

ILEUS OBSTRUKTIF: CASE REPORT

*Muhamad Arief¹, I Made Wirka², Tri Setyawati^{3,4}

¹Medical Profession Program, Faculty of Medicine, Universitas Tadulako Palu, INDONESIA – 94118

²Departement of General Surgery, Undata Hospital, Palu, INDONESIA – 94118

³Department of Tropical Diseases and Traumatology, Faculty of Medicine, Universitas Tadulako Palu, INDONESIA – 94118

⁴Department of Biochemchemistry, Faculty of Medicine, Tadulako University, Palu, Indonesia, 94118

*Correspondent Autor: muhamadarief1994@gmail.com

ABSTRACT

Background: Obstructive ileus is an emergency in the field of digestive surgery, causing impaired passage of intestinal lumen. In this case 63-year-old male patient complaining of abdominal pain, flatulence. On physical examination abdomen, Inspection: distended. Auscultation: increased bowel sounds. Palpation: Feels hard, there is McBurney, Percussion is dim in all fields of the abdomen. On plain abdomen photo examination 3 positions were obtained dilated small intestine system with coil spring appearance and multiple air fluid level intralumen leading to small bowel obstruction. In this case explorative laparotomy was performed. Obstructive ileus that immediately requires action so that no complications occurs such as sepsis, toxinemia, or shock.

Keywords: Ileus obstruction, explorative laparotomy

ABSTRAK

Latar Belakang : Ileus obstruktif merupakan kegawatan di bidang bedah digestive, menyebabkan pasase lumen usus terganggu. Pada kasus ini pasien laki-laki 63 tahun dengan keluhan nyeri perut, tidak flatulensi. Pada pemeriksaan fisik abdomen, Inspeksi: distended. Auskultasi: bising usus meningkat. Palpasi: Teraba keras, ada nya McBurney, Perkusi redup disemua lapang abdomen. Pada pemeriksaan foto polos Abdomen 3 posisi didapatkan dilatasi sistema usus halus dengan coil spring appearance dan multiple air fluid level intralumen mengarah gambaran small bowel obstruction. Pada kasus ini dilakukan tindakan laparotomi eksploratif. Ileus obstruktif segera memerlukan tindakan agar tidak terjadi komplikasi seperti sepsis, toxinemia, atau shock.

Kata Kunci : Ileus obstruksi, Laparotomi eksploratif

PENDAHULUAN

Ileus obstruktif merupakan kegawatan di bidang bedah digestive yang sering dilaporkan. Gangguan saluran cerna ini menduduki 20% dari seluruh kasus nyeri akut abdomen yang tidak tergolong appendicitis akuta. Sekitar 60% penyebab obstruksi ileus disebabkan oleh adhesi yang terjadi pasca operasi regio abdominal dan operasi di bidang obstetri ginekologik.^(1,2)

Insidensi dari ileus obstruksi pada tahun 2011 diketahui mencapai 16% dari populasi dunia yang diketahui melalui studi besar pada banyak populasi.^(1,2)

Berdasarkan lokasi obstruksinya, ileus obstruktif dibedakan menjadi Ileus obstruktif letak tinggi : obstruksi mengenai usus halus dan Ileus obstruktif letak rendah : obstruksi mengenai usus besar⁽⁸⁾

Selain faktor adhesi intestinal beberapa faktor lain yang dapat menyebabkan obstruksi yaitu hernia inkarserata, tumor, divertikulum meckel, intusussepsi, volvulus, striktur, askariasis, imaksi faeces dan benda asing.^(1,2,3)

Obstruksi ileus terjadi karena adanya daya mekanik yang mempengaruhi dinding usus sehingga menyebabkan penyumbatan lumen usus. Hal tersebut menyebabkan pasase lumen usus terganggu. Akibat gangguan pasase tersebut terjadi pengumpulan isi lumen usus yang berupa

gas dan cairan pada bagian proximal tempat penyumbatan.⁽⁹⁾

Gambaran klinik yang dapat ditimbulkan sebagai akibat obstruksi usus dapat bersifat sistemik meliputi: dehidrasi berat, hipovolemia, syok oliguria, gangguan keseimbangan elektrolit, perut gembung sedangkan serangan yang bersifat kolik meliputi : nyeri perut berkala, distensi berat, mual / muntah, gelisah/menggeliat, bunyi usus nada tinggi, obstipasi, tidak ada flatulensi.^(3,4)

Bahaya umum dari keadaan ini adalah sepsis, toxinemia, bahkan shock sehingga memerlukan tindakan segera.

