

[Case Report]

## SEORANG WANITA 56 TAHUN DENGAN DIARE KRONIK SUSP. KOLITIS ULSERATIF

### A 56-Year-Old Woman With Chronic Diarrhea Susp. Ulcerative Colitis

Yesya Melin Merari<sup>1</sup>, Mohamad Ananto Cahyoajibroto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

<sup>2</sup>Departemen Ilmu Penyakit Dalam, RSUD dr. Sayidiman Magetan

Korespondensi: Yesya Melin Merari. Alamat email: [j510215305@student.ums.ac.id](mailto:j510215305@student.ums.ac.id)

#### ABSTRAK

*Kolitis adalah peradangan akut atau kronik pada kolon yang dapat disebabkan oleh berbagai penyakit baik akibat infeksi maupun non-infeksi. Secara umum kolitis masuk ke dalam Inflammatory bowel yaitu penyakit inflamasi kronik yang melibatkan saluran cerna, bersifat remisi dan relaps/kambuhan. Jenis Inflammatory bowel disease lainnya yaitu Crohn disease dan Inflammatory bowel disease type unclassified (indeterminate colitis). Gejala kolitis tergantung pada luas dan beratnya inflamasi yang terjadi. Perdarahan rektal yang nyata dan tenesmus selalu ada, dan dapat menjadi satu-satunya gejala pada pasien dengan proktitis saja. Apabila kolon proksimal telah terlibat, terdapat keluhan diare dan nyeri perut. Mual dan penurunan berat badan menunjukkan penyakit yang lebih berat. Pemberian antibiotik misalnya metronidazole dosis terbagi 1500 – 3000 mg per hari dikatakan cukup bermanfaat menurunkan derajat aktivitas penyakit. Antibiotik diberikan dengan latar belakang bahwa salah satu agen proinflamasi disebabkan oleh bakteri intraluminal.*

**Kata Kunci:** Kolitis, Metronidazole, Inflammatory Bowel Disease

#### ABSTRACT

*Colitis is an acute or chronic inflammation of the colon which can be caused by various diseases, both infectious and non-infectious. In general, colitis is included in the Inflammatory Bowel, which is a chronic inflammatory disease that involves the digestive tract, is remitting and relapses. Other types of Inflammatory Bowel Disease are Crohn's disease and Inflammatory Bowel Disease type unclassified (indeterminate colitis). Symptoms of colitis depend on the extent and severity of the inflammation that occurs. Marked rectal bleeding and tenesmus are always present, and may be the only symptoms in patients with proctitis alone. When the proximal colon is involved, there are complaints of diarrhea and abdominal pain. Nausea and weight loss indicate more severe disease. Administering antibiotics such as metronidazole in divided doses of 1500 – 3000 mg per day is said to be sufficient to help reduce the degree of disease activity. Antibiotics are given with the background that one of the proinflammatory agents is caused by intraluminal bacteria.*

**Keywords:** Colitis, Metronidazole, Inflammatory Bowel Disease

#### PENDAHULUAN

Kolitis adalah peradangan akut atau kronik pada kolon yang dapat disebabkan oleh berbagai penyakit baik akibat infeksi maupun non-infeksi. Secara umum kolitis masuk ke dalam *Inflammatory bowel* yaitu penyakit

inflamasi kronik yang melibatkan saluran cerna, bersifat remisi dan relaps/kambuhan. Jenis *Inflammatory bowel disease* lainnya yaitu Crohn disease dan *Inflammatory bowel disease type unclassified (indeterminate colitis)*. Secara global dikatakan bahwa

insidens IBD adalah 10 kasus per 100.000 penduduk, Kolitis Ulseratif 2.2–14.3 kasus per 100.000 penduduk. Terdapat faktor yang diduga berperan dalam terjadinya kolitis yaitu faktor genetik, imunologis, infeksi, psikologis dan lingkungan atau kebiasaan. Pada kolitis dapat ditemukan ulserasi mukosa superfisial, dengan manifestasi klinis perdarahan rektal, diare kronis, dan nyeri perut. Penatalaksanaan kolitis sejatinya tidak hanya berupa terapi medis melainkan harus melalui tiga pendekatan yakni rencana diagnostik, rencana terapeutik dan rencana edukasional.

