

[Case Report]

SEORANG WANITA 82 TAHUN DENGAN ADENOCARCINOMA CAECUM : SEBUAH LAPORAN KASUS

A 82 Years Old Woman With Adenocarcinoma Caecum : A Case Report

Samara Leonarisabila¹, Heru Iskandar²

¹Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

²Departemen Ilmu Bedah, RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo

Korespondensi: Samara Leonarisabila. Alamat email : samaraleona2@gmail.com

ABSTRAK

Kanker kolorektal merupakan keganasan yang berkembang melalui proses bertahap dari polip jinak hingga bisa menjadi kanker invasif, kanker ini diawali dari berbagai faktor risiko seperti penyakit inflamasi usus, kebiasaan merokok, paparan radiasi abdomen, obesitas, dan sindrom herediter. Faktor-faktor risiko tersebut dapat menyebabkan mutasi pada sel-sel kolon, sehingga dapat menyebabkan pembelahan sel yang tidak terkontrol dan dalam jangka waktu bertahun-tahun dapat berkembang menjadi kanker kolorektal. Pertumbuhan tumor kolon ini bisa menyebabkan penyempitan lumen dan dapat menyebabkan obstruksi. Penelitian ini merupakan sebuah laporan kasus yang disusun dari anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan terapi pada seorang pasien wanita usia 82 tahun dengan adenocarcinoma caecum. Dalam kasus ini dilaporkan seorang wanita usia 82 tahun datang ke RSUD dr. Harjono S. Ponorogo dengan keluhan nyeri perut yang sudah dirasakan sejak 3 tahun lalu, disertai dengan benjolan di perut kanan bawah yang dirasakan pasien semakin membesar, disertai sulit BAB dengan konsistensi feses cair dan kadang disertai darah segar. Kemudian dilakukan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang berupa laboratoris, radiologis, dan mikroskopik untuk menegakkan diagnosis yang pada kasus ini didapatkan diagnosis pasien adalah adenocarcinoma caecum, kemudian terapi yang diberikan berupa operatif yang dilanjutkan dengan kemoterapi untuk tatalaksana paliatifnya.

Kata Kunci: Kanker kolorektal, tumor kolon, adenocarcinoma caecum

ABSTRACT

Colorectal cancer is a malignancy that develops through a gradual process from benign polyps to invasive cancer. This disease is initiated by various risk factors, including inflammatory bowel disease, smoking habits, abdominal radiation exposure, obesity, and hereditary syndromes. These risk factors can induce mutations in colonic cells, leading to uncontrolled cell proliferation and, over many years, progression to colorectal cancer. The growth of colonic tumor may result in luminal narrowing and cause intestinal obstruction. This study is a case report compiled from anamnesis, physical examination, diagnostic investigations, and therapy in an 82-year-old female patient with adenocarcinoma caecum. The patient presented to a regional general hospital with complaints of abdominal pain that had been experienced for three years, accompanied by an enlarging mass in the right lower abdomen, accompanied by difficulty in defecation with loose stool consistency, occasionally mixed with fresh blood. A physical examination and ancillary investigations, including laboratory tests, radiological imaging, and microscopic examination, were subsequently performed to establish the diagnosis, which in this case was cecal adenocarcinoma. The patient then underwent surgical intervention followed by chemotherapy as part of palliative management.

Keywords: Colorectal cancer, colonic tumor, adenocarcinoma caecum

PENDAHULUAN

Kanker kolorektal adalah keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar) dan atau rektum (bagian kecil terakhir dari usus besar sebelum anus). Menurut American Cancer Society, kanker kolorektal (KKR) adalah kanker ketiga terbanyak dan merupakan kanker penyebab kematian kedua terbanyak pada pria dan wanita di Amerika Serikat. Telah diprediksi bahwa pada tahun 2014 ada 96.830 kasus baru kanker kolon dan 40.000 kasus baru kanker rektum. Menurut data GLOBOCAN, pada tahun 2020 diperkirakan terdapat 19,3 juta kasus baru dan 10 juta kematian akibat kanker di seluruh dunia, di mana kanker kolorektal (CRC) menyumbang sekitar 1,93 juta kasus baru (10%) dan 0,94 juta kematian (9,4%) (Hossain, M.S., *et al.* 2022).

