

[Case Report]

## ASITES PADA HEPATOCELLULER STADIUM IV A DENGAN CTP-C CARCINOMA ET CAUSA HEPATITIS B: LAPORAN KASUS

Acites In Hepatocellular Carcinoma Stadium IV A With CTP-C Et Causa Hepatitis  
B: Case Report

Aulia Siti Fatimah<sup>1</sup>, Dian Prasetyawati<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

<sup>2</sup>Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

Korespondensi: Aulia Siti Fatimah. Alamat email: [j510215298@student.ums.ac.id](mailto:j510215298@student.ums.ac.id)

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Asites adalah penimbunan cairan secara abnormal di rongga peritonium yang terjadi melalui 2 mekanisme dasar yaitu transudasi dan eksudasi. Hepatitis B dapat menyebabkan peradangan hati akut atau kronis yang dapat berlanjut menjadi sirosis bahkan menjadi hepatocellular carcinoma. Hepatocellular carcinoma adalah kanker hati yang paling umum dan penyebab utama kematian secara global. **Tujuan:** Menegakkan diagnosis hepatocellular carcinoma stadium IV A dengan CTP-C et causa hepatitis B pada pasien dengan asites dan tatalaksana primer untuk memperbaiki keadaan umum pasien. **Metode:** Mengobservasi dan memantau perkembangan penyakit hepatocellular carcinoma stadium IV A dengan CTP-C et causa hepatitis B. **Ringkasan Hasil:** Laporan kasus ini menggambarkan laki-laki 44 tahun dengan keluhan perut membesar dan teraba keras sejak 1 bulan terakhir, sesak nafas sejak 1 minggu terakhir, penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan sejak 2 bulan terakhir, kencing seperti air teh, feses hitam dan lengket. Pemeriksaan imunologi didapatkan HbsAg reaktif. Pemeriksaan foto thorax PA pada pasien adanya efusi pleura dextra. Pemeriksaan USG didapatkan hepatitis kronis, asites, sludge gall bladder, efusi pleura dextra. Pemeriksaan tumor marker didapatkan peningkatan AFP (44.43). Pemeriksaan MSCT abdomen 3 dimensi adanya gambaran hepatocellular carcinoma. **Kesimpulan:** Pada laporan kasus ini, didapatkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang mengarah pada diagnosis hepatocellular carcinoma stadium IV A dengan CTP-C et causa hepatitis B.

**Kata Kunci:** Asites, Hepatitis B, Hepatocellular Carcinoma

### ABSTRACT

**Background:** Ascites is an abnormal accumulation of fluid in the peritoneal cavity with can occur through 2 basic mechanisms, namely transudation and exudation. Hepatitis B can cause acute or chronic inflammation of the liver which can progress to cirrhosis and progress to hepatocellular carcinoma. Hepatocellular carcinoma is the most common liver cancer and the leading cause of death globally. **Objective:** To establish the diagnosis of hepatocellular carcinoma stadium IV A with CTP-C et causa hepatitis B in patients with ascites and primary management to improve the patient's general condition. **Methods:** Observing and monitoring the development of hepatocellular carcinoma stadium IV A with CTP-C et causa hepatitis B. **Results:** This case report describes a 44-year-old man with complaints of an enlarged stomach and a hard feeling since the 1 month ago, shortness of breath since 1 week ago, decreased appetite and weight loss since the 2 months ago, urine like tea, black and sticky stools. Immunological examination revealed reactive HbsAg. PA chest X-ray examination showed dextra pleural effusion. Ultrasound examination revealed chronic hepatitis, ascites, sludge gall bladder, right pleural effusion. Examination of tumor markers showed increased AFP (44.43). 3D abdominal MSCT examination showed hepatocellular carcinoma. **Conclusion:** In this case report, anamnese, physical examination and support lead to the diagnosis of hepatocellular carcinoma stadium IV A with CTP-C et causa hepatitis B.

**Keywords:** Ascites, Hepatitis B, Hepatocellular Carcinoma

## **PENDAHULUAN**

Asites adalah penimbunan cairan secara abnormal di rongga peritonium yang dapat disebabkan oleh banyak penyakit. Pada dasarnya penimbunan cairan di rongga peritonium dapat terjadi melalui 2 mekanisme dasar yaitu transudasi dan eksudasi. Hepatitis B dapat menyebabkan peradangan hati akut atau kronis yang dapat berlanjut menjadi sirosis bahkan berlanjut menjadi hepatocellular carcinoma.

