# Kanker Paru Di R.S. Sumber Waras

dr. P. Handojo*, dr. J.Brotohusodo**
dr. D. Sjahli**, dr. L.Sidharta**.

## Pendahuluan

Insiden tumor ganas paru di negara-negara berkembang bertambah dengan pesatnya sehingga dari suatu tumor yang jarang didapat menjadi tumor ganas yang menyebabkan kematian utama pada kaum pria (CAIRN J, 1975).
Tumor ganas ini mengenai 75—90% laki-laki, banyak pada orang tua dengan penyebab utama diduga adalah merokok dan polusi debu-debu industri (MORGAN dkk 1974).

Di Indonesia, jenis tumor ganas ini mulai dilaporkan oleh WOLFF pada tahun 1929, dan pada tahun 1927-1932, hanya terdaftar tebanyak 23 katut; kemudian TAN KING POO mengumpulkan 185 kasus dalam waktu 15 tahun dan menekankan bahwa tumor ganas paru akhir-akhir ini meningkat (TKP SECADININGRAT 1967). Kemudian berturut-turut laporan dari Surabaya sebanyak 66 kasus antara 1965—1969 (KURNADI 1971), 21 kasus dari R.S. Kariadi Semarang antara tahun 1965—1970 (TIRTOSUGONDO 1972), 44 kasus dari R.S. Persahabatan Jakarta pada tahun 1972 (RASYID 1972) dan 109 katut dari R.S. Persahabatan dalam waktu dua tahun (HADIARTO 1975).

Pada ketempatan ini akan dilaporkan penderita kanker paru yang dirawat di R.S. Sumber Warat Jakarta pada tahun 1975-1976.

## Materi dan cara kerja

Penyelidikan ini dilakukan dengan memeriksa status penderita yang dirawat di R.S. Sumber Waras pada tahun 1975 dan 1976. Keterangan klinik didapat dari status dan sebagian dari status khusus yang dibuat untuk penderita kanker paru. Penderita-penderita dengan data klinik tidak lengkap, diagnota meragukan atau tumor ganas yang diduga mungkin berasal dari metastase tumor lain tidak dimasukkan dalam laporan ini. Pemeriksaan terdiri dari pemeriksaan klinik, laboratorium, radiologik dan sitologik tputum. Bila belum didapatkan hasil yang memuaskan, maka dilakukan pemeriksaan bronchoscopi, biopsi transbronchial, biopsi transthorakal, biopsi kelenjar leher atau biopsi ditempat lainnya. Pada beberapa penderita, beberapa data klinik tak tercatat secara lengkap, dan beberapa penderita tak dapat diperiksa secara mendalam karena keadaan umum yang buruk.

Diagnosa ditegakkan secara klinik disertai pemeriksaan sitologik/histopatologik.

## Hasil

Dari hasil penyelidikan selama dua tahun, didapatkan 30 kasus penderita kanker paru. Sepuluh penderita pada tahun 1975 dan 20 penderita pada tahun 1976. Mereka terdiri dari 25 pria dan lima wanita. Dua puluh dua orang Tionghoa atau keturunan Tionghoa, lima orang Jawa, satu orang Ambon, satu orang Flores dan satu orang Sumbawa.
Penderita termuda adalah seorang wanita berumur 26 tahun dan yang tertua berumur 82 tahun dengan kelompok yang terbanyak pada umur 50—70 tahun (lihat tabel 1). Pada umumnya keluhan utama mereka berupa batuk dan sesak napas. Tiga penderita tanpa keluhan, satu ditemukan pada pemeriksaan badan rutin, dan dua ditemukan karena dirawat dengan penyakit lain. Penderita yang mengeluh sesak napas banyak pada orang tua dan menderita emfitema paru (lihat tabel 2).

