

## Kasus Langka: Intususepsi Pada Orang Dewasa

Adma Hayani Dona Yanti<sup>1</sup>, Ricky Pramudya<sup>2</sup>, Imanuel Taba Parinding<sup>3</sup>

Dokter Internship, Rumah Sakit Umum Daerah Beriman Balikpapan<sup>1,2</sup>

Bagian Ilmu Penyakit Bedah, Rumah Sakit Umum Daerah Beriman Balikpapan<sup>3</sup>

### Abstrak

Intususepsi didefinisikan sebagai invaginasi satu segmen usus ke segmen berikutnya. Berbeda dengan anak-anak, intususepsi pada orang dewasa jarang terjadi. Kejadian intususepsi pada dewasa sekitar 1%-5% dari obstruksi usus dengan usia rata-rata 50 tahun. Dibandingkan dengan intususepsi pada anak-anak, intususepsi pada orang dewasa berbeda karena 90% kasusnya merupakan komplikasi dari titik awal patologis, diantaranya polip, karsinoma, striktur, perlengketan, dan divertikulum Meckel. Sedangkan, kejadian intususepsi idiopatik, sekitar 10 % kasus. Perempuan berusia 39 tahun dengan riwayat nyeri perut kanan bawah selama 3 hari datang ke instalasi gawat darurat disertai dengan muntah, tidak ada BAB dan riwayat pijat pada abdomen. Pemeriksaan fisik didapatkan *mc burney sign* positif, teraba massa seperti sosis, ultrasonografi abdomen didapatkan gambaran *doughnut sign* dan kesan intususepsi *ileo-caecal*. Pasien dilakukan laparotomi eksplorasi dan appendektomi. Durante operasi tampak invaginasi ileocaecal ke colon asenden, kemudian dilakukan tindakan *milking procedure*. Pasien dipulangkan dalam kondisi stabil pada hari kelima perawatan di rumah sakit. Penanganan intususepsi bergantung pada bagian usus yang terlibat. Reduksi intususepsi akut merupakan prosedur darurat dan harus dilakukan segera setelah diagnosis sebagai persiapan untuk kemungkinan pembedahan. Penanganan dapat dilakukan secara operatif atau non-operatif. Reseksi usus pilihan akhir dilakukan jika viabilitas usus terganggu atau terdapat titik patologis. Diagnosis dini dan intervensi tepat waktu sangat memengaruhi prognosis pasien.

**Kata kunci:** Intususepsi dewasa, intususepsi *ileo-caecal*, laparotomi

## Unraveling the Uncommon: A Rare Case of Adult Intussusception

### Abstract

Intussusception is defined as the invagination of one segment of intestine into the next. Unlike children, intussusception in adults is rare. The incidence of intussusception in adults is around 1%-5% of intestinal obstruction with an average age of 50 years. Compared with intussusception in children, intussusception in adults is different because 90% of cases are complications of pathological starting points, including polyps, carcinoma, strictures, adhesions, and Meckel's diverticulum. Meanwhile, the incidence of idiopathic intussusception is around 10% of cases. A 39-year-old woman with a history of right lower abdominal pain for 3 days came to the emergency department accompanied by vomiting, no bowel movements and a history of abdominal massage. Physical examination found a positive Mc Burney sign, a sausage-like mass was palpable, abdominal ultrasonography showed a doughnut sign and an impression of ileo-caecal intussusception. The patient underwent exploratory laparotomy and appendectomy. During the operation, ileocaecal invagination into the ascending colon was seen, then a milking procedure was performed. The patient was discharged in stable condition on the fifth day of hospitalization. Management of intussusception depends on the part of the intestine involved. Reduction of acute intussusception is an emergency procedure and should be performed immediately after diagnosis in preparation for possible surgery. Management can be done operatively or non-operatively. Resection of the intestine is the final choice if the intestinal viability is compromised or there are pathological points. Early diagnosis and timely intervention greatly affect the patient's prognosis.

