

Karsinoma Kolon Sigmoid dengan Metastasis Hepar: Analisis Klinis, Diagnostik, dan Penatalaksanaan

Iffatunnada Khalishah¹, Yusmaidi Fathurrahman², George Pestalozi³

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Departemen Bedah, Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Abdoel Moloek Provinsi Lampung

Abstrak

Kanker kolorektal adalah salah satu kanker paling umum yang menyerang kolon atau rektum, dengan prevalensi yang terus meningkat. Di Indonesia, kanker ini menduduki peringkat keempat dengan lebih dari 34.000 kasus baru pada tahun 2020. Faktor risiko utama kanker kolorektal meliputi pola makan tinggi lemak dan rendah serat, usia di atas 50 tahun, serta riwayat keluarga dengan kanker kolorektal. Gejala yang sering muncul antara lain perubahan pola buang air besar, darah dalam tinja, nyeri perut, dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan. Pada kasus yang lebih lanjut, dapat terjadi obstruksi usus atau metastasis ke organ lain, termasuk hati. Artikel ini mengulas sebuah kasus pasien perempuan usia 57 tahun yang datang dengan keluhan kesulitan BAB disertai darah dalam tinja, nyeri perut, dan penurunan berat badan. Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, serta pemeriksaan penunjang lainnya seperti kolonoskopi dan histopatologi, didiagnosis adanya kanker kolorektal dengan metastasis hati. Penanganan dilakukan dengan terapi cairan, pengobatan simptomatik, dan pembedahan *Hartmann procedure* untuk pengangkatan massa kolon sigmoid. Prognosis pasien dipengaruhi oleh stadium kanker, dengan stadium lanjut memiliki prognosis yang buruk. Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan mengenai kanker kolorektal dan menekankan pentingnya deteksi dini serta pendekatan multidisipliner dalam penanganan kanker kolorektal.

Kata Kunci: Diagnosis, gejala, karsinoma kolon sigmoid, prognosis, tatalaksana

Sigmoid Colon Carcinoma with Liver Metastasis: Clinical Findings, Diagnosis, and Management

Abstract

Colorectal cancer is one of the most common cancers affecting the colon or rectum, with prevalence continuing to increase. In Indonesia, this cancer is ranked fourth with more than 34,000 new cases in 2020. The main risk factors for colorectal cancer include a diet high in fat and low in fiber, age over 50 years, and a family history of colorectal cancer. Symptoms often involve changes in bowel patterns, blood in the stool, abdominal pain, and unexplained weight loss. In more advanced cases, intestinal obstruction or metastasis to other organs, including the liver, may occur. This article reviews a case of a 57-year-old female patient who came with complaints of difficulty defecating accompanied by blood in the stool, abdominal pain, and weight loss. Based on the results of physical examination, laboratory, and other supporting examinations such as colonoscopy and histopathology, colorectal cancer with liver metastases was diagnosed. Treatment is carried out with fluid therapy, symptomatic treatment, and Hartmann procedure surgery to remove the sigmoid colon mass. A patient's prognosis is influenced by the stage of the cancer, with advanced stages having a poor prognosis. This research aims to increase knowledge about colorectal cancer and emphasize the importance of early detection and a multidisciplinary approach to treating colorectal cancer.

Keywords: Colorectal cancer, diagnosis, management, prognosis, symptoms

Korespondensi: Iffatunnada Khalishah, alamat Jl. H. Soleh 2 no 14B Kebon Jeruk Jakarta Barat, Kode pos 11560, HP. 085883566070, e-mail iffatunnada@gmail.com

Pendahuluan

Kanker adalah penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan sel-sel abnormal yang dapat berkembang secara tidak terkendali, serta memiliki kemampuan untuk menyebar dan menyerang jaringan tubuh lainnya.¹ Secara nasional, prevalensi kejadian kanker penduduk Indonesia di tahun 2013 mencapai 1,4% atau

sekitar 347.792.² Kanker kolorektal merupakan jenis tumor ganas yang berasal dari jaringan epitel pada kolon atau rektum. Kolon terletak di bagian proksimal usus besar, sedangkan rektum berada di bagian distal, sekitar 5-7 cm di atas anus. Kolon sendiri terbagi menjadi empat bagian: kolon asenden, kolon transversum, kolon desenden, dan kolon sigmoid.³