**Tabel 1. Kelamin/umur penderita dengan kanker paru.**

| Umur | Laki | Wanita |
|---|---|---|
| 26 | | 1 |
| 30 — 40 | 2 | |
| 41—50 | 4 | |
| 51 — 60 | 6 | 3 |
| 61—70 | 8 | |
| 71—80 | 4 | 1 |
| Jumlah | 24 | 5 |

**Tabel 2. Macam dan lama keluhan penderita dengan kanker paru.**

| Keluhan Utama | Jumlah | Lama |
|---|---|---|
| Tidak ada | 3 | – |
| Sesak napas | 11 | 1 — 6 bulan |
| Batuk | 10 | 1/3 — 6 bulan |
| Sakit dada | 1 | 3 bulan |
| Badan lemah | 1 | 3 bulan |
| Panas | 2 | 3 — 7 bulan |
| Leher membesar | 2 | 2 bulan |

* dokter paru R S Sumber waras
** Bagian Penyakit Dalam R S Sumber Waras Jakarta

Gejala dan tanda-tanda klinik yang terdapat pada tabel 3 sebenarnya kurang lengkap, karena ada beberapa status yang kurang lengkap.

Sebagian besar penderita datang dengan tumor yang sudah meluas, bahkan beberapa orang datang dalam keadaan yang sudah sangat payah sekali. Dari sepuluh penderita dengan tumor yang terbatas pada paru hanya terdapat satu orang dengan penampang tumor kurang dari tiga cm (lihat tabel 4). Pada tiga penderita dengan tumor terbatas pada paru telah terjadi penyebaran ke kelenjar leher dan pleura selama dalam pemeriksaan.

**Tabel 3: Gejala dan tanda penderita dengan kanker paru.**

| Macam | Juml. |
|---|---|
| Batuk | 19 |
| Batuk darah | 8 |
| Sakit dada | 8 |
| Sesak | 12 |
| Serak | 4 |
| Sakit menelan | 2 |
| Pleural effusion | 8 |
| Vena Cava Sup: Syndr: | 2 |
| Clubbing | 2 |
| Phlebitis | 1 |
| Lemah | 2 |
| Mengurus | 9 |
| Panas | 3 |

**Tabel 4 : Luas tumor**

| Luas | Jumlah |
|---|---|
| Terbatas pada paru | 10 |
| Metastase kelenjar Mediastinum saja | 2 |
| Metastasis jauh | 18 |
| Kelenjar leher | 6 |
| Pleura | 8 |
| Tulang | 3 |
| Paru | 3 |
| Hati | 1 |
| Otak | 1 |

Diagnosa ditegakkan dengan pemeriksaan sitologik/histopatologik pada 21 orang, dan pada 19 orang didasarkan atas hasil-hasil klinik. Sebagian besar dari mereka pada mana diagnosa telah dibuat atas dasar klinik, memiliki keadaan umum yang sedemikian lemah sehingga tak memungkinkan melakukan pemeriksaan-pemeriksaan yang lebih mendalam (lihat tabel 5).

Pemeriksaan sitologi sputum dikerjakan selama tiga hari berturut-turut, kadang-kadang juga lebih lama. Bagi mereka yang tak dapat mengeluarkan dahak secara spontan, dirangsang dengan embun air melalui alat pengembun (nebulizer). Sputum yang jelas menunjukkan sel ganas dipakai untuk mendiagnosa penderita ini. Sputum dengan hasil sitologik yang tak pasti akan keganasannya tak dimasukkan. Pada beberapa penderita dapat ditemukan sel ganas pada sputum, cairan pleura atau biopsi kelenjar. Jenis tumor banyak ditentukan dengan pemeriksaan biopsi kelenjar, dan sitologi cairan pleura. Biopsi transbronchial dan transthorakel dapat memberikan hasil jenis tumornya tetapi disini kasusnya hanya satu saja. Dari pemeriksaan sputum, jenit tumor yang sering dapat ditentukan adalah jenit epidermoid (lihat tabel 6).

**Tabel 5 Diagnosa penderita kanker paru:**

| Diagnosa | Jumlah |
|---|---|
| Klinik | 9 |
| Sitologi sputum | 11 |
| Sitologi bilasan bronch | 1 |
| Sitologi cairan pleura | 2 |
| Biopsi transbronchial | 2 |
| Biopsi transthorakal | 1 |
| Biopsi kelenjar | 6 |
| Biopsi tulang | 1 |
| Thoracotomi | 1 |

**Tabel 6: Gambaran histopatologik penderita kanker paru.**

| Jenis | Jumlah |
|---|---|
| Epidermoid carcinoma | 6 |
| Adenocarcinoma | 7 |
| Anaplastik | 3 |
| Reticulum cell sarcoma | 1 |
| Tidak dapat ditentukan | 4 |

Penyakit yang terbanyak terdapat bersamaan dengan kanker paru adalah tuberculotis paru. Dari lima penderita, ditemukan dua orang dengan kuman M. Tuberculosis dalam dahaknya, satu orang masih dalam pengobatan dan dua orang dengan tuberculosa lama. Satu orang ditemukan pada waktu dirawat karena thrombotis cerebri dan satu orang menderita thrombotis cerebri setelah selesai pengobatan (lihat tabel 7).

