
 - c. Penunjang diagnostik laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
 - d. Tindakan Medis
 - e. Operasi sedang dan besar
 - f. Pelayanan rehabilitasi medis.
 - g. Perawatan Intensif (ICU, ICCU, dan seterusnya)
 - h. Pemberian obat mengacu Formularium RS program
 - i. Pelayanan darah
 - j. Bahan dan alat kesehatan habis pakai
 - k. Persalinan dengan resiko tinggi dan penyulit.

3. Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah)

Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah) khususnya daerah Provinsi Sulawesi Selatan adalah Pelayanan Kesehatan Gratis yang dicanangkan sejak 1 Juli 2008 oleh Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan dan Kabupaten/Kota. Hal ini merupakan momentum yang sangat baik dan tepat dalam rangka memberikan kesempatan bagi masyarakat Sulawesi Selatan guna mengakses pelayanan kesehatan, disamping itu dapat memberi solusi terhadap masalah-masalah kesehatan yang selama ini menjadi beban pemerintah dan masyarakat serta akan memberikan sumbangan yang sangat besar bagi terwujudnya percepatan pencapaian indikator pembangunan kesehatan yang lebih baik.²²

Sebagai wujud keberpihakan Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan terhadap pembangunan kesehatan di daerah ini, telah tergambarkan dalam presentase APBD Provinsi Sulsel terhadap alokasi anggaran sector kesehatan (Tahun 2011 sebesar 14,47 %) dan hal ini membuktikan bahwa target yang diharapkan dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 sudah terlampaui yaitu minimal 10 % dari total APBD.²²

Tindak lanjut kebijakan Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan tentang Pemenuhan Hak Dasar Pelayanan Kesehatan adalah pemberian pelayanan kesehatan gratis bagi seluruh penduduk Sulawesi selatan. Pelayanan kesehatan gratis ini

dilaksanakan sejak tanggal 1 juli 2008 ditandai dengan MoU antara Pemerintah Provinsi dengan pemerintah Kab/kota tanggal 26 juni 2008 tentang sharing biaya.²²

Tujuan pelayanan kesehatan gratis ini adalah :

1. Meningkatkan akses guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal
2. Meningkatkan kualitas dan pemerataan untuk mendapatkan pelayanan yang meringankan beban penduduk dalam pembiayaan pelayanan.

Pelayanan Kesehatan Gratis adalah pelayanan kesehatan dasar dan rujukan tertentu bagi masyarakat Sulawesi selatan yang biayanya ditanggung oleh Pemerintah Daerah.²²

1. Pelayanan dasar : pelayanan kesehatan di puskesmas
2. Pelayanan rujukan : pelayanan kelas III rumah sakit
3. Masyarakat sulsel : masyarakat yang memiliki kartu identitas dan belum ditanggung oleh asuransi lain
4. Pemerintah Daerah : Pemerintah Provinsi Sulsel dan Kab/kota.

Yang berhak memperoleh Jamkesda adalah :²²

1. Seluruh penduduk Provinsi Sulawesi Selatan
2. Mempunyai kartu identitas (Kartu Peserta atau KTP/Kartu keluarga)
3. Bukan merupakan masyarakat yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lain (Askes PNS, Jamkesmas, Jamsostek, Asabri, Askes Komersial, dsb)

Jenis pelayanan yang ditanggung :

1. Rawat Jalan
2. Rawat Inap
3. UGD/Emergency
4. Pelayanan penunjang lainnya

Jenis pelayanan yang tidak ditanggung :

1. Operasi jantung, kateterisasi jantung dan pemasangan cincin jantung
2. CT scan dan MRI
3. Bedah saraf dan bedah plastic

4. Penyakit kelamin dan atau penyakit akibat hubungan seksual
5. Alat bantu kesehatan

2.3 PEMBIAYAAN PASIEN SELAMA SAKIT

Biaya *Out of Pocket* berperan penting pada tingginya beban ekonomi penderita kanker. Brown dan Yabroff menjelaskan beban ekonomi seperti kehilangan sumber penghasilan dan kesempatan bekerja berhubungan dengan penyakit kanker. Beban ekonomi diukur berdasarkan 3 cakupan biaya, yaitu : *direct cost*, *indirect cost*, dan *psychosocial cost*. Ketiga domain beban ekonomi dapat mempengaruhi kehidupan penderita kanker dan keluarganya.²⁸