Menurut data dari *Global Cancer Observatory* pada tahun 2020, terdapat 1.931.590 kasus baru kanker kolorektal di seluruh dunia, menjadikannya sebagai jenis kanker dengan kasus terbanyak ketiga setelah kanker payudara dan kanker paru-paru, dengan total kematian mencapai 919.010 kasus. Di Indonesia, kanker kolorektal menempati peringkat keempat setelah kanker payudara, kanker serviks, dan kanker paru-paru, dengan 34.189 kasus baru dan 17.786 kematian pada tahun yang sama. Kasus kanker kolorektal lebih banyak ditemukan pada pria dibandingkan wanita, dengan 21.764 kasus pada pria dan 12.425 kasus pada wanita di tahun 2020.⁴

Beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya kanker kolorektal meliputi faktor yang dapat di modifikasi dan yang tidak dapat dimodifikasi seperti diet tinggi lemak dan rendah serat, usia di atas 50 tahun, riwayat keluarga yang terkena kanker kolorektal, serta kondisi medis seperti familial polyposis coli, sindrom Gardner, sindrom Turcot, sindrom poliposis juvenil, sindrom *Peutz-Jeghers*, sindrom Muir, penyakit radang usus (*inflammatory bowel disease*), kolitis ulseratif, dan penyakit Crohn. Faktor-faktor ini memiliki kontribusi besar terhadap peningkatan angka kejadian kanker kolorektal. Beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan kanker kolorektal antara lain merokok, pola makan yang tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, dan konsumsi alkohol. Gejala yang sering muncul pada penderita kanker kolon meliputi perubahan pola buang air besar, seperti diare, konstipasi, dan penyempitan tinja yang berlangsung lebih dari satu hari. Penderita juga sering merasakan dorongan kuat untuk buang air besar, perdarahan pada daerah rektum, darah pada tinja, kram atau nyeri perut, kelelahan yang berlebihan, serta penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan.²

Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk membantu mendiagnosis kanker kolorektal meliputi biopsi, pemeriksaan antigen karcinoembrionik (CEA) sebagai penanda serologi untuk memantau kanker, pemeriksaan rektal digital, barium enema, endoskopi, serta teknik pencitraan seperti CT scan, MRI, dan endoskopi ultrasonografi (EUS).⁵

Tatalaksana yang dapat dilakukan tergantung pada beberapa faktor antara lain hasil histopatologi, stadium kanker, dan kondisi pasien. Terapi yang dapat dilakukan yaitu operasi pembedahan, terapi endoskopi, kemoradioterapi neoadjuvan dan terapi biologis.⁶ Kemoterapi yang dapat diberikan salah satunya yaitu pemberian Oxaliplatin. Namun, pemberian obat ini dapat memberikan efek samping toksisitas hematologi seperti anemia, leukopenia dan trombositopenia. Dari salah satu penelitian yang dilakukan mengenai efek pengobatan kemoterapi ajuvan Oxaliplatin, didapatkan adanya efek myelosupresi yang ditunjukkan dengan adanya penurunan kadar hemaglobin.⁷

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulisan dari laporan kasus ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan mengenai definisi, epidemiologi, etiologi, patofisiologi, klasifikasi, gejala klinis, dan penegakan diagnosis, maupun tatalaksana kanker kolorektal.

Kasus

Pasien dengan nama Ny. SP berjenis kelamin perempuan usia 57 tahun datang ke IGD RSUD Abdul Moloek dengan keluhan utama berupa kesulitan BAB dan BAB berdarah sejak 1 bulan sebelum masuk rumah sakit (SMRS). 2 bulan SMRS, pasien mengeluhkan nyeri pada perut seperti mules-mules yang sifatnya hilang timbul. Pasien juga mengeluhkan gangguan BAB, terkadang BAB cair (>5x/hari) dan 1 bulan ini mulai mengeluhkan kesulitan untuk BAB. Kemudian pasien dibawa berobat ke dokter dan diberi obat, namun tidak ada perbaikan. Keluhan mual, muntah, dan demam disangkal. BAK Normal.