**Tabel 7 Penyakit lain yang bersamaan pada penderita kanker.**

| Penyakit | Jumlah |
|---|---|
| Tuberculosa paru | 5 |
| Emphysema | 2 |
| Asthma | 1 |
| Diabetes mellitus | 1 |
| Thrombosis cerebri | 2 |
| Lain-lain | 3 |

**Tabel 8: Pengobatan penderita kanker paru:**

| Macam | Jumlah |
|---|---|
| Lobektomi | 1 |
| Radioterapi | 8 |
| Sitostatika | 4 |
| Radioterapi + Sitostatika | 1 |
| Simtomatik/Pengobatan tak dilanjutkan | 16 |

Dari 30 penderita yang dirawat ini, hanya ada dua orang yang mungkin masih dapat dilakukan tindakan pembedahan. Pada satu orang dilakukan lobektomi sedangkan yang lain menolak. Pengobatan penyinaran dengan Co 60 diberikan pada penderita dengan tumor paru yang terbatas atau yang masih dapat dijangkau dengan penyinaran. Penderita-penderita dengan metastasis jauh dan dengan keadaan umum yang baik diberikan sitostatika. Pada lima dari 16 penderita yang baru mendapatkan pengobatan penyinaran atau sitostatika, peng obatan tak dilanjutkan oleh karena keadaan umum menjadi buruk dan 11 penderita hanya menerima pengobatan simtomatik dan suportip saja. Yang mengalami lobektomi adalah seorang pria umur 74 tahun dengan hasil yang baik dan sampai sekarang masih hidup (lihat tabel 8).

Masa hidup penderita-penderita ini cukup pendek. Yang meninggal dalam waktu dua hari — dua minggu sudah lima orang, dan 15 orang sudah meninggal dalam bulan ke enam. Yang paling lama hidup adalah seorang pria dengan kanker jenis epidermoid dan mendapat pengobatan penyinaran dan BCG. Penderita ini meninggal bukan karena kanker paru tetapi karena sepsis dari ulcus dekubitus yang lama (lihat tabel 9).

Hubungan antara merokok dan kanker paru dapat dilihat pada tabel 10. Tujuh penderita tak dicatat kebiasaan merokoknya. Mereka yang merokok semuanya tergolong perokok berat (lebih dari 20 batang sehari) dan selama lebih dari 20 tahun. Jenis rokok sukar diperinci, pada umumnya serutu dan campuran rokok keretek dan rokok putih.

**Tabel 9: Lama masa hidup penderita kanker paru (Survival):**

| Lama | Juml: |
|---|---|
| 2 — 14 hari | 5 |
| 15 — 30 hari | 1 |
| 1 — 3 bulan | 5 |
| 3 — 6 bulan | 4 |
| 18 bulan | 1 |
| Yang masih hidup*) | 5 |
| Tidak diketahui | 9 |

*) Sampai Januari 1977:

**Tabel 10 : Hubungan antara merokok dan penderita kanker paru.**

| | |
|---|---|
| Merokok | 16 |
| Tidak merokok laki-laki | 2 |
| perempuan | 5 |
| Tidak diketahui | 7 |

## Pembicaraan

Agaknya penderita kanker paru yang dirawat di R.S. Sumber Waras meningkat sebanyak dua kali bila dibandingkan dengan tahun sebelumnya, tetapi terlalu pagi untuk mengatakan apakah insiden kanker paru meningkat atau karena pemeriksaan yang lebih teliti dengan dipergunakannya alat-alat yang baru. Perbandingan antara laki-laki dan wanita adalah 5 : 1 dan ini sesuai dengan laporan dari R.S. Persahabatan Jakarta. Perbandingan antara pria dan wanita ini berbeda untuk tiap-tiap negara, perbedaan yang tinggi terdapat pada negara Eropa/Amerika dan merendah pada negara Afrika dan Asia (BELCHER,JR 1971). Di Hongkong perbandingan antara pria dan wanita hanya 1 : 1,5 (NANDI, P. 1976). Perbedaan-perbedaan ini masih belum jelas sebabnya.