Secara keseluruhan risiko untuk mendapatkan kanker kolorektal adalah 1 dari 20 orang (5%). Risiko penyakit cenderung lebih sedikit pada wanita dibandingkan pada pria. Banyak faktor lain yang dapat meningkatkan risiko individu untuk terkena kanker kolorektal.

Secara umum perkembangan KKR

merupakan interaksi antara faktor lingkungan dan faktor genetik. Faktor lingkungan multipel beraksi terhadap predisposisi genetik atau defek yang didapat dan berkembang menjadi KKR.

Terdapat banyak faktor yang dapat meningkatkan atau menurunkan risiko terjadinya KKR, faktor risiko dibagi menjadi dua, yaitu faktor yang dapat dimodifikasi dan yang tidak dapat dimodifikasi. Termasuk didalam faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah riwayat KKR atau polip adenoma individu dan keluarga, serta riwayat individu penyakit inflamasi kronis pada usus. Yang termasuk didalam faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah kurangnya aktivitas, obesitas, konsumsi tinggi daging merah, merokok, dan konsumsi alkohol sedang-sering.

Diagnosis kanker kolorektal (KKR) ditentukan melalui riwayat penyakit (anamnesis), pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Keluhan yang paling sering muncul pada semua kelompok umur meliputi perdarahan dari anus, seringnya buang air besar atau diare yang berlangsung minimal enam minggu, ditemukannya massa di fossa iliaka kanan, tanda-tanda adanya obstruksi mekanik, serta anemia

akibat kekurangan zat besi. Pada pasien yang berusia di atas 60 tahun, perdarahan per anal tanpa keluhan anal lain atau peningkatan frekuensi BAB/diare yang berlangsung lebih dari enam minggu harus dicurigai sebagai kemungkinan KKR.

Pemeriksaan colok dubur sebaiknya dilakukan pada semua pasien dengan keluhan anorektal, untuk mengevaluasi integritas sfingter ani sekaligus menilai ukuran dan tingkat fiksasi tumor pada bagian tengah hingga distal rektum. Pemeriksaan tambahan yang mendukung diagnosis meliputi tes darah, pemeriksaan darah samar feses, dan pemeriksaan radiologi yang direkomendasikan seperti enema kontras ganda, CT scan abdomen, serta kolonoskopi.

Penatalaksanaan KKR meliputi operasi dan kemoterapi adjuvan. Operasi bertujuan mengangkat seluruh tumor jika memungkinkan, kemudian dilakukan biopsi untuk menilai kemungkinan penyebaran kanker. Kemoterapi adjuvan memiliki peran penting pada pasien dengan risiko tinggi (Kemenkes, 2019).

METODE

Penelitian ini merupakan laporan kasus atau *case report* yang disusun menggunakan data

dari pasien berupa anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang berupa laboratoris, radiologis, dan mikroskopik dari sample tumor pada pasien.

LAPORAN KASUS

Pasien adalah seorang wanita berusia 82 tahun datang diantar keluarganya ke IGD RSUD dr Harjono S. Ponorogo pada tanggal 12 Oktober 2025 dengan keluhan nyeri perut yang sudah dirasakan sejak 3 tahun lalu, keluhan tersebut hilang timbul, dan dirasakan semakin memberat seminggu SMRS (Sebelum Masuk Rumah Sakit). Disertai dengan keluhan lain yaitu teraba benjolan di perut kanan bawah yang keras dan tidak dapat digerakkan dan dirasakan semakin membesar yang disadari pasien sejak 1 tahun ini. Pasien juga mengeluhkan sulit BAB, baru bisa BAB setelah konsumsi obat pencahar yang biasa didapatkan pasien dari puskesmas, dan sekali keluar BAB bisa sangat banyak dengan konsistensi cair dan kadang disertai darah segar. Dalam 3 tahun ini juga pasien mengalami penurunan berat badan yang awalnya 65 kg dengan tinggi badan 145 cm yang termasuk kategori obesitas, kemudian saat hari masuk rumah sakit tanggal 12 Oktober menjadi berat

badan 43 kg dengan tinggi 145 cm yang termasuk kategori ideal. Penglihatan pasien sudah kabur, dan pendengaran juga sudah menurun. Mual muntah disangkal, pusing disangkal. Riwayat merokok pasif dari suami diakui.

