

SEORANG LAKI-LAKI 17 TAHUN DENGAN ILEUS OBSTRUKTIF : LAPORAN KASUS

A 17 Year Man with Ileus Obstruktif : Case Report

Nabilla Munanda Putri¹, Heru Iskandar².

¹Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

²Konsulen, Ilmu Bedah, RSUD Harjono Ponorogo

Korespondensi: Nabilla Munanda Putri. Alamat email: j500160072@student.ums.ac.id

ABSTRAK

Ileus obstruksi adalah suatu kegawatan di bedah digestive yang terjadi adanya gangguan aliran isi usus yang tidak dapat melewati saluran gastrointestinal. Laporan kasus ini melaporkan sebuah kasus seorang anak laki laki 17 tahun dibawa ke RSUD dr. Harjono Ponorogo dengan keluhan tidak bisa buang angin kurang lebih 4 hari, keluhan lain berupa tidak bisa buang air besar dan memiliki riwayat operasi appendicitis 1 tahun yang lalu. Keadaan umum pasien compos mentis, tekanan darah 110/70mmHg, nadi 80kali/menit, frekuensi nafas 20kali/menit, suhu 36°C dengan SpO2 98%. Pemeriksaan lokalis abdomen didapatkan distensi abdomen, luka bekas operasi, darm steifung, darm contour, borborigmi, metallic sound, hipertimpani. Pada ultrasonografi didapatkan tampak dilatasi usus dengan peristaltic meningkat dan cairan bebas pada cavum abdomen. Pada foto polos abdomen menunjukkan gambaran air fluid level, dinding usus distensi dengan herring bone appearance yang mengarah pada ileus obstruktif. Pada kasus ini dilakukan tindakan laparotomy eksploratif. Penyakit ileus obstruktif dapat menjadi penumpukan cairan serta gas, adanya distensi menyebabkan pembuluh darah tertekan dan menyebabkan aliran darah berkurang (iskemik), hingga terjadi perforasi.

Kata kunci: Ileus Obstruktif, Laparotomy, Ileus Distended

ABSTRACT

Ileus obstruction is an emergency in digestive surgery where there is a disturbance in the flow of intestinal contents that cannot pass through the gastrointestinal tract. This case report reports a case of a 17-year-old boy who was brought to RSUD dr. Harjono Ponorogo with complaints of not being able to pass gas for about 4 days, other complaints in the form of not being able to defecate and having a history of appendicitis surgery 1 year ago. The general condition of the patient was compos mentis, blood pressure 110/70 mmHg, pulse 80 times/minute, respiratory rate 20 times/minute, temperature 36°C with SpO2 98%. Abdominal local examination revealed abdominal distension, surgical scars, darm steifung, darm contour, borborygmi, metallic sound, hypertympani. In ultrasonography it was found that the bowel was dilated with increased peristalsis and free fluid in the abdominal cavity. The plain abdominal radiograph shows an air-fluid level, distended bowel wall with a herring bone appearance leading to obstructive ileus. In this case, an exploratory laparotomy was performed. Obstructive ileus disease can be a buildup of fluid and gas, distension causes blood vessels to be compressed and causes reduced blood flow (ischemia), until perforation occurs.

Keywords : Ileus Obstruktif, Laparotomy, Ileus Distended

PENDAHULUAN

Ileus atau obstruksi usus merupakan suatu gangguan aliran isi usus. Obstruksi usus dapat terjadi secara akut ataupun kronik, baik partial maupun total. Intestinal obstruction terjadi ketika

isi usus tidak dapat melewati saluran gastrointestinal (Sari, 2015).

Ileus merupakan gangguan/hambatan pasase isi usus yang merupakan tanda adanya sumbatan usus akut yang segera membutuhkan pertolongan atau tindakan (Indrayani, 2013).

Obstruksi usus mekanis adalah suatu penyebab fisik penyumbatan usus dan tidak mampu diatasi oleh gerakan peristaltik. Ileus obstruktif dapat terjadi secara akut seperti pada hernia strangulata atau kronis akibat adanya karsinoma usus. Misalnya pada pasien dengan intususepsi, adanya obstruksi batu empedu, terjadi pada striktura, perlengketaan, hernia maupun abses (Gore, 2015).