**Keywords:** Intussusception in adults, ileo-caecal intussusception, laparotomy

Korespondensi: Adma Hayani Dona Yanti, Alamat Apartment Tamansari Skylounge, Lantai 2 No 42, Jalan Pelita, Sepinggan, HP 082148110199, e-mail [donayanti33@gmail.com](mailto:donayanti33@gmail.com)

### Pendahuluan

Intususepsi didefinisikan sebagai invaginasi satu segmen usus ke segmen berikutnya.<sup>1</sup> Intususepsi merupakan penyebab obstruksi usus dan lebih umum terjadi pada pasien anak-anak dibawah usia 3 tahun.<sup>2</sup>

Intususepsi pada orang dewasa jarang terjadi.<sup>1</sup> Kejadian intususepsi pada dewasa sekitar 1%-5% dari obstruksi usus dengan usia rata-rata 50 tahun.<sup>2</sup> Dibandingkan dengan intususepsi pada anak-anak, intususepsi pada

orang dewasa berbeda karena 90% kasusnya merupakan komplikasi dari titik awal patologis, diantaranya polip, karsinoma, striktur, perlengketan, dan divertikulum Meckel. Sedangkan, kejadian intususepsi idiopatik, sekitar 10 % kasus.<sup>2</sup>

Tujuan dari laporan kasus ini adalah menyajikan kasus langka bagaimana manifestasi klinis yang didapat saat di lapangan dan proses penegakkan diagnosis serta

penanganan yang telah diberikan. Kejadian Intussusepsi pada orang dewasa masih sangat langka di Indonesia, sehingga terdapat kekurangan dalam penegakkan diagnosa dengan cepat oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan primer maupun sekunder.

### Kasus

Seorang perempuan berusia 39 tahun datang dengan keluhan nyeri perut sejak 3 hari SMRS. Nyeri perut dirasakan awalnya di daerah pusar, kemudian nyeri juga dirasakan di ulu hati dan perut kanan bawah disertai demam. Keluhan disertai muntah >10 kali, tidak ada darah. Keluhan disertai tidak ada BAB dan tidak kentut. Riwayat pijat di bagian perut. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan gastritis kronis.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran compos mentis dengan GCS E4V5M6, tekanan darah 143/115 mmHg, nadi 122 kali/menit, napas 22 kali/menit, suhu 36,8°C, dan SpO<sub>2</sub> 99% RA dengan VAS 7 dari 10. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan distensi, bising usus sedikit menurun, *mc burney sign* (+) dan teraba massa seperti sosis. *Alvarado score* pada pasien 6. Maka masuk kategori kemungkinan appendicitis namun perlu pemeriksaan lebih lanjut untuk memastikan. Pada pemeriksaan *rectal toucher* didapatkan spingter ani intak, mukosa rectum licin, tidak ada massa, nyeri tekan, maupun hemorroid, serta tidak ditemukan darah ada *handscoon*.

Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan Hb 13,6 g/dL, Ht 43%, leukosit 8.830/ $\mu$ L, trombosit 347.000/ $\mu$ L. Gula darah sewaktu 112 mg/dL. Pada pemeriksaan hematologi masa perdarahan 3, masa pembekuan 7. Ca 1,13 Meq/L, Cl 104 Meq/L, Na 138 Meq/L, K 2,78 Meq/L. Pada pemeriksaan urinalisa didapatkan warna kuning keruh, berat jenis 1.015, pH 6,0. Keton +3, darah +2, leukosit 3- 5/LPB, eritrosit 10-15/LPB, epitel 8-10. Pemeriksaan HCG Urin negatif. Pada pemeriksaan foto polos thorax dalam batas normal. Pada pemeriksaan USG

Abdomen (Hepar), Lien, Pancreas, Ginjal didapatkan hasil tampak gambaran doughnut sign, diameter 5,5 cm, di kuadran bawah kanan, nyeri tekan probe (+), DD//Susp Intussusepsi kesan ileocaecal. Pasien didiagnosis Appendisititis akut dd Intususepsi ileo-caecal.