Kemudian, 1 bulan SMRS, pasien mengeluhkan BAB bercampur darah, mual, penurunan nafsu makan, dan penurunan berat badan sebesar 10 kg dalam waktu sekitar 3 minggu. Lalu pasien dibawa ke Rumah Sakit di daerahnya dan akhirnya dirujuk ke RSAM karena tidak ada perubahan dan memerlukan perawatan lanjutan. Pasien masih mengalami nyeri pada perut kanan bawah yang sifatnya terus menerus, dan terasa melilit. Pasien mengatakan sulit BAB, hanya 1 kali dalam seminggu dan fesesnya sedikit, kecil-kecil seperti kotoran kambing (warna feses

kuning-hitam). Pasien memiliki kebiasaan mengejan ketika BAB. Keluhan muntah, batuk, pilek, demam, dan gangguan BAK disangkal. Pasien baru pertama kali mengeluhkan hal ini.

Keluarga pasien tidak ada yang mengalami keluhan yang sama. Riwayat hipertensi, diabetes melitus, asma, penyakit jantung, penyakit ginjal disangkal oleh pasien dan keluarga. Pasien tidak pernah merokok, namun pasien sering makan makanan yang pedas dan memiliki kebiasaan makan terlambat.

Telah dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil keadaan umum tampak sakit sedang, berat badan 38 kg, tinggi badan 156 cm dengan indeks massa tubuh 15,6 kg/m² dengan interpretasi *underweight*. Tingkat kesadaran pasien compos mentis (E4V5M6), tekanan darah 131/88, frekuensi nadi 77x/menit, suhu 36,2°C, frekuensi napas 18x/menit, dan saturasi oksigen 98% *room air*. Pada pemeriksaan status generalis kepala didapatkan rambut berwarna hitam dengan persebaran merata, lesi (-), ditemukan konjungtiva anemis pada kedua mata, tidak ditemukan sklera ikterik, maupun mata cekung. Telinga, hidung, mulut, dan leher dalam batas normal.

Pada pemeriksaan thoraks didapatkan hasil normochest, retraksi dinding dada (-), lesi (-), ekspansi dinding dada positif simetris pada lapang paru dextra dan sinistra. Pemeriksaan perkusi didapatkan sonora pada seluruh lapang paru, dan pada auskultasi didapatkan bunyi pernapasan vesikuler dan bunyi jantung I dan II normal tanpa suara jantung tambahan. Pada pemeriksaan abdomen terlihat abdomen datar, tidak ditemukan adanya *darm contour* maupun *darm steifung*. Bising usus 5x/menit, pada pemeriksaan perkusi didapatkan redup pada regio epigastrium dan hipokondrium dengan terabanya massa di ¼ bawah regio hipokondria dan bagian lumbal dekstra dengan kesan tidak terfiksir, *mobile*, dan nyeri (-). Pada pemeriksaan ekstremitas superior dan inferior didapatkan akral hangat, CRT <2 detik, dan tidak didapatkan edem. Pada pemeriksaan *rectal toucher* didapatkan tonus otot spincter ani baik, tidak teraba massa, nyeri tekan minimal, mukosa licin, dan pada sarung tangan didapatkan

adanya darah minimal, lender (+), feses (+), warna kuning bercampur darah.