## LAPORAN KASUS

Seorang perempuan inisial Ny. S datang ke IGD RSUD dr. Sayidiman Magetan pada tanggal 27 Juni 2023 dengan keluhan utama BAB cair. Keluhan disertai dengan nyeri perut disertai bab cair secara terus-menerus tidak ada ampas, tidak ada lendir maupun darah, BAB cair berwarna coklat, keluhan ini sudah dialami sejak dua

minggu SMRS. Sebelum BAB cair pasien mengeluhkan perutnya kadang sakit tetapi diabaikan. Selama sakit pasien mengatakan bahwa dalam sehari bisa BAB cair sebanyak 10x-20x per harinya. Keluhan lain yang dirasakan yaitu mual, muntah sebanyak lima kali setelah makan sehingga pasien tidak nafsu untuk makan dan juga perut terasa begah. Pasien juga merasa pusing cekat cekot, tidak kuat duduk dan lemas. Pasien mengatakan BAK biasa. Pasien juga mengatakan tidak nafsu untuk makan. Pasien mengatakan tidak pernah mengalami keluhan serupa.

Riwayat penyakit dahulu seperti penyakit serupa, Hipertensi, Dislipidemia, PJK, Gangguan ginjal, ISPA, Alergi, asma, hiperurisemia, ISK tidak pernah dialami oleh pasien.

Keluarga pasien tidak memiliki keluhan serupa, riwayat penyakit keluarga yang lain seperti Hipertensi, Dislipidemia, PJK, Gangguan ginjal, ISPA, Alergi, Asma, Hiperurisemia, ISK,

DM juga tidak dialami oleh keluarga pasien.

Pasien mengatakan tinggal di lingkungan yang cukup bersih. Keseharian pasien hanya dirumah saja sebagai Ibu Rumah Tangga. Pasien sehari-hari dirumah hanya beraktivitas ringan. Pasien tinggal dengan anak dan cucunya.

Pasien dan keluarga tidak memiliki kebiasaan merokok, minum alkohol, jamu ataupun obat warung.

Pada pemeriksaan fisik, keadaan umum pasien terlihat sakit/lemas. GCS pasien compos mentis (E4V5M6). Berat badan pasien adalah 46 kg dan tinggi badan pasien adalah 150 cm. Berdasarkan berat badan dan tinggi badan pasien didapatkan IMT pasien adalah 20.4 (Normal).

Vital sign saat pemeriksaan pasien di IGD didapatkan tekanan darah pasien adalah 128/73, heart rate adalah 75x/menit, respiratory rate adalah 20x/menit, suhu adalah 36.0°C, dan

SpO<sub>2</sub> adalah 98%. Setelah pasien melalui tahap observasi di triase IGD, pasien dipindahkan di bangsal ilmu penyakit dalam yaitu sadewa dan dilakukan pemeriksaan fisik kembali. Pemeriksaan vital sign di bangsal ilmu penyakit dalam didapatkan tekanan darah pasien adalah 120/60, heart rate adalah 75x/menit, respiratory rate adalah 20x/menit, suhu adalah 36,5°C, dan SpO<sub>2</sub> adalah 96%. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan status generalis pasien didapatkan hasilnya yaitu pada pemeriksaan kepala/leher didapatkan bentuk kepala normocephal, jejas (-), konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-), udem palpebra (-/-), wajah udem (-), wajah simetris (+), papil lidah atropi (-), pembesaran kgb (-), jvp meningkat (-), pembesaran tiroid (-).

Pemeriksaan paru-paru didapatkan pada inspeksi bentuk dada normal, simetris, retraksi dinding dada (-). Palpasi paru-paru didapatkan fremitus (+) dan ketertinggalan gerak (-). Perkusi

paru-paru didapatkan sonor (+/+), dan pada auskultasi paru-paru didapatkan SDV (+/+) , RH (-/-), WH (-/-).

Pada pemeriksaan jantung didapatkan pada inspeksi ictus cordis tidak tampak. Palpasi jantung didapatkan ictus cordis teraba/kuat angkat. Perkusi jantung didapatkan batas jantung atas terletak di SIC II parasternal sinistra, batas kanan jantung terletak di SIC IV garis parasternal dextra, batas kiri jantung terletak di SIC IV garis midclavicula sinistra. Pada auskultasi jantung didapatkan S1/S2 tunggal, regular, bising jantung (-) gallop (-).

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan pada inspeksi jejas (-) dan distensi abdomen (-). Pada auskultasi abdomen didapatkan bising usus (+) normal. Palpasi abdomen nyeri tekan abdomen (+). Perkusi abdomen didapatkan suara Timpani (+).

