



Ileus Obstruksi Et Causa Tumor Rekti pada Pasien Laki-Laki Usia 37 Tahun Sebuah Laporan Kasus

Sitti Royanti Alwi^{1*}, dan Helfi Nikijuluw²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Pattimura, Indonesia

²Bagian Ilmu Bedah, Fakultas Kedokteran, Universitas Pattimura, Indonesia

*Penulis Korespondensi: royantialwi@gmail.com

Abstract. Obstructive ileus is a surgical emergency caused by mechanical obstruction of the intestinal lumen and requires prompt diagnosis and management to prevent life-threatening complications. Colorectal malignancy is the leading cause of large bowel obstruction; therefore, a comprehensive diagnostic approach is essential to establish the underlying etiology and guide appropriate management. This case report aimed to describe the diagnostic process and management of obstructive ileus secondary to suspected colorectal malignancy in a 37-year-old male patient. The patient presented with colicky abdominal pain for three days before hospital admission, accompanied by progressive abdominal distension, nausea, vomiting, obstipation for five days, and inability to pass flatus. Physical examination revealed abdominal distension, diffuse abdominal tenderness, and hyperactive bowel sounds. Laboratory investigations demonstrated mild anemia, thrombocytosis, relative neutrophilia, mildly elevated blood urea and creatinine levels, and hypoalbuminemia. Three-view abdominal radiography revealed colonic dilatation with multiple air-fluid levels, consistent with large bowel obstruction. Based on the integration of clinical presentation, physical examination, laboratory findings, and radiological evaluation, the patient was diagnosed with obstructive ileus secondary to suspected colorectal malignancy. Initial management included intravenous fluid resuscitation, administration of ceftriaxone, metronidazole, analgesics, antiemetics, and supportive therapy before exploratory laparotomy was performed as the definitive treatment. This case highlights the importance of integrating clinical, laboratory, and radiological findings to facilitate early diagnosis and timely surgical decision-making, thereby preventing serious complications, including intestinal ischemia, bowel perforation, and sepsis.

Keywords: Case Report; Colorectal Malignancy; Colorectal Tumor; Intestinal Lumen; Obstructive Ileus.

Abstrak. Ileus obstruktif merupakan kegawatdaruratan bedah yang terjadi akibat hambatan mekanik pada lumen usus dan memerlukan diagnosis serta penatalaksanaan yang cepat untuk mencegah komplikasi yang mengancam jiwa. Keganasan kolorektal merupakan penyebab utama obstruksi usus besar sehingga diperlukan pendekatan diagnostik yang komprehensif untuk menentukan etiologi dan tata laksana yang tepat. Laporan kasus ini bertujuan menggambarkan proses diagnosis dan penatalaksanaan ileus obstruktif akibat suspek keganasan kolon pada seorang pasien laki-laki berusia 37 tahun. Pasien datang dengan keluhan nyeri perut kolik sejak tiga hari sebelum masuk rumah sakit yang disertai distensi abdomen progresif, mual, muntah, obstipasi selama lima hari, serta tidak dapat mengeluarkan flatus. Pemeriksaan fisik menunjukkan distensi abdomen, nyeri tekan difus, dan peningkatan bising usus. Pemeriksaan laboratorium memperlihatkan anemia ringan, trombositosis, neutrofilia relatif, peningkatan ringan kadar ureum dan kreatinin, serta hypoalbuminemia. Radiografi abdomen tiga posisi menunjukkan dilatasi kolon disertai gambaran *multiple air-fluid levels* yang mengarah pada *large bowel obstruction*. Berdasarkan integrasi hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, laboratorium, dan radiologi, pasien didiagnosis dengan ileus obstruktif akibat suspek keganasan kolon. Penatalaksanaan awal meliputi resusitasi cairan intravena, pemberian ceftriaxone, metronidazole, analgesik, antiemetik, dan terapi suportif sebelum dilakukan laparotomi eksplorasi sebagai terapi definitif. Kasus ini menegaskan bahwa integrasi temuan klinis, laboratorium, dan radiologi sangat penting untuk menegaskan diagnosis secara dini serta mendukung pengambilan keputusan operatif yang tepat waktu guna mencegah komplikasi serius, seperti iskemia, perforasi usus, dan sepsis.