Dari 30 penderita hanya dua yang mungkin masih dapat dioperasi. Angka ini sangat rendah, sehingga banyak dari penderita ini tak mungkin lagi mendapat pengobatan yang dapat memberikan kesembuhan. Banyak penderita yang mengeluh begitu lama, dan diobati dengan antibiotika, tuberculostatika dan kadang-kadang dengan obat-obat rheumatik tanpa ada kemajuan, akan tetapi masih belum dipikirkan untuk dilakukan pemeriksaan yang menjurus kearah tumor ganas paru. Hal ini menunjukkan bahwa belum disadari banyak nya tumor ganas terutama pada orang tua dengan keluhan respiratorik dan perokok. Di Amerikapun kanker paru ini 75% tidak dapat dilakukan reseksi lagi(SELECKY P 1975).

Jenis kanker paru disini banyak berbentuk adenocarcinoma, disusul dengan jenis epidermoid dan baru jenis anaplastik, ini sesuai dengan jenis kanker paru yang dibedah oleh dr. TAN KING POO (TKP SECADININGRAT'67), tetapi berbeda dengan laporan dari R.S. Persahabatan, dimana jenis epidermoid sebanyak 60%, anaplastik 25%, adenocarcinoma hanya 15%. WEISS dkk (1972) mendapatkan jenis epidermoid, disusul adenocarcinoma dan smallcell carcinoma, sedangkan AUERBACH (1975) mendapatkan jenis epidermoid disusul small cell carcinoma baru adenocarcinoma pada orang-orang yang merokok.

Perlu dikemukakan disini bahwa penderita-penderita pada mana dilakukan tindakan reseksi sudah berumur 74 tahun dan operasi berhasil baik tanpa komplikasi. Dulu para ahli bedah segan untuk melakukan tindakan pembedahan pada mereka yang berumur lebih dari 70 tahun karena mortalitas yang tinggi, tetapi akhir-akhir ini faktor umur sudah tak dijadikan pertimbangan untuk tidak dioperasi (BELCHER JR 1975): Ross juga sependapat tetapi sebaiknya jangan dilakukan pneumektomi, tetapi terbatas pada lobektomi saja(Ross NM. 1976).

Penyakit yang bersamaan dengan kanker paru adalah tuberkulosa yang ditemukan pada lima orang (17%). Frequensi penderita tuberkulosa dengan kanker paru memang lebih tinggi daripada orang-orang normal. LAZO dkk (1974) mendapatkan 10% dari penderita tuberkulosa yang berumur lebih dari 40 tahun menderita tumor ganas paru. Jenis kanker yang terbanyak adalah epidermoid,kemudian undifferentiated carcinoma, adeno carcinoma dan oatcell carcinoma. Hal ini penting sekali untuk diketahui sebab insiden tuberculosa paru di Indonesia masih tinggi sehingga kemungkinan timbulnya kanker paru atau kedua penyakit itu bersamaan adalah sangat besar.

Hubungan antara merokok dan kanker paru sudah jelas sekali dan telah dibuktikan, makin lama dan makin banyak merokok kesempatan untuk menderita kanker makin besar dan telah dibuktikan pula bahwa asap rokok adalah bahan carcinogen (WYNDER 1972). Angka-angka disini adalah kecil untuk dinilai, tetapi perbandingan antara perokok dan tidak perokok pada pria adalah 16 : 2. Bila digabungkan dengan kelima wanita, maka angka itu menjadi 16 : 11. Insiden kanker paru pada wanita tidak merokok disini relatif tinggi bila dibandingkan dengan negara Barat. Pada umumnya mereka ada-

lah ibu rumah tangga yang bekerja sehari-hari di rumah. Apakah ada hubungan antara pekerjaan dapur yang penuh dengan asap dan kanker paru-paru ini masih memerlukan penelitian yang lebih lanjut.

Dari data ini maka dapat ditarik kesimpulan bahwa kanker paru yang dirawat di R.S. Sumber Waras tidak sedikit dan mungkin akan bertambah tiap tahun. Mereka biasanya ditemukan dalam stadium yang lanjut sedangkan keluhan sudah berlangsung cukup lama. Maka perlu disadari bahwa pada tiap penderita yang berumur lanjut dengan keluhan respiratorik khususnya mereka yang merokok dipikirkan akan kanker paru.