Pada laporan kasus ini menjelaskan cara penegakan diagnosis pada pasien asites dengan observasi secara langsung pada pasien dengan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang serta melakukan tatalaksana pada pasien.

Laporan kasus ini bertujuan untuk menegakkan diagnosis pasien dengan asites sehingga didapatkan diagnosis nya yaitu hepatocellular carcinoma stadium IV A dengan CTP-C et causa hepatitis B serta tatalaksana primer untuk memperbaiki keadaan umum pasien.

Diharapkan laporan kasus ini bisa memberi manfaat dengan menambah referensi ilmiah mengenai hepatocellular carcinoma stadium IV A dengan CTP-C et causa hepatitis B.

## **METODE**

Mengobservasi dan memantau perkembangan penyakit pasien untuk menegakkan diagnosis hepatocellular carcinoma stadium IV A dengan CTP-C et causa hepatitis B pada pasien dengan asites. Observasi dilakukan dengan mengumpulkan data dari pengamatan secara langsung pada pasien dengan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang serta tatalaksana primer untuk memperbaiki keadaan umum pasien dengan prognosis Quo ad vitam: ad malam, Quo ad functionam: ad malam, Quo ad sanactionam: ad malam.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **HASIL**

Pasien datang ke IGD RSUD dr. Sayidiman Magetan pada Selasa, 5/12/2022 pukul 08.06 dengan keluhan perut membesar dan teraba keras, perut bagian tengah terasa sakit menjalar sampai pinggang kanan-kiri, perut kembung sejak 2 minggu yang lalu. Hal ini terjadi kadang-kadang, timbul secara spontan, dan berkurang dengan sendirinya. Pasien cenderung mengantuk, lemas, disorientasi waktu dan ruang, tidak bisa tidur, dan tampak kebingungan. Pasien juga mengeluhkan sesak nafas sejak 1 minggu yang lalu ketika melakukan aktivitas berat dan berkurang ketika istirahat. Selain itu pasien juga mengeluhkan pusing berputar ketika bangun tidur sejak 2 minggu yang lalu terjadinya secara spontan dengan durasi yang sebentar dan terjadinya kadang-kadang. Pasien juga mengeluhkan leher, tangan dan kaki kaku sejak 2 minggu yang lalu. BAK berwarna seperti teh sejak 1 tahun terakhir dan BAB berwarna hitam pekat dengan konsistensi yang lengket. Pasien mengalami penurunan

nafsu makan sejak 6 bulan terakhir dan penurunan berat badan sejak 2 bulan yang lalu. Pada 8 November 2022 pasien dirawat inap selama 5 hari karena mengalami keluhan serupa yaitu perut membesar dan teraba keras.

Pasien tidak ada riwayat penyakit dahulu seperti hipertensi, diabetes, kolesterol, penyakit jantung, gangguan ginjal, alergi, dan asam urat.

Ibu pasien ada riwayat penyakit hipertensi. Keluarga pasien tidak memiliki keluhan serupa, diabetes, kolesterol, penyakit jantung, gangguan ginjal, alergi, dan asam urat.

Pasien tinggal di rumah dengan lingkungan perkampungan yang padat penduduk. Pasien mempunyai kebiasaan merokok sejak umur 20 tahun dan sudah berhenti sejak 6 bulan yang lalu namun tidak meminum alkohol. Pasien berkerja sebagai buruh sejak usia muda dan tinggal di rumah dengan istrinya saja.

Pada pemeriksaan fisik, keadaan umum dan status gizi pasien terlihat sakit/lemas. GCS pasien somnolen

(E3V3M5). Berat badan pasien adalah 56 kg dan tinggi badan pasien adalah 158 cm. Berdasarkan berat badan dan tinggi badan pasien didapatkan IMT pasien adalah 22,17 (normal). Vital sign saat pemeriksaan pasien di IGD didapatkan tekanan darah pasien adalah 103/63, heart rate adalah 88x/menit, respiratory rate adalah 20x/menit, suhu adalah 36°C, dan SpO2 adalah 97%. Setelah pasien melalui tahap observasi di triase IGD, pasien dipindahkan di bangsal ilmu penyakit dalam dan dilakukan pemeriksaan fisik kembali. Pemeriksaan vital sign di bangsal ilmu penyakit dalam didapatkan tekanan darah pasien adalah 88/44, heart rate adalah 102x/menit, respiratory rate adalah 21x/menit, suhu adalah 36,5°C, dan SpO2 adalah 97%.