Kata Kunci: Keganasan Kolorektal; Laporan Kasus; Ileus Obstruktif; Lumen Usus; Tumor Kolorektal.

1. LATAR BELAKANG

Ileus obstruktif atau *bowel obstruction* merupakan salah satu kegawatdaruratan bedah yang terjadi akibat terganggunya patensi lumen usus oleh hambatan mekanis pada bagian distal saluran cerna (Azura *et al.*, 2023; Mursal *et al.*, 2024; Su'un *et al.*, 2024). Hambatan

mekanis tersebut menyebabkan akumulasi isi usus, cairan, dan gas pada segmen usus proksimal, sehingga meningkatkan tekanan intraluminal yang pada akhirnya mengganggu mikrosirkulasi dinding usus. Kondisi ini dapat menyebabkan iskemia, nekrosis usus, hingga perforasi apabila tidak ditangani secara tepat dan segera (Subroto & Prabowo, 2023).

Secara global, penyakit saluran pencernaan masih menjadi salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas. *World Health Organization* (WHO) melaporkan bahwa pada tahun 2020 penyakit saluran pencernaan termasuk dalam sepuluh besar penyebab kematian di dunia. Salah satu penyakit yang berkontribusi terhadap tingginya angka kesakitan tersebut adalah ileus obstruktif. Insiden ileus dilaporkan mencapai sekitar 1 kasus per 1.000 penduduk setiap tahun pada seluruh kelompok usia dan secara klinis menyumbang sekitar 60%–90% kasus akut abdomen non-apendisitis. Di Indonesia, dilaporkan terdapat 7.024 kasus ileus obstruktif tanpa hernia, yang menunjukkan bahwa penyakit ini masih menjadi masalah kesehatan dengan beban klinis yang cukup tinggi (Nisa *et al.*, 2021).

Berdasarkan lokasi terjadinya obstruksi, ileus obstruktif lebih sering ditemukan pada usus halus dibandingkan usus besar dengan rasio sekitar 4:1 (Griffiths & Glancy, 2017; Griffiths & Glancy, 2023). Penyebab tersering obstruksi usus halus adalah adhesi intraabdomen yang mencapai sekitar 65% kasus, terutama sebagai komplikasi pascaoperasi, diikuti oleh hernia yang menyumbang sekitar 15% kasus (Irawanputra, 2022). Adhesi terbentuk sebagai respons terhadap kerusakan jaringan permukaan akibat tindakan pembedahan, seperti jahitan, kauterisasi, sayatan, maupun trauma, dan dilaporkan dapat terjadi pada satu hingga sepuluh kali episode pada pasien pascaoperasi intraabdomen (Anwar *et al.*, 2026). Sebaliknya, obstruksi usus besar paling sering disebabkan oleh keganasan kolorektal yang mencakup sekitar 70% kasus, diikuti oleh adhesi maupun stenosis akibat divertikulitis berulang yang dilaporkan mencapai hingga 10% kasus (Bamatraf & Laurentz, 2024; Vilz *et al.*, 2017).

Manifestasi klinis ileus obstruktif sangat bergantung pada lokasi, derajat, dan lamanya obstruksi, namun umumnya meliputi gejala lokal maupun sistemik (Frager, 2002). Gejala sistemik dapat berupa dehidrasi berat, hipovolemia, syok, oliguria, gangguan keseimbangan elektrolit, serta distensi abdomen. Sementara itu, gejala lokal umumnya ditandai dengan nyeri perut kolik yang bersifat intermiten, mual dan muntah, distensi abdomen progresif, bunyi usus bernada tinggi (*high-pitched bowel sounds*), obstipasi, tidak dapat mengeluarkan flatus, serta pasien tampak gelisah akibat nyeri yang dirasakan (Kastiaji & Al Rasyidi, 2023). Perkembangan ilmu pengetahuan dalam satu dekade terakhir telah mengubah paradigma tata laksana ileus obstruktif, khususnya pada pasien dengan riwayat pembedahan abdomen.