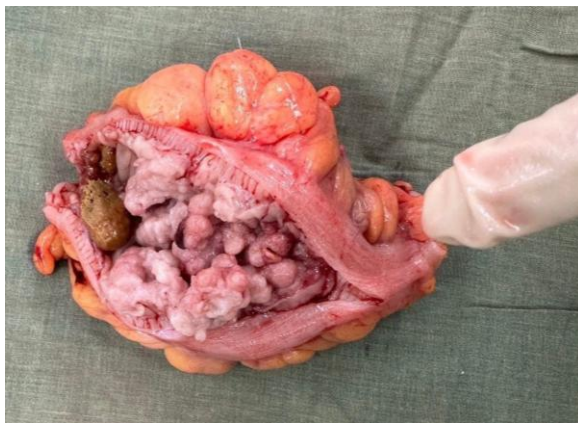
Pasien juga dilakukan pemeriksaan pemeriksaan penunjang berupa laboratorium, ultrasonografi abdomen, radiologi X-ray thorax, kolonoskopi, dan histopatologi jaringan kolon. Pemeriksaan laboratorium memberikan hasil Hemoglobin pasien 9,9 g/dL; MCV 96 fl; dan MCH 30 pg yang menandakan adanya anemia normositik normokrom. Leukosit pasien 12.100/uL (leukositosis); eritrosit 3,3 juta/uL; dan trombosit 446.000/uL. Didapatkan peningkatan SGOT sebesar 40 U/L; SGPT 30 U/L (normal); GDS 172 mg/dL; Creatinine 1,23 mg/dL; Natrium 132 mmol/L; Kalsium 7,73 mg/dL; dan kalium 3,12 mmol/L yang menandakan adanya *imbalance electrolyte*.

Pada X-ray thorax (12/11/2024) didapatkan gambaran corakan bronkovaskular normal; sinus costophrenicus lancip; diafragma regular; dan CTR 0,5 dengan kesan Pulmo dan besar Cor normal, serta adanya atherosclerosis arcus aorta. Pada USG Abdomen (29/10/2024), didapatkan kesan sugestif Massa Rectosigmoid berukuran 6,7 cm x 4,8 cm x 5,3 cm; Sugestif Multiple Hepatoma di lobus dextra segmen V, VI, VII, VIII berukuran 12,2 cm x 7,4 cm x 4,8 cm; 4,9 cm x 5,1 cm; dan 4,6 cm x 4,1 cm dd Metastasis Hepar; Tak tampak kelainan pada VF, Lien, Pankreas, Renal kanan dan kiri, VU, serta Uterus; dan Tak tampak limfadenopati paraaorta.

Pasien juga dilakukan pemeriksaan kolonoskopi (10/12/2024) dengan hasil pada anorectal tampak hemorroid interna; pada kolon sigmoid 25 cm *anocutaneous line* tampak massa berbenjol, rapuh, dan menutupi lumen. Hal tersebut memberikan kesan hemorroid interna dan massa kolon a/r sigmoid dd/ malignansi. Kemudian dilakukan operasi menggunakan *Hartman procedure + adhesiolisis*, diambil jaringan dari kolon sigmoid dan dilakukan pemeriksaan biopsi histopatologi didapatkan hasil berupa adanya tubular, adenoma, *high grade dysplasia*.

Dari hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik pada Ny. SP, didapatkan diagnosis kerja Hemorroid interna dengan Susp. Ca Colorectal dengan diagnosis banding *Crohn disease*; colitis

ulseratif; dan *lymphoma small intestine*. Tatalaksana yang diberikan pada pasien antara lain terapi cairan IVFD NaCl 0,9% 500cc/8 jam (20 tpm makro); Injeksi ranitidine 1 amp/12 jam; Ketorolac drip 1 amp/8 jam; Injeksi asam tranexamat 1 amp/8 jam. Selain itu, pasien juga dikonsultasikan ke bidang bedah digestif untuk tatalaksana lanjut. Dilakukan operasi menggunakan *Hartman procedure + adhesiolisis* diambil jaringan dari kolon sigmoid kemudian dilakukan pemeriksaan lanjutan histopatologi dan didapatkan hasil berupa adanya tubular, adenoma, *high grade dysplasia*.



Gambar 1. Massa Kolon Sigmoid

Prognosis pada kanker kolorektal pada *quo ad vitam, functionam, dan sanationam* adalah Dubia ad Malam.

Pembahasan

Usus besar terdiri dari kolon (asenden, transversum, dan desenden), sekum, apendiks, dan rektum. Bagian akhir kolon merupakan kolon sigmoid yang berbentuk huruf “S”. Usus besar merupakan lanjutan dari usus halus dengan lapisan dasar yang juga mirip dengan usus halus (mukosa, submukosa, muskularis, dan membrane adventitia).