Selanjutnya dilakukan pemeriksaan status generalis pasien didapatkan hasil pemeriksaan kepala: warna rambut hitam dan tidak rontok, kepala berbentuk normocephal, wajah simetris, tidak ada konjungtiva anemis, kedua sklera ikterik, tidak ada udem palpebra, tidak ada arkus

senilis, tidak ada katarak, tidak ada pterigium, tidak ada xantelasma. Pemeriksaan hidung: tidak ada sekret, dan darahel. Pemeriksaan telinga: tidak ada sekret dan darah. Pemeriksaan gigi dan mulut: gigi tidak lengkap, ada karies, tidak ada sariawan, tidak ada candidiasis, tidak ada chelitis angularis, tidak ada papil lidah atropi, tidak ada lidah kotor. Pemeriksaan leher: tidak ada pembesaran KGB, tidak ada pembesaran tiroid, dan JVP 5+3 cm.



**Gambar 1. Sklera Ikterik**

Pemeriksaan paru-paru didapatkan pada inspeksi bentuk dada normal, simetris, tidak ada retraksi dinding dada. Palpasi paru-paru didapatkan fremitus raba kanan sama dengan kiri dan tidak ada ketertinggalan gerak. Perkusi paru-paru didapatkan suara sonor di kedua lapang paru, dan pada auskultasi paru-paru didapatkan suara dasar vesicular menurun, Ronki basah halus sebelah kanan, tidak ada wheezing.

Pada pemeriksaan jantung didapatkan pada inspeksi ictus cordis tidak tampak. Palpasi jantung didapatkan ictus cordis teraba/kuat angkat. Perkusi jantung didapatkan batas jantung kanan atas di linea parasternalis dextra SIC II, batas jantung kanan bawah di linea parasternalis dextras SIC IV, batas jantung kiri atas di linea parasternalis sinistra SIC II, batas jantung kiri bawah di linea midclavicularis sinistra SIC V. Pada auskultasi jantung didapatkan S1/S2 tunggal, regular, tidak ada bising jantung, dan tidak ada gallop.

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan pada inspeksi tidak ada jejas, dan tidak ada distensi abdomen. Pada auskultasi abdomen didapatkan peristaltik menurun, tidak ada bising usus. Palpasi abdomen didapatkan tidak ada nyeri tekan, tidak ada defans muskuler, tidak ada nyeri ketuk CVA kanan/kiri, tidak ada hepatomegali, tidak ada splenomegali, ginjal normal. Perkusi abdomen didapatkan suara redup, tes pekak beralih (+), dan tes undulasi (+).



**Gambar 2. Asites**

Pada pemeriksaan ekstremitas didapatkan pada ekstremitas superior: kedua akral hangat, tidak ada edema, sedikit ikterik, dan CRT <2 detik sedangkan pada ekstremitas inferior: kedua akral hangat, tidak ada edema, sedikit ikterik, dan CRT <2 detik.

Pemeriksaan penunjang foto thorax PA pada tanggal 5 Desember 2022 didapatkan COR ukurannya normal, pulmo dekstra/sinistra tidak tampak infiltrat/fibrosis/kasifikasi, hilus normal, vascular normal, hemidiafragma D tertutup perselubungan, S Dome shape, dan sinus costophrenicus D tertutup perselubungan, S tajam. Pemeriksaan foto thorax PA pada pasien menunjukkan adanya sugestif efusi pleura minimal dextra.



**Gambar 3. Hasil foto thorax PA**

Pemeriksaan penunjang darah lengkap dilakukan tanggal 18 Desember 2022 didapatkan hemoglobin rendah yaitu 12,2g/dL, hematokrit rendah yaitu 36,3%, leukosit tinggi yaitu  $23,2 \times 10^3/\mu\text{L}$ , trombosit rendah yaitu  $123 \times 10^3/\mu\text{L}$ , eritrosit rendah  $4,25 \times 10^3/\mu\text{L}$  limfosit rendah 18% dan limfosit rendah yaitu 9%, sedangkan yang lain dalam batas normal.