Riwayat penyakit dahulu, yang diakui hipertensi yang tidak terkontrol sejak lama, baru rutin konsumsi obat hipertensi seminggu SMRS. Riwayat keluhan atau penyakit serupa, riwayat diabetes melitus, riwayat asma, serta riwayat penyakit jantung disangkal. Riwayat penyakit keluarga yang diakui adalah hipertensi yang dialami oleh ibu pasien.

Pemeriksaan tanda-tanda vital dan keadaan umum cukup, kesadaran compos mentis, dengan GCS E4V5M6. Tekanan darah 166/80 mmHg dengan frekuensi nadi 70 kali/menit regular, frekuensi pernapasan 20 kali/menit, suhu 36oC, saturasi oksigen 98%.

Pemeriksaan fisik generalis, konjungtiva anemis (+/+), sklera ikterik (-/-), edema palpebral (-/-), jejas di area kepala dan leher (-), pembesaran kelenjar getah bening (-). Pemeriksaan thoraks inspeksi gerakan pernafasan simetris (+), retraksi intercostal (-), palpasi fremitus normal sama antara kanan dan kiri,

perkusi sonor di seluruh lapang paru (+/+), batas paru-jantung (tidak ada pembesaran), batas paru-hepar (tidak ada pembesaran), auskultasi suara dasar vesikuler (+/+), rhonki (-/-), wheezing (-/-).

Pemeriksaan regio jantung saat di inspeksi iktus cordis tidak terlihat, pada pemeriksaan palpasi ictus cordis kuat angkat, perkusi batas jantung normal, auskultasi bunyi jantung reguler, bising jantung (-). Pemeriksaan abdomen : inspeksi distensi (-), luka bekas operasi (+), auskultasi peristaltik (+) menurun, undulasi (-), pekak beralih (-), palpasi nyeri tekan (+) di kuadran kanan bawah, massa (+) di kuadran kanan bawah, defans muscular (-); *rectal toucher* tidak didapatkan adanya massa. Pemeriksaan ekstremitas atas : jejas (-/-), akral hangat (+/+), CRT < 2 detik (+/+); ekstremitas bawah : jejas (-/-), akral hangat (+/+), CRT < 2 detik (+/+).

Pemeriksaan laboratorium darah lengkap hemoglobin 5.5 g/dl, eritrosit 3.13 10x6/μ, leukosit 9.41 10x3/μL, hematocrit 19.9%, trombosit 355 10x3/μL, MCV 63.5 fL, MCH 17.7 Pg, MCHC 27.6 g/dL, RDW-CV 20.9%, PDW 16.1%. pemeriksaan hitung jenis eosinophil 1.2%, basophil 0.2%, neutrophil 78.2%, limfosit 13.6%, monosit 6.8%. Pemeriksaan kimia klinik

glukosa sewaktu 94 mg/dL, ureum 36.51 mg/dL, kreatinin 0.90 mg/dL.

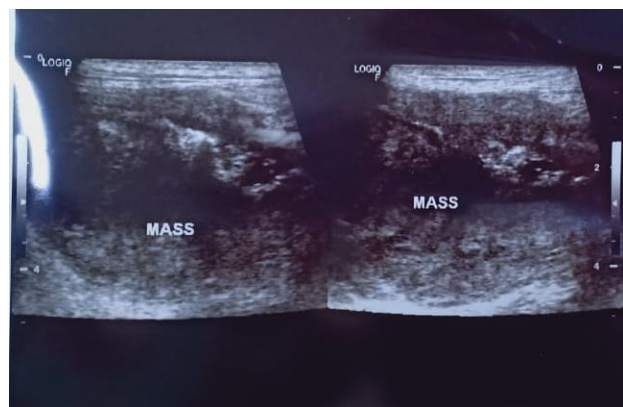
Pemeriksaan penunjang EKG didapatkan normal sinus rythme. Pemeriksaan radiologi foto thorax pulmo tak tampak kelainan, cardiomegaly.



