

[Case Report]

SEORANG ANAK LAKI-LAKI BERUSIA 4 DENGAN BUANG AIR BESAR BERLENDIR

A 8-Year-Old Boy With Mucus Stool

Eko Jaenudin¹, Mutiara Azzahra²

¹Bagian Ilmu Kesehatan Anak, RSUD Harjono S. Ponorogo

²Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

Korespondensi: author 1. Alamat email: mazzahra81@gmail.com

ABSTRAK

Diare didefinisikan sebagai defekasi dari 3 atau lebih tinja lembek atau cair perhari atau frekuensi lebih dari normal. Diare merupakan rias dari gejala intususepsi yaitu buang air besar disertai lendir dan darah, nyeri perut, muntah. Intususepsi adalah suatu keadaan inversi segmen usus ke segmen usus lainnya. Kasus intususepsi seringkali diasumsikan karena peristaltik usus yang tidak terkoordinasi, atau karena hiperplasia limfoid, yang mungkin terjadi pada infeksi gastrointestinal. Dilaporkan seorang anak laki laki (usia 4 tahun) datang ke IGD RSUD Dr Harjono Ponorogo dengan keluhan BAB disertai lendir sejak 3 hari SMRS. BAB berwarna kuning dengan konsistensi cair disertai lendir, tidak terdapat darah BAB kira-kira berukuran 1/4 gelas belimbing sebanyak lebih dari 10 kali dalam satu hari. Keluhan lain demam sejak 5 hari SMRS, mual dan muntah lebih dari 10x dalam 1 hari muntah berisi makanan dan lendir 1/2 gelas. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mengeluhkan nyeri perut hilang timbul dan mengalami penurunan nafsu makan dan minum. Pasien mengeluhkan batuk, berdahak warna hijau kekuningan, pilek dan sesak. Apabila diberi makan dan minum pasien langsung muntah. Tanda-tanda vital pasien laju pernafasan 24x/menit, nadi 140x/menit, suhu 37,5°C, SpO2 98% dan berat badan 15,2 kg. Pemeriksaan inspeksi abdomen terdapat darm contour, darm steifung, auskultasi terdapat hiperperistaltik usus, metallic sound, palpasi nyeri tekan seluruh regio abdomen, teraba massa pada regio kiri atas, tidak ada pembesaran organ. Ektremitas atas dan bawah akralnya hangat, CRT <2 detik.

Kata kunci: Diare lendir, Intususepsi, Ileus Obstruktif

ABSTRACT

Diarrhea is defined as the defecation of 3 or more mushy or liquid stools per day or a frequency of more than normal. Diarrhea is one of the triad of symptoms of intussusception namely bowel movements accompanied by mucus and blood, abdominal pain, vomiting. Intussusception is a state of inversion of a segment of the intestine to another segment of the intestine. It was reported that a boy (age 4 years) came to the emergency room of Dr. Harjono Ponorogo Hospital with complaints of defecation accompanied by mucus since 3 days SMRS. The stool is yellow, there is no blood and the frequency is more than 10 times. There are other complaints of fever, nausea and vomiting more than 10x. When eating and drinking the patient immediately vomits. The patient's vital signs respiratory rate 24x/min, pulse 140x/min, temperature 37.5°C, SpO2 98% and body weight 15.2 kg. Examination of the abdomen there is darm contour, darm steifung, auscultation there is intestinal hyperperistalsis, metallic sound, palpation of tenderness throughout the abdominal region, palpable mass in the upper left region. On abdominal ultrasound examination there is a doughnut sign. After the diagnosis of intussusception, immediately improve the general condition of the patient, Installation of gastric synod to decompress and prevent aspiration, rehydration and give painkillers and antibiotics. Therapy that can be done by doing hydrostatic reduction or laparotomy.

Keywords: Mucus Stool, Intussusception, Obstructive Ileus

PENDAHULUAN

Diare didefinisikan sebagai defekasi dari tiga atau lebih tinja lembek atau cair per hari, atau frekuensi lebih dari normal. Diare merupakan penyakit yang disebabkan oleh mikroorganisme meliputi bakteri, virus, parasit, serta protozoa, dan penularannya secara fekal-oral. Selain proses infeksi, diare dapat pula disebabkan oleh penggunaan obat-obatan, proses alergi, kelainan pencernaan serta mekanisme absorpsi, defisiensi vitamin, maupun kondisi psikis (Indriyanti et al, 2020).