Pendekatan non-operatif kini menjadi pilihan utama pada pasien yang memenuhi kriteria tertentu. Tata laksana konservatif tersebut meliputi dekompresi saluran cerna menggunakan selang nasogastrik, pemberian zat kontras larut air sebagai modalitas diagnostik sekaligus terapeutik, serta resusitasi cairan dan koreksi gangguan elektrolit. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pendekatan non-operatif aman dan efektif, dengan tingkat keberhasilan mencapai sekitar 70% pada ileus obstruktif yang disebabkan oleh adhesi pascaoperasi (Amara, 2021).

Laporan kasus ini membahas seorang pasien laki-laki berusia 37 tahun yang didiagnosis dengan ileus obstruktif akibat tumor rektum (*ileus obstruktif et causa tumor recti*). Kasus ini disajikan untuk menggambarkan manifestasi klinis, pendekatan diagnostik, tata laksana, serta pertimbangan klinis dalam penanganan ileus obstruktif yang disebabkan oleh keganasan kolorektal.

2. METODE PENELITIAN

Pasien datang dengan keluhan nyeri pada seluruh lapang perut sejak 7 hari sebelum masuk rumah sakit (SMRS). Nyeri muncul secara tiba-tiba, bersifat hilang timbul dengan karakter seperti melilit, memberat saat makan atau minum, dengan intensitas nyeri berdasarkan *Numeric Rating Scale* (NRS) sebesar 8/10. Keluhan disertai perut kembung dan membesar, tidak dapat buang angin (flatus), mual, serta muntah berwarna kuning berisi cairan dan kadang disertai sisa makanan. Pasien juga mengeluhkan tidak buang air besar selama 7 hari terakhir, sedangkan buang air kecil masih dalam batas normal dan demam disangkal. Pasien memiliki riwayat radang usus, sementara riwayat penyakit keluarga menunjukkan nenek pasien pernah menjalani operasi akibat tumor usus. Sebelum dirujuk ke RSUD Haulussy, pasien sempat menjalani perawatan di RSA selama 4 hari dengan keluhan serupa, namun pasien dan keluarga tidak dapat mengingat jenis terapi yang telah diberikan. Pada riwayat sosial, pasien memiliki kebiasaan merokok dan tidak memiliki riwayat konsumsi alkohol. Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien relatif stabil dengan tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 94 kali per menit, frekuensi napas 24 kali per menit, suhu 36,7°C, dan saturasi oksigen 100% pada udara ruangan. Pemeriksaan kepala, leher, dan toraks tidak menunjukkan kelainan bermakna, dengan konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, trakea berada di garis tengah, tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening, serta bunyi napas vesikuler normal tanpa ronki maupun wheezing. Pada pemeriksaan ekstremitas didapatkan akral hangat, tanpa edema, dengan capillary refill time kurang dari 2 detik. Status lokalis abdomen menunjukkan perut tampak cembung dengan distensi abdomen

dan darm contour positif, disertai peningkatan bising usus dan borborismus. Palpasi menunjukkan nyeri tekan pada seluruh lapang perut, sedangkan perkusi didapatkan redup pada seluruh lapang abdomen. Pemeriksaan genitalia dan colok dubur tidak dilakukan karena pasien menolak pemeriksaan tersebut.



Gambar 1. Gambaran abdomen pre-oprasi.