Gambar 1. Foto Thorax

Pemeriksaan *ultrasonografi* abdomen didapatkan liver ukuran normal, intensitas echo parenchym normal homogen, vena porta/hepatica normal, tak tampak dilatasi IHBD (*Intra Hepatic Bile Duct*), tak tampak massa; Gallbladder ukuran normal, dinding tak menebal, tak tampak batu; Pankreas ukuran normal, intensitas echo parenchym homogen, tak tampak massa; Lien ukuran normal, intensitas echo parenchym homogen, tak tampak massa; Ren dextra ukuran normal, intensitas echo cortex normal, batas cortex medulla jelas, tak tampak estasis PCS, tak

tampak batu; Ren dextra ukuran normal, intensitas echo cortex normal, batas cortex medulla jelas, tak tampak estasis PCS, tak tampak batu; Vesica urinaria ukuran normal, dinding regular, tak tampak batu; Tampak massa pada abdomen inferior dextra dengan *kidney like appearance*; dengan kesan suspek massa pada colon ascendens.



Gambar 2. USG Abdomen

Dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien, pasien di didagnosis kerja dengan abdominal pain *et causa* suspek massa colon ascendens dengan anemia mikrositik hipokromik, dengan diagnosis banding abdominal pain *et causa* suspek massa caecum.

Penatalaksanaan awal dengan pemasangan Infus NaCl 0,9% 16 tpm, pasang kateter, injeksi santagesik 3x1 ampul, injeksi pantoprazole 1x1 ampul dan dikonsulkan dokter

spesialis bedah digestive untuk dilakukan tindakan pembedahan berupa laparatomy untuk mengetahui diagnosis dan mengambil sampel dari massa tersebut untuk dilakukan pemeriksaan mikroskopis berupa pemeriksaan patologi anatomi.

Dari pemeriksaan laboratorium awal, hemoglobin pasien masih rendah yaitu 5.5 g/dL sehingga tindakan operasi ditunda dulu sampai hemoglobin pasien cukup aman untuk dilakukan tindakan operasi laparatomy. Pasien dirawat inap dengan di transfusi awal sebanyak 2 kolf PRC, kemudian di lakukan pemeriksaan laboratorium hemoglobinnya didapatkan 7.7 g/dl, kemudian hari berikutnya pasien ditranfusi lagi 2 kolf PRC, kemudian di lakukan pemeriksaan laboratorium hemoglobinnya didapatkan 10.0 g/dl. Hemoglobin pasien sudah cukup aman, kemudian pasien dipersiapkan untuk dilakukan operasi di hari berikutnya, dengan dilakukan pemeriksaan laboratorium tambahan meliputi pemeriksaan imunologi dan didapatkan HbsAg dan HIV non reaktif; pemeriksaan kimia klinik albumin 3.14 g/dl; pemeriksaan koagulasi : PPT 10.3 detik, APTT 23.7 detik. INR 0.99.

Pada pasien ini dilakukan tindakan bedah

yaitu *laparatomy explorative, right hemicolectomy*, dan kemudian dilakukan anastomosis dengan menggabungkan ileum dan kolon transversum. Dari operasi tersebut, didapatkan hasil yaitu terdapat tumor di caecum, yang kemudian diambil sampelnya dan diperiksa secara patologi anatomi dan didapatkan hasil yaitu adenocarcinoma caecum, metastasis pada 2 KGB regional, pTN : pT3N1.



Gambar 3. Laparatomy

Setelah dilakukan operasi, pasien dirawat di bangsal selama 6 hari untuk pemulihan dan pemantauan pasca operasi, karena melihat usia pasien yang sudah sangat tua dan lebih rentan terjadi komplikasi. Kemudian pasien dijadwalkan untuk kontrol seminggu kemudian post rawat inap. Seminggu kemudian pasien kontrol di poli untuk kontrol keluhan dan luka jahitan operasi, kontrol di poli dilakukan sebanyak 3 kali, saat kontrol ketiga, pasien direncanakan dirujuk untuk

kemoterapi, karena melihat dari staging kanker pasien yang sudah menunjukkan stadium 3, yang mana pada stadium tersebut, dianjurkan untuk dilakukan kemoterapi untuk penatalaksanaan paliatifnya.