Trias dari gejala intususepsi adalah Buang air besar disertai lendir dan darah, nyeri perut, muntah. Namun ketiga gejala tersebut hanya muncul pada 1/3 pasien intususepsi. Intususepsi adalah suatu keadaan inversi segmen usus ke segmen usus lainnya. Intususepsi menjadi penyebab tersering obstruksi intestinal pada bayi dan anak-anak. Kegagalan diagnosis dan terapi dini dapat menyebabkan iskemi usus, perforasi, dan peritonitis (Djaya, 2019).

Pada anak-anak, sekitar 90% kasus intususepsi merupakan kasus idiopatik. Kasus

intususepsi seringkali diasumsikan karena peristaltik usus yang tidak terkoordinasi, atau karena hiper plasma limfoid, yang mungkin terjadi pada infeksi gastrointestinal. Beberapa jurnal menghubungkan kejadian intususepsi dengan penggunaan vaksin rotavirus (Djaya, 2019).

LAPORAN KASUS

Pasien anak Laki-laki, usia 4 tahun, dengan keluhan BAB disertai lendir sejak 3 hari SMRS. BAB berwarna kuning dengan konsistensi cair disertai lendir, darah (-) BAB kira-kira berukuran 1/4 gelas belimbing sebanyak lebih dari 10 kali dalam satu hari. Keluhan lain demam (+) sejak 5 hari SMRS, mual (+), muntah (+) lebih dari 10x dalam 1 hari muntah berisi makanan dan lendir 1/2 gelas. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mengeluhkan nyeri perut (+) hilang timbul dan mengalami penurunan nafsu makan dan minum. Pasien mengeluhkan batuk (+), berdahak warna hijau kekuningan, pilek (+), dan sesak (+). Apabila diberi makan

dan minum pasien langsung muntah. BAK dalam batas normal. Pasien sudah pernah berobat ke bidan dan dokter umum dan mendapatkan obat demam, batuk pilek, namun keluhan masih belum membaik. Riwayat TBC diakui dan sudah selesai mengkonsumsi OAT sejak 5 bulan yang lalu dan riwayat alergi disangkal.

Ibu pasien mengatakan untuk riwayat antenatal, pasien merupakan kehamilan anak pertama, ibu penderita selama hamil tidak pernah ada keluhan, ibu pasien kontrol rutin ke praktek bidan setempat selama kehamilan, ibu pasien konsumsi vitamin dan tablet tambah darah, perkembangan saat kehamilan dinyatakan normal. Untuk riwayat natal pasien lahir secara sectio caesaria trans peritoneal, usia kehamilan 40 minggu dengan BBL 3500 gram dengan panjang badan 50cm, ketuban berwarna jernih, menangis spontan, gerak aktif dan kulit tidak pucat maupun sianosis. Riwayat postnatal bayi laki-laki lahir

langsung menangis, gerak aktif, warna kulit merah, bayi langsung mendapatkan ASI, BAK dan BAB kurang dari 24 jam. Saat masih bayi An. B tidak terdapat riwayat kejang demam, ikterik (-), trauma, penyakit kelainan darah dan TB paru. Ibu bayi tidak memiliki riwayat penyakit lain (hipertensi, DM, penyakit hati / ginjal, dll), tekanan darah selama hamil selalu dalam batas normal, tidak ada riwayat trauma maupun infeksi saat kehamilan. Riwayat merokok juga disangkal oleh ibu.

Pada pemeriksaan fisik keadaan umum



pasien tampak lemah, dengan GCS E4V5M6

compos mentis. Tanda-tanda vital pasien laju pernafasan 24x/menit, nadi 140x/menit, suhu 37,5°C, SpO2 98% dan berat badan 15,2 kg. Pada status generalis bagian kepala dan leher didapatkan sianosis pada bibir (-), cuping hidung (-), pembesaran kelenjar getah bening (+/+) kenyal (+) dan nyeri tekan (-). Pada pemeriksaan toraks didapatkan auskultasi paru terdengar ronki kasar di sternal kanan dan kiri, jantung dalam batas normal.