Pada pemeriksaan ekstremitas didapatkan pada ekstremitas superior: akral hangat (+/+), edema (-/-), CRT < 2

detik.

## PEMBAHASAN

### DEFINISI

Kolitis adalah peradangan akut atau kronik pada kolon yang dapat disebabkan oleh berbagai penyakit baik akibat infeksi maupun non-infeksi. Secara umum kolitis masuk ke dalam *Inflammatory bowel disease* (IBD) yaitu penyakit inflamasi kronik yang melibatkan saluran cerna, bersifat remisi dan relaps/kambuhan. Jenis *Inflammatory bowel disease* (IBD) lainnya yaitu Crohn disease dan *Inflammatory bowel disease* (IBD) *type unclassified (indeterminate colitis)*.

### ETIOLOGI

Sekitar satu hingga dua juta orang di Amerika Serikat diperkirakan mengalami Kolitis Ulseratif ataupun Penyakit Crohn's, dengan insidens berkisar 70-150 kasus per 100.000 individu. Sedangkan di Eropa, insidens Kolitis Ulseratif berkisar 7.3 kasus per 100.000 penduduk dan insidens Penyakit Crohn sekitar 5.8 kasus per 100.000 penduduk. Di Indonesia sendiri belum ada studi epidemiologi mengenai IBD, data masih didasarkan laporan rumah sakit saja (hospital based). Simadibrata dari Jakarta pada tahun 2002 melaporkan 5.2% kasus Penyakit Crohn dan Kolitis

Ulseratif dari seluruh total kasus kolonoskopi yang dilakukan di RS Cipto Mangunkusumo. Dari data di unit endoskopi pada beberapa rumah sakit di Jakarta (RSCM, RS Tebet, RS Siloam Gleaneagles, RS Jakarta) terdapat kesan bahwa kasus IBD berkisar 12.2% kasus yang dikirim dengan diare kronik, 3.9% kasus hematoschezia, 25.9% kasus diare kronik, berdarah dan nyeri perut, sedangkan pada kasus nyeri perut didapatkan sekitar 2.8%. Data ini juga menyebutkan bahwa secara umum, kejadian Kolitis Ulseratif lebih banyak daripada kasus Penyakit Crohn.

Secara global dikatakan bahwa insidens IBD adalah 10 kasus per 100.000 penduduk, Kolitis Ulseratif 2.2–14.3 kasus per 100.000 penduduk dan Penyakit Crohn 3.1–14.6 kasus per 100.000 penduduk dari seluruh total kasus kolonoskopi yang dilakukan di RS Cipto Mangunkusumo. Dari data di unit endoskopi pada beberapa rumah sakit di Jakarta (RSCM, RS Tebet, RS Siloam Gleaneagles, RS Jakarta) terdapat kesan bahwa kasus IBD berkisar 12.2% kasus yang dikirim dengan diare kronik, 3.9% kasus hematoschezia, 25.9% kasus diare kronik, berdarah dan nyeri perut, sedangkan pada kasus nyeri perut didapatkan sekitar 2.8%. Data ini juga menyebutkan bahwa secara umum, kejadian Kolitis Ulseratif lebih banyak

daripada kasus Penyakit Crohn. Secara global dikatakan bahwa insidens IBD adalah 10 kasus per 100.000 penduduk, Kolitis Ulseratif 2.2–14.3 kasus per 100.000 penduduk dan Penyakit Crohn 3.1–14.6 kasus per 100.000 penduduk.

### **KLASIFIKASI DAN ETIOLOGI**

Berdasarkan penyebabnya secara umum kolitis dapat diklasifikasi sebagai berikut:

- Kolitis Infeksi: misalnya shigellosis, kolitis tuberculosis, kolitis amoeba, kolitis pseudomembran, kolitis karena virus/bakteri/ parasite
- Kolitis non infeksi: misalnya kolitis ulseratif, penyakit crohn's, kolitis mikroskopik, kolitis radiasi, kolitis iskemik, kolitis non spesifik (simple kolitis)

### **FAKTOR RISIKO**

Terdapat beberapa faktor yang dianggap berperan dalam terjadinya kolitis yaitu:

#### 1. Faktor Genetik

Tidak dapat disangkal bahwa faktor genetik dapat berperan dalam terjadinya kolitis, faktor yang lebih tinggi terjadi pada anak kembar dan adanya keterlibatan familial.