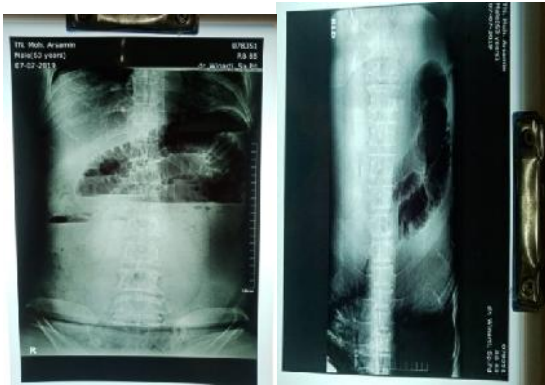
LAPORAN KASUS

Pasien laki-laki 63 tahun dengan keluhan nyeri perut sejak 3 hari SMRS. Nyeri perut dirasakan disemua lapang perut. Pasien. Selain nyeri perut, pasien juga mengeluhkan demam, perutnya kembung dan membesar, perut membesar dirasakan sejak 3 hari yang lalu. Pasien juga mengeluhkan tidak BAB sudah 5 hari lalu, pasien mengeluhkan mual dan muntah, BAK lancar.

Berdasarkan pemeriksaan fisik menunjukkan tampak sakit, kompos mentis. Tanda vital; TD 130/80 mmHg, N 98 x/menit, R 20 x/menit, S 37,7°C. Pemeriksaan abdomen, Inspeksi: Distended (+). Auskultasi: Bising usus

(+) meningkat. Palpasi: Teraba keras, nyeri tekan (+), McBurney (+). Perkusi: Redup (+) disemualapang abdomen.

Pada pemeriksaan laboratorium di dapatkan WBC $6,8 \times 10^3/\text{ul}$, RBC $5,1 \times 10^6/\text{ul}$, HB 15,9 g/dl, HCT 45.2%, PLT $199 \times 10^3/\text{ul}$, GDS 80 mg/dl HbsAG : Non reaktif, Anti HCV : Non reaktif. Pemeriksaan Kimia Darah :SGOT 25 U/LSGPT16 U/L. PemeriksaanElektrolitDarah : Natrium 131 nmol/L, kalium 3,4 nmol/L, clorida 97 nmol/L. Pada pemeriksaan Radiografi Abdomen 3 posisi, Kesan : Susp. ileus obstruktif letak rendah.



Gambar 1: Dilatasi sistema usus halus dengan *coil spring appearance* dan *multiple air fluid level intralumen* mengarah gambaran *small bowel obstruction*.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang maka diagnosis kerja dari pada kasus ini yaitu *Ileus Obstruksi* letak rendah. Pada pasien dilakukan tindakan berupa laparotomi eksploratif.

Pasiendra watinap dan direncanakan operasi dengan prosedur laparotomi eksploratif. Dimulai dengan posisi pasien baring dengan posisi supine dibawah pengaruh spinal anastesi, kemudia desinfeksi dengan prosedur aseptik pada daerah abdomen, lalu dilakukan insisi midline lapatomy, diperdalam lapis demi lapis hingga peritoneum parietalis dan dibuka hingga perironeum, kemudian identifikasi pada colon, membebaskan perlengketan pada omentum pada colon, didapat colon bant, dan didapatkan appendicitis, lakukan prosedur appendectomy lanjut jahit tabac sac. kemudian bebaskan mesoappendiks, control perdarahan dan cuci rongga abdomen, jahit luka operasi lapis demi lapis dan operasi selesai.

Pasien dipulangkan 6 hari setelah tindakan operasi dengan kondisi yang baik, dan tidak ditemukan adanya tanda infeksi. Pengobatan dilanjutkan hingga jadwal control berikutnya di poli klinik rumah sakit.

DISKUSI

Diagnosis *Ileus Obstruksi* pada kasus ini ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pada kasus ini, pasien datang dengan keluhan nyeri perut sejak 3 hari SMRS. Nyeri perut dirasakan disemua lapang perut. Pasien. Selain nyeri perut, pasien



Gambar 2 : Adanya colon bant dan appendicitis

juga mengeluhkan demam, perutnya kembung dan membesar, perut membesar dirasakan sejak 3 hari yang lalu. Pasien juga mengeluhkan tidak BAB sudah 5 hari lalu, pasien mengeluhkan mual dan muntah, BAK lancar, Flatus (-). Ileus obstruktif adalah kerusakan atau hilangnya pasase isi usus yang disebabkan oleh sumbatan mekanik. Rintangan pada jalan isi usus akan menyebabkan isi usus terhalang dan tertimbun di bagian proksimal dari sumbatan. sehingga pada daerah proksimal tersebut akan terjadi distensi atau dilatasi usus dan merupakan penyumbatan intestinal mekanik yang terjadi karena adanya daya mekanik yang bekerja atau mempengaruhi dinding usus sehingga menyebabkan penyempitan / penyumbatan lumen usus. Hal tersebut menyebabkan pasase lumen usus terganggu. Akibat gangguan pasase tersebut terjadi pengumpulan isi lumen usus yang berupa gas dan cairan pada bagian proximal tempat penyumbatan. Hal ini menyebabkan pelebaran dinding usus (distensi) di bagian proximal dari sumbatan. Sumbatan usus dan distensi usus menyebabkan rangsangan terjadinya hipersekresi kelenjar pencernaan.^(1,2,5)

