

P R A K A R S A *Policy Brief*

Agustus 2023

Pasien Kanker di Indonesia Masih Menanggung Beban Biaya Out-of-pocket



Pesan Kunci:

- Pasien dan keluarga masih harus menanggung biaya *out-of-pocket* medis dan non medis, selama menjalani pengobatan kanker.
- JKN telah mengatur bantuan biaya katastrofik, tetapi belum mencakup kebutuhan obat dan *targeted therapy* secara keseluruhan.
- Perawatan paliatif yang dilakukan oleh *caregiver* informal sangat berperan dalam mendukung kesembuhan pasien kanker, namun belum ada kebijakan yang mendukung perawatan paliatif untuk *caregiver* informal.

Kondisi dan Penanganan Tiga Jenis Kanker dengan Prevalensi Tertinggi di Indonesia

Kanker telah menjadi masalah kesehatan secara global karena berdampak signifikan terhadap mortalitas dan morbiditas. Di tahun 2018, *Global Cancer Statistics* (GLOBOCAN) yang dikutip dari *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa terdapat 348.809 kasus kanker di Indonesia dengan total kematian mencapai 207.210 kasus. Tren ini mengalami peningkatan kasus di tahun 2020 mencapai 396.914 kasus baru penyakit kanker di Indonesia dengan jumlah kematian mencapai 234.511 kasus.

Tiga jenis kanker dengan peningkatan kasus paling tinggi di Indonesia pada tahun 2020 yakni kanker payudara (16,6 persen), kanker serviks (9,2 persen), serta kanker paru-paru (8,8 persen) (Globocan, 2020). Berdasarkan jenis kelamin, laki-laki merupakan pasien pengidap kanker paru-paru tertinggi mencapai 14,1 persen atau 25.943 kasus, sedangkan perempuan merupakan pasien pengidap kanker payudara tertinggi mencapai 30,8 persen atau 65.858 kasus, serta pengidap kanker serviks tertinggi kedua yang mencapai 17,2 persen atau 36.633 kasus.

Sejatinya, Indonesia telah memiliki kebijakan-kebijakan nasional yang berfokus pada upaya preventif penanggulangan penyakit kanker, seperti promosi kesehatan, upaya tata kelola kasus, serta deteksi dini penyakit kanker. Sebagai contoh, kebijakan mengenai Gerakan Masyarakat Hidup Sehat atau GERMAS yang telah diatur dalam Instruksi Presiden No 1 Tahun 2017. Kebijakan ini dilakukan untuk mendorong masyarakat dalam melakukan kebiasaan hidup sehat dan mencegah penyakit kanker.

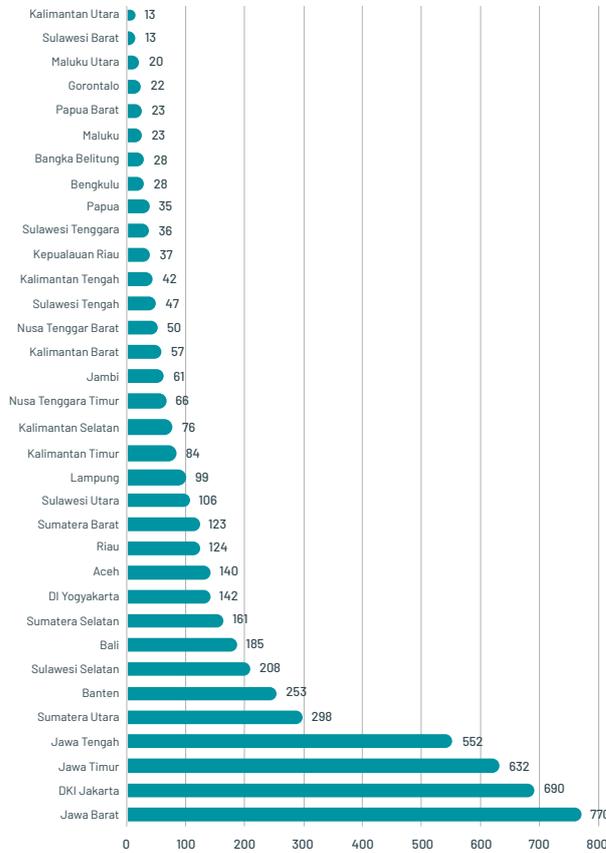
Di samping itu, terdapat pula kebijakan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS) untuk mendukung penderita penyakit kronis dalam