Pemeriksaan kimia klinik pada tanggal 18 Desember 2022 didapatkan Gula Darah Sewaktu (GDS) yaitu 85 mg/dL, albumin rendah yaitu 2.4 g/dL, SGOT tinggi yaitu 241 U/L, SGPT tinggi yaitu 65 U/L, bilirubin tinggi yaitu 2,7 mg/dL, BUN tinggi yaitu 82.48 mg/dL, asam urat tinggi yaitu 16.11 mg/dL, kreatinin tinggi yaitu 2.38 mg/dL, INR yaitu 1,5 dan lainnya dalam batas normal.

Pemeriksaan elektrolit serum didapatkan natrium rendah yaitu 126 mmol/L, kalium tinggi yaitu 5.60 mmol/L, klorida rendah yaitu 93 mmol/L, kalsium ion rendah yaitu 1.149 mmol/L. Pemeriksaan imunologi didapatkan HbsAg reaktif dan pemeriksaan tumor marker didapatkan peningkatan AFP yaitu 44.43.

Pemeriksaan urinalisa tanggal 19 Desember 2022 didapatkan warna urin coklat, protein yaitu 1+(30), bilirubin yaitu 1, leukosit erase yaitu 1+ (10-25), epitel yaitu 2-3, leukosit yaitu 3-5, eritrosit yaitu 1-2, lainnya dalam batas normal.

Pemeriksaan USG 16/11/22 didapatkan hasil hepatitis kronis, asites, sludge gall bladder, efusi pleura bilateral.





**Gambar 4. Hasil USG abdomen**

Pemeriksaan MSCT abdomen 3 dimensi tanggal 9 desember 2022 didapatkan tampak lesi isodens (33 HU) dengan central hipodens batas tidak tegas tepi ireguler di kedua lobus hepar yang pada arteri tampak washed in dan pada fase vena tampak washed out, tampak multiple nodul satelit di lobus kanan dan kiri hepar, lesi tak tampak meluas ke intravaskular. Hepar: ukuran membesar 18,3 cm, densitas inhomogen, sudut tumpul, tepi iregular, tak tampak pelebaran IHBDI/EHBD, tak tampak dilatasi VP/VH. Tampak limfadenopathy inguinal bilateral dengan ukuran subcentimeter. Gall Blader: ukuran dan densitas normal, dinding tidak menebal, tak tampak batu/massa. Lien: ukuran membesar 12,4 cm, densitas normal, tak tampak nodul/kista/massa. Pancreas: ukuran dan densitas normal, tak tampak kalsifikasi/kista/massa, tak tampak lesi di suprarenal kanan et kin. Ren kanan:

ukuran 7,8 x 4,5 cm, bentuk dan densitas normal, tak tampak dilatasi SPC, tak tampak batu/ kista/massa. Ren kiri: ukuran 10,4 x 4,7 cm, bentuk dan densitas normal, tak tampak dilatasi SPC, tak tampak batu/ kista/massa. Bladder: terisi cukup cairan, dinding tak menebal, tak tampak batu /massa. Distribusi gas usus dan fekal material normal. Tak tampak osteodestruksi. Tampak osteofit pada corpus vertebra thoracolumbalis. Pedicle dan spatium intervertebralis baik.

Dari pemeriksaan MSCT abdomen 3 dimensi didapatkan kesimpulan adanya hepatomegali disertai lesi isodens, dengan central hipodens, batas tidak tegas, tepi irreguler di kedua lobus hepar, arteri tampak washed in dan fase vena tampak washed out, tampak multipel nodus satelit di lobus kanan dan kiri hepar mengarah gambaran hepatocellular carcinoma, limfadenopathy inguinal bilateral, subpleural type pulmonal metastase, asites, splenomegaly, spondylosis thoracolumbalis.

## PEMBAHASAN

Asites adalah penimbunan cairan secara abnormal di rongga peritonium yang dapat disebabkan oleh banyak penyakit. Pada dasarnya penimbunan cairan di rongga peritonium dapat terjadi melalui 2 mekanisme dasar yakni transudasi dan eksudasi. Pada keadaan normal, jumlah cairan peritoneal tergantung pada keseimbangan antara aliran plasma ke dalam dan keluar dari darah dan pembuluh limfa. Apabila keseimbangan tersebut terganggu maka terbentuklah ascites. Ketidakseimbangan kadar plasma mungkin disebabkan oleh peningkatan permeabilitas kapiler, peningkatan tekanan vena, penurunan protein (tekanan onkotik), atau peningkatan obstruksi limfa (Sudoyo, 2017).