Penegakan diagnosis yang baik dengan anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang harus dilakukan dengan segera karena kasus ileus obstruktif merupakan salah satu kondisi akut abdomen. Kasus ini merupakan salah satu kasus yang biasanya memerlukan intervensi bedah emergensi karena apabila tidak segera ditangani dapat mengakibatkan komplikasi seperti iskemia, perforasi serta gangguan hemodinamika dan elektrolit, hingga menyebabkan kematian.⁽³⁾

Pemeriksaan awal pada pasien dengan gejala kardinal ileus obstruktif meliputi pemeriksaan foto polos abdomen posisi erect dan left lateral decubitus. Pada hasil rontgen abdomen 3 posisi pasien ini menunjukkan adanya dilatasi beberapa loops proyeksi usus halus, serta terdapat gambaran batas udara cairan yang tersusun step ladder atau pola tangga pada posisi erect. Pada foto posisi tegak akan tampak bayangan *air fluid level* yang banyak di beberapa tempat (*multiple fluid levels*) yang tampak terdistribusi dalam susunan tangga (*step ladder appearance*), sedangkan usus sebelah distal dari obstruksi akan tampak kosong. Jumlah loop dari usus halus yang berdilatasi secara umum menunjukkan tingkat obstruksi. Bila jumlah loop sedikit berarti obstruksi usus halus letaknya tinggi, sedangkan

bila jumlah loop lebih banyak maka obstruksi usus halus letaknya rendah. Semakin distal letak obstruksi, jumlah *air fluid level* akan semakin banyak, dengan tinggi yang berbeda-beda sehingga berbentuk *step ladder appearance*.⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽¹⁰⁾

Penatalaksanaan awal pada kasus ileus obstruksi dilakukan resusitasi cairan, balance cairan, *Central Venous/Pulmonary Artery Catheter*, antibiotik *broad-spectrum*, dan pemasangan NGT. Tindakan pembedahan direkomendasikan pada pasien yang tidak membaik dalam 48 jam setelah dilakukan perawatan konservatif. Sedangkan pada kasus ini, kurang dari 24 jam setelah diagnosis ileus obstruktif ditegakkan, segera direncanakan tindakan pembedahan laparotomi eksplorasi sebagai tindakan definitif. Durante pembedahan, ditemukan adanya perlekatan pada omentum dan ada colon bant yang merupakan penyebab terjadinya obstruksi.⁽²⁾

KESIMPULAN

Ileus obstruktif adalah gangguan pasase isi usus yang merupakan tanda adanya obstruksi usus akut yang memerlukan tindakan segera agar tidak terjadi komplikasi seperti sepsis, toxinemia, atau shock. Diagnosis Ileus obstruktif ditegakkan dengan riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan ultrasonography (USG) dan fotopolos abdomen 3 posisi.

PERSETUJUAN

Pada laporan kasus ini, penulis telah menerima persetujuan dari pasien dalam bentuk *informed consent*.

REFERENSI

1. Paulson, Erik T William. Review Of Small - Bowel Obstruction: The Diagnosis and When to Worry. *Radiology Society of North America*. 2015;275(2):2-5.
2. Jackson P, Raji M. Evaluation and Management of Intestinal Obstruction. *American Family Physician*. 15 Januari 2011;83(2):159-65.
3. Indrayani M. Diagnosis dan Tata laksana Ileus Obstruktif. Universitas Udayana, Bagian Ilmu Bedah. 2017;3-10.
4. Price S, Wilson L. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. 6 ed. Jakarta:

- EGC; 2012.
5. Stoffels B, Strassburg C. Ileus In Adults; Pathogenesis, Investigation and Treatment. *Deutsches Arzteblatt International*. 2017;114(18):508.
 6. Mansjoer A. *Kapita Selektta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius FKUI; 2000.
 7. James B, Kelly B. The Abdominal Radiograph. *The Ulster Medical Journal Society*. 8 Agustus 2013;82(3):179–87.
 8. Filippone A, Pizzi AD. CT Findings in acute peritonitis: a Pattern -based approach. *Turkish Society Of Radiology*. 31 Agustus 2015;21:435–40.
 9. Maharaj N, Singh B. A Review of the radiological imaging modalities of non-traumatic small bowel obstruction. *South African family practice*. 2015;57(3):146–59.
 10. Diaz J, Bokhari F. *Practice Management Guidelines For Small Bowel Obstruction*. Eastern Association For the surgery Of Trauma. 2007;2(2):132–40.