mencapai kualitas hidup optimal, mendorong pasien agar mendapatkan fasilitas kesehatan tingkat pertama, serta meningkatkan pengetahuan mengenai kesehatan dan pencegahan penyakit kronis khususnya pada pasien diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi. Pemerintah Indonesia juga telah melakukan upaya pencegahan penyebaran penyakit kronis tingkat 2 melalui skrining atau deteksi dini. Namun, tingkat partisipasi skrining masih sangat rendah. Wahidin dkk (2022) menemukan total perempuan yang mengikuti skrining kanker serviks dan payudara hanya 9.8% atau sekitar 3,6 juta dari total 37,4 juta wanita usia 30-30 tahun pada periode 2007-2018.

Ketimpangan akses kesehatan untuk penanganan penyakit kanker masih terjadi antar wilayah di Indonesia, terutama bagi pasien yang berasal dari luar Pulau Jawa. Pasien sulit mengakses fasilitas kesehatan, seperti rumah sakit, dokter spesialis, hingga kelengkapan alat kesehatan. Sebagai contoh sampel biopsi yang harus dikirim ke Jakarta dan pasien membutuhkan waktu untuk menunggu hasil sampel biopsi selama satu bulan akibat minimnya kelengkapan peralatan rumah sakit di daerah (PRAKARSA, 2023). Selain itu, jumlah tenaga medis dan dokter spesialis juga masih minim. Hasil penelitian PRAKARSA (2023) menemukan bahwa, berdasarkan data jumlah dokter spesialis onkologi di Indonesia sangat terbatas. Kementerian Kesehatan mencatat hanya 139 orang dokter spesialis penyakit dalam sekaligus konsultan hematologi dan onkologi di Indonesia yang tersebar di 17 provinsi (Machmudi, 2021). Dokter spesialis bedah onkologi hanya berjumlah 217 orang yang tersebar di 28 provinsi, dokter spesialis onkologi radiasi berjumlah 118 orang, serta dokter spesialis hematologi dan onkologi anak yang hanya berjumlah 80 dokter (Machmudi, 2021). Permasalahan mengenai defisit dokter onkologi radiasi juga dikonfirmasi dari penelitian yang dilakukan Hiswara (2017) dengan memproyeksikan kebutuhan 1300 orang dokter onkologi radiasi dan memerlukan sekitar 730

fasilitas pesawat radioterapi di tahun 2023—dengan asumsi tingkat pertumbuhan penduduk di tahun 2023 sebesar 1,49 persen dan proyeksi peningkatan kasus kanker baru sebesar 0,0012 kasus.

Gambar 1. Jumlah Dokter Spesialis Penyakit Dalam di Rumah Sakit Berdasarkan Provinsi di Tahun 2021



Sumber: Profil Kesehatan Republik Indonesia 2021

Pengobatan pasien kanker selama ini masih tersentralisasi di DKI Jakarta, sehingga pasien kanker di daerah harus dirujuk ke rumah sakit di Jakarta. Data dari Kementerian Kesehatan yang dikutip dari penelitian PRAKARSA (2023) mencatat bahwa dilihat berdasarkan jenis fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, di Indonesia masih didominasi oleh RS Tipe C. Terdapat 1.593 rumah sakit tipe C, rumah sakit tipe D (905 rumah sakit), tipe B (437 rumah sakit), serta hanya dua persen rumah sakit tipe A (47 rumah sakit). Sayangnya, rumah sakit tipe C tidak memiliki kelengkapan pengobatan pasien kanker yang memadai.

Biaya out-of-pocket medis dan non-medis pada penyakit kanker

Indonesia sudah menggunakan skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk meminimalisir tingginya beban ekonomi untuk penyembuhan penyakit kanker. Namun, tidak semua jenis obat penyakit kanker ditanggung dalam paket manfaat pengobatan. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan dana yang dikelola oleh BPJS Kesehatan, selaku pelaksana JKN. Laporan BPJS Kesehatan tahun 2020 mencatat total klaim penyakit kanker mencapai 3.1 triliun rupiah. Akibatnya, obat yang dibiayai harus memenuhi prinsip *cost-effectiveness* (efektivitas biaya) sesuai dengan Permenkes 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN, dimana biaya yang dikeluarkan sepadan dengan

benefit klinis yang didapatkan (Nadjib et al., 2020). Sehingga pengobatan yang ada di sistem JKN diharapkan memiliki mutu yang baik dan juga memiliki "value for money".