Asites yang ada hubungannya dengan sirosis hati dan hipertensi porta adalah salah satu contoh penimbunan cairan di rongga peritonium yang terjadi melalui mekanisme transudasi. Penyebab asites yang paling banyak pada sirosis hepatic

adalah hipertensi porta, disamping adanya hipoalbuminemia (penurunan fungsi sintesis pada hati) dan disfungsi ginjal yang akan mengakibatkan akumulasi cairan dalam peritonium. Asites merupakan tanda prognosis yang kurang baik pada beberapa penyakit. Perkembangan asites berhubungan dengan prognosis buruk yang akan menyebabkan kematian. Asites juga menyebabkan pengelolaan penyakit dasarnya menjadi semakin kompleks. Infeksi pada cairan asites akan lebih memperberat perjalanan penyakit dasarnya oleh karena itu asites harus dikelola dengan baik (Davey, 2017).

Pada pasien ini asites terjadi karena mekanisme transudasi yaitu karena adanya penimbunan cairan di rongga peritonium karena penyakit hepatocellular carcinoma dan juga karena adanya hipoalbuminemia sehingga terjadi peningkatan permeabilitas kapiler, peningkatan tekanan vena, dan penurunan protein (tekanan onkotik).

Virus hepatitis B (HBV) adalah virus

DNA, suatu prototip virus yang termasuk keluarga Hepadnaviridae (Boedina, 2013). Hepatitis B menyerang semua umur, gender, dan ras di seluruh dunia. Hepatitis B dapat menyebabkan peradangan hati akut atau kronis yang dapat berlanjut menjadi sirosis hati atau kanker hati (Tanto, 2018).

Hepatocellular carcinoma (HCC) merupakan neoplasma pada hepar yang paling sering ditemukan khususnya di negara-negara Asia dan Afrika. Hepatitis B kronik merupakan penyebab utamanya. Hepatocellular carcinoma (HCC) merupakan tumor yang berasal dari hepatosit dan secara klinis bersifat progresif (Sudoyo, 2017).

Kadar alfa-fetoprotein dapat dinilai dengan tes darah. Alpha-fetoprotein (AFP) adalah penanda tumor yang meningkat pada 60-70% pasien dengan karsinoma. Namun, semua pasien dengan peningkatan AFP harus diskroning (ultrasonografi perut, CT scan, atau MRI) untuk karsinoma hepatoseluler. Jika AFP terus meningkat merupakan diagnosis

karsinoma hepatoseluler. Oleh karena itu, disarankan untuk memeriksa AFP setiap 3-4 bulan untuk menyaring pasien sirosis berisiko tinggi (hepatitis C, hepatitis B, dan hemokromatosis) untuk karsinoma hepatoseluler (Galle, 2018).

Stadium kanker dengan klasifikasi UICC (International Union Against Cancer), didasarkan pada jumlah tumor, ukuran, invasi vaskular, dan metastasis (Brierley dan Akinyemiju, 2017).

Stage	T	N	M
I	T1	NO	M0
II	T2	NO	M0
III	T3	NO	M0
IV A	T4	NO	M0
	T1, T2, T3, T4	N1	M0
IV B	T1, T2, T3, T4	NO, N1	M1

\*Adapted from Liver Cancer Study Group of Japan (80, 81).

Criteria	T1	T2	T3	T4
1) Number of tumors: solitary	All three criteria are fulfilled	Two of the three criteria are fulfilled	One of the three criteria is fulfilled	None of the three criteria are fulfilled
2) Diameter of the largest tumor: no more than 2 cm				
3) No vascular or bile duct invasion: Vp0, Vv0, B0				

**Gambar 5. Klasifikasi UICC**

Berdasarkan klasifikasi UICC, maka tumor primer (T) didapatkan T2 yaitu tumor berupa nodul multiple pada lobus dextra et sinistra hepar dengan batas tidak tegas dan tepi ireguler. Pada regional nodus limfe (N) didapatkan N1 yaitu didapatkan

pembesaran limfonodi inguinal bilateral. Pada metastase jauh (M) didapatkan M0 yaitu tidak ada metastase jauh. Maka didapatkan stadium IV A yaitu T2, N1, M0.

Sebagian besar HCC berhubungan dengan sirosis, penting mempertimbangkan tingkat keparahan penyakit hati sebelum strategi pengobatan direncanakan. Skor Child-Pugh menentukan tingkat keparahan penyakit hati berdasarkan albumin serum, bilirubin, waktu protrombin, asites, dan ensefalopati (Tsoaris, 2019).