Studi kasus ini dilakukan pada pasien dengan nama Ny. SP berjenis kelamin perempuan usia 57 tahun, diagnosis kanker kolorektal ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang pada pasien. Pada anamnesis, pasien datang dengan keluhan utama berupa kesulitan BAB dan BAB berdarah

sejak 1 bulan sebelum masuk rumah sakit (SMRS), disertai gangguan BAB. Keluhan mual, muntah, dan demam disangkal. BAK Normal. Pasien juga mengalami penurunan berat badan sebesar 10 kg dalam waktu sekitar 3 minggu. Pasien juga mengalami nyeri pada perut kanan bawah yang sifatnya terus menerus, dan terasa melilit. Pasien memiliki riwayat BAB kecil-kecil seperti kotoran kambing (warna feses kuning-hitam). Keluarga pasien tidak ada yang mengalami riwayat penyakit kanker. Gejala ini sesuai dengan gejala kanker kolorektal (KKR) yaitu adanya diare, nyeri perut, terdapat darah maupun lender pada tinja. Gejala tersebut memang mirip dengan disentri, namun tidak membaik walaupun sudah diberikan pengobatan untuk disentri.

Dari pemeriksaan fisik didapatkan hasil keadaan umum tampak sakit sedang; status gizi *underweight*; tingkat kesadaran pasien compos mentis (E4V5M6), dan tanda-tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan status generalis kepala (mata, telinga, hidung, mulut) dan leher dalam batas normal. Pada pemeriksaan thoraks didapatkan hasil normochest dan pemeriksaan abdomen terlihat adanya abdomen datar, tidak ditemukan adanya *darm contour* maupun *darm steifung*. Bising usus 5x/menit (normal), pada pemeriksaan perkusi didapatkan redup pada regio epigastrium dan hipokondrium dengan terabanya massa di $\frac{1}{4}$ bawah regio hipokondria dan bagian lumbal dekstra dengan kesan tidak terfiksir, *mobile*, dan nyeri (-). Pada pemeriksaan ekstremitas superior dan inferior dalam batas normal. Pada pemeriksaan *rectal toucher* didapatkan tonus otot spincter ani baik, tidak teraba massa, nyeri tekan minimal, mukosa licin, dan pada sarung tangan didapatkan adanya darah minimal, lender (+), feses (+), warna kuning bercampur darah.

Kanker Kolorektal (KKR) merupakan keganasan atau neoplasma yang muncul dari jaringan usus besar, salah satunya adalah kolon. Berdasarkan *American Cancer Society*, kanker merupakan kondisi yang ditandai adanya pembelahan sel tak terkendali (abnormal). Hal tersebut lah yang menjadi dasar terjadinya KKR. Kanker kolorektal awalnya tubuh dari sel non-kanker seperti polip yang dapat berkembang

dalam jangka waktu lama (10-20 tahun) pada usus besar hingga rectum. Kolon dapat dibagi menjadi bagian kanan (sekum, kolon asenden, dan 2/3 kolon transversal) dan kiri (1/3 kolon transversal, kolon desenden, dan sigmoid). Bagian kolon sebelah kiri lebih sempit, sehingga sering menyebabkan obstruksi. Bagian yang paling umum terjadinya obstruksi akibat adanya pertumbuhan massa (kanker kolorektal) adalah kolon sigmoid (75%) dengan presentase perforasi sebesar 70%. Oleh karena itu, gejala yang sering muncul pada pasien yang mengalami KKR salah satunya mirip seperti keluhan obstruksi, seperti sulit BAB, perubahan BAB, nyeri perut, mual, muntah, dan pembesaran perut.⁷

Etiologi maupun faktor resiko terjadinya kanker kolorektal adalah paparan zat karsinogenik (UV, karsinogen kimia, karsinogen fisika maupun biologis) yang kronis; hereditas; faktor diet; kelainan usus non-karsinoma; dan parasitosis. Seseorang yang memiliki riwayat terkena kanker pada keluarga, tingkat risikonya akan meningkat 3 kali lipat. Diet rendah serat dan tinggi lemak diduga bisa meningkatkan risiko terjadinya kanker kolorektal, karena serat berfungsi melindungi sel tubuh dan mengurangi paparan terhadap karsinogen. Kelainan usus seperti colitis ulseratif kronis, poliposis, dan adenoma meningkatkan risiko terjadinya KKR. Parasitosis yang banyak berkembang menjadi kanker usus adalah skistosomiasis.⁸