Obstruksi yang terjadi pada neonatal terjadi pada 1/1.500 dari kelahiran hidup. Hasil penelitian oleh Evans di Amerika Serikat mendapatkan hasil ada sekitar 3.000 bayi/tahun yang dilahirkan disertai obstruksi. Di Indonesia jumlahnya tidak jauh berbeda. Berdasarkan laporan di rumah sakit kabupaten Cirebon pada tahun 2006. Ileus obstruktif menempati peringkat ke-6 dari 10 penyakit yang menyebabkan kematian tertinggi pada usia 1-4 tahun dengan jumlah presentase 3,34% (Kemenkes RI, 2019).

Tujuan utama dari tata laksana ileus obstruksi adalah dekompresi dari lokasi yang mengalami obstruksi untuk mencegah terjadinya perforasi. Tindakan operasi ini biasanya selalu diperlukan untuk dekompresi. Terkadang suatu penyumbatan dapat sembuh dengan sendirinya tanpa pengobatan, terutama jika penyebabnya oleh perlengketaan (Sari, 2015). Mortalitas dari

ileus obstruktif ini disebabkan oleh banyak faktor seperti usia, etiologi penyebabnya, lokasi obstruksi dan jangka waktu penyebab obstruksi.

Kami melaporkan kasus seorang laki-laki berusia 17 tahun dengan ileus obstruksi di RSUD dr. Harjono S. Ponorogo.

PRESENTASI KASUS

Pasien seorang laki-laki berusia 17 tahun datang diantar keluarganya ke IGD Harjono S. Ponorogo pada tanggal 20 Maret 2021 dengan keluhan tidak bisa kentut selama 4 hari. Pasien merupakan rujukan RS Darmayu Ponorogo. Keluhan yang lain berupa tidak bisa buang air besar, disertai muntah. Keluhan buang air kecil dalam batas normal dan tidak memiliki alergi.

Riwayat penyakit dahulu pasien pernah operasi appendicitis di RSUD dr. Harjono S. Ponorogo satu tahun yang lalu. Riwayat serupa, riwayat asma, riwayat hipertensi, riwayat diabetes melitus, serta riwayat penyakit jantung disangkal. Riwayat penyakit keluarga riwayat serupa, riwayat asma, riwayat hipertensi, riwayat diabetes melitus, serta riwayat penyakit jantung juga disangkal.

Pemeriksaan tanda vital dan keadaan umum baik, kesadaran copos mentis dengan GCS E4V5M6. Tekanan darah 110/70 dengan frekuensi nadi 80 kali/menit regular, frekuensi pernafasan

20kali/menit reguler, 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 (+), massa (-), luka bekas operasi (+), darm steifung (+), darm contour (+), auskultasi peristaltik (+), borborigmi (+), metallic sound (+), perkusi hipertimpani (+), undulasi (-), pekak beralih (-), palpasi nyeri tekan (-), defans muscular (-), massa (-). Pemeriksaan ekstremitas atas jejas (-/-), akral hangat (+/+), CRT < 2 detik (+/+), ekstremitas bawah jejas (-/-), akral hangat (+/+), CRT < 2 detik (+/+).