1. Biaya Langsung / Direct Cost

Biaya langsung/*Direct cost* adalah biaya yang digunakan dalam perawatan kanker dan dampak sisa yang ditimbulkan. Hal ini termasuk biaya langsung medis (*direct medical cost*) seperti pembayaran biaya jasa dokter, tagihan rumah sakit dan biaya pelayanan kesehatan lainnya. Biaya tersebut dibayar oleh 3 kelompok pembayar apabila penderita memiliki asuransi dan biaya *out of pocket* oleh pasien dan keluarganya. Biaya langsung non-medis (*non-medical direct cost*) meliputi biaya kebutuhan untuk memperoleh perawatan seperti biaya transportasi ke rumah sakit atau ke tempat praktek dokter, biaya parkir dan pelayanan pengasuhan anak. Termasuk pula biaya lain yang berhubungan dengan penyakit kankernya seperti diet khusus atau pakaian yang dibeli, atau pengeluaran untuk keperluan aktifitas fisik. Biaya langsung non-medis ini sepenuhnya ditanggung oleh penderita ataupun keluarganya.²⁸

Biaya langsung juga termasuk biaya dari waktu yang digunakan oleh pasien ketika memperoleh pelayanan kesehatan. Biaya ini terkadang berdampak ataupun tidak berdampak pada pengeluaran *out of pocket*, biaya ini merupakan komponen yang penting dalam beban penyakit kanker. Sebagai tambahan, waktu bekerja yang terbuang dapat berakibat kehilangan pemasukan yang dapat mempengaruhi keputusan pengobatan selanjutnya.²⁸

2. Biaya Tidak Langsung / Indirect Cost

Biaya tidak langsung / *indirect cost* merupakan biaya waktu yang dihabiskan karena sakit, menunjukkan waktu yang tidak dapat digunakan untuk melakukan aktifitas dan kehilangan produktifitas penderita ataupun keluarganya. Saat diagnosis kanker ditegakkan, hal tersebut juga berdampak pada keputusan untuk tetap bekerja atau segera pensiun, yang

mengubah keadaan ekonomi penderita. *Indirect cost* juga meliputi kehilangan peluang seperti mendapatkan dana pensiun.²⁸

3. Biaya psikososial / *Psychosocial cost*

Biaya psikososial meliputi hilangnya kualitas hidup penderita yang diakibatkan oleh penyakit kanker. Biaya ini berkaitan dengan : cemas (anxiety), depresi, beban kanker, masalah dalam perkawinan, dan dampak hubungan sosial maupun keluarga yang negatif, dan masa depan yang tidak tentu. (NIH Public Acces)²⁸

Components of Out-of-Pocket Costs^a

TYPE OF COST	DEFINITION	APPLICATION TO THIS STUDY
Direct costs	Costs associated with medical services that are typically reimbursed (at least in part) by third-party payers; a subset of these costs are borne by the patient	Direct medical + direct nonmedical costs
Direct medical costs	The cost of medical resources consumed, such as physician visits, surgery, medical supplies, and hospitalization; includes medical professional time; may also include costs borne by the patient, such as certain household expenditures (eg, home assistance or special equipment), special diets, and clothing; includes some time costs	Hospital bills, physician visits, medications, medical second opinion, experimental treatment, visiting nurse/home health aid, prosthetics, counseling, nutrition supplies, physical/speech therapy, special equipment, herbal remedies, alternative therapy ^b
Direct nonmedical costs	The cost of nonmedical resources, such as childcare or transportation, attributable to treatment (eg, transportation for medical visits)	Childcare, transportation, restaurant meals, phone calls, hotel stays, housekeeping
Indirect costs	The value of economic resources, including wages or other income lost due to disease-related disability or premature mortality, as well as unwanted job changes	Lost income
Indirect nonmedical costs	The value ascribed to time lost from work, housekeeping, etc, by family members or friends who transport, visit, and care for patients	Caregiver survey

^a Out-of-pocket costs are self-reported payments for all non-reimbursed costs, such as coinsurance and deductibles, as well as cash outlays for services, supplies, and other items that are not covered by health insurance. Out-of-pocket costs also include the impact of lost wages [4].

^b In some instances these expenses may not be considered reimbursable medical costs.

Tabel 4. Komponen biaya *Out of Pocket*

*Dikutip dari kepustakaan*²⁸