Paket manfaat JKN tidak menanggung seluruh obat kanker, menyebabkan pasien dan keluarganya mengalami beban finansial atau *out-of-pocket* (OOP) kesehatan. Penelitian oleh The PRAKARSA (2023) mengungkap bahwa pasien kanker paru-paru, serviks, dan payudara harus menanggung biaya *out-of-pocket*, seperti beban pengeluaran medis, pengeluaran non-medis, dan biaya tak terhitung lainnya, yakni:

Pertama, salah satu pengeluaran medis pasien kanker paru adalah *targeted therapy* yakni Avastin (Bevacizumab) yang tidak dijamin oleh BPJS kesehatan. Sebelumnya, Avastin sudah masuk ke paket manfaat hanya saja untuk indikasi mengobati kanker kolorektal metastasis. Tetapi, penelitian oleh Kristin dkk (2021) menemukan bahwa benefit klinis obat ini tidak cukup signifikan dan biayanya cukup tinggi sehingga obat ini tidak *cost-effective* dan berpotensi mempengaruhi efisiensi di sistem JKN. Sebagai contoh, pada pasien kanker paru, pasien harus membayar sebesar 14 juta rupiah untuk pembelian obat Avastin (Bevacizumab). Pasien dan keluarga harus mengeluarkan biaya sebesar 5 sampai 7 juta rupiah untuk biaya non medis seperti transportasi, akomodasi, konsumsi, dan biaya tak terduga selama satu sesi pengobatan yang dapat memakan waktu 1-2 minggu.

Kedua, pasien kanker harus melakukan pengobatan ke luar domisili tinggalnya akibat fasilitas kesehatan yang ada tidak memadai untuk penanganan penyakit kanker. Beberapa keterbatasan di fasilitas kesehatan di daerah asal pasien adalah: keterbatasan dokter spesialis dan keterbatasan teknologi untuk pemeriksaan gejala kanker, kasus seperti ini banyak terjadi pada pasien yang berasal dari luar pulau Jawa. Berdasarkan hasil penelitian dari PRAKARSA (2023) biaya transportasi yang harus ditanggung pasien dan pendamping yang berdomisili di Bangka Belitung bisa mencapai 7 juta rupiah untuk sekali pengobatan. Durasi pengobatan ini berbeda antara pasien pada satu jenis kanker dengan lainnya, seorang pasien kanker paru-paru menyatakan membutuhkan waktu satu sampai dua minggu untuk sekali berobat ke Jakarta.

Selain itu, biaya akomodasi bagi pendamping pasien yang berasal dari luar Jawa bisa mencapai 1,2 hingga 3 juta rupiah per bulan, serta uang makan sekitar 700 ribu rupiah per minggunya. Beberapa organisasi penyintas kanker dan beberapa CSO sebetulnya telah banyak membantu menyediakan layanan rumah singgah selama berobat bagi pasien maupun keluarganya. Karena keterbatasan kerjasama antara penyedia rumah singgah dengan rumah sakit, informasi terkait ketersediaan rumah singgah tidak sampai kepada pasien kanker. Biaya non medis lainnya yang perlu dikeluarkan oleh pasien adalah biaya untuk popok sekitar 1,5 juta dan biaya vitamin sebesar 50 ribu rupiah.

Ketiga, keluarga dan pasien kanker harus menghadapi beban pengeluaran yang secara tidak langsung berpengaruh. Beban ini dapat berupa kehilangan produktivitas kerja dan pendapatan, kecemasan dan gangguan psikologis bagi pasien kanker dan caregiver-nya. Hasil wawancara pada penelitian PRAKARSA (2023) menemukan bahwa pasien kanker paru-paru harus mengambil cuti sakit selama

hampir satu tahun, yang mana di tiga bulan pertama pasien mendapatkan pengurangan gaji sebesar 25 persen. Pasien juga mengungkapkan bahwa mereka harus rela untuk kehilangan pekerjaan akibat waktu untuk pengobatan bisa berminggu-minggu dan intens.

Pada konteks pasien, beban bukan hanya dari aspek ekonomi saja tetapi juga aspek psikologis yang dapat memunculkan gejala seperti kekhawatiran dan depresi, sehingga berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien. Kondisi seperti ini dikenal sebagai toksisitas finansial, dimana pasien mengalami masalah keuangan yang bukan hanya mempengaruhi status ekonomi rumah tangga, tetapi juga kualitas hidupnya (Pangestu and Rencz, 2022).