#### 2. Faktor Infeksi

Infeksi virus, bakteri atau parasit dari makanan, minuman atau tangan yang kotor, umumnya : Shigella, E. Coli, Salmonella dan Campylobacter. Amuba juga dapat menyebabkan kolitis (menyebabkan diare darah, demam dan dehidrasi) dan Parasit : Giardia.

### 3. Faktor imunologik

Teori bahwa mekanisme imun dapat terlibat didasarkan pada konsep bahwa manifestasi ekstraintestinal yang dapat menyertai (misalnya arthritis, perikolangitis) dapat mewakili proses autoimun dan zat teurapetik tersebut, seperti glukokortikoid dapat menunjukkan efek melalui mekanisme immunosupresif.

### 4. Faktor Psikologis

Stres psikologi mayor (ex : kehilangan seorang anggota keluarga), rentan terhadap stres emosi yg dapat merangsang penyakit Kolitis.

### 5. Faktor Lingkungan/Kebiasaan

Komponen diet seperti asam lemak rantai panjang, protein dan karbohidrat, antibiotik, dan infeksi patogen berperan dalam patogenesis dengan mengubah mikrobiota usus, meningkatkan permeabilitas usus dan merangsang inflamasi usus

## MANIFESTASI KLINIS

Gejala utama kolitis adalah diare, perdarahan rektal, tenesmus, adanya lendir, dan nyeri perut. Walau kolitis

dapat muncul secara akut, gejala biasanya telah ada selama beberapa minggu hingga tahun. Terkadang diare dan perdarahan jarang dan ringan sehingga pasien tidak mencari pengobatan.

Manifestasi ekstraintestinal meliputi demam, anemia, artralgia, penurunan berat badan, keterlibatan mata (episkleritis, uveitis) dan eritema nodosum.

Gejala kolitis tergantung pada luas dan beratnya inflamasi yang terjadi. Perdarahan rektal yang nyata dan tenesmus selalu ada, dan dapat menjadi satu-satunya gejala pada pasien dengan proktitis saja. Apabila kolon proksimal telah terlibat, terdapat keluhan diare dan nyeri perut. Mual dan penurunan berat badan menunjukkan penyakit yang lebih berat.

Nyeri perut yang berat atau demam mengarahkan diagnosis pada kolitis fulminan atau megakolon toksik. Tanda kolitis ulseratif meliputi nyeri tekan abdomen ringan di daerah hipogastrium atau kuadran kiri bawah. Tanda adanya malnutrisi dapat terjadi. Nyeri tekan yang berat, demam atau takikardi menunjukkan penyakit fulminan

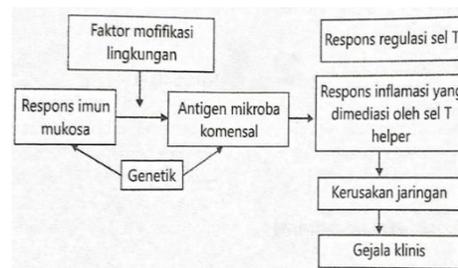
## PATOGENESIS DAN PATOFISIOLOGI

Secara umum, diperkirakan bahwa proses patogenesis diawali adanya infeksi, toksin, produk bakteri atau diet intralumen kolon pada individu rentan dan dipengaruhi oleh faktor genetik, defek imun, lingkungan sehingga terjadi kaskade proses inflamasi pada dinding usus.

Banyak mediator inflamasi telah dikenali dalam patogenesis seperti sitokin yang dilepaskan oleh makrofag sebagai respons terhadap berbagai stimulus antigenik akan berikatan dengan beragam reseptor dan menghasilkan efek autokrin, parakrin, dan endokrin. Sitokin mengubah limfosit menjadi sel T dimana sel T helper-1 (Th-1) berperan dalam patogenesis Crohn Disease dan sel T-helper 2 (Th-2) berperan dalam Kolitis Ulseratif. Respons imun ini akhirnya akan merusak mukosa saluran cerna dan memicu terjadinya kaskade proses inflamasi kronik.