Clinical and Lab Criteria	Points*		
	1	2	3
Encephalopathy	None	Mild to moderate (grade 1 or 2)	Severe (grade 3 or 4)
Ascites	None	Mild to moderate (diuretic responsive)	Severe (diuretic refractory)
Bilirubin (mg/dL)	< 2	2-3	>3
Albumin (g/dL)	> 3.5	2.8-3.5	<2.8
Prothrombin time			
Seconds prolonged	<4	4-6	>6
International normalized ratio	<1.7	1.7-2.3	>2.3
<b>Child-Turcotte-Pugh Class obtained by adding score for each parameter (total points)</b> Class A = 5 to 6 points (least severe liver disease) Class B = 7 to 9 points (moderately severe liver disease) Class C = 10 to 15 points (most severe liver disease)			

**Gambar 6. Skor Child-Pugh**

Berdasarkan Skor Child Pugh didapatkan ensefalopati hepatikum grade 2 (skor 2), acites berat yang tidak terkontrol dengan terapi (skor 3), bilirubin 2,7 mg/dl (Skor 2), albumin 2,4 g/dL (Skor 3) dan INR 1,5 (Skor 1). Maka didapatkan hasil skornya 11 dimana masuk kelas Child Pugh/ CTP – C dengan kesintasan 1-5 tahun 50%.

Gambaran mikroskopis HCC memiliki berbagai pola histopatologi, diantaranya:

- 1). Pola trabekular: sel-sel tumor tersusun seperti 'hepatic plates' yang tebal yang dipisahkan oleh sinusoid tanpa adanya stroma yang desmoplastik.
- 2). Pola pseudoglandular atau asiner: sel-sel tumor tersusun dalam sarang-sarang solid dengan perubahan degeneratif sentral.
- 3). Pola compact: pertumbuhan trabekular yang terkompresi bersama.
- 4). Pola scirrhus: menyerupai pola trabekular tetapi dengan stroma yang banyak.
- 5). Pola giant cell: dijumpai multinucleated giant cell.
- 6). Pola spindle cell: pola ini sering ditunjuk sebagai sarcomatoid HCC (WHO IARC, 2019).

Grading HCC dapat menggunakan Grading Edmonson and Steiner dimana HCC dibagi menjadi 4 grading, yaitu: Grade I (Well differentiated): sel-sel tumor hepatositik berukuran kecil tersusun trabekular, Grade II (Moderately differentiated): sel-sel tumor berukuran lebih besar dengan inti abnormal dan sitoplasma eosinofilik; struktur

pseudoglandular dapat terlihat, Grade III (Poorly differentiated): Lebih sering tumor giant cell, Grade IV (Undifferentiated) : sel-sel tumor yang poorly differentiated dengan inti hiperkromatik, sitoplasma sedikit dan hilangnya arsitektur trabekular (WHO IARC, 2019).

Morfologi sel tumor menyerupai sel-sel hepatosit, berbentuk poligonal dengan inti bulat vesikuler dan anak inti menonjol. Dapat juga ditemukan berbagai inklusi pada sel-sel tumor seperti Malory hyaline, hyaline globules dan pale bodies, dapat juga ditemukan gambaran clear cell akibat dari akumulasi glikogen, air maupun lemak. Pigmen bilier yang terdapat pada kanalikuli yang berdilatasi. Pada hepar non-sirosis dapat juga muncul HCC, yakni varian fibrolamellar meskipun angka kejadiannya sangat kecil (5%), memiliki tampilan lobular dengan septa fibrous atau central stellate scar, berupa sarang-sarang dan lembaran sel-sel tumor berbentuk poligonal, eosinofilik dengan inti vesikuler, anak inti menonjol dan dipisahkan oleh stroma fibrous, varian ini memiliki

prognosis yang lebih baik daripada HCC konvensional (Jabbour, 2019).

Biopsi hati diindikasikan ketika diagnosis diragukan. Jika AFP meningkat secara signifikan dan tumor terlihat di hati, dan masuk akal untuk mengasumsikan diagnosis karsinoma hepatoseluler maka biopsi hati tidak diperlukan (Galle, 2018).