Dilakukan tata laksana berupa operasi laparotomi eksplorasi dan appendiktomi. Pasien diberikan tatalaksana medikamentosa IVFD Futrolit 1500 cc/24 jam, Inj. Tramadol 300 mg dalam NS 50 cc, Inj. Ceftriaxone 2x1 gr, Inj. Santagesik 3x1 amp, puasa makan, minum susu 6x100 cc, dan mobilisasi duduk. Pasien dirawat selama 5 hari. Obat pulang berupa asam mefenamat 3x500 mg dan cefixime 2x100 mg serta edukasi untuk kontrol kembali ke poli tepat waktu.

### Pembahasan

Seorang perempuan berusia 39 tahun datang ke IGD dengan nyeri perut. *Abdominal pain* dapat berupa nyeri visceral bersifat samar dan terlokalisasi di epigastrium, daerah periumbilikal, atau perut bagian bawah, tergantung apakah berasal dari *foregut*, *midgut*, *hindgut*.<sup>3</sup> Nyeri yang memburuk dalam beberapa jam biasanya menandakan peradangan atau infeksi progresif, seperti kolesistitis, kolitis, atau obstruksi usus. Gejala terkait dan waktunya memberikan petunjuk diagnostik seperti mual dan muntah sering menyertai nyeri perut, dengan muntah mendahului nyeri pada kondisi nonbedah (gambar 1); konstipasi dapat disebabkan oleh obstruksi mekanis atau ileus. Jika tidak ada flatus atau buang air besar, obstruksi total dapat menandakan iskemia atau perforasi; serta diare sering terjadi pada enteritis infeksius atau penyakit radang usus.<sup>4</sup> Diare berdarah dapat menunjukkan iskemia kolon atau kondisi lain.<sup>3,4</sup> Intususepsi adalah obstruksi intestinal yang disebabkan oleh prolaps atau invaginasi satu segmen saluran cerna ke dalam lumen segmen lain yang letaknya berdampingan.<sup>3,4</sup>

BOX 45-1 Nonsurgical Causes of the Acute Abdomen	BOX 45-2 Surgical Acute Abdominal Conditions
<p><b>Endocrine and Metabolic Causes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uremia</li> <li>Diabetic crisis</li> <li>Addisonian crisis</li> <li>Acute intermittent porphyria</li> <li>Hereditary Mediterranean fever</li> </ul> <p><b>Hematologic Causes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sickle cell crisis</li> <li>Acute leukemia</li> <li>Other blood dyscrasias</li> </ul> <p><b>Toxins and Drugs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lead poisoning</li> <li>Other heavy metal poisoning</li> <li>Narcotic withdrawal</li> <li>Black widow spider poisoning</li> </ul>	<p><b>Hemorrhage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solid organ trauma</li> <li>Leaking or ruptured arterial aneurysm</li> <li>Ruptured ectopic pregnancy</li> <li>Bleeding gastrointestinal diverticulum</li> <li>Arteriovenous malformation of gastrointestinal tract</li> <li>Intestinal ulceration</li> <li>Aortoduodenal fistula after aortic vascular graft</li> <li>Hemorrhagic pancreatitis</li> <li>Mallory-Weiss syndrome</li> <li>Spontaneous rupture of spleen</li> </ul> <p><b>Infection</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Appendicitis</li> <li>Cholecystitis</li> <li>Meckel's diverticulitis</li> <li>Hepatic abscess</li> <li>Diverticular abscess</li> <li>Proctos abscess</li> </ul> <p><b>Perforation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perforated gastrointestinal ulcer</li> <li>Perforated gastrointestinal cancer</li> <li>Boerhaave syndrome</li> <li>Perforated diverticulum</li> </ul> <p><b>Blockage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adhesion intusion small or large bowel obstruction</li> <li>Sigmoid volvulus</li> <li>Cecal volvulus</li> <li>Incarcerated hernias</li> <li>Inflammatory bowel disease</li> <li>Gastrointestinal malignant neoplasm</li> <li>Intussusception</li> </ul> <p><b>Ischemia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Buenger disease</li> <li>Mesenteric thrombosis or embolism</li> <li>