Pada Kolitis Ulseratif, proses peradangan dimulai di rektum dan meluas ke proksimal secara kontinu sehingga secara umum dapat melibatkan seluruh bagian kolon. Lesi biasanya hanya melibatkan lapisan mukosa dan submukosa usus. Inflamasi hampir tidak pernah terjadi di daerah usus halus kecuali jika di ileum terminalis juga terdapat peradangan. Keterlibatan rektum hampir selalu terjadi pada Kolitis

Ulseratif, tidak adanya skip area yakni area normal di antara daerah lesi menjadi penanda khas Kolitis Ulseratif sehingga dapat dijadikan pembeda dengan Crohn Disease.



Gambar 1. Dasar Patofisiologis

## DIAGNOSIS

Secara umum penegakan diagnosis didasarkan pada anamnesis akurat adanya perjalanan penyakit yang akut disertai eksaserbasi kronik-remisi diare, kadang berdarah, nyeri perut, serta ada Riwayat penyakit di dalam keluarga. Kemudian pemeriksaan fisik dapat ditemukan sesuai dengan kondisi pasien dapat ditemukan nyeri tekan abdomen, demam, takikardi, hingga penurunan berat badan. Pemeriksaan lanjutan yang dapat mendukung diagnosis yaitu:

### 1. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan kadar leukosit, hemoglobin, LED, trombosit, kadar serum iron, C-reactive protein. Tidak ada parameter spesifik, sebagian besar hanya parameter proses

inflamasi secara umum atau dampak sistemik akibat proses inflamasi gastrointestinal yang mempengaruhi proses absorpsi.

## 2. Endoskopik

Pemeriksaan endoskopik mempunyai peranan penting dalam penegakan diagnosis dengan akurasi kolonoskopi sekitar 89%. Pada dasarnya kolitis merupakan penyakit melibatkan mukosa kolon secara difus dan kontinu, dimulai dari rectum dan menyebar ke proksimal. Gambaran lesi endoskopik yang dapat ditemukan lesi inflamasi (hiperemis, ulserasi, dll) bersifat kontinu, keterlibatan rectum, lesi mudah berdarah, kadang ditemukan cobblestone appearance/pseudopolip. Sifat ulkus terdapat pada mukosa yang inflamasi, terkadang lesi ulkus bersifat diskrit. Bentuk ulkus rata-rata kurang dari 1cm, ulkus dalam, bentuk linier (longitudinal).

## 3. Radiologi

Pemeriksaan radiologi foto polos abdomen dapat melengkapi endoskopi. Foto polos abdomen secara sederhana dapat mendeteksi adanya dilatasi toksik yaitu tampak lumen usus yang melebar tanpa feses didalamnya. Apabila terjadi perforasi usus maka dengan foto polos dapat dideteksi adanya pneumoperitoneum, terutama pada foto abdomen posisi tegak atau left lateral

decubitus (LLD) maupun pada fotot thoraks tegak.

## 4. Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG pada pasien kolitis dapat ditemukan penebalan dinding usus yang simetris dengan kandungan lumen kolon yang berkurang. Mukosa kolon yang terlibat tampak menebal dan berstruktur hipoekoik akibat dari edema. Berkurangnya Gerakan peristaltic dan hilangnya haustra kolon.

## 5. Histopatologi

Spesimen dapat diambil melalui biopsy maupun pada saat operasi. Namun, pengambilan spesimen pada saat operasi memiliki nilai diagnostic lebih tinggi dibandingkan melalui biopsi. Gambaran yang dapat ditemukan pada kolitis adanya abses kript, distorsi kript, infiltrasi sel mononukleus dan polimorfonukleardi lamina propia.

## DIAGNOSIS BANDING

### 1. Kolitis ulseratif

Inflamasi pada kolitis ulseratif terbatas pada lapisan mukosa kolon saja. Rectum hamper selalu terlibat dan progresivitas menjalar kearah proksimal. Sepertiga kasus kolitis ulseratif hanya melibatkan rectum dan sigmoid (proktosigmoiditis).

Derajat klinik kolitis ulseratif dapat dibagi atas berat sedang dan ringan,

berdasarkan frekuensi diare, ada/tidaknya demam, derajat berat anemia yang terjadi dan laju endap darah (klasifikasi truelove). Perjalanan penyakit kolitis ulseratif dapat dimulai dengan serangan pertama yang berat ataupun dimulai ringan yang bertambah secara gradual setiap minggu, berat ringannya serangan pertama sesuai dengan panjang kolon yang terlibat. Lesi mukosa bersifat difus dan terutama hanya melibatkan lapisan mukosa

## 2. Crohn disease

Proses inflamasi pada crohn disease bersifat transmural, melibatkan semua lapisan dinding usus, sehingga meningkatkan risiko perforasi dapat berkembang menimbulkan proses fibrosis, fistulasi, abses dan striktur. Pada crohn disease terjadi pada semua bagian saluran cerna.