Pada pemeriksaan penunjang, hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 14 Juni 2023 menunjukkan adanya anemia ringan yang ditandai dengan kadar hemoglobin 10,7 g/dL, eritrosit 4,17 juta/ μ L, hematokrit 36,1%, serta penurunan nilai MCHC menjadi 29,6 g/dL. Pemeriksaan darah lengkap juga menunjukkan trombositosis dengan jumlah trombosit 451 ribu/ μ L dan leukosit dalam batas atas normal yaitu 11,0 ribu/ μ L, disertai neutrofilia relatif sebesar 79,2% dan limfopenia relatif sebesar 11,4%, yang mengarah pada adanya respons inflamasi atau stres fisiologis. Pemeriksaan koagulasi menunjukkan waktu perdarahan dan waktu pembekuan masih dalam batas normal, masing-masing 2 menit dan 6 menit. Pemeriksaan kimia darah menunjukkan kadar glukosa puasa normal sebesar 77 mg/dL. Pada pemeriksaan fungsi ginjal didapatkan kadar ureum sebesar 50 mg/dL dan kreatinin 1,3 mg/dL yang sedikit meningkat dibandingkan nilai rujukan. Selain itu, pemeriksaan fungsi hati menunjukkan kadar albumin sebesar 3,1 g/dL yang menandakan adanya hipoalbuminemia ringan.

Tabel 1. Pemeriksaan Darah Rutin.

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Darah Lengkap			
Hemoglobin HGB)	10,7	g/dL	13.4-17.3
Eritrosit (RBC)	4,17	Juta/uL	4.7-6.3
Hematokrit (hct)	36,1	%	39.9-51.1
MCV	86,6	fl	73.4-91
MCH	25,7	Pg	24.2-31.2
MCHC	29,6	g/dl	32-36
Trombosit (PLT)	451	Ribu/uL	150-400
Leukosit (WBC)	11,0	Ribu/uL	2.07-11.1
Hitung Jenis Leukosit			
Basofil	0,9	%	0-1
Eosinofil	2,7	%	1-3
Neutrophil	79,2	%	50-70
Limfosit	11,4	%	20-40
Monosit	5,8	%	2-8
Koagulasi			
Waktu Perdarahan	2	menit	1-3
Waktu Pembekuan	6	menit	2-6
Pemeriksaan Kimia Darah			
Glukosa Puasa	77	mg/dL	70-99
Fungsi Ginjal			
Ureum	50	mg/dL	10-50
Kreatinin	1,3	mg/dl	0.5-1.2
Fungsi Hati			
Albumin	3,1	U/L	3.5-5.3

Hasil pemeriksaan radiologi foto abdomen tiga posisi pada tanggal 14 Juni 2023 menunjukkan *preperitoneal fat line* kiri masih baik, sedangkan *psoas line* dan kontur ginjal kanan maupun kiri tertutup oleh udara usus. Tidak tampak adanya opasitas patologis pada kavum abdomen maupun pelvis. Selain itu, ditemukan peningkatan jumlah dan distribusi udara usus yang disertai dilatasi serta distensi usus. Pada posisi *left lateral decubitus* (LLD) tampak *multiple air-fluid level* yang memanjang. Secara keseluruhan, temuan radiologis tersebut memberikan kesan adanya *Large Bowel Obstruction*.



Gambar 2. X Foto BNO 3 Posisi Tn. Achmad.

Berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, laboratorium, dan radiologi, pasien ditegakkan diagnosis kerja berupa *Obstructive Ileus et causa* suspek keganasan, disertai Anemia dan Hypoalbuminemia. Sebagai persiapan tindakan operatif, pasien mendapatkan terapi preoperatif berupa terapi cairan intravena menggunakan kombinasi Futrolit dan Glutalan dengan perbandingan 2:1 untuk koreksi cairan dan elektrolit. Selain itu diberikan antibiotik berupa ceftriaxone 2 gr intravena sekali sehari dan metronidazole 500 mg intravena tiga kali sehari sebagai profilaksis serta penanganan kemungkinan infeksi bakteri saluran cerna. Pasien juga mendapatkan omeprazole intravena dua kali sehari untuk proteksi mukosa lambung, ketorolac intravena tiga kali sehari dan tramadol intravena dua kali sehari sebagai analgetik untuk mengontrol nyeri, serta ondansetron intravena tiga kali sehari sebagai antiemetik untuk mengurangi keluhan mual dan muntah.