PEMBAHASAN

Kanker kolorektal adalah keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar) dan atau rektum (bagian kecil terakhir dari usus besar sebelum anus) (Kemenkes, 2019). Pada kasus ini tumor terletak di abdomen kuadran kanan bawah, setelah dilakukan laparatomy didapatkan untuk letaknya di caecum, sehingga yang tepat untuk pasien ini adalah mengarah pada tumor caecum.

Gejala klinis KKR tergantung pada letak tumor. Pada stadium dini, kanker kolorektal umumnya tidak menimbulkan gejala yang jelas atau bahkan asimtomatik, sehingga sering tidak terdeteksi. Gejala yang muncul pada fase awal cenderung tidak spesifik dan dapat menyerupai kondisi medis jinak lainnya. Salah satu tanda yang dapat ditemukan adalah adanya darah dalam tinja, baik berwarna merah segar maupun hitam (melena) akibat perdarahan dari lesi yang letaknya jauh dari anus, termasuk perdarahan

samar yang hanya terdeteksi secara mikroskopik. Kehilangan darah kronis dapat menyebabkan defisiensi besi dan anemia, yang bermanifestasi sebagai kelelahan, sesak napas, dan pucat. Kecurigaan terhadap kanker kolorektal perlu dipertimbangkan apabila terdapat kombinasi keluhan yang menetap, seperti perubahan pola buang air besar, rasa tidak nyaman di perut, penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, serta kelelahan berkepanjangan, sehingga memerlukan evaluasi diagnostik lebih lanjut (ESMO, 2016).

Staging KKR pada kanker kolon, berbasis pada sistem TNM. Kategori TNM mencerminkan struktur anatomi yang sangat mirip antara kanker rektum dan kolon; karena itu, kedua kanker ini berbagi sistem staging yang sama. Staging dari edisi ke-8 AJCC :

- a. T1: tumor menyerang submucosa
- b. T2: tumor menyerang muskularis propria
- c. T3: tumor menembus muskularis propria
- d. T4a: tumor menembus permukaan peritoneum visceral
- e. T4b: tumor langsung menyerang atau melekat pada organ atau struktur lain.

Komponen T pada staging kanker kolon sangat penting dalam menentukan prognosis, karena analisis menunjukkan bahwa pasien dengan T4, N0 memiliki kelangsungan hidup yang lebih rendah dibandingkan mereka dengan T1–2, N1–2 (Benson, 2024).

Klasifikasi Nodus (Kategori N)

Klasifikasi nodus limfa regional mencakup:

- N1a: 1 nodus positif
- N1b: 2–3 nodus positif
- N2a: 4–6 nodus positif
- N2b: 7 atau lebih nodus positif.

Selain itu, adanya deposisi tumor (TDs) di luar nodus limfa, tetapi dalam mesenter, peritoneal non-regional, atau jaringan lemak perikolik dianggap sebagai N1c. Dalam setiap tahap TN, kelangsungan hidup sangat berkorelasi dengan jumlah nodus positif.

Metastasis (Kategori M)

Metastasis diklasifikasikan sebagai:

- M1a: metastasis terbatas pada satu organ/jaringan (tidak termasuk peritoneum) atau satu area nodus limfa non-regional.
- M1b: metastasis ke ≥ 2 organ/jaringan jauh

(tidak termasuk peritoneum).

- M1c: metastasis ke peritoneum, baik dengan atau tanpa metastasis jauh ke organ lain. Edisi ke-8 AJCC mensyaratkan bahwa metastasis pada peritoneal carcinomatosis dengan metastasis hematogen ke organ visceral diklasifikasikan sebagai M1c. Pasien dengan keterlibatan peritoneal memiliki PFS (*progression-free survival*) dan OS (*overall survival*) yang lebih buruk dibandingkan pasien tanpa metastasis peritoneal (Benson, 2024).