Gambar 1. Inspeksi Abdomen

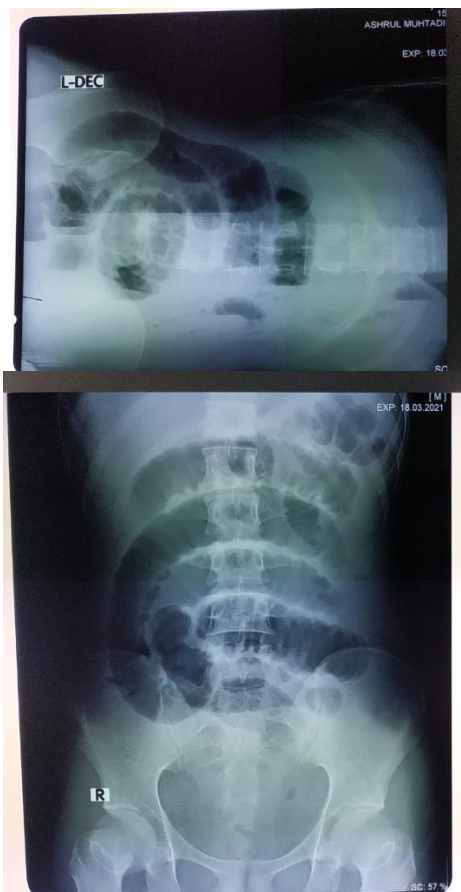
Pemeriksaan laboratorium darah lengkap hemoglobin 14.3g/dl, eritrosit 4.89 10x6/ μ , leukosit 10.8 10x3/ μ L, hematocrit 43.1%, trombosit 180 10x3/ μ L, MCV 88.1 Fl, MCH 29.2 Pg, MCHC 33.2 g/dL, RDW-CV 15.0%, PDW 17.4%. pemeriksaan hitung jenis eosinophil 1.0%, basophil 0.6%, neutrophil 83%, limfosit 7.7%, monosit 3.7%. Pemeriksaan kimia klinik glukosa sewaktu 185mg/dL, albumin 3.06g/dL. Pemeriksaan elektrolit natrium 134mEq/L, kalium 4.0mEq/L, chloride 103mEq/L, calcium 8.1mg/dl.

Pemeriksaan penunjang EKG didapatkan normal sinus rhytme. Pemeriksaan radiologi foto thorax pulmo tak tampak infiltrate, broncofascular pattern normal, kedua sinus phenicocostalis tajam, cor/pulmo normal.



Gambar 2. Foto Thorax

Pemeriksaan foto polos abdomen didapatkan air fluid level, dinding usus distensi, gambaran herring bone appearance.



Gambar 3. Foto Polos Abdomen

Pemeriksaan ultrasonografi liver ukuran normal, intensitas echo parenchym normal homogen, vena porta / hepatica normal, tak tampak dilatasi IHBD (intra hepatic bile duct), tak tampak massa. Pemeriksaan gall bladder ukuran normal dindingnya tidak menebal regular, tak tampak batu empedu. Pankreas ukuran normal, intensitas echo parenchym normal homogen, tak tampak massa. Pemeriksaan lien ukuran normal, intensitas echo parenchym normal homogen, tak tampak massa. Pemeriksaan ginjal ukuran normal, intensitas echo cortex normal, batas cortex medulla jelas, tak tampak ectasis PCS (Pelvic Congestion Syndrome), tak tampak batu. Pemeriksaan vesika urinaria ukuran normal, dinding regular tak tampak batu. Pemeriksaan usus tampak dilatasi usus dengan peristaltic meningkat dan tampak cairan bebas pada cavum abdomen.

Diagnosis kerja ileus obstruktif et causa adhesive dengan diagnosis banding ileus obstruktif et causa volvulus, ileus obstruktif et causa hernia dan ileus paralitik.

Penatalaksanaan dengan pemberian Infus NaCl 0,9% 16 tpm, pasang double kateter, pemasangan nasogastric tube, injeksi ranitidin 50 mg/12 jam, injeksi ketorolac 30 mg/8 jam, pemberian dulcolax suppositoria 10 mg / 12 jam dan konsulkan seawat Sp.B untuk Pro.

Laparotomy. Pasien di observasi tandatanda vital, dan keadaan umum.



Gambar 4. Laparotomy

PEMBAHASAN

Ileus atau obstruksi usus merupakan suatu gangguan aliran isi usus. Obstruksi usus dapat terjadi secara akut ataupun kronik, baik partial maupun total. Intestinal obstruction terjadi ketika isi usus tidak dapat melewati saluran gastrointestinal (Sari, 2015).