Pemeriksaan inspeksi abdomen terdapat darm contour (+), darm steifung (-), auskultasi terdapat hiperperistaltik usus (+), metallic sound (+), palpasi nyeri tekan (+) seluruh regio abdomen, teraba massa pada regio kiri atas (+), ascites (+), hepatosplenomegali (-). Ekstremitas atas dan bawah akralnya hangat, CRT <2 detik.

Gambar 1. Foto Thorax

Tabel 1. Hasil pemeriksaan laboratorium (7 September 2023)

Pemeriksaan	Hasil	Rujukan
HEMATOLOGI		
Hemoglobin	13.1	13,2-17,3
Hematokrit	37.3	36,0-56,0

Lekosit	9,68	4.1-10.9
Trombosit	214	150-450
Eritrosit	4,87 (H)	3.80-6.10
INDEX		
MCV	76,4 (L)	80.0-10.0
MCH	26,9 (L)	27,0-34,0
MCHC	35,2	31-37
MPV	9.5	11.6-14.0
HITUNG JENIS		
Neutrofil%	86.1 (H)	42-85
Limfosit%	9,7 (L)	11-49
Monosit%	3.9	0,12-1,20
Eosinofil%	0,2	0.2-0,50
Basofil%	0.1	0.0-0,10



Gambar 2. USG Abdomen



Gambar 3. Foto BOF Abdomen

Pemeriksaan penunjang dengan foto thoraks ditemukan tampak adanya cor akan bronchovaskuler meningkat dan tampak opasitas inhomogen pada parahiller dan para

cardial pulmo bilateral, bentuk amorf batas tak tegas. pulmo bilateral. Pemeriksaan penunjang dengan foto abdomen terdapat dilatasi usus halus dan colon, multipel fluid level panjang-panjang, dan Tak tampak udara bebas pada cavum abdomen. Pemeriksaan USG ditemukan tampak ada dilatasi usus dan gambaran doughnut sign.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, pasien didiagnosis dengan Ileus Obstruksi letak tinggi et causa intususepsi dan pneumonia Pasien diberikan Infus RL 20 tpm, Inj. Cefotaxim 3x400 mg, Inj. Ondancetron 3x1/3 ampul, drip KCL 7.5mg dalam 500 NS. Peroral Paracetamol sirup 4x1 sendok makan, Puyer (Zinc/ cetirizin/ cobazim) 1x1. Dilakukan tatalaksana lanjutan dengan merujuk ke dokter spesialis bedah anak.

PEMBAHASAN

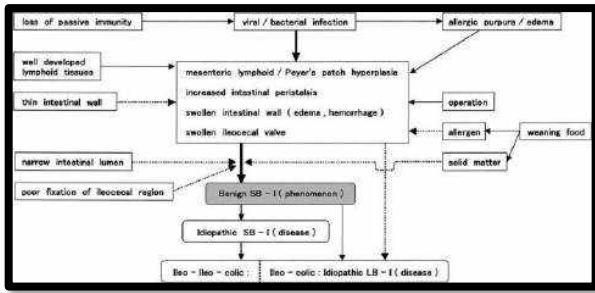
Pemeriksaan penunjang dengan foto thoraks ditemukan tampak adanya cor akan bronchovaskuler meningkat dan tampak opasitas inhomogen pada parahiller dan para cardial pulmo bilateral, bentuk amorf batas tak tegas. pulmo bilateral. Pemeriksaan penunjang dengan foto abdomen terdapat dilatasi usus halus dan colon, multipel fluid level panjang-panjang, dan Tak tampak udara bebas pada cavum abdomen. Pemeriksaan SG ditemukan tampak ada dilatasi usus dan

gambaran doughnut sign.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, pasien didiagnosis dengan Ileus Obstruksi letak tinggi et causa intususepsi dan pneumonia Pasien diberikan Infus RL 20 tpm, Inj. Cefotaxim 3x400 mg, Inj. Ondancetron 3x1/3 ampul, drip KCL 7.5mg dalam 500 NS. Peroral Paracetamol sirup 4x1 sendok makan, Puyer (Zinc/ cetirizin/ cobazim) 1x1. Dilakukan tatalaksana lanjutan dengan merujuk ke dokter spesialis bedah anak.