	T	N	M
Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1, T2	N0	M0
Stage IIA	T3	N0	M0
Stage IIB	T4a	N0	M0
Stage IIC	T4b	N0	M0
Stage IIIA	T1-T2	N1/N1c	M0
	T1	N2a	M0
Stage IIIB	T3-T4a	N1/N1c	M0
	T2-T3	N2a	M0
	T1-T2	N2b	M0
Stage IIIC	T4a	N2a	M0
	T3-T4a	N2b	M0
	T4b	N1-N2	M0
Stage IVA	Any T	Any N	M1a
Stage IVB	Any T	Any N	M1b
Stage IVC	Any T	Any N	M1c

Gambar 4. Staging KKR

Tabel 1. Penatalaksanaan KKR berdasarkan staging

STADIUM	TERAPI
Stadium 0 (T, N0, M0)	- Eksisi lokal atau polipektomi sederhana - Reseksi <i>en-bloc</i> segmental untuk lesi yang tidak memenuhi syarat eksisi lokal
Stadium I (T1-2, N0, M0)	<i>Wide surgical resection</i> dengan anastomosis tanpa kemoterapi adjuvant
Stadium II (T3N0M0, T3N1M0, T4N0M0, T4N1M0)	- <i>Wide surgical resection</i> dengan anastomosis

T4a-bN0M0)	- Terapi adjuvant setelah pembedahan pada pasien dengan risiko tinggi
Stadium III (T apapun, N1-2, M0)	- <i>Wide surgical resection</i> dengan anastomosis - Terapi adjuvant setelah pembedahan
Stadium IV (T apapun, Napapun, M1)	- Reseksi tumor primer pada kasus kanker kolorektal dengan metastasis yang dapat direseksi - Kemoterapi sistemik pada kasus kanker kolorektal dengan metastasis yang tidak dapat direseksi dan tanpa gejala

Pada Pasien ini, dari pemeriksaan sample dari tumor caecum yang kemudian dilakukan pemeriksaan patologi anatomi, didapatkan T3N1M0, yang dari hasil tersebut masuk kedalam staging IIIB, yang diperlukan tatalaksana yaitu wide surgical resection dengan anastomosis, kemudian dilanjutkan kemoterapi adjuvant setelah pembedahan.

Penatalaksanaan kanker kolon berdasarkan presentasi klinis, yaitu ketika kanker kolon terdiagnosis dan dapat direseksi (*resectable*), langkah utama adalah melakukan kolektomi (operasi pengangkatan kolon) disertai pengangkatan regional lymph nodes secara en-bloc. Setelah operasi, pasien masuk ke penilaian stadium patologis yang akan menentukan perlunya terapi adjuvan maupun surveillance. Untuk kasus kanker kolon yang dapat direseksi tetapi menyebabkan obstruksi, terdapat dua

pilihan: operasi satu tahap (*one-stage colectomy*) yang melibatkan reseksi dan anastomosis langsung, atau reseksi dengan pembentukan diverting ostomy (stoma) bila kondisi pasien tidak memungkinkan anastomosis aman (Benson, 2024). Pencegahan kanker kolorektal dapat dilakukan mulai dari fasilitas kesehatan layanan primer melalui program KIE di populasi atau masyarakat dengan menghindari faktor-faktor risiko kanker kolorektal yang dapat dimodifikasi dan dengan melakukan skrining atau deteksi dini pada populasi, terutama pada kelompok risiko tinggi (Kemenkes, 2019).

Komplikasi kanker kolorektal dapat berasal dari progresi penyakit seperti obstruksi usus, perdarahan, perforasi, dan penyebaran peritoneal maupun dari terapi, termasuk komplikasi bedah (kebocoran anastomosis, infeksi luka, sepsis), toksisitas kemoterapi (misalnya neuropati perifer akibat oksaliplatin, neutropenia, mual muntah), serta efek samping radioterapi seperti proktitis, striktur usus, dan gangguan fungsi seksual. Kondisi akut seperti obstruksi atau perforasi memerlukan tindakan bedah darurat, sementara kebocoran anastomosis merupakan komplikasi serius yang

membutuhkan diagnosis cepat dan penanganan sesuai derajat keparahan, mulai dari terapi konservatif hingga reoperasi. Pada metastasis hati yang luas, komplikasi seperti ikterus atau gagal hati dapat terjadi, sehingga pilihan terapi seperti reseksi metastasis, ablasi, atau kemoterapi sistemik harus disesuaikan dengan kondisi klinis. Pedoman juga menekankan perlunya dukungan nutrisi, manajemen nyeri, rehabilitasi, serta pengelolaan toksisitas terapi secara multidisiplin untuk mempertahankan kualitas hidup pasien (kemenkes, 2019).