Ileus merupakan gangguan/hambatan pasase isi usus yang merupakan tanda adanya sumbatan usus akut yang segera membutuhkan pertolongan atau tindakan (Indrayani, 2013). Obstruksi usus mekanis adalah suatu penyebab fisik penyumbatan usus dan tidak mampu diatasi oleh gerakan peristaltik. Ileus obstruktif dapat terjadi secara akut seperti pada hernia strangulata atau kronis akibat adanya karsinoma usus.

Misalnya pada pasien dengan intusussepsi, adanya obstruksi batu empedu, terjadi pada striktura, perlengketan, hernia maupun abses (Gore, 2015).

Obstruksi yang terjadi pada neonatal terjadi pada 1/1.500 dari kelahiran hidup. Hasil penelitian oleh Evans di Amerika Serikat mendapatkan hasil ada sekitar 3.000 bayi/tahun yang dilahirkan disertai obstruksi. Di Indonesia jumlahnya tidak jauh berbeda. Berdasarkan laporan di rumah sakit kabupaten Cirebon pada tahun 2006, Ileus obstruktif menempati peringkat ke-6 dari 10 penyakit yang menyebabkan kematian tertinggi pada usia 1-4 tahun dengan jumlah presentase 3,34% (Kemenkes RI, 2019).

Kanker colorektal merupakan penyebab utama terbanyak ileus obstruksi yang terjadi di Amerika Serikat, Sedangkan, colonic volvulus merupakan etiologi tersering di Rusia, Eropa Timur, dan Afrika. Kasusnya antara 2-5 % pasien terjadi obstruksi yang komplisit (complete obstruction). Penyebab kanker colorektal pada pasien intraluminal termasuk sumbatan yang terjadi akibat feses, inspissated barium, dan adanya foreign bodies. Etiologi yang intramural untuk berkembang menjadi kasus carcinoma termasuk akibat adanya peradangan/inflamasi (diverticulitis, Crohn's disease, lymphogranuloma venereum, tuberculosis, and schistosomiasis),

Hirschsprung's disease (aganglionosis). Penyebab tersering pada kasus extraluminal termasuk adanya adhesions (penyebab yang paling sering menyebabkan obstrksi padaa usus halus, tetapi jarang menyebabkan obstrksi padaa kolon), hernia, tumor yang dapat mendorong organ, abses, maupun adanya volvulus (Gore, 2015).

Ileus obstruktif bisa diklasifikasikan menjadi tiga, berdasarkan derajat stadiumnya, antara lain:

1. Obstruksi sebagian (partial obstruction) obstrksi yang terjadi padaa sebagian usus sehingga beberapa makanan masih dapat lewat, pasien masih bisa flatus dan defekasi sedikit.
2. Obstruksi sederhana (simple obstruction) merupakan obstrksi/sumbatan yang tidak dengan terjepitnya vaskuler (tidak ada gangguan aliran darah).
3. Obstruksi strangulasi (strangulated obstruction) obstrksi yang terjadi disertai vaskularisasi yang terjepit sehingga dapat menyebabkan iskemia yang dapat menjadi komplikasi nekrosis atau gangren.

Etiologi yang menyebabkan kejadian ileus obstrksi antara lain:

- a. Hernia inkarserata

- b. Adhesi atau perlekatan usus
- c. Invaginasi
- d. Askariasis
- e. Volvulus
- f. Tumor usus halus
- g. Batu empedu yang masuk ke ileus

Pada anamnesis obstrksi tinggi sering dapat ditemukan penyebab misalnya berupa adhesi dalam perut karena pernah dioperasi atau terdapat hernia. Gejala umum berupa syok, oliguri dan gangguan elektrolit. Selanjutnya ditemukan meteorismus dan kelebihan cairan diusus, hiperperistaltiis berkala berupa kolik yang disertai mual dan muntah. Kolik tersebut terlihat padaa inspeksi perut sebagai gerakan usus atau kejang usus dan padaa auskultasi sewaktu serangan kolik, hiperperistaltis terdengar jelas sebagai bunyi nada tinggi. Pasien tampak gelisah dan menggeliat sewaktu kolik dan setelah satu dua kali defekasi tidak ada lagi flatus atau defekasi (Sari, 2015).