Karena diare. Intususepsi juga berhubungan dengan pemberian makanan pada anak pemberian makanan pengganti ASI sebelum waktunya menimbulkan pembengkakan payer patch di ileum terminalis, menyebabkan invaginasi segmen ileum ke kolon proksimal. Tipe intususepsi ini yang paling sering terjadi, sesuai dengan hasil studi yang menyatakan 88,46% kasus merupakan intususepsi ileokolikal. Jika segmen ileum masuk ke kolon, terjadi kompresi pembuluh darah mesenterika, menyebabkan inflamasi dan edema intestinal yang dapat berujung pada obstruksi usus, gangguan vaskuler, dan bahkan nekrosis usus (Aydin et al, 2021).

Mayoritas intususepsi padanya hiperplasia limfoid Intususepsi dianggap berkaitan dengan peristaltik usus yang anak akan tampak lemah dan mudah menangis .



Gambar 4. Patofisiologi Intususepsi
 Gejala dan tanda klinis yang ditemui

pada Intususepsi yaitu :Nyeri perut kolik / colicky pain pada 83% pasien.

- a. Anak tampak rewel lalu tenang dan beberapa saat kemudian rewel kembali.
- b. Muntah berwarna kehijauan
- c. Buang air besar disertai lendir dan darah (*Red Currant Jelly Stool*)
- d. Perut membuncit atau tampak ada benjolan
- e. Anak tampak lemas (Coca, 2016)

Pada pemeriksaan fisik didapatkan demam, anak tampak nyeri hilang timbul, takikardi, tanda anemia (konjungtiva anemis, mata cowong) (Hesse, 2020).

1. Inspeksi
 - a. Anak terlihat sehat dan bergizi baik. Tidak ditemukan laporan kasus pada anak malnutrisi.
 - b. Pada anak bertubuh kurus tampak massa memanjang menyerupai sosis.
 - c. Distensi abdomen apabila Intususepsi sudah berlangsung cukup lama.
 - d. Pada kasus Intususepsi lebih dari 24 jam,

menangis .

2. Auskultasi

Bising usus meningkat dan terdapat metallic sound (+).

3. Palpasi

Teraba massa memanjang (*Sausage sign*) dan teraba rata atau kosong (*Dance's sign*).

4. Rectal Touche

a. Intususeptum atau lead point dapat di palpasi

b. Pada sarung tangan, dapat ditemukan feses, darah dan lendir.

Penengakan diagnosis pada Intususepsi dapat dilakukan dengan Foto polos abdomen, Barium enema dan Ultrasonografi (USG), Pemeriksaan CT-Scan.

Gambar 5. Foto polos abdomen Intususepsi

Pada pemeriksaan pada foto polos abdomen didapatkan distribusi udara di dalam usus yang tidak merata, usus cenderung terdesak dan pada keadaan lanjut terdapat gambaran obtruksi usus pada posisi tegak dan lateral dekubitus berupa gambaran “air fluid level” serta dapat terlihat “free air” jika sudah terjadi perforasi, terdapat gambaran “step ladder pattern” menyerupai anak tangga dan gambaran “Hearing Bone” menyerupai tulang ikan. Barium enema dapat berfungsi sebagai diagnostik sekaligus terapi. Sebagai alat diagnostik barium enema berfungsi jika gejala klinik yang terlihat sedikit meragukan. Dengan kontras gambaran yang “cupping” atau “Coiled spring” (Adiwiyata et al, 2019).



Gambar 6. USG abdomen Intususepsi

Pemeriksaan ultrasonografi, pada gambaran longitudinal dapat ditemukan hayfork sign atau sandwich sign yang patognomonik, yaitu 3 area hipoeoik yang terpisahkan oleh area hiperekoik. Tiga area ini menggambarkan segmen usus yang berdilatasi dan terisi segmen usus lain. Pada beberapa kasus akan terlihat gambaran pseudokidney yang terbentuk karena intususepsimelengkung dan mesenterium hanya terlihat pada satu sisi saja. Pada gambaran aksial, terdapat gambaran hipoeoik melingkar. Area hipoeoik adalah area dinding usus yang mengalami edema. Sedangkan lapisan di tengah adalah gambaran lapisan mukosa dan serosa segmen usus yang masuk ke dalam segmen usus lain. Gambaran ini memiliki beberapa nama, yaitu bulls eye sign, target sign, atau doughnut sign (Ramsey et al, 2014).