Pada pasien ini tidak dilakukan biopsi hati karena sudah bisa menegakkan diagnosis hepatocellular carcinoma berdasarkan pemeriksaan penunjang yaitu AFP yang meningkat dan MSCT abdomen dengan gambaran HCC hepatocellular carcinoma. Namun pada pasien ini bisa dilakukan biopsi hati untuk mengetahui struktur mikroskopis tumor dan grading tumor berdasarkan histopatologi hepar.

Dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang diagnosis mengarah pada hepatocellular carcinoma et causa hepatitis B. Berdasarkan klasifikasi UICC, maka didapatkan stadium IV A yaitu T2, N0, M0. Berdasarkan Skor Child Pugh didapatkan hasil skornya 11 dimana masuk kelas Child Pugh/ CTP-C dengan

kesintasan 1-5 tahun 50%.

Kelangsungan hidup 5 tahun pada pasien dengan tumor kecil (satu tumor kurang dari 5 cm, atau dua tumor kurang dari 3 cm) adalah 50%, dengan prognosis Quo ad vitam: ad malam, Quo ad functionam: ad malam, Quo ad sanactionam: ad malam.

No	Cue And Clue	Problem List	Initial Diagnosis	Planning Diagnosis	Planning Therapy	Planning Monitoring
1.	Tn.K/L/44th S: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perut membesar dan teraba keras.</li> <li>▪ Nafsu makan menurun</li> <li>▪ Penurunan berat badan</li> </ul> O: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tes undulasi (+)</li> <li>▪ Tes pekak peralih (+)</li> <li>▪ HbsAg (+)</li> <li>▪ SGOT : 241</li> <li>▪ SGPT : 65</li> <li>▪ Bilirubin : 2,7 mg/dl</li> <li>▪ INR : 1,5</li> <li>▪ AFP : 44.43</li> <li>▪ USG : hepatitis kronis, asites, sludge gall bladder, efusi pleura bilateral</li> <li>▪ MSCT abdomen 3 dimensi : Hepatoma hepar               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Hepatomegali disertai lesi isodens, dengan central hipodens, batas tidak tegas, tepi irreguler di kedua lobus hepar, arteri tampak washed in dan fasa vena tampak washed out, tampak multipel nodus satelit di lobus kanan dan kiri hepar mengarah gambaran hepatocellular carcinoma</li> <li>➢ Limfadenopathy inguinal bilateral, subpleural type pulmonal metastase</li> <li>➢ Asites</li> <li>➢ Splenomegaly</li> <li>➢ Spondylosis thoracolumbalis</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asites</li> </ul>	1.1 Hepatocellular carcinoma et causa hepatitis B stadium IV A dengan CTP-C	Biopsi hepar	Non Farmakologi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tirah Baring</li> </ul> Farmakologi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inj. Pantoprazole 1x1</li> <li>• Inj. Antrain 1x1</li> <li>• Inj. Furosemide 40mg/8jam</li> <li>• Tenovofir 1x1</li> <li>• Urdafalk 2x1</li> <li>• Curcuma 3x1</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TTV dan keadaan umum</li> <li>2. DL/24 jam</li> <li>3. Monitoring produksi urin</li> </ol>
2.	Tn.K/L/44th S : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lemas</li> <li>▪ Somnolen (GCS : 9)</li> </ul> O: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sklera ikterik</li> <li>▪ Asites</li> <li>▪ HbsAg (+)</li> <li>▪ SGOT : 241</li> <li>▪ SGPT : 65</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decrease of conciousness</li> </ul>	2.1 Ensefalopati hepaticum grade 2	<i>Critical Flicker Frequency Test</i>	Non Farmakologi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tirah Baring</li> </ul> Farmakologi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactulosa 3x1</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TTV dan keadaan umum</li> </ol>