Prognosis kanker kolorektal sangat bergantung pada stadium pada saat diagnosis; secara umum, stadium dini (I) memiliki kelangsungan hidup 5 tahun yang tinggi (>80–90%) sedangkan stadium lanjut metastatik (IV) memiliki kelangsungan hidup yang jauh lebih rendah (sekitar 10–20% tergantung resektabilitas metastasis dan kemajuan terapi sistemik). Faktor prognostik yang signifikan meliputi stadium TNM, jumlah nodus limfa positif, status margin reseksi, derajat diferensiasi histologis, dan karakteristik molekuler. Selain itu, status performans pasien dan komorbiditas juga menentukan tolerabilitas terhadap terapi agresif

dan akibatnya survival. Perbaikan prognostik modern banyak dicapai melalui deteksi dini (skrining), teknik bedah yang lebih baik (TME untuk rektum), serta kombinasi kemoterapi dan terapi target/imunoterapi (Lancet, 2024).

KESIMPULAN

Kanker kolorektal merupakan keganasan yang berasal dari jaringan usus besar yang terdiri dari kolon dan/atau rektum. Adenocarcinoma caecum merupakan salah satu kanker kolon kanan, yang pada laporan kasus ini dilaporkan Seorang Wanita usia 82 tahun dengan diagnosis awal adalah massa abdomen susp tumor colon ascendence, setelah tindakan operasi dan dilakukan pemeriksaan patologi anatomi, didapatkan hasil dan menjadikan diagnosis akhir yaitu Adenokarsinoma Caecum dengan TNM T3N1M0 yang termasuk staging III. Ca colon termasuk dalam Kanker kolorektal (KKR) yang merupakan kanker keempat yang paling sering didiagnosis dan merupakan penyebab kematian akibat kanker kedua di Amerika Serikat. Pada tahun 2024, diperkirakan terdapat 106.590 kasus baru kanker usus besar dan 46.220 kasus kanker rektum. Pada tahun yang sama, diperkirakan 53.010 orang meninggal akibat kanker usus besar

dan rektum. Diagnosis yang tepat sangat bergantung pada data anamnesis dan hasil pemeriksaan fisik, yang semuanya harus diintegrasikan untuk menentukan tatalaksana yang sesuai. Upaya awal dalam penatalaksanaan mencakup pengurangan nyeri serta tindakan pembedahan untuk mencari dan mengambil jaringan tumor, serta untuk mendapatkan sample untuk diperiksa secara patologi anatomi, pada pasien ini dilakukan Tindakan bedah berupa laparatomi eksploratif, dilanjutkan *right hemicolectomy* karena tumor berada di kolon kanan, kemudian dilakukan anastomosis dengan menyambung bagian caecum dengan bagian kolon transversum, kemudian diambil sampel untuk dilakukan pemeriksaan patologi anatomi. Setelah operasi, pemulihan pasca operasi, dan dilakukan kontrol di poli sebanyak 3 kali, pasien kemudian dirujuk untuk kemoterapi.

Epidemiology, Current Challenges, Risk Factors, Preventive and Treatment Strategies. MDPI Journal cancer. doi: 10.3390/cancers14071732

Kementerian Kesehatan RI. (2019). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran : tatalaksana Kanker Kolorektal. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI 2019.

The Lancet. (2024). Review, Colorectal Cancer (epidemiology and contemporary challenges). The Lancet

DAFTAR PUSTAKA

- Benson, A.B., *et al.* (2024/2025). Colon Cancer, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Jccn.org
- European society for Medical Oncology. 2016. Kanker Kolorektal. Anticancer Fund.
- Hossain, M.S., Karuniawati, H., Jairoun, A.A., Urbi, Z., Ooi, D.J., John, A., Lim, Y.C., *et al.* (2022). Colorectal Cancer: A Review of Carcinogenesis, Global