

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSUD Panembahan Senopati adalah sarana kesehatan milik pemerintah Kabupaten Bantul yang berlokasi di Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo, Trirenggo, Bantul. Berdiri sejak tahun 1953 sebagai RS Hongeroedem. Pada tahun 1956 resmi menjadi RS Kabupaten. Tanggal 1 April 1982 diresmikan Menkes RI sebagai RSUD Kabupaten Bantul dengan tipe D. RSUD Panembahan Senopati Bantul terus meningkatkan status kelasnya sampai Keluarnya Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 142/Menkes/SK/I/2007 tentang peningkatan kelas RSUD Panembahan Senopati Bantul dari tipe C menjadi tipe B Non Pendidikan. Tanggal 14 April 2015 RSUD Panembahan Senopati Bantul telah mendapatkan Sertifikat Akreditasi dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dengan predikat “Paripurna” Bintang Lima. RSUD Panembahan Senopati merupakan Rumah Sakit tipe B serta Rumah Sakit terbesar yang ada di Kabupaten Bantul.

Penatalaksanaan pada pasien kanker di RSUD Panembahan Senopati Bantul meliputi Kemoterapi, Bedah Onkologi dan Regimen Obat. Mulai tanggal 1 November 2010 RSUD Panembahan Senopati Bantul telah membuka pelayanan baru yaitu Bedah Onkologi (Bedah tumor). Pelayanan bedah onkologi dilayani setiap hari untuk pasien dengan rawat inap (24 jam) sedangkan untuk rawat jalan dilayani setiap hari pada jam kerja. Pelayanan kemoterapi di RSUD Panembahan Senopati Bantul berada dibawah koordinasi Instalasi Rawat Jalan. Pasien yang menjalani kemoterapi akan mendapatkan beberapa jenis obat kemoterapi yang berbeda-beda pada setiap pasien yang sesuai dengan kanker dan stadiumnya.

Penelitian ini dilakukan di Bagian Rekam Medis RSUD Panembahan Senopati Bantul dengan melihat data rekam medis pasien kanker saluran cerna yang meliputi kanker kolorektum, kanker lambung dan kanker hati dari mulai

bulan Januari 2016 – bulan Juni 2018. Semua data-data penting pasien akan disimpan di bagian Rekam Medis Rumah Sakit. Pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan kanker saluran cerna yang meliputi kanker kolorektum, kanker lambung dan kanker hati sesuai dengan stadium dan kondisi pasien dengan mengacu pada poliklinik yang ada untuk pelayanan kanker serta sesuai dengan anjuran dari dokter.

2. Analisa Hasil Penelitian

Karakteristik responden pada penelitian ini dikelompokkan berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, jenis kanker, stadium kanker, jenis terapi kanker, lama terapi, dan hasil terapi kanker.

a. Karakteristik Responden

Hasil penelitian terhadap karakteristik usia pasien kanker saluran cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul disajikan pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Analisis Gambaran Responden Berdasarkan Usia pada Pasien dengan Kanker Saluran Cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul (n=49)

	Rata-rata	SD
Usia	57,55	11.719

Sumber: Data sekunder tahun 2016-2018

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa rata-rata usia pasien kanker saluran cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul adalah 57,55 tahun.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, dan Jenis Kanker Pada Pasien Kanker Saluran Cerna Di RSUD Panembahan Senopati Bantul

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	36	73,5
Perempuan	13	26,5
Pendidikan		
Tidak sekolah	3	6,1
SD	23	46,9
SMP	8	16,3
SMA	12	24,5
PT	3	6,1

Pekerjaan		
Tidak bekerja	2	4,1
Karyawan swasta	7	14,3
Wiraswasta	12	24,5
PNS	3	6,1
Buruh	14	28,6
Petani	11	22,4
Jenis kanker		
Kanker kolorektal	8	16,3
Kanker lambung	4	8,2
Kanker hati	37	75,5
Total	49	100%

Sumber: Data sekunder 2016-2018

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin di RSUD Panembahan Senopati Bantul sebagian besar adalah laki-laki sebanyak 36 pasien (73,5%). Karakteristik berdasarkan pendidikan pasien terbanyak yaitu tingkat pendidikan SD sebanyak 23 pasien (46,9%). Karakteristik pasien berdasarkan status pekerjaan yaitu buruh sebanyak 14 pasien (28,6%). Karakteristik berdasarkan jenis kanker terbanyak yaitu kanker hati sebanyak 37 pasien (75,5%).

b. Stadium Kanker Saluran Cerna

Hasil penelitian terhadap stadium kanker saluran cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul diuraikan sebagai berikut:

Tabel 4.3 Tabulasi Silang Berdasarkan Jenis Kanker dan Stadium Kanker Pada Pasien Kanker Saluran Cerna Di RSUD Panembahan Senopati Bantul