Peran *caregiver* sangat penting dalam pengobatan pasien kanker tapi kelompok ini justru tidak mendapatkan dukungan secara tepat, terutama pada aspek dukungan psikologis. Selain itu, *caregiver* umumnya tidak menyadari bahwa kondisi dirinya perlu berkonsultasi dan mendapat pertolongan secara medis. Padahal temuan PRAKARSA (2023) mengungkap *caregiver* juga merasa kerap mengalami putus asa ketika pasien tidak kunjung sembuh, selain itu *caregiver* juga takut di masa depan jika kehilangan keluarganya yang merupakan pasien kanker.

Secara umum, layanan bantuan psikologis dapat diakses oleh *caregiver* yang menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN KIS) sesuai dengan pada Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Dukungan psikologis diberikan secara berjenjang, dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) kemudian jika diperlukan penanganan lebih lanjut akan dirujuk ke Fasilitas Kesehatan (Faskes) tingkat lanjutan. Hal tersebut diakui menyulitkan bagi *caregiver* untuk berkonsultasi ke FKTP karena *caregiver* tidak mempunyai waktu luang untuk berkonsultasi di Faskes yang berbeda dengan pasien.

Pentingnya Perbaikan Kebijakan Perawatan Paliatif untuk Pasien Kanker

Perawatan paliatif merupakan upaya untuk mencegah dan meringankan penderitaan melalui identifikasi dini, pengkajian menyeluruh kondisi pasien, dan pengelolaan masalah fisik, psikososial, dan spiritual (WHO Palliative Care, 2020). Perawatan paliatif ini dilakukan dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup dari pasien kanker sampai akhir hayat mereka.

Pelaksanaan perawatan paliatif di Indonesia baru mencapai angka 1% pada pasien kanker terminal (Kemenkes RI, 2022). Pelaksanaan perawatan paliatif ini dapat dilakukan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) atau di rumah pasien, selama *caregiver* informal/profesional dapat mendampingi pasien. Kebijakan yang mengatur mengenai perawatan paliatif di Indonesia tertuang pada Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) nomor 812 tahun 2007 tentang kebijakan paliatif. Kebijakan ini baru mengatur perawatan paliatif yang dilakukan oleh *caregiver* profesional atau tenaga kesehatan saja sedangkan perawatan paliatif yang dilakukan oleh keluarga pasien masih diposisikan sebagai sasaran dari perawatan paliatif. Padahal dalam kerangka *illness trajectory* keluarga dapat menjadi *caregiver* informal yang membantu pasien menghadapi berbagai masalah akibat diagnosa kanker.

Akibatnya *caregiver* keluarga belum mendapatkan peningkatan kapasitas dalam melakukan perawatan termasuk minimnya informasi yang dapat menunjang perawatan pasien. Salah satu temuan PRAKARSA (2023) yakni keluarga pasien kanker (*caregiver*) yang menjadi informan menyatakan tidak mendapatkan informasi mengenai stase/stadium pasien kanker. Tenaga kesehatan memiliki kecenderungan untuk tidak memberitahukan informasi stase/stadium pasien bila sudah memasuki stase/stadium akhir. Padahal, informasi mengenai stase/stadium ini penting diketahui oleh pasien dan keluarganya, guna mempersiapkan perawatan paliatif dan meningkatkan kualitas hidup pasien kanker yang lebih maksimal.

Adapun tahapan melaksanakan perawatan paliatif dimulai ketika penderita kanker menerima diagnosa dari dokter dan ditetapkan sebagai pasien. Secara medis terdapat beberapa indikasi perawatan paliatif perlu dilakukan bila pasien mengalami satu atau lebih kondisi mulai dari keluhan fisik, gangguan psikologis, hingga perawatan untuk pasien stadium lanjut (Kemenkes, 2015). Perawatan paliatif ini bertujuan untuk memberikan dukungan pada pasien dengan penyakit kronis seperti kanker. Perawatan paliatif semakin diperlukan mengingat jumlah penderita kanker terus meningkat setiap tahunnya.