Gejala adanya nyeri perut lebih mencolok, hal ini disebabkan oleh sifat lesi yang transmural sehingga menimbulkan fistula dan obstruksi serta berdampak pada timbulnya bacterial overgrowth. Ada nya keterlibatan usus halus yang tidak terjangkau oleh endoskopi sehingga dapat dipakai Crohn's Disease Activity Index yang didasari oleh penilaian demam, data laboratorium, manifestasi ekstraintestinal, frekuensi diare, nyeri abdomen, fistula penurunan berat badan,

terabanya masa intraabdomen.

## 3. Kolitis Infeksi

Pada kolitis infeksi memiliki gejala yang bervariasi dari asimtomatik, ringan, diare yang sembuh sendiri, sampai kolitis toksik fulminan. Penyebab yang masuk kedalam Kolitis Infeksi: misalnya shigellosis, kolitis tuberculosis, kolitis amoeba, kolitis pseudomembran, kolitis karena virus/bakteri/ parasite. Dalam hal ini untuk memastikan penyebab tersebut dapat dilakukan pemeriksaan lanjutan seperti pemeriksaan specimen tinja.

## TATALAKSANA

### Pengobatan Umum

Pemberian antibiotik misalnya metronidazole dosis terbagi 1500 – 3000 mg per hari dikatakan cukup bermanfaat menurunkan derajat aktivitas penyakit. Antibiotik diberikan dengan latar belakang bahwa salah satu agen proinflamasi disebabkan oleh bakteri intraluminal. Sebagian besar bakteri intraluminal bersifat komensal dan tidak menginduksi reaksi inflamasi namun mereka masih mampu memengaruhi respons imun dan menginduksi sel epitel

intestinal untuk menekan kemotaksis, menurunkan ekspresi sitokin proinflamasi dan meningkatkan produksi interleukin.

### **Pengobatan Radang Aktif**

Dua golongan obat yang dikenal luas untuk mengobati radang aktif bertujuan menginduksi remisi secepat mungkin adalah kortikosteroid dan asam amino salisilat.

Kortikosteroid Hingga saat ini, obat golongan glukokortikoid masih merupakan obat pilihan untuk derajat sedang dan berat dalam fase peradangan aktif. Pemilihan obat steroid konvensional, seperti prednison, metilprednisolon ataupun steroid enema, masih menjadi primadona karena harga yang murah dan ketersediaan yang luas. Dosis umumnya adalah setara 40 – 60 mg prednison. Namun, jangan dilupakan efek sistemik obat-obatan ini. Idealnya, dicapai kadar steroid yang tinggi pada dinding usus namun dengan efek sistemik yang rendah. Umumnya,

preparat yang digunakan dewasa ini adalah budesonid. Remisi biasanya tercapai dalam waktu 8 – 12 minggu yang kemudian diikuti dengan penurunan dosis (tapering down) yakni sekitar 10 mg per minggu hingga tercapai dosis 40 mg atau 5 mg per minggu hingga tercapai 20 mg. Kemudian dosis ditapering off 2.5 mg per minggu.

### **Asam Aminosalisilat**

Preparat 5-asam aminosalisilat (5-ASA) atau mesalazine saat ini lebih disukai dari preparat sulfasalazin karena efek sampingnya lebih kecil meski efektivitasnya relatif sama. Di Indonesia, sulfasalazin dipasarkan dalam bentuk sediaan tablet 250 mg dan 500 mg, enema 4 g/60 mL, serta supositoria 500 mg. Dosis rerata untuk mencapai remisi adalah 2 – 4 gram per hari<sup>4</sup> meski ada kepustakaan yang menyebutkan penggunaan 5-ASA ini minimal 3 gram per hari. Umumnya remisi tercapai dalam 16 – 24 minggu yang kemudian diikuti dengan dosis pemeliharaan. Dosis

pemeliharaan 1,5 – 3 gram per hari. Untuk kasus-kasus usus bagian kiri atau distal, dapat diberikan mesalazin supositoria atau enema, sedangkan untuk kasus berat, biasanya tidak cukup hanya dengan menggunakan preparat 5-ASA.