Terapi Intususepsi pada anak berawal dari terapi operasi segera setelah diagnosis; saat ini reduksi radiologis rutin dilakukan dengan morbiditas minimal. Operasi tetap menjadi

pilihan utama sebagai terapi pada pasien yang keadaannya tidak stabil, ditemukan peritonitis atau perforasi, tidak ada ahli radiologi, atau yang paling sering, jika reduksi enema gagal. Intususepsi termasuk kasus kegawatdaruratan sehingga perlu dilakukan tatalaksana segera yaitu :

Perbaiki Keadaan umum pasien.

Pemasangan sinode lambung untuk dekompresi dan mencegah aspirasi.

Rehidrasi

Beri anti nyeri dan antibiotik.

Setelah keadaan umum membaik dilakukan tindakan pembedahan, apabila sudah ditegakkan diagnosa ileus obstruksi, atau lakukan barium enema apabila tidak ada kontraindikasi (Sjamsuhidajat et al, 2017).

Reduksi non-operatif menjadi pilihan pertama pada anak dengan intususepsi kecuali terdapat perforasi usus atau peritonitis (Caruso et al, 2017). Kontraindikasi operasi lainnya adalah intususepsi usus halus, pada neonatus, pada anak hemofilia, sindrom Peutz-Jegher, purpura Henoch-Schönlein,

keganasan, atau ditemukan tanda iskemi usus intususepsi. Reduksi dapat dilakukan dengan bantuan fluoroskopi atau ultrasonografi dengan enema hidrostatik (kontras larut air atau barium) atau pneumatik (menggunakan udara).

Kelebihan enema menggunakan barium dibanding udara adalah dapat menjadi sarana diagnostik. Barium enema juga dapat mengidentifikasi lesi patologis lebih baik dibanding udara. Mayoritas ahli radiologi juga lebih terbiasa menggunakan barium dibandingkan udara. Namun, penggunaan barium lebih sering menimbulkan peritonitis septik dan gangguan elektrolit jika terjadi perforasi usus halus. Angka keberhasilan barium enema sebagai terapi sekitar 40 – 90% tergantung banyak faktor yang berkaitan dengan pasien, operator, ataupun institusi (Al-Mubarak et al, 2018).

Indikasi reduksi manual adalah pada pasien dengan keadaan tidak stabil, didapatkan peningkatan suhu serta angka leukosit, mengalami gejala berkepanjangan atau ditemukan penyakit sudah mengalami

komplikasi yaitu ditandai dengan distensi abdomen, terdapat darah pada feses gangguan sistem usus yang berat sampai timbul syok atau peritonitis. Apabila terjadi hal tersebut segera lakukan operasi laparotomi dengan insisi transversal interspina. Apabila mengalami nekrosis pada usus maka harus dilakukan anastomosis (Adiwiyata et al, 2019).

Apabila terdapat kerusakan usus yang cukup luas dan banyak bagian usus harus diangkat maka tidak dapat dilakukan anastomosis end to end, harus colostomy supaya proses difestivalkan tetap berjalan. Jika ditemukan faktor pencetus seperti di erti kulum atau duplikasi maka perlu dilakukan reseksi. Sjahmuhidajat et al, 2017).

Intususepsi pada anak yang tidak diterapi selalu berakibat fatal, karena kesempatan sembuh tergantung dari lamanya gejala sebelum dilakukan terapi. Angka mortalitas meningkat khususnya setelah 48 jam setelah gejala muncul. Angka ke

kambuhan setelah terapi barium enema adalah sebesar 10% dan setelah reduksi manual sebesar 2-5%, namun tidak ada ke kambuhan setelah dilakukan reseksi. Pasien intususepsi yang disebabkan di erti umum meckel, polip maupun lymphosarkom tidak dapat diterapi dengan menggunakan barium enema saja karena faktor penyebabnya tidak dapat dihilangkan. Dengan penanganan yang adekuat dan cepat tingkat mortalitas dapat menjadi sangat rendah (Kliegman, 2014).