Berikut ini merupakan contoh bentuk perawatan paliatif yang dilakukan oleh pasangan dari pasien kanker serviks sebagai *caregiver* informal. Pasien menyatakan ketika hendak melakukan pemeriksaan, ia selalu mengalami kecemasan dan kecenderungannya sulit untuk diajak ke rumah sakit. Namun, pasangannya selalu berusaha untuk mengajak pasien tersebut pergi ke rumah sakit dengan cara tidak menganggap rumah sakit tempat yang mengerikan, tapi justru ke rumah sakit untuk berwisata, jadi pengobatan/terapi yang dilakukan tidak lagi menakutkan bagi pasien. Di samping itu, pasien kanker serviks ini juga mengalami beberapa efek samping akibat pengobatan/terapi seperti perut perih, mual, susah tidur, nafsu makan berkurang, dan pendarahan sehingga mereka tidak ingin untuk melanjutkan proses pengobatannya. Pada kondisi tersebut, pasangannya berusaha untuk membuat pasien nyaman, memberikan afirmasi positif agar pasien mau melanjutkan pengobatan/terapi. Perawatan seperti ini, tentunya dapat dikategorikan sebagai perawatan paliatif yang dilakukan oleh *caregiver* informal.

Setelah ditinjau dari temuan studi kasus di atas, alasan keluarga pasien kanker memilih perawatan paliatif dilakukan dengan skema *homecare* diantaranya: menghemat biaya perawatan, pasien lebih terbuka, dan secara psikologis berdampak positif. Sehingga perawatan paliatif yang dilakukan tidak menambah beban *direct cost* non-medis pasien (PRAKARSA, 2023). Namun, perawatan paliatif berbasis *homecare* perlu diintegrasikan dengan fasilitas kesehatan untuk menjaga mutu layanan kesehatan dan keselamatan pasien. Dengan catatan bukan memindahkan RS ke rumah saja. Lebih jauh lagi, pembiayaan untuk perawatan paliatif *homecare* ini, perlu untuk masuk dalam skema pembiayaan dalam JKN untuk pasien kanker. Sebab kebijakan yang ada saat ini hanya menanggung biaya perawatan paliatif apabila dokter secara spesifik menuliskan diagnosis perawatan paliatif bagi pasien yang dirawat di RS.

Penanggungjawab Pelaksana:

Ah Maftuchan

The PRAKARSA Executive Director

Ditulis oleh :

- Darmawan Prasetya
- Aqilatul Layyinah
- Eksanti Amalia K.W
- Eka Afrina Djamhari

Diulas oleh:

- Victoria Fanggidae
- Herni Ramdhaningrum

Didesain oleh:

Bambang Nurjaman

PRAKARSA Policy Brief adalah analisis dan rekomendasi kebijakan tentang berbagai hal krusial yang berkaitan dengan pembangunan dan kesejahteraan.



PRAKARSA

Welfare Initiative for Better Societies

Jl. Rawa Bambu I Blok A No.8-E
Pasar Minggu, Jakarta Selatan
Indonesia 12520

Phone +6221 781 1798
perkumpulan@theprakarsa.org

The PRAKARSA adalah institusi independent yang bergerak dalam bidang riset dan produksi pengetahuan, pengembangan kapasitas dan advokasi kebijakan yang berkaitan dengan pembangunan dan kesejahteraan

Pembaca dipersilakan mengutip atau mereproduksi **PRAKARSA Policy Brief** dengan menyebut sumber aslinya asalkan tidak untuk kepentingan komersial. Pandangan tulisan merupakan cerminan pemikiran dari penulis.

www.theprakarsa.org

Kesimpulan dan Rekomendasi

Kasus *out-of-pocket* masih terjadi pada pasien kanker, terutama di tiga jenis kanker dengan prevalensi tertinggi di Indonesia. Kebutuhan pasien akan obat tertentu dan *targeted therapy* membuat pasien dan keluarga harus mengeluarkan biaya tambahan yang tinggi. Bukan hanya itu, pasien kanker juga membutuhkan dukungan lainnya, salah satunya perawatan paliatif dari caregiver. *Caregiver* informal memiliki peran penting dalam mendukung perawatan pasien kanker, namun belum ada kebijakan yang mendukung *caregiver* informal.