**KEPUSTAKAAN**


1. CAIRN J : Cancer problem: *American Science* 233:64, 1975.
2. MORGAN WKC, ANDREWS CE: Bronchogenic Carcinoma: *Textbook of pulmonary disease:* Little Brown and Co Boston, 1974.
3. -TKP SECADININGRAT : *Kanker paru di Indonesia:* P T Kinta, 1967.
4. KURNADI J, SANTOSO R : *Kanker paru di Surabaya:* Kongres IAPI 1971.
5. TIRTOSUGONDO : Beberapa aspek mengenai tumor ganas pada penderita R S Kariadi Semarang: *MKI* 22:56, 1972.
6. **RASYID R :** ***Naskah ilmiah lengkap Muktamar*** *IDI ke XII dan kursus penyegar dan penambah ilmu kedokteran ke VII.* PN Percetakan Negara RI Jakarta, 1972.
7. HADIARTO M : **Kanker paru dan masalah penanggulangannya.** ***Medika*** 4:33, 1975.
8. BELCHER JR : World wide differences in sex ratio of bronchial carcinoma. ***Br JDis Chest*** 65:205, 1971.
9. WANDI P, LEUNG JSM, MOK CK, ONG GB : Bronchogenic carcinoma in Hong Kong, Review of 390 cases: *Modern Medicine* 12:8, 1976.
10. SELECKY P; Current and future concept of lung cancer in UCLA conference: *Ann Intern Med* 83:93, 1975.
11. WEIS W, BOUCOUT KR, SEIDMAN H, CARNAHAN WJ : Risk of lung cancer, according to histologic type and cigarettes dosage: *JAMA* 222:799, 1972.
12. AUERBACH O, GARFINGKEL L, PARK V A: Histologic type of lung cancer in relation to smoking habit: *Chest 67:4,* 1975.
13. BELCHER JR : Changing pattern of bronchial carcinoma: *Br JDisChest* 69:247, 1975.
14. ROSE MM : How to deal with bronchogenic carcinoma in the elderly: *Geriatric* June 107, 1976.
15. WYNDER EL : Etiology of lung cancer: *Cancer* 30:1332, 1972.
16. LAZO BG, FERNER LL, SEIFF NS : A study of routin cytologic screening of cancer in 800 men consecutively admitted to tuberculosis service. *Chest 65:6,* 1974.:

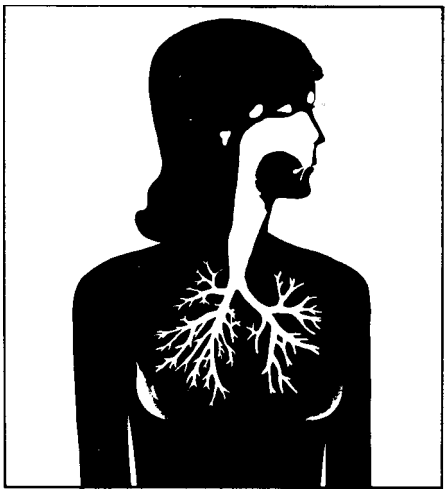


**KINI SUDAH DAPAT DIBELI**

*Buku Kumpulan Naskah Lengkap Pertemuan llmiah Tahunan Ke V, Badan Koordinasi Gastro-enterologi Anak Indonesia 9—12 Desember 1977:*

Harga Rp : 2500,— per exemplar, ongkos kirim 10%:
Peminat Dapat berhubungan dengan :
Bagian Ilmu Kesehatan Anak FK—USU
Jl. Prof H M Yamin SH No : 47
Medan.

A HIGHLY ACTIVE BACTERIOSTATIC AND BACTERICIDAL ANTIBIOTIC WITH GUARANTEED BIOAVAILABILITY



KALTHROCIN®

**THE CHOICE OF** KALTHROCIN® **MEANS CHOOSING A REALLY ECONOMICAL PRICE ERYTHROMYCIN WITH GUARANTEED BIOAVAILABILITY.**

KALTHROCIN **THE PREPARATION YOU CAN TRUST !!**

KALBE FARMA