Patogenesis KKR dipercayai akibat adanya perubahan pada gen seperti APC, tp53, dan TGF- β (jalur penekanan tumor). APC merupakan komponen dari kompleks degradasi protein β -catenin, yang mengatur proteolisis. Mutasi pada gen APC dapat menyebabkan poliposis adenomatosa familial, yang hampir 100% berisiko mengarah pada KKR pada usia 40 tahun. Inaktivasi Tp53 sering ditemukan pada transisi dari adenoma besar menjadi karsinoma invasif. Pada banyak kasus KKR dengan kerusakan mismatch dan gangguan perbaikan, aktivitas jalur p53 berkurang karena mutasi pada BAX, yang merupakan penginduksi apoptosis. Mutasi yang menginaktivasi jalur TGF- β terjadi saat transisi dari adenoma menuju displasia tingkat tinggi atau karsinoma.^{2,5}

Pasien juga dilakukan pemeriksaan penunjang berupa laboratorium, ultrasonografi abdomen, radiologi X-ray thorax, kolonoskopi, dan histopatologi jaringan kolon. Pemeriksaan laboratorium memberikan hasil Hemoglobin pasien 9,9 g/dL; MCV 96 fl; dan MCh 30 pg yang menandakan adanya anemia normositik normokrom yang dicurigai akibat perdarahan. Leukosit pasien 12.100/uL (leukositosis); eritrosit 3,3 juta/uL; dan trombosit 446.000/uL. Didapatkan peningkatan SGOT sebesar 40 U/L; SGPT 30 U/L (normal); GDS 172 mg/dL; Creatinine 1,23 mg/dL; Natrium 132 mmol/L; Kalsium 7,73 mg/dL; dan kalium 3,12 mmol/L yang menandakan adanya *imbalance electrolyte*. Pada X-ray thorax didapatkan kesan Pulmo dan besar Cor normal, serta adanya atherosclerosis arcus aorta. Pada USG Abdomen didapatkan kesan sugestif Massa Rectosigmoid dan sugestif Multiple Hepatoma di lobus dextra dd Metastasis Hepar. Pasien juga dilakukan pemeriksaan kolonoskopi dengan hasil pada anorectal tampak hemorrhoid interna; pada kolon sigmoid 25 cm *anocutaneous line* tampak massa berbenjol, rapuh, dan menurupi lumen. Hal tersebut memberikan kesan hemorrhoid interna dan massa kolon a/r sigmoid dd/ malignansi. Kemudian dilakukan operasi dan diambil jaringan dari kolon sigmoid dilakukan pemeriksaan histopatologi dengan hasil berupa adanya tubular, adenoma, *high grade dysplasia*.

Manifestasi klinis dari kanker kolorektal dapat dibedakan berdasarkan stadiumnya. Pada stadium dini, dapat ditemukan adanya tanda iritasi usus dan perubahan kebiasaan buang air besar. Keluhan yang biasanya muncul adalah diare atau peningkatan frekuensi buang air besar atau terkadang konstipasi. Pasien juga akan mengalami tenesmus (mulas atau rasa ingin buang air besar terus menerus), anus menjadi tegang, dan nyeri pada perut. Selain itu dapat juga ditemukan adanya perdarahan pada tinja akibat luka atau ulserasi di daerah sekitar tumor yang khasnya adalah darah berwarna merah segar atau gelap, serta dapat bercampur pada tinja. Ditemukan juga adanya massa pada abdomen. Manifestasi lainnya berupa adanya ileus dengan gejala perut kembung, nyeri intermiten pada

perut, borborygmi, konstipasi, dan feses menjadi kecil-kecil (seperti kotoran kambing). Selain itu juga dapat ditemukan anemia, penurunan berat badan, demam, astenia akibat pertumbuhan tumor yang dapat menguras nutrisi tubuh dan memudahkan terjadinya infeksi sekunder.^{2,3}