Stadium	Jenis Kanker						Total	
	Kanker Kolorektal		Kanker Lambung		Kanker Hati			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Stadium I b	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0
Stadium II a	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0
Stadium II b	0	0,0	1	2,0	0	0,0	1	2,0
Stadium II c	1	2,0	0	0,0	2	4,1	3	6,1
Stadium III a	2	4,1	0	0,0	4	8,2	6	12,2
Stadium III	0	0,0	1	2,0	23	46,9	24	49,0

b								
Stadium IV a	4	8,2	1	2,0	7	14,3	12	24,5
Stadium IV b	0	0,0	1	2,0	0	0,0	1	2,0
Total	8	16,3	4	8,2	37	75,5	49	100

Sumber: Data sekunder tahun 2016-2018

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwa stadium kanker saluran cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul terbanyak adalah stadium III B sebanyak 23 pasien (46,9%) pada kanker hati.

c. Jenis Terapi Pada Kanker Saluran Cerna

Hasil penelitian terhadap jenis terapi kanker saluran cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul diuraikan sebagai berikut:

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Terapi pada Pasien dengan Kanker Saluran Cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul

Jenis terapi	Frekuensi	Persentase (%)
Terapi single	19	38,8
Terapi kombinasi	7	14,3
Terapi suportif	23	46,9
Total	49	100,0

Sumber: Data sekunder 2016-2018

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa sebagian besar pasien kanker saluran cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul mendapatkan terapi suportif sebanyak 23 pasien (46,9%).

d. Lama Terapi Pada Pasien Kanker Saluran Cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul

Hasil penelitian terhadap lama terapi pada kanker saluran cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul diuraikan pada tabel berikut:

Tabel 4.5 Analisis Gambaran Berdasarkan Lama Terapi pada Pasien dengan Kanker Saluran Cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul

Lama terapi	Rata-rata (bulan)	SD
Lama terapi single	18,74	14,556
Lama terapi kombinasi	76,86	34,734
Lama terapi suportif	19,09	13,905

Sumber: Data sekunder tahun 2016-2018

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa pasien kanker saluran cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul mendapatkan terapi kombinasi dengan rata-rata telah menjalani terapi selama 76,86 bulan.

- e. Gambaran Hasil Terapi Pada Pasien Dengan Kanker Saluran Cerna
 Hasil penelitian terhadap hasil terapi pada pasien dengan kanker saluran cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul diuraikan sebagai berikut:.

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hasil Terapi pada Pasien dengan Kanker Saluran Cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul

Hasil terapi kanker saluran cerna saluran cerna	f	Persentase (%)
Complete response	2	4,1
Partial response	14	28,6
Stable disease	10	20,4
Progressive disease	23	46,9
Jumlah	49	100

Sumber: Data sekunder tahun 2016-2018

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukan bahwa pada pasien yang telah mendapatkan terapi kanker saluran cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul sebagian besar pasien menunjukkan hasil terapinya yaitu *progressive disease* sebanyak 23 pasien (46,9%).

Tabel 4.7 Tabulasi Silang Berdasarkan Jenis Terapi dan Hasil Terapi pada Pasien dengan Kanker Saluran Cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul

		Hasil Terapi				Total
		Complete Response	Partial response	Stable disease	Progressive disease	
Jenis terapi	Terapi single	0 0%	4 8,2%	5 10,2%	10 20,4%	19% 38,8
	Terapi kombinasi	2 4,1%	3 6,1%	1 2,0%	1 2,0%	7 14,3%
	Terapi suportif	0 0%	7 14,3%	4 8,2%	12 24,5%	23 46,9%
Total		2 4,1%	14 28,6%	10 20,4%	23 46,9%	49 100,0%

Sumber: Data sekunder tahun 2016-2018

Berdasarkan tabel 4.7 bahwa pada pasien dengan terapi suportif di RSUD Panembahan Senopati Bantul menunjukkan hasil terapi yaitu *progressive disease* sebanyak 12 pasien (24,5%).

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia pada pasien kanker saluran cerna rata-rata berusia 57,55 tahun, dengan usia pasien kanker saluran cerna paling muda adalah 38 tahun dan tertua adalah 83 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahdi (2015) bawa kebanyakan penderita kanker kolorektal adalah usia produktif (15-64 tahun) (79,49%) dengan usia termuda yang mengalami kanker kolorektal adalah 14 tahun dan usia tertua adalah 70 tahun, namun kejadian kanker kolorektal pada usia muda tampaknya mulai mengalami peningkatan pada beberapa individu. Sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Kabo (2016) dengan menjadikan distribusi sampel usia dalam 5 kelompok usia menunjukkan bahwa proporsi tertinggi pada kelompok usia 60-69 tahun sebanyak (43,6%), diikuti kelompok usia 40-49 sebanyak (25,6%), kelompok usia 50-59 sebanyak (20,6%), dan kelompok usia 30-39 dan >70 sebanyak (5,1%).