3. LATAR BELAKANG

Penegakan diagnosis ileus obstruktif pada pasien ini didasarkan pada integrasi hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan radiologi. Pasien merupakan laki-laki berusia 37 tahun yang datang dengan keluhan utama nyeri perut sejak

tiga hari sebelum masuk rumah sakit. Nyeri dirasakan pada seluruh lapang abdomen, bersifat kolik (hilang timbul), memberat setelah makan, dan disertai demam, distensi abdomen yang semakin progresif, mual, muntah berisi cairan berwarna kuning dan sisa makanan, tidak buang air besar selama lima hari, serta tidak dapat mengeluarkan flatus, sedangkan buang air kecil masih dalam batas normal. Pada pemeriksaan fisik ditemukan distensi abdomen, nyeri tekan saat palpasi dan perkusi, serta peningkatan bising usus. Kombinasi keluhan berupa nyeri abdomen kolik, distensi abdomen, muntah, obstipasi, dan tidak dapat mengeluarkan flatus merupakan manifestasi klinis yang khas pada ileus obstruktif akibat hambatan mekanik pada lumen usus (Catena *et al.*, 2019; Ten Broek *et al.*, 2018).

Secara patofisiologis, nyeri kolik terjadi akibat peningkatan aktivitas peristaltik usus yang berusaha mengatasi hambatan mekanik, sedangkan distensi abdomen berkembang sebagai konsekuensi akumulasi cairan dan gas pada segmen proksimal lokasi obstruksi (Catena *et al.*, 2019). Intensitas nyeri yang tinggi (NRS 8/10) menunjukkan bahwa proses obstruksi kemungkinan telah berlangsung cukup lama sehingga meningkatkan tekanan intralumen dan menyebabkan peregangan dinding usus yang mengaktifasi reseptor nyeri viseral (Maung *et al.*, 2012). Muntah yang mengandung cairan berwarna kuning dan sisa makanan mencerminkan refluks isi saluran cerna akibat terganggunya transit usus, sedangkan obstipasi dan ketidakmampuan mengeluarkan flatus merupakan tanda klasik obstruksi usus komplet, terutama pada obstruksi kolon (Cappell & Batke, 2008). Selain itu, riwayat radang usus yang dimiliki pasien berpotensi meningkatkan risiko terbentuknya striktur akibat inflamasi kronik, sedangkan adanya riwayat keluarga dengan tumor usus semakin memperkuat dugaan keganasan sebagai penyebab obstruksi kolon (Lanas & Chan, 2017; Benson *et al.*, 2023).

Pemeriksaan fisik menunjukkan bahwa tanda-tanda vital pasien masih relatif stabil, sehingga pada saat evaluasi awal belum ditemukan bukti syok hipovolemik maupun sepsis. Meskipun demikian, peningkatan frekuensi napas yang ringan kemungkinan merupakan respons fisiologis terhadap nyeri hebat dan distensi abdomen (Catena *et al.*, 2019). Distensi abdomen yang nyata disertai *darm contour* positif menunjukkan adanya dilatasi usus akibat peningkatan tekanan intralumen sehingga gelombang peristaltik tampak melalui dinding abdomen, suatu temuan yang lazim dijumpai pada obstruksi usus mekanik (Maung *et al.*, 2012). Bising usus yang meningkat disertai borborismus mencerminkan fase awal obstruksi, ketika aktivitas peristaltik masih meningkat sebagai mekanisme kompensasi untuk mengatasi hambatan mekanik. Sebaliknya, pada fase lanjut, bising usus dapat berkurang bahkan menghilang akibat kelelahan otot polos usus (Cappell & Batke, 2008). Nyeri tekan difus pada

seluruh lapang abdomen menunjukkan adanya peregangan dinding usus dan iritasi peritoneum ringan akibat distensi yang berkepanjangan, meskipun belum ditemukan tanda-tanda peritonitis, seperti defans muskular maupun *rebound tenderness* (Catena *et al.*, 2019).

Pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin sebesar 10,7 g/dL yang mengindikasikan anemia ringan. Kondisi ini kemungkinan berkaitan dengan penyakit kronik maupun perdarahan saluran cerna yang berlangsung perlahan pada keganasan kolorektal. Penurunan nilai *mean corpuscular hemoglobin concentration* (MCHC) mendukung adanya anemia hipokromik yang sering ditemukan pada defisiensi besi akibat perdarahan kronik dari lesi neoplastik kolon (Cappell, 2008). Ditemukannya trombositosis menunjukkan adanya respons inflamasi sistemik yang sering berhubungan dengan keganasan gastrointestinal dan diketahui berkorelasi dengan prognosis yang lebih buruk pada kanker kolorektal (Stone *et al.*, 2012). Selain itu, neutrofilia relatif yang disertai limfopenia menggambarkan respons inflamasi akut dan stres fisiologis yang umum dijumpai pada pasien dengan obstruksi usus maupun keganasan (Forget *et al.*, 2017). Peningkatan ringan kadar ureum dan kreatinin kemungkinan disebabkan oleh dehidrasi prerenal akibat muntah berulang, penurunan asupan oral, serta perpindahan cairan ke lumen usus yang mengalami obstruksi (Maung *et al.*, 2012). Hipoalbuminemia yang ditemukan pada pasien diduga merupakan akibat kombinasi malnutrisi, proses inflamasi kronik, dan penurunan sintesis albumin selama respons fase akut, yang diketahui berhubungan dengan meningkatnya risiko komplikasi pascaoperasi (Gibbs *et al.*, 1999).

Pemeriksaan radiografi abdomen tiga posisi memperlihatkan dilatasi usus disertai gambaran *multiple air-fluid levels* yang memanjang, suatu temuan radiologis klasik yang sangat mendukung diagnosis obstruksi usus mekanik (Catena *et al.*, 2019). Dilatasi kolon dengan penumpukan udara menunjukkan adanya hambatan aliran isi usus sehingga cairan dan gas terakumulasi pada segmen proksimal lokasi obstruksi. Gambaran *multiple air-fluid levels* pada posisi *left lateral decubitus* memiliki nilai diagnostik yang tinggi karena mencerminkan pemisahan gas dan cairan akibat stagnasi isi lumen usus (Maglinte *et al.*, 1996). Kesan radiologis berupa *large bowel obstruction* sesuai dengan manifestasi klinis berupa obstipasi total, distensi abdomen progresif, dan muntah yang semakin berat, sehingga semakin memperkuat dugaan adanya obstruksi kolon akibat keganasan (Cappell & Batke, 2008). Berdasarkan keseluruhan temuan klinis, laboratorium, dan radiologi, diagnosis *obstructive ileus et causa* suspek keganasan pada pasien ini telah ditegakkan sesuai dengan pendekatan diagnostik yang direkomendasikan dalam pedoman tata laksana obstruksi usus (Catena *et al.*, 2019). Dugaan keganasan sebagai etiologi utama didasarkan pada adanya