Pada stadium lanjut, keluhan pasien KKR tergantung pada invasi tumor, metastasis terhadap organ lain, maupun komplikasi yang dimunculkan. Tumor yang sudah menginvasi kavum pelvis dapat menyebabkan adanya nyeri di daerah lumbosacral, ischialgia, maupun nyeri obturator. Invasi pada bagian anterior abdomen dapat mengganggu fungsi vesika urinaria bahkan dapat menyebabkan fistel rectovaginal atau rektovesikal. Selain itu, pertumbuhan massa juga dapat menyebabkan obstruksi pada ureter, sehingga pasien akan mengeluhkan anuria atau retensi urin. Penumpukan cairan dalam rongga perut (asites) akibat adanya hambatan saluran limfatik. Tumor yang mengalami perforasi dapat menyebabkan peritonitis. Selain itu, keganasan ini dapat bermetastasis jauh, seperti pada hepar, otak, dan tulang.^{2,3}

Pemeriksaan khusus yang dapat dilakukan untuk menegakan diagnosis kanker kolorektal adalah pemeriksaan *fecal Immunochemical Test*, *Guaia-based fecal Occult Blood Test*, Pemeriksaan DNA feses, CT Colonography, Kolonoskopi, dan pemeriksaan sederhana *Rectal Toucher*.^{3,8}

Dari hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik pada Ny. SP, didapatkan diagnosis kerja Hemorrhoid interna dengan Susp. Ca Colorectal dengan diagnosis banding *Crohn disease*; colitis ulseratif; dan *lymphoma small intestine*.^{9,10} Tatalaksana yang diberikan pada pasien antara lain terapi cairan IVFD NaCl 0,9% 500cc/8 jam (20 tpm makro); Injeksi ranitidine 1 amp/12 jam; Ketorolac drip 1 amp/8 jam; Injeksi asam tranexamat 1 amp/8 jam. Selain itu, pasien juga dikonsulkan ke bidang bedah digestif untuk tatalaksana lanjut. Dilakukan operasi menggunakan *Hartman procedure + adhesiolisis* kemudian diambil jaringan dari kolon sigmoid dan dilakukan pemeriksaan biopsi histopatologi didapatkan hasil berupa adanya tubular, adenoma, *high grade dysplasia*.

Tatalaksana kanker kolorektal didasari oleh perkembangan kanker, dapat dilakukan operasi, radioterapi (radiasi), kemoterapi, dan imunoterapi. Pembedahan sering dilakukan pada tahap awal perkembangan tumor yang belum menyebar ke area tubuh lainnya. Kemoterapi dan radioterapi bertujuan untuk mengecilkan tumor. Pada KKR yang sudah mencapai stadium lanjut, dibutuhkan perawatan suportif yang bertujuan untuk mengelola gejala, meredakan nyeri, dan memberikan dukungan emosional guna meningkatkan kualitas hidup pasien. Terapi *Immune checkpoint blockade* dianjurkan untuk pasien mCRC (*metastatic colorectal cancer*) dengan dMMR (*DNA deficient mismatch repair*)/MSI-H (*microsatellite instability-high*), tetapi resistensi imunoterapi diamati pada pasien dengan pMMR/MSS. Menurut penelitian sebelumnya, proporsi dMMR/MSI-H menurun seiring dengan peningkatan stadium tumor. MSI tercatat di sekitar 9–21% stadium II dan 4,7–11% tumor stadium III. Insidennya bahkan lebih rendah pada CRC stadium IV (kira-kira 2,1–4%).^{9,11} Kemoradioterapi neoadjuvan juga menjadi salah satu pilihan pengobatan pada kanker kolorektal. Kemoterapi yang dapat diberikan salah satunya yaitu pemberian Oxaliplatin. Namun, pemberian obat ini dapat memberikan efek samping myelosupresi. Dari salah satu penelitian yang dilakukan mengenai efek pengobatan kemoterapi ajuvan Oxaliplatin, didapatkan adanya efek myelosupresi yang ditunjukkan dengan adanya penurunan kadar hemaglobin.⁷