Pada pemeriksaan fisik inspeksi diperhatikan pembesaran setempat atau terlihat kontur daei usus yang disebut dengan darm contour. Pada inspeki juga bisa terlihat adanya gerakan peristaltik yang hebat sehingga terlihat kontur usus yang disebut dengan pada dinding perut atau darm steifung. Biasanya distensi terjadi pada sekum dan kolon bgian proksimal karena

bagian ini mudah dilatasi. Pemeriksaan auskultasi dilakukan untuk mendengarkan frekuensi serta karakter bising usus, biasanya didapatkan suara seperti metallic sound atau borborigmi. Pada perkusi didapatkan hipersonor. Pemeriksaan dengan meraba di dinding perut bertujuan untuk mencari adanya nyeri timbul dan pembengkakan / massa yang abnormal. Gejala permulaan pada obstruksi kolon adalah perubahan kebiasaan buang air besar terutama berupa obstipasi dan kembung yang kadang disertai kolik pada perut bagian bawah (Fausto, 2019).

Pemeriksaan rectal touche juga harus dilakukan untuk menilai total atau tidaknya suatu obstruksi dengan menilai kolaps tidaknya anapula rekti. Bila pasien mengalami peritonitis maka akan diemukan nyeri tekan pada pemeriksaan ini (Qureshi, 2017).

Pemeriksaan laboratorium tidak ada yang khas. Pada hasil urinalisa, berat jenis urin bisa terjadi peningkatan dan bisa didapatkan ketonuria yang menunjukkan adanya tanda dehidrasi dan asidosis metabolik. Hasil pemeriksaan leukosit normal atau bisa terjadi sedikit peningkatan, jika leukosit sudah terjadi peningkatan bisa dicurigai adanya peritonitis. Kimia darah bisa menunjukkan adanya gangguan elektrolit (Ten, 2011).

Pada foto polos abdomen dapat menjadi pemeriksaan yang membantu dalam menegakkan diagnosa ileus obstruksi. Posisi datar perlu untuk melihat adanya distribusi gas, sedangkan pada sikap yang tegak untuk melihat adanya batas antara udara dan air serta mengetahui lokasi obstruksi. Secara normal lambung dan bagian kolon bisa terisi sejumlah kecil gas tetapi pada bagian usus halus biasanya tidak tampak gambaran gas (Ten, 2011).

Gambaran pencitraan radiologi dari ileus obstruksi berupa distensi usus dengan multiple air fluid level, distensi usus pada bagian proksimal, absen dari udara kolon pada obstruksi usus halus. Obstruksi kolon biasanya terlihat sebagai distensi usus yang terbatas dengan gambaran haustra, kadang-kadang gambaran massa bisa terlihat. Pada gambaran radiologi, kolon yang mengalami distensi menunjukkan gambaran seperti 'pigura' dari dinding abdomen (Ten, 2011).

Kemampuan diagnostik menggunakan kolonoskopi lebih baik dibandingkan dengan pemeriksaan menggunakan bariumpkontras ganda. Kolonoskopi dalam mendiagnosis ileus obstruksi lebih sensitif dan spesifik untuk mendiagnosis neoplasma dan bahkan bisa langsung untuk dilakukan biopsi. Untuk menegakkan diagnosa secara radiologis pada ileus obstruktif dilakukan foto

abdomen 3 posisi.

Pada ileus paralitik nyeri yang timbul lebih ringan tetapi konstn dan difus, dan terjadidistensi abdomen. Ileus paralitik, bising usus tidak terdengar dan tidak terjadi ketegangan dinding perut. Bila ileus disebabkan oleh proses inflamasi akut, akan ada tanda dan gejala dari penyebab primer tersebut. Gastroenteritis akut, apendisitis akut, dan pankreatitis akut juga dapat menyerupai obstruksi usus sederhana (Behman, 2018).