Riskesdas (2013) menyatakan bahwa prevalensi kanker akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Prevalensi kanker agak tinggi pada bayi ($0,3^{0/00}$) dan akan meningkat pada usia 15 tahun, dan tertinggi pada umur 75 tahun ($5^{0/00}$). Menurut Haryati, dkk (2013) peningkatan usia akan menyebabkan penurunan imunitas, penurunan perbaikan struktur DNA dan menyebabkan hilangnya regulasi sel yang memfasilitasi terjadinya karsinogenesis dalam tubuh. Seiring bertambahnya usia maka terjadinya akumulasi faktor risiko secara keseluruhan, kecenderungan mekanisme perbaikan sel menjadi kurang efektif seiring dengan adanya penuaan (Pradana, 2012).

b. Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis kelamin pasien kanker saluran cerna terbanyak adalah berjenis kelamin laki-laki sebanyak 36 pasien (73,5%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kabo (2016) yang menyatakan bahwa dari 39 pasien dengan kanker saluran cerna yang menjadi sampel penelitian sebanyak 64,1% berjenis kelamin laki-laki. Namun berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nainggolan (2009) menyatakan bahwa penderita kanker saluran cerna berjenis kelamin perempuan (69,4%) lebih banyak dibandingkan jenis kelamin laki-laki (30,6%).

Menurut *American Cancer Society* (2018) kanker hati lebih sering terjadi pada pria dibandingkan dengan wanita. Sedangkan menurut *Globocan* (2012) penderita kanker saluran cerna berjenis kelamin laki-laki dengan kanker kolorektal sebanyak 10,1% (746.298) kasus dan merupakan insiden kanker ke empat untuk kanker saluran cerna pada pria dan diikuti oleh kanker perut/gaster sebanyak 8,5% (631.293) kasus.

Menurut *American Cancer Society* (2018) kanker kolorektal pada pria sekitar 1 dalam 22 (4,49%) untuk wanita 1 dalam 24 (4,15%). Risiko ini sedikit lebih rendah pada wanita dibandingkan dengan pria berhubungan dengan gaya hidup yang dikaitkan dengan kanker kolorektal seperti obesitas, kelebihan berat badan (terutama yang memiliki lingkaran pinggang lebih besar) akan meningkatkan risiko kanker kolon dan rektum pada pria dan wanita tetapi paling sering pada pria. Sedangkan pada kanker lambung risiko terjadi lebih tinggi pada jenis kelamin laki-laki, yaitu sekitar 1 dari 95 dan untuk wanita sekitar 1 dalam 154.

Pada penelitian yang dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul banyak pasien dengan kanker hati seluler dengan jenis kelamin laki-laki. Menurut *American Cancer Society* (2018) karsinoma hepatoseluler lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan. Faktor risiko mengapa jenis kelamin laki-laki lebih mudah terkena kanker hati seluler dikarenakan sebagian besar karena perilaku

yang mempengaruhi beberapa faktor risiko, seperti merokok, hepatitis virus kronis, sirosis dan lain-lain.

c. Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan sebagian besar adalah SD sebanyak 23 pasien (46,9%). Berbeda dengan penelitian yang dilakukan Nainggolan (2009), bahwa pasien kanker yang berpendidikan tinggi mempunyai risiko terkena tumor/kanker saluran cerna lebih tinggi sebesar 1,88 kali dibandingkan dengan responden yang berpendidikan rendah dan menengah. Seharusnya dengan pendidikan yang relatif lebih tinggi dan kemudahan untuk akses internet akan menurunkan risiko kanker saluran cerna. Risiko terkena kanker dipengaruhi antara lain *life style* (gaya hidup), lingkungan, infeksi yang berkaitan dengan kanker serta riwayat keluarga. Pendidikan yang lebih tinggi memungkinkan juga mempunyai status sosial ekonomi lebih tinggi dibandingkan dengan status ekonomi responden yang mempunyai tingkat pendidikan rendah, dengan status sosial ekonomi yang tinggi gaya hidup seseorang dapat berubah.

Seseorang dengan pendidikan yang rendah akan memiliki gaya hidup yang tidak sehat, seperti kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, dan konsumsi makanan yang tidak sehat sehingga dapat memicu timbulnya penyakit kanker. Faktor risiko yang meningkatkan penyakit kanker saluran cerna yaitu kombinasi minum alkohol dan kebiasaan tidak sehat lainnya, seperti merokok (Nainggolan, 2009).

d. Pekerjaan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pekerjaan pasien kanker saluran cerna terbanyak adalah buruh sebanyak 14 pasien (28,6%). Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Munawaroh (2012) yang menyatakan bahwa pekerjaan terbanyak pada penderita kanker usus besar adalah wiraswasta (37,1%).

Menurut Munawaroh (2012) adanya irama kerja yang berbeda dengan waktu bekerja dapat mempengaruhi pola makan menjadi tidak

teratur ataupun jenis asupan nutrisi yang masuk ke dalam tubuh tidak dapat memenuhi kebutuhan tubuh.

e. Jenis Kanker

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis kanker saluran cerna yang paling banyak dialami oleh pasien adalah kanker hati sebanyak 37 pasien (75,5%). Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kabo (2016) menyatakan bahwa kanker saluran cerna terbanyak adalah kanker kolorektal (89,7 %), kanker anus (5,1%), kanker esofagus (2,6%), kanker duodenum (2,6%) dan kanker gaster (0%).