### **Imunosupresif**

Obat ini dipakai bila dengan 5-ASA dan kortikosteroid gagal mencapai remisi. Obat golongan ini seperti 6-mercaptopurin (6-MP), azathioprine, siklosporin, methotrexate dan obat golongan *Anti-Tumor Necrotizing Factor* (TNF).

### **Terapi Bedah**

Pada terapi bedah dilakukan terutama apabila terapi konservatif atau medikamentosa gagal atau terjadinya komplikasi (perdarahan, obstruksi ataupun megacolon toksik).

Pada kolitis, operasi dilakukan bila terjadi perjalanan penyakit yang berat tidak dapat diatasi dengan medikamentosa atau terdapat efek samping yang terlalu berat, terjadinya

perforasi, peritonitis, sepsis, perdarahan massif, serta timbulnya tanda displasia berat atau kanker.

### **KOMPLIKASI**

Dalam perjalanan penyakit dapat terjadi komplikasi sebagai berikut:

- Perforasi usus yang terlibat
- Terjadinya stenosis usus akibat proses fibrosis
- Megacolon toksik
- Perdarahan
- Degenerasi maligna
- Kanker kolorektal, merupakan komplikasi jangka panjang.

Terdapat beberapa faktor risiko termasuk lama dan panjang usus yang terlibat, derajat inflamasi, riwayat kanker dalam keluarga dan adanya kolangitis sclerosing primer. Risiko terjadinya kanker biasanya 8-10 tahun perjalanan sakit.

### **PROGNOSIS**

Pada dasarnya penyakit ini

merupakan penyakit yang bersifat remisi dan eksaserbasi. Cukup banyak dilaporkan adanya remisi yang bersifat spontan dan dalam jangka waktu yang lama. Prognosis banyak dipengaruhi oleh ada tidaknya komplikasi atau tingkat respons terhadap pengobatan konservatif.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Kolitis adalah peradangan akut atau kronik pada kolon yang dapat disebabkan oleh berbagai penyakit baik akibat infeksi maupun non-infeksi. Umum kolitis masuk ke dalam *Inflammatory bowel* yaitu penyakit inflamasi kronik yang melibatkan saluran cerna, bersifat remisi dan relaps/kambuhan. Jenis *Inflammatory bowel disease* lainnya yaitu Crohn disease dan *Inflammatory bowel disease type unclassified (indeterminate colitis)*. Gejala utama kolitis adalah diare, perdarahan rektal, tenesmus, adanya lendir, dan nyeri perut. Walau kolitis dapat muncul secara akut, gejala

biasanya telah ada selama beberapa minggu hingga tahun. Tatalaksana kolitis pemberian antibiotik misalnya metronidazole dosis terbagi 1500 – 3000 mg per hari dikatakan cukup bermanfaat menurunkan derajat aktivitas penyakit. Prognosis banyak dipengaruhi oleh ada tidaknya komplikasi atau tingkat respons terhadap pengobatan konservatif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amatullah, A., dan Miro, S. 2021. Pankolitis Akibat Kolitis Ulseratif. *Health & Medical Journal*, Vol. 3, No. 2.
- Desy., dan Wahono, S.P. 2020. Laporan kasus: ulcerative colitis dan infeksi ancylostoma duodenale pada laki-laki dewasa. *Jurnal Kedokteran Raflesia*, Vol. 6, No. 2.
- Firmansyah, M.A. 2018. Perkembangan Terkini Diagnosis dan Penatalaksanaan *Inflammatory Bowel Disease*. *Jurnal CDK*, Vol. 40, No. 4.
- Lipinwati. 2021. Inflamasi bowel disease. *Jurnal e-sahad*, vol. 2, no. 2.
- Kucharzik, T., et al. 2020. Ulcerative Colitis Diagnostic and Therapeutic Algorithms. *Deutsches Ärzteblatt International*, Vol. 117. Hal. 564-74.
- Mustika, S., dan Triana, N. 2016. The prevalence, Profile, and Risk

Factor of Patient with Ulcerative Colitis at Dr. Saiful Anwar Malang General Hospital. The Indonesian Journal of Gastroenterology, Hepatology and Digestive Endoscopy, Vol. 17, No. 1.

Salma, M.D., et al. 2020. Case report on ulcerative colitis in 16 year girl. World Journal of Current Med and Pharm Research, Vol. 2, No. 4.

Setiati, S., et al. 2015. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam FK UI jilid II. Edisi VI. Jakarta: Interna Publishing.