Tujuan utama penatalaksanaan ileus obstruksi adalah dengan dekomposisi bagian yang mengalami obstruksi usus untuk mencegah terjadinya iskemik serta perforasi (Sari, 2015).

a. Persiapan

Nasogastric tube dapat dipasang pada pasien dengan ileus obstruksi untuk dekomposisi.

b. Operasi

Operasi bisa dilakukan apabila sudah terhidrasi dan organ-organ vital berfungsi secara maksimal. Keadaan yang memerlukan pembedahan yaitu apabila obstruksi lengkap, hernia inkarserata, dan tidak ada perbaikan dengan tatalaksana konservatif (pemasangan NGT, infus, oksigen dan pemasangan kateter).

c. Pasca Bedah

Tatalaksana pasca bedah yaitu resusitasi cairan, pemantauan elektrolit dan nutrisi serta kalori.

KESIMPULAN

Ileus atau obstruksi usus merupakan suatu gangguan aliran isi usus. Obstruksi usus dapat terjadi secara akut ataupun kronik, baik partial maupun total. Laporan kasus ini menggambarkan seorang laki-laki 17 tahun dengan ileus obstruksi et causa adhesive. Mortalitas dari ileus obstruktif ini disebabkan oleh banyak faktor seperti usia, etiologi penyebabnya, lokasi obstruksi dan jangka waktu penyebab obstruksi. Diagnosis ileus obstruktif bisa ditegakkan dengan melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang tepat agar tidak berlanjut pada komplikasi.

DAFTAR PUSTAKA

Andersen P, Jensen KK, Erichsen R, Frøslev T, Krarup PM, Madsen MR, Laurberg S, Iversen LH. Nationwide Population-Based Cohort Study To Assess Risk Of Surgery For Adhesive Small Bowel Obstruction Following Open Or Laparoscopic Rectal Cancer Resection. *BJS Open*. 2017 Apr;1(2):30-38.

Behman R, Nathens AB, Look Hong N, Pechlivanoglou P, Karanicolas PJ. 2018. Evolving Management Strategies in

- Patients with Adhesive Small Bowel Obstruction: a Population-Based Analysis. *J Gastrointes Surg. Dec;22(12): 2133-2141.*
- Fausto Catena, Beliinda De Simone, Federico Cocolini, et all. 2019. Bowel Obstruction: A Narrative Review For All Physiicians. *World Journal of Emergency Surgery.*
- Gore RM, Silvers RI, Thaakrar KH, et al. 2015. Bowel obstructiion. *Radiol Clin N Am.*53(6):1225–1240. doi: 10.1016/j.rcl.2015.06.008.
- Guyton, Arthur C. 2016. Buku Ajar Fisiologi Edisi Tujuh. Jakarta:EGC.
- Kemenkes RI. (2019). Profil Kesehatan Indonesia 2018 [Indonesia Heaalth Profile 2018]. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-keseh>
- Obaiid, K. J. 2011. Intestinal Obstruction: Etiology, Correlation between Pre-Operative and Operative Diagnosis. *Internatiional Journal of Public Health Research Special Issue*, 41–49.
- Qureshi, N. A., Bhat, S. K., & Sodhi, B. S. 2017. Spectrm of Etiology of Intestinal Obstruction - A Hospital-based Study. *Intrnational Journal of Scientific Study*, 5(5), 85–89. <https://doi.org/10.17354/jss/2017/399>
- Sari, N., Ismar, & Nazriati, E. 2015. Gambaran Ileus Obstrukif pada Anak di RSUD Arifon Achmad Proviinsi Riau Periode Januari 2012-Desember 2014. *Jom Fk*, 2(2), 1–19.
- Sherwood, Lauraa Iee. 2011. Fisiologi Manusia. Jakarta: EGC.*
- Sjamsuhidajat, R. dan De Jong, Wim. 2003. Buku Ajar Ilmu Bedah . Edisi 2. Jakarta : EGC. Halaman. 623.
- Sylvia A. Price, Wilson Lorraine M. 2012. Patofisiolgi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Edisi 7. Jakarta: EGC
- Ten Broek RPG, Krielen P, Di Saverio S, Cocolini F, et all. 2017. Bologna guidelines for dignosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): updte of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. *World J Emerg Surg.* 2018;13:24.