Menurut *World Congress On Gastrointestinal Cancer* (2010). Jenis kanker hati ada dua yaitu kanker hati primer dan sekunder. Kanker hati primer adalah kanker yang dimulai di hati, sedangkan kanker hati sekunder adalah kanker yang ditemukan dalam hati tetapi tidak berasal dari hati namun telah menyebar (bermetastasis) dari organ lain, seperti pankreas, usus besar, perut, payudara, atau paru-paru. Karena kanker ini telah menyebar dari tempat asalnya (primer). Kanker hati merupakan penyebab ketiga kematian akibat kanker pada pria dan penyebab kematian keenam pada wanita.

Pada penelitian yang dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul pasien dengan kanker hati cenderung diikuti dengan adanya kanker hati seluler dan sirosis serta adanya hepatitis. Menurut Hamilton (2013) kanker hati seluler merupakan penyakit neoplasma ganas primer hati tersering yang terdiri dari sel yang menyerupai hepatosit dengan derajat diferensiasi bervariasi, kanker hati seluler dikarenakan adanya hepatitis kronis atau sirosis. Menurut *American Cancer Society* (2018) Sirosis adalah penyakit dimana sel-sel hati menjadi rusak dan digantikan oleh jaringan parut, sedangkan hepatitis virus kronis (hepatitis B dan hepatitis C), menjadi faktor risiko paling umum untuk kanker hati adalah infeksi kronis (jangka panjang) dengan virus hepatitis B (HBV) atau hepatitis C (HCV). Infeksi ini akan menyebabkan sirosis hati dan mengakibatkan kanker hati.

Faktor risiko yang meningkatkan seseorang terkena kanker hati seperti merokok, usia, riwayat keluarga dan penyakit hati lainnya seperti hepatitis, sirosis dan lain-lain. Kanker hati lebih berisiko dikarenakan adanya sirosis (pembentukan jaringan parut dari kerusakan sel hati) dan akan meningkatkan risiko terkena kanker hati, infeksi hepatitis B kronis (bahkan tanpa sirosis) *American Cancer Society* (2018).

f. Stadium Kanker

Hasil penelitian menunjukkan bahwa stadium kanker saluran cerna sebagian besar pasien berada pada stadium kanker III B (46,9%). Stadium terbanyak di RSUD Panembahan Senopati Bantul adalah stadium III B pada kanker hati. Menurut *American Cancer Society* (2016) seringkali sulit untuk menentukan kanker hati pada stadium awal dikarenakan tanda dan gejala yang tidak muncul sampai tahap selanjutnya. Tumor kecil pada hati sulit untuk dideteksi pada pemeriksaan fisik karena sebagian besar hati tertutupi oleh tulang rusuk kanan. Pada saat tumor dapat dirasakan, kondisinya sudah cukup besar. Oleh sebab itu, stadium pada pasien kanker saluran cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul terjadi pada stadium lanjut.

Berdasarkan data dari rekam medis pasien di RSUD Panembahan Senopati Bantul, tidak menunjukkan data secara spesifik mengenai stadium yang dialami oleh pasien. Tetapi didalam data rekam medis tersebut menunjukkan adanya ukuran tumor, jumlah tumor, kondisi pasien dan klasifikasi yang dapat menunjukan stadium kanker pada masing-masing pasien tersebut, oleh sebab itu peneliti melihat respon tumor objektif dan menentukan stadium kanker berdasarkan literatur yang ada.

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Kabo (2016) mengenai stadium klinis kanker saluran cerna di RSUP Prof. dr. R. D. Kandou Manado, proses *staging* dilakukan setelah mendapatkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, yang dilengkapi dengan pendekatan laboratorium.

Menurut Cancer facts & figures (2017) stadium yang sering digunakan dalam menegakkan diagnosa kanker dengan menggunakan sistem TNM. Sistem TNM akan menilai pertumbuhan dan penyebaran kanker. Tingkat tumor primer (T), tidak adanya atau adanya keterlibatan kelenjar getah bening regional (N), dan tidak adanya metastasis atau ada metastasis jauh (M). Setelah sistem TNM ditentukan berdasarkan kondisi kanker yang ada, selanjutnya penentuan stadium 0, I, II, III, dan IV. Pada stadium 0 menjadi *in situ*, tahap I menjadi tahap awal, dan stadium IV menjadi kanker paling akhir.