Prognosis pada kanker kolorektal pada *quo ad vitam, functionam, dan sanationam* adalah Dubia ad Malam. Prognosis pasien KKR dipengaruhi oleh letak, vaskularisasi, diferensiasi tumor, dan aliran limfatik. Tumor yang berada di bawah sambungan rektosigmoid memiliki tingkat kelangsungan hidup lima tahun lebih buruk dibandingkan tumor di proksimal. Berdasarkan Menon G et al. (2024), tingkat kelangsungan hidup pasien kanker usus berdasarkan stadiumnya adalah stadium I 74%; Stadium IIA 66%; Stadium IIB 58%; Stadium IIC 37%; Stadium IIIA 73%; Stadium IIIB 46%; Stadium IIIC 28%; dan Stadium IV 5%. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Joe WS & Subrata FR (2020) di RS

dr. Cipto Mangunkusumo, *survival rate* pasien kanker kolorektal adalah semakin tinggi stadiumnya, semakin tinggi angka kematian yang ditemukan. Kelangsungan hidup lima tahun pada stage II hingga 72,7%; dan turun drastis menjadi 29,7% pada stage IV. Subjek dengan stadium IV menunjukkan risiko kematian 6,7 kali lipat dibandingkan dengan stadium II, dan mereka yang mengalami metastasis hati menunjukkan risiko 3,8 kali kematian dibandingkan mereka yang tidak mengalami metastasis hati.^{12,13}

Simpulan

Kanker kolorektal (KKR) adalah penyakit yang sering kali berkembang tanpa gejala pada tahap awal, sehingga deteksi dini sangat penting untuk memperbaiki prognosis dan meningkatkan efektivitas pengobatan. Diagnosis KKR dapat dilakukan melalui anamnesis yang mencakup keluhan seperti diare, nyeri perut, dan darah dalam feses, terutama pada pasien dewasa atau lanjut usia. Deteksi dini kanker melalui pemeriksaan skrining seperti FIT, gFOBT, pemeriksaan DNA feses, CT colonography, dan kolonoskopi sangat penting untuk mendeteksi kelainan pada usus besar sebelum berkembang menjadi kanker invasif.

Secara keseluruhan, deteksi dini, pemahaman tentang gejala klinis, dan penatalaksanaan yang tepat adalah kunci dalam mengelola KKR dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Daftar Pustaka

1. Pangribowo S. Beban Kanker di Indonesia. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2019.
2. Mutiara S.. Hubungan riwayat konsumsi alkohol terhadap kejadian kanker kolorektal di RSUP H. Adam Malik Medan pada tahun 2020-2022. Medan: Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara; 2023.
3. Sayuti M, Nouva. Kanker Kolorektal. Averrous: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh. 2019; 5(2):76.
4. WHO. Cancer Incident in Indonesia. Int Agency Res Cancer; 2020. [Internet].
5. Mahmoud NN. Colorectal cancer: preoperative evaluation and staging. Philadelphia : Elsevier; 2022.
6. Basir I, Rudiman R, Gondhowiardjo S, et al. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Kanker Kolorektal. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2019.
7. Fathurrahman Y, Mazni Y, Putranto AS. Efek Myelosupresi pada Penderita Kanker Kolorektal yang Mendapat Kemoterapi Ajuvan Oxaliplatin Analisis Kadar Hemoglobin, Leukosit dan Trombosit di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2017.
8. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2017. Genes and Development. 2017; 21(20), 2525–2538.
9. Cervantes A, Adam R, Rosello S, Arnold D, Normanno N, Taieb J, et al. Metastatic colorectal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for Diagnosis, Treatment, and Follow up. European Society for Medical Oncology; 2022.
10. Menon G, Recio-Boiles A, Lotfollahzadeh S, Cagir B. Colon Cancer. Statpearls; 2024.
11. William K, Setiawan NBW, Nugraha IBA. Diagnostik dan tata laksana seorang pasien dengan intramucosal adenocarcinoma colorectal. Bali: Ganesha Medicina Journal; 2023.
12. Weng j, Li S, Zhu Z, Liu Q, Zhang R, Yang Y, et al. Exploring immunotherapy in colorectal cancer. Journal of Hematology & Oncology. 2022; 15(95).
13. Majid SR, Ariyanti F. Determinan Kejadian Kanker Kolorektal. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat. 2020; 9(4):208–215.