gejala obstruksi kolon, anemia, hipoalbuminemia, serta riwayat keluarga dengan tumor usus yang merupakan faktor risiko penting terjadinya kanker kolorektal. Penatalaksanaan awal yang diberikan juga telah sesuai dengan prinsip penanganan pasien ileus obstruktif. Resusitasi cairan intravena dilakukan untuk memperbaiki hipovolemia, mengoreksi gangguan elektrolit, dan mempertahankan perfusi jaringan sebelum tindakan operatif sehingga dapat menurunkan risiko komplikasi perioperatif (Maung *et al.*, 2012). Pemberian kombinasi antibiotik ceftriaxone dan metronidazole merupakan pilihan yang rasional karena mampu memberikan cakupan terhadap bakteri Gram-negatif dan bakteri anaerob yang mendominasi flora kolon, sehingga efektif digunakan sebagai profilaksis pada pembedahan kolorektal (Bratzler *et al.*, 2013). Omeprazole diberikan untuk menurunkan sekresi asam lambung dan mengurangi risiko *stress-related mucosal injury* selama periode puasa preoperatif. Analgesia multimodal menggunakan kombinasi ketorolac dan tramadol bertujuan memberikan kontrol nyeri yang optimal sekaligus mengurangi kebutuhan opioid dosis tinggi (Chou *et al.*, 2016). Selain itu, pemberian ondansetron sesuai dengan rekomendasi tata laksana pasien bedah karena terbukti efektif dalam mengurangi mual dan muntah yang berhubungan dengan obstruksi maupun tindakan perioperatif (Gan *et al.*, 2020).

Secara umum, pasien dengan ileus obstruktif mekanik yang masih stabil tanpa tanda strangulasi maupun perforasi dapat dipertimbangkan untuk menjalani tata laksana konservatif selama 24–48 jam disertai observasi ketat, terutama pada kasus obstruksi parsial. Namun demikian, tindakan pembedahan harus segera dilakukan apabila terdapat dugaan obstruksi komplet, keganasan, strangulasi, iskemia usus, perforasi, atau apabila tidak terdapat perbaikan klinis setelah terapi konservatif. Pada kasus ini, keputusan melakukan laparotomi eksplorasi dalam waktu kurang dari 24 jam setelah diagnosis ditegakkan dinilai tepat karena pasien menunjukkan gambaran *large bowel obstruction* dengan kecurigaan kuat terhadap keganasan sebagai penyebab obstruksi.

4. KESIMPULAN

Kasus ini menunjukkan bahwa diagnosis ileus obstruktif akibat suspek keganasan kolon dapat ditegakkan secara akurat melalui pendekatan diagnostik yang komprehensif, meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan radiologi. Manifestasi klinis berupa nyeri abdomen kolik, distensi abdomen progresif, muntah, obstipasi, serta tidak dapat mengeluarkan flatus, yang didukung oleh temuan distensi abdomen, hiperperistaltik, anemia hipokromik, trombositosis, hipoalbuminemia, serta gambaran *large bowel obstruction* dengan *multiple air-fluid levels* pada radiografi abdomen,

memberikan bukti yang kuat terhadap adanya obstruksi kolon yang diduga disebabkan oleh keganasan. Penatalaksanaan awal berupa resusitasi cairan intravena, pemberian antibiotik, analgesik, antiemetik, dan terapi suportif telah sesuai dengan prinsip tata laksana ileus obstruktif sebelum dilakukan tindakan operatif. Pada kasus ini, keputusan melakukan laparotomi eksplorasi dalam waktu kurang dari 24 jam setelah diagnosis ditegakkan merupakan pilihan yang tepat mengingat tingginya kecurigaan terhadap obstruksi kolon komplet akibat keganasan. Tindakan operatif tersebut tidak hanya berperan sebagai terapi definitif untuk menghilangkan sumbatan, tetapi juga memungkinkan penegakan diagnosis histopatologis serta mencegah terjadinya komplikasi berat, seperti iskemia usus, perforasi, dan sepsis.