Pada penelitian ini, peneliti merujuk pada sistem TNM dimana data rekam medis pasien di RSUD Panembahan Senopati Bantul menyatakan adanya TNM menunjukkan bahwa dimana (T) adalah tumor, (N) nodul dan (M) metastasis. Pada masing-masing data rekam medis pasien menunjukkan adanya jumlah tumor, diameter tumor, letak tumor dan batas tumor serta ada atau tidaknya metastasis pada kanker tersebut. Dimana hal itu yang menjadikan pedoman bagi peneliti untuk menentukan stadium berdasarkan literatur yang ada untuk memudahkan peneliti dalam menentukan stadium kanker saluran cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

Menurut *American Cancer Society* (2018) stadium kanker hati dimulai pada stadium IA dimana tumor tunggal 2 cm atau lebih kecil yang belum tumbuh menjadi pembuluh darah dan belum menyebar ke kelenjar getah bening di dekatnya atau ke tempat yang jauh. Pada stadium IB tumor tunggal lebih besar dari 2 cm yang belum tumbuh menjadi pembuluh darah dan kanker belum menyebar ke kelenjar getah bening di dekatnya atau ke tempat yang jauh. Stadium II, tumor tunggal yang lebih besar dari 2 cm yang telah tumbuh menjadi pembuluh darah, atau lebih dari satu tumor tetapi tidak lebih besar dari 5 cm di seberang dan belum menyebar ke kelenjar getah bening di dekatnya atau ke tempat yang jauh. Stadium III A, lebih dari satu tumor dengan setidaknya satu tumor lebih besar dari 5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening di dekatnya atau ke tempat

yang jauh. Stadium III B, setidaknya satu tumor (ukuran apa saja) yang telah tumbuh menjadi cabang utama dari vena besar hati (portal atau vena hepatic) dan belum menyebar ke kelenjar getah bening di dekatnya atau ke tempat yang jauh. Stadium IV A, tumor tunggal atau tumor multipel ukuran apa saja yang telah menyebar ke kelenjar getah bening di dekatnya tetapi tidak ke tempat yang jauh. Stadium IV B, tumor tunggal atau tumor multipel dari berbagai ukuran, mungkin atau mungkin tidak menyebar ke kelenjar getah bening terdekat, dan telah menyebar ke organ yang jauh seperti tulang atau paru-paru.

Gejala kanker saluran cerna tidak spesifik, bahkan pada stadium awal sering kali hanya terasa tidak enak perut, mual, kembung, dan sering bersendawa. Gejala lain adalah nyeri ulu hati, muntah darah, penurunan berat badan, perdarahan saluran cerna dan anemia, serta sulit menelan. Dikarenakan gejala yang tidak khas ini menyebabkan penegakkan diagnosis sering terlambat (Nainggolan, 2009).

2. Jenis terapi pada kanker saluran cerna

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis terapi pada pasien kanker saluran cerna terbanyak adalah terapi suportif sebanyak 23 pasien (46,9%). Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Kabo (2016) berdasarkan penatalaksanaan yang dikategorikan sebagai operasi, kemoterapi, serta operasi dan kemoterapi, didapatkan bahwa kemoterapi merupakan terapi tertinggi yang digunakan sebanyak 35,9%.

Peneliti mengkategorikan dalam 3 jenis terapi yaitu terapi single, terapi kombinasi dan terapi suportif. Terapi single yang dimaksudkan yaitu pemberian terapi yang dilakukan hanya satu jenis (hanya kemoterapi, pembedahan, ataupun radiasi). Terapi kombinasi adalah terapi yang diberikan lebih dari satu (kemoterapi + pembedahan), (pembedahan + radiasi), atau (kemoterapi + radiasi). Sedangkan terapi suportif adalah terapi yang digunakan untuk mencegah gejala yang ditimbulkan dari penyakit ataupun yang mengancam jiwa.

Pada penelitian ini, jenis terapi single yang sering dipakai di RSUD Panembahan Senopati Bantul yaitu kemoterapi. Terapi single yang dilakukan dapat berupa, kemoterapi dan pembedahan. Sedangkan untuk terapi kombinasi yang diberikan pada pasien kanker saluran cerna adalah kemoterapi dan pembedahan. Sedangkan pada terapi suportif yang sering diberikan pada pasien kanker saluran cerna adalah sesuai dengan gejala maupun keluhan yang dirasakan oleh pasien.

Pada penelitian yang dilakukan, jenis terapi suportif sering diberikan kepada pasien di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Peneliti tidak mengetahui alasan terkait terapi suportif diberikan pada pasien kanker saluran cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul karena tidak ada keterangan di dalam rekam medis pasien terkait terapi yang akan diberikan serta penelitian yang dilakukan adalah penelitian sekunder oleh sebab itu peneliti hanya terpaku pada data rekam medis saja. Menurut Malik (2018) terapi suportif adalah perawatan yang diberikan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Menurut Edib (2016) tujuan terapi suportif adalah untuk mencegah atau mengobati sedini mungkin gejala yang ditimbulkan dari penyakit, termasuk efek samping yang disebabkan oleh pengobatan atau terapi, serta masalah psikologis, sosial, dan masalah spiritual.

Menangani tanda gejala yang ada pada pasien kanker saluran cerna yang diberikan terapi suportif dengan obat untuk menangani kondisi pasien dengan memberikan obat-obatan yang sesuai dengan adanya tanda gejala yang dirasakan, seperti ranitidin, ondancetron, kalnex, esomeprazol, sucralfat, omeprazol, ketorolac, antasid, lavenir dan lain-lain.