KESIMPULAN

Intususepsi merupakan suatu kegawatdaruratan medis yang sering terjadi pada masa anak-anak. Trias gejala dari intususepsi adalah nyeri perut, muntah, dan BAB lendir disertai darah jarang ditemukan, tetapi memiliki nilai prediksi yang tinggi. Diagnosa dapat ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Dari anamnesa dapat diketahui adanya riwayat nyeri perut yang hilang timbul dapat disertai atau tanpa muntah dan diare. Dari pemeriksaan fisik dapat ditemukan adanya suatu massa seperti sosis “sausage sign”



Penegakan diagnosis Intususepsi dapat dilihat dari Pemeriksaan penunjang USG abdomen merupakan gold standart dapat ditemukan “doughnut sign”. Pada foto polos abdomen terdapat “air fluid level”, “Hearing bone” , dan “step ladder pattern”. Terapi yang dapat dilakukan dengan melakukan reduksi hidrostatika yang menggunakan tekanan hidrostatik untuk melepaskan ikatan yang terbentuk, atau dengan reduksi secara manual yaitu dengan operasi baik dengan reseksi ataupun tidak.

DAFTAR PUSTAKA

Adiwinata, Sheila Adiwinata, Emerson Patulahon, et all. Adult Ileocecal Intussusception: A Case Report and Review. 2019. Volume 20, Number 1

Al-Mubarak L, Alghmadi E, Alharbi S, Almasoud H, Al-Ali N, Mujurdy S, et al. Air enema versus barium enema in intussusception: An overview. *Int J Community Med Public Health*. 2018;5(5):1679-83

Aydin N, Roth A, Misra S. Surgical versus conservative management of adult intussusception: Case series and review. *Internat J Surg Case Report*. 2021;20:142-6

Caruso AM, Pane A, Scanu A, Muscas A, Garau R, Caddeo F, et al. (2017) Intussusception in children: Not only surgical treatment. *J Pediatr Neonatal Individualized Medicine*, 6(1):1-6

Coca Robinot D, Liébana de Rojas C, Aguirre Pascual E. Abdominal emergencies in pediatrics. *Radiologia*. 2016 May;58 Suppl

2:80-91

- Das MK, Arora NK, Mathai J, Sam CJ, G R, R K, K J, Arunachalam P, Gupta B. (2021) Profile and Epidemiology of Intussusception in Children Under-Two Years of Age: A Prospective Surveillance. *Indian J Pediatr*, 88(12):1187-1194.
- Djaya, A. M. E. S. (2019). Diagnosis dan tatalaksana intususepsi. *Cermin Dunia Kedokteran*, 46(3), 189-192.
- Doi, O., Aoyama, K. & Hutson, J.M. Twenty-one cases of small bowel intussusception: the pathophysiology of idiopathic intussusception and the concept of benign small bowel intussusception. *Ped Surgery Int* 20, 140–143 (2019).
<https://doi.org/10.1007/s00383-003-1055-9>
- Hesse AAJ, Abantanga FA, Lakhoo K. Intussusception. Dalam: Ameh EA, Bickler S, Lakhoo K, Nwomeh B, Poenaru D, penyunting. *Paediatric surgery: a comprehensive text for Africa*. Seattle: Global HELP Organization; 2020. h. 404-11
- Indriyani, D. P. R., & Putra, I. G. N. S. (2020). Penanganan terkini diare pada anak: tinjauan pustaka. *Intisari Sains Medis*, 11(2), 928-932.
- Koch J, Harder T, Kries R, Wichmann O. Risk of intussusception at=ter rotavirus vaccination. *Deutsches Arzteblatt Internet*. 2017;114
- Kotloff, K. L. (2017). The burden and etiology of diarrheal illness in developing countries. *Pediatric Clinics*, 64(4), 799-814.
- McRae JE, Quinn HE, Saravanos GL, McMinn A, Britton PN, Wood N, Marshall H, Macartney K. Paediatric Active Enhanced Disease Surveillance (PAEDS) annual report 2016: Prospective hospital-based surveillance for serious paediatric conditions. *Commun Dis Intell* (2018). 2019 Feb 01;43
- Sjamsuhidajat R, Wim de Jong, 2017. *Buku Ajar Ilmu Bedah Edisi 3*. Jakarta: EGC 10.