Berdasarkan keseluruhan temuan maka dirumuskan rekomendasi kebijakan sebagai berikut:

- Kementerian Kesehatan, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/Kota dan Rumah Sakit perlu melakukan langkah-langkah untuk peningkatan fasilitas onkologi dan kualitas pelayanan onkologi serta melakukan transformasi proses rujukan, penguatan jejaring rumah sakit perawatan kanker, mendorong perluasan akreditasi rumah sakit dan rumah sakit khusus kanker yang dapat dijangkau secara mudah dan murah oleh pasien di seluruh wilayah di Indonesia.
- Kementerian Kesehatan harus meningkatkan layanan diagnosis kanker yang berkualitas dan terjangkau di seluruh wilayah Indonesia. Layanan dan fasilitas diagnosis kanker dan terapi kanker yang berkualitas dan mudah

diakses adalah kunci penyembuhan kanker

- Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota perlu memberikan bantuan biaya langsung non-medis dan biaya tidak langsung non-medis (transportasi, rumah singgah, penginapan dan lainnya) sehingga pasien kanker, penderita kanker dan keluarganya dapat menjalani proses perawatan-penyembuhan dengan baik dan paripurna
- Kementerian Kesehatan perlu mengembangkan kebijakan pemberian dukungan terhadap *caregiver* informal pasien kanker dari aspek psikososial, kesehatan dan pekerjaan
- Kementerian Kesehatan perlu mengembangkan kebijakan/program yang mengintegrasikan perawatan paliatif untuk seluruh pasien kanker di semua jenjang fasilitas kesehatan di Indonesia, tidak terbatas hanya pada pasien terminal (fase perawatan di mana kondisi pasien secara diagnostik telah dinyatakan tidak ada pilihan intervensi apapun yang dapat menolong pasien).
- Pemerintah perlu meningkatkan sosialisasi dan literasi secara massif kepada publik tentang pentingnya pencegahan kanker dan deteksi dini kanker dengan melibatkan semua pihak termasuk melibatkan organisasi masyarakat dan media massa serta memanfaatkan teknologi informasi (digital) secara optimal.

Referensi

- Gondhowirdjo, S et al., (2021). Five-Year Cancer Epidemiology at the National Referral Hospital: Hospital-Based Cancer Registry Data in Indonesia. *JCO Global Oncology*, 7, 190–203. <https://doi.org/10.1200/GO.20.00155>
- Hiswara, E. (2017). Status Terkini dan Perspektif Masa Depan Radioterapi di Indonesia. *Pertemuan dan Presentasi Ilmiah Penelitian Dasar Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Nuklir*, 47–52.
- Iragorri, N., De Oliveira, C., Fitzgerald, N., & Essue, B. (2021). The Out-of-Pocket Cost Burden of Cancer Care—A Systematic Literature Review. *Current Oncology*, 28(2), 1216–1248. <https://doi.org/10.3390/curroncol28020117>
- Kemendes RI. (2015). *Pedoman Perawatan Paliatif di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kristin, E., Endarti, D., Khoe, L. C., Taroeno-Hariadi, K. W., Trijayanti, C., Armansyah, A., & Sastroasmoro, S. (2021). Economic evaluation of adding bevacizumab to chemotherapy for metastatic colorectal cancer (mCRC) patients in Indonesia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 22(6), 1921.
- Machmudi, M. I. A. (2021, November 3). Dokter Onkologi di Indonesia Masih Sedikit dan tak Merata. *Media Indonesia*. <https://mediaindonesia.com/humaniora/444317/dokter-onkologi-di-indonesia-masih-sedikit-dan-tak-merata>
- Nadjib, M., Putri, S., & Trihandini, I. (2020). *Evaluasi Ekonomi Dibidang Kesehatan: Teori dan Aplikasi*. Universitas Indonesia Publishing.
- Pangestu, S., & Rencz, F. (2022). Comprehensive Score for Financial Toxicity and Health-Related Quality of Life in Patients With Cancer and Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Value in Health*.
- Perkumpulan PRAKARSA. (2023). *Konsekuensi Finansial Pengobatan Kanker di Indonesia: Studi Kasus Penderita Kanker di Ibu Kota Jakarta*. Jakarta: Perkumpulan PRAKARSA.
- Sultani. (2020, February 6). Langkah Pemerintah Menanggulangi Kanker di Indonesia. *Harian Kompas*. <https://www.kompas.id/baca/riset/2020/02/06/langkah-pemerintah-menanggulangi-kanker-di-indonesia/>
- Wahidin, M., Febrianti, R., Susanty, F., & Hasanah, S. R. (2022). Twelve years implementation of cervical and breast Cancer screening program in Indonesia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 23(3), 829.
- WHO (2020). *Cancer Indonesia 2020 country profile*. <https://www.who.int/publications/m/item/cancer-idn-2020>.