3. Lama terapi pada pasien kanker saluran cerna

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien kanker saluran cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul rata-rata telah menjalani terapi selama 27,20 bulan. Pada terapi single rata-rata telah menjalani terapi selama adalah 18,74 bulan, pada terapi kombinasi rata-rata telah menjalani terapi selama 76,86 bulan, sedangkan pada terapi suportif rata-rata telah menjalani terapi selama 19,09 bulan.

Menurut Komite Penanggulangan Kanker Kolorektal (2017) penatalaksanaan kanker kolorektal dengan menggunakan regimen kemoterapi, pada regimen kemoterapi dibagi menjadi kemoterapi tunggal dan kemoterapi doublet. Kemoterapi tunggal dengan menggunakan Capecitabine setiap 3 minggu x 24 minggu. Pada 5-FU/ leucovorin (Roswell Park, simplified, de grammont), untuk *Roswell Park* (leucovorin 500 mg/m² IV selama 2 jam, pada hari 1, 8, 15, 22, 29 dan 36, untuk 5-FU 500mg/m² diulang setiap 8 minggu). Simplified biweekly infusional 5-FU/LV diulang selama 2 minggu sedangkan, pada Mingguan (leucovorin dan 5-FU bolus) diulang setiap minggu. Pada kemoterapi doublet, MFOLFOX6 (oxiplatin, leucovorin dan 5-FU) diulang setiap dua minggu, CapeOX (oxiplatin dan capecitabine) diulang setiap 3 minggu x 24 minggu, FOFIRI (irinocetan, leucovorin, 5-FU) diulangi setiap 2 minggu, dan IROX (oxaliplatin) setiap 3 minggu.

4. Hasil terapi pada pasien kanker saluran cerna

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil terapi pada pasien kanker saluran cerna terbanyak adalah *progressive disease* sebanyak 23 pasien (46,9%). Pada penelitian yang dilakukan oleh Gunawan (2016) menyatakan bahwa tingkat respon secara keseluruhan pada pasien dengan kanker kolorektal yang diterapi dan menggunakan kriteria *RECIST* adalah *complete response* (60,0%) untuk grup *cappecitabine* dan (66,7%) untuk grup pengobatan dengan 5-FU dan *Leukovorin*. Pada *partial respon* pada grup *cappecitabine* didapatkan (33,3%) dan pada grup 5-FU dan *Leukovorin* (20,0%). Pada *progresif disease* dengan *cappecitabine* (6,7%) dan (6,7%) grup 5-FU dan *Leukovorin*. Sedangkan untuk *stable disease* (0,0%) dengan *cappecitabine* dan pada grup 5-FU dan *Leukovorin* (6,7%).

Di RSUD Panembahan Senopati Bantul belum ada standar pengukuran yang objektif dalam penilaian respon tumor padat terutama pada tumor saluran cerna. Padahal untuk menilai respon tumor diperlukan adanya suatu standar pengukuran tumor yang objektif. Oleh sebab itu,

peneliti mengkategorikan skor *RECIST* berdasarkan data pemeriksaan dan kondisi yang dialami oleh responden dengan menggunakan kategori sembuh (*complete response*), membaik (*partial response*), menetap (*stable disease*) dan memburuk/meninggal (*progressive disease*).

Pada penatalaksanaan kanker kolorektal di RSUD Panembahan Senopati Bantul kebanyakan menggunakan kemoterapi dengan diberikan obat carboplatin, paxus, curacil, carsoplen, captopril, dan xolex avastin. Penatalaksanaan bedah pada kanker kolorektal yang dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul adalah pembedahan hemicolectomi, pembedahan reseksi 10 cm, pembedahan reseksi colon sigmoid, biopsi sigmoid, pembedahan sigmoidektomi dan pembedahan lainnya dengan hasil sembuh, membaik, menetap dan memburuk.

Pada kanker lambung terapi terbanyak yang diberikan adalah terapi suportif, dan yang lainnya diberikan terapi single berupa pembedahan *divertikum duodenum* serta ada yang diberikan terapi kombinasi berupa kemoterapi dengan diberikan obat (xeloda dan meloxicam), pembedahan dan radiasi. Sedangkan pada kanker hati terapi terbanyak yang diberikan adalah terapi suportif, kemoterapi, pembedahan hepatoseluler dan colonostomi. Berdasarkan jenis terapi dan lama terapi yang diberikan menunjukkan hasil terapi sesuai dengan kategori yang ditentukan oleh peneliti seperti sembuh (*complete response*), membaik (*partial response*), menetap (*stable disease*) dan memburuk/meninggal (*progressive disease*).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kumar (2013) menyatakan bahwa efektivitas DEB-TACE (*transarterial chemoembolization*) (TACE + Doxorubicin) dalam kombinasi dengan sorafenib pada pasien karsinoma hepatoseluler terbukti tingkat keberhasilan terapi yang tinggi berdasarkan Kriteria *RECIST* dari EASL (European Association for the Study of the Liver). Penatalaksanaan standar karsinoma hepatoseluler adalah reseksi tumor dan dianggap potensial sebagai terapi kuratif. Namun 15% dari semua kandidat reseksi biasanya muncul dengan komorbiditas, seperti

sirosis, gangguan fungsi hati, adanya lesi, dan adanya gangguan anatomis hati yang mengganggu proses reseksi.