DAFTAR REFERENSI

- Amara, Y., Leppaniemi, A., & Catena, F. (2021). Diagnosis and management of small bowel obstruction in virgin abdomen: A WSES position paper. *World Journal of Emergency Surgery*. <https://doi.org/10.1186/s13017-021-00379-8>
- Anwar, A. N. I., Gani, A. B., Fatkhurrohman, I., Kurniawan, A., & Kanang, I. L. D. (2026). Gambaran pasien ileus obstruktif di rumah sakit. *Journal of Qualitative Health Research & Case Studies Reports*, 6(2), 350–354. <https://doi.org/10.56922/quilt.v6i2.2264>
- Azura, A. J., Kurniawan, B., & Graharti, R. (2023). Obstruksi intestinal akibat infeksi *Ascaris lumbricoides*. *Medical Profession Journal of Lampung*, 13(1), 141–145. <https://doi.org/10.53089/medula.v13i1.626>
- Bamatraf, A., & Laurentz, H. (2024). Characteristics of obstructive ileus: Literature review. *Jurnal Biologi Tropis*, 24(3), 907–913. <https://doi.org/10.29303/jbt.v24i3.7628>
- Benson, A. B., Venook, A. P., Adam, M., Chang, G., Chen, Y. J., Ciombor, K. K., & Gurski, L. (2024). NCCN Guidelines® insights: Rectal cancer, version 3.2024: Featured updates to the NCCN guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 22(6), 366–375. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2024.0041>
- Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Olsen, K. M., Perl, T. M., Auwaerter, P. G., Bolon, M. K., & Weinstein, R. A. (2013). Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 70(3), 195–283. <https://doi.org/10.2146/ajhp120568>
- Cappell, M. S., & Batke, M. (2008). Mechanical obstruction of the small bowel and colon. *Medical Clinics of North America*, 92(3), 575–597. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2008.01.003>
- Catena, F., De Simone, B., Coccolini, F., Di Saverio, S., Sartelli, M., & Ansaloni, L. (2019). Bowel obstruction: A narrative review for all physicians. *World Journal of Emergency Surgery*, 14, Article 20. <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0240-7>
- Forget, P., Khalifa, C., Defour, J. P., Latinne, D., Van Pel, M. C., & De Kock, M. (2017). What is the normal value of the neutrophil-to-lymphocyte ratio? *BMC Research Notes*, 10, Article 12. <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2335-5>

- Frager, D. (2002). Intestinal obstruction: Role of CT. *Gastroenterology Clinics of North America*, 31(3), 777–799. [https://doi.org/10.1016/S0889-8553\(02\)00026-2](https://doi.org/10.1016/S0889-8553(02)00026-2)
- Gan, T. J., Belani, K. G., Bergese, S., Chung, F., Diemunsch, P., Habib, A. S., & Philip, B. K. (2020). Fourth consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia & Analgesia*, 131(2), 411–448. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004833>
- Gibbs, J., Cull, W., Henderson, W., Daley, J., Hur, K., & Khuri, S. F. (1999). Preoperative serum albumin level as a predictor of operative mortality and morbidity: Results from the National VA Surgical Risk Study. *Archives of Surgery*, 134(1), 36–42. <https://doi.org/10.1001/archsurg.134.1.36>
- Griffiths, S., & Glancy, D. G. (2017). Intestinal obstruction. *Surgery (Oxford)*, 35(3), 157–164. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2016.12.005>
- Griffiths, S., & Glancy, D. G. (2023). Intestinal obstruction. *Surgery (Oxford)*, 41(1), 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2022.10.013>
- Irawanputra, J. (2022). *Hubungan kadar basic fibroblast growth factor (BFGF) dengan derajat adhesi intraabdominal pada percobaan peritonitis tikus Wistar* (Disertasi doctoral, Universitas Hasanuddin).
- Kastiaji, H., & Al Rasyidi, I. (2023). Ileus obstruktif: Laporan kasus. *Jurnal Kesehatan Amanah*, 7(1), 40–45. <https://doi.org/10.57214/jka.v7i1.262>
- Lanas, A., & Chan, F. K. (2017). Peptic ulcer disease. *The Lancet*, 390(10094), 613–624. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32404-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32404-7)