3.	Tn.K/L/44th S: ▪ Perut membesar O: ▪ Albumin : 2,4 L	• Hipoalbumin			Non Farmakologi • Tirah Baring • Makan makanan tinggi protein  Farmakologi • Inj. Plasmobumin 20%/24 jam	1. TTV dan keadaan umum 2. Cek ulang albumin/3hr 3. Monitoring volume urin
4.	Tn.K/L/44th S: ▪ Mengeluhkan leher, tangan dan kaki kaku O: ▪ Asam urat : 16.11	• Hiperuresemi	4.1 Hiperuresemia		Non Farmakologi • Tirah Baring • Kurangi makanan tinggi purin, kacang-kacangan  Farmakologi • Allopurinol 0-0-1	1. TTV dan keadaan umum 2. Cek kimia klinik/3hr
5.	Tn.K/L/44th ▪ S: - O: ▪ K : 5.6 ▪ Na : 126 ▪ Cl : 93 ▪ Ca : 1.149	• Hiperkalemi • Hiponatremi • Hipoklorida • Hipokalsemi	5.1. Imbalance elektrolit		Non Farmakologi • Tirah Baring  Farmakologi • Kalitake 3x1	1. TTV dan keadaan umum 2. Cek elektrolit/3hr
6.	Tn.K/L/44th ▪ S: Lemas O: ▪ BUN : 82.48 ▪ Kreatinin : 2.38 ▪ GFR : 32ml/min/1.73m2 ▪ HB : 12.2 ▪ HCT : 36.3	• Azotemia renal	6.1. AKI 6.2. CKD 3		Non Farmakologi • Tirah Baring  Farmakologi • Inf. nefrosteril • Asam folat 1x1 • Sulfas ferosus 3x1	1. TTV dan keadaan umum 2. Cek UR/CR 3hr
7.	Tn.K/L/44th ▪ S: Lemas O: ▪ TD : 88/44 ▪ HR : 102x/menit ▪ Trombosit : 123	• Hipotensi • Trombositopeni	7.1. Syok sepsis 7.2. Syok hipovolemik		Non Farmakologi • Tirah Baring  Farmakologi • Drip vascon	1. TTV dan keadaan umum

## SIMPULAN DAN SARAN

Pada kasus ini diagnosis mengarah pada hepatocellular carcinoma stadium IV A dengan CTP-C et causa hepatitis B serta pada pasien dilakukan tatalaksana medikamentosa sebagai tatalaksana primer untuk memperbaiki keadaan umum pasien.

Kesintasan 1-5 tahun pada pasien yaitu 50%, dengan prognosis Quo ad vitam: ad malam, Quo ad functionam: ad malam, Quo ad sanactionam: ad malam.

## PERSANTUNAN

Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan kasus ini, tak lupa terima kasih kepada dr. Dian Prasetyawati, Sp.PD, selaku pembimbing yang telah memberikan waktu dan membagikan ilmunya serta kepada RSUD dr Sayidiman Magetan yang telah memfasilitasi sarana dan prasarana.

Semoga dengan laporan kasus yang penulis buat ini dapat memberikan informasi yang bermanfaat kepada pembaca sekalian, terima kasih.

## DAFTAR PUSTAKA

Akinyemiju T, Abera S, Ahmed M, Alam N, Alemayohu MA, Allen C, et al. The burden of primary liver cancer and underlying etiologies from 1990 to 2015 at the global, regional, and national level. *JAMA Oncol* 2017;3:1683–1691.

Brierley, J. D., Gospodarowicz, M. K., & Wittekind, C. (Eds.). (2017). *TNM classification of malignant tumours*. John Wiley & Sons.

Davey, Patrick (2017). *At a Glance Medicine* (36-37). Jakarta: Erlangga.

El Jabbour, T., Lagana, S. M., & Lee, H. (2019). Update on hepatocellular carcinoma: Pathologists' review. *World journal of gastroenterology*, 25(14), 1653.

Galle, P. R., Forner, A., Llovet, J. M., Mazzaferro, V., Piscaglia, F., Raoul, J. L., ... & Vilgrain, V. (2018). EASL clinical practice guidelines: management of hepatocellular carcinoma. *Journal of hepatology*, 69(1), 182-236.

IARC. (2019). Agents classified by the IARC monographs. Volumes 1–123. IARC. Retrieved from <https://monographs.iarc.fr/agentsclassified-by-the-iarc/>

IARC Monographs Priorities Group. (2019). Advisory Group recommendations on priorities for

the IARC monographs. *Lancet Oncology*, 20(6), 763–764.  
[https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(19\)30246-3](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(19)30246-3).

Sudoyo Aru W, Setiawati Siti, dan Alwi Idrus. (2017). *Buku Ilmu Penyakit Dalam Jilid 3*. Jakarta : Interna Publishing.

Tanto, C., Liwang, F., Hanifati, S., & Pradipta, E. A. (2018). *Kapita selekta kedokteran. Jakarta: Media Aesculapius*

Tsoris, A., & Marlar, C. A. (2019). Use of the Child Pugh score in liver disease.