Menurut Kumar (2013) terapi utama karsinoma hepatoseluler tergantung pada ukuran tumor, fungsi hati, dan kondisi pasien. Terapi kuratif untuk karsinoma hepatoseluler termasuk reseksi hati dan transplantasi, tetapi opsi kuratif ini hanya diterapkan pada tahap awal. Pada stadium lanjut kanker hati, terapi lokal atau sistemik diperlukan. Meskipun demikian, reseksi kanker masih memegang peranan penting dalam terapi kuratif karsinoma hepatoseluler. Namun, kekambuhan tingkat kanker hati masih tinggi, meskipun pasien telah menjalani terapi reseksi. Kemoembolisasi adalah sebuah teknik yang menggabungkan kemoterapi intra-arteri untuk menginduksi iskemia lokal pada tumor. Secara paliatif pengaturan terapi ini telah menunjukkan hasil yang cukup baik untuk menurunkan progresivitas dari penyakit kanker itu sendiri.

Trasnplantasi adalah alternatif lain terutama pada pasien dengan dekompensasi hati, sirosis, namun karena keterbatasan jumlah pendonor terapi ini umumnya kurang dilakukan. Sedangkan pada kemoterapi juga memiliki tingkat kelangsungan hidup yang rendah dan sering menyebabkan keracunan pada organ tubuh yang lain (European Association for The Study of the Liver, 2012 & Jelic, 2010).

Pada pengukuran dengan menggunakan *RECIST* tumor target harus terukur secara akurat. Pada penelitian mengenai hasil terapi pada pasien kanker saluran cerna tebanyak adalah *Progressive Disease* (PD). Menurut Eisenhauera (2009) kondisi akhir terapi pada *Progressive Disease* (PD) setidaknya terdapat peningkatan 20% dalam jumlah diameter tumor target, sebagai rujukan pada tumor dengan jumlah terkecil, sebagai tambahannya peningkatan relatif 20% dengan jumlah tumor harus menunjukkan adanya peningkatan absolut minimal sebesar 5 mm dan diharapkan dapat memberikan penilaian respon klinis yang lebih relevan pada pasien yang dilakukan terapi dengan terapi yang sesuai.

Menurut Eisenhauera (2009) metode *RECIST* digunakan untuk mengetahui adanya ukuran perubahan pada tumor merupakan evaluasi klinis yang sangat penting pada terapi kanker. Respon tumor, perkembangan tumor dan ukuran tumor menjadi progresif merupakan hal yang penting dalam berbagai uji coba klinis. Penilaian terhadap perubahan beban tumor hal penting dari evaluasi klinis pada terapi kanker. Berdasarkan empat kategori yang peneliti buat untuk memudahkan dalam menentukan hasil terapi yang dilakukan oleh pasien. Peneliti melihat hasil pemeriksaan dan hasil pencitraan dari data rekam medis pasien seperti jumlah tumor, ukuran dan diameter tumor, respon tumor, dan perkembangan penyakitnya. Oleh sebab itu, peneliti dapat menentukan stadium tumor berdasarkan Kriteria Evaluasi Respon Di Tumor Padat (*RECIST*).

Terapi bedah merupakan modalitas utama untuk kanker stadium dini dengan tujuan kuratif. Kemoterapi adalah pilihan pertama pada kanker kolorektal stadium lanjut dengan tujuan paliatif. Radioterapi merupakan salah satu modalitas utama terapi kanker rektum. Saat ini, terapi biologis (*targeted therapy*) dengan antibodi monoklonal telah berkembang pesat dan dapat diberikan dalam berbagai situasi klinis, baik sebagai obat tunggal maupun kombinasi dengan modalitas terapi lainnya. Pilihan dan rekomendasi terapi tergantung pada beberapa faktor, seperti stadium kanker, histopatologi, kemungkinan efek samping, kondisi pasien dan preferensi pasien. Kemoterapi untuk kanker kolorektal dilakukan dengan berbagai pertimbangan, antara lain adalah stadium penyakit, risiko kekambuhan dan *performance status*. Berdasarkan pertimbangan tersebut kemoterapi pada kanker kolorektal dapat dilakukan sebagai terapi ajuvan, neoajuvan atau paliatif. Terapi ajuvan direkomendasikan untuk kanker kolorektal stadium III dan stadium II yang memiliki risiko tinggi. Risiko tinggi yaitu, jumlah kelenjar getah bening yang terambil <12 buah, tumor berdiferensiasi buruk, invasi vaskular atau limfatik atau perineural; tumor

dengan obstruksi atau perforasi, dan pT4 (Komite Penanggulangan Kanker Kolorektal, 2017).

Penyakit kanker masih tergolong penyakit tidak menular yang sulit disembuhkan serta dapat mengalami perburukan kondisi (Harding et al., 2011). Perburukan kondisi tersebut dapat meningkat terutama pada pasien kanker yang menjalani prosedur invasif. Pasien kanker berisiko tinggi mengalami komplikasi. Komplikasi yang terjadi pada kanker dapat menambah penderitaan pada pasien kanker. Pasien kanker yang tengah menjalani terapi dapat merasakan dampak yang timbul akibat proses terapi. Dampak tersebut dapat menambah penderitaan bagi pasien kanker (Schmid-Buchi et al., 2011).

Pada penelitian yang dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul bahwa pada pasien kanker saluran cerna dengan terapi suportif menunjukkan hasil terapi *progressive disease* sebanyak 12 orang (24,5%). Hasil akhir terapi kanker yang dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul adalah *progressive disease* dikarenakan banyaknya kanker saluran cerna hanya dilakukan terapi suportif dengan obat untuk menghilangkan gejala yang dirasakan tanpa dilakukan terapi kanker seperti, kemoterapi, pembedahan, dan radioterapi. Kondisi tersebut akan menunjukkan perburukan pada kanker karena tidak sesuai dengan penatalaksanaan yang seharusnya dilakukan untuk pasien dengan penyakit kanker.

Tidak ada keterangan secara lengkap di rekam medis pasien mengenai alasan diberikannya terapi suportif pada pasien dengan kanker saluran cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Menurut penelitian yang dilakukan Kristanto (2017) menyatakan bahwa pasien dengan diagnosa kanker akan merasakan stres. Pasien beranggapan bahwa kanker adalah penyakit mematikan dengan angka harapan hidup yang rendah serta tidak dapat disembuhkan. Kurangnya penerimaan diri terhadap pengobatan kanker yang akan dilakukan serta kendala pada biaya pengobatan yang harus dikeluarkan selama menjalani pengobatan kanker menjadi

permasalahan serta alasan yang sering dihadapi pasien kanker dalam menjalani pengobatan kanker.

Penelitian yang dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul terhadap hasil terapi pada kanker saluran cerna, peneliti tidak dapat melihat secara lengkap mengenai hasil akhir terapi yang dilakukan pada pasien, dikarenakan tidak ada data di rekam medis yang menunjukkan hasil terapi secara lengkap. Peneliti melihat hasil akhir berdasarkan dari keterangan dokter yang ada di rekam medis. Karena dari data rekam medis hanya menyebutkan kategori *RECIST*, peneliti memodifikasi kriteria hasil terapi dari sembuh (*complete response*), membaik (*partial response*), menetap (*stable disease*) dan memburuk/meninggal (*progressive disease*).

Penentuan hasil terapi pada pasien kanker saluran cerna di RSUD Panembahan Senopati Bantul, peneliti menentukan hasil terapi dari catatan dokter terkait sembuh, membaik, menetap dan memburuk/meninggal serta melihat dari jumlah tumor target dan non-target, ukuran, dan kondisi tumor. Berdasarkan penilaian kriteria respon pada *RECIST* yang meliputi *Complete Response* (CR) dimana semua tumor target menghilang sebesar 100%, *Partial Response* (PR) setidaknya ukuran tumor target menurun sebesar 30% sampai kurang dari 100%, dan *Stable Disease* (SD) setidaknya ukuran tumor target berkurang dari 30% dan apabila ukurannya meningkat tidak lebih dari 20%, dan *Progressive Disease* (PD) pada ukuran tumor target meningkat sebesar 20% (Seymour (2017)).

C. Keterbatasan Penelitian

1. Kesulitan Penelitian

Kesulitan peneliti melakukan penelitian ini yaitu mencari referensi maupun sumber yang berkaitan dengan penelitian hasil terapi kanker pada pasien kanker saluran cerna berdasarkan Kriteria Evaluasi Respon Di Tumor Padat (*RECIST*). Kemudian tidak dikontrolnya terapi maupun hasil terapi yang diterima oleh pasien juga akan mempengaruhi hasil penelitian. Dalam data rekam medis tidak menunjukkan kategori

terkait dengan penilaian *RECIST*. Kurang lengkapnya hasil pemeriksaan dan hasil pencitraan sehingga menyulitkan peneliti dalam melakukan penelitian terkait hasil terapi.

2. Kelemahan Penelitian

Kelemahan penelitian ini terletak pada jumlah responden yang dibutuhkan peneliti kurang dari sampel yang ditetapkan dan akan mempengaruhi hasil dari penelitian. Penelitian ini menggunakan data sekunder berupa catatan medis sehingga peneliti tidak dapat melihat secara langsung kondisi pasien kanker saluran cerna. Pada penelitian sekunder peneliti hanya dapat menganalisis apa yang sudah terjadi pada kondisi di lapangan sehingga peneliti tidak bisa melakukan pengembangan dalam mendapatkan informasi yang lebih dalam dan hanya terpaku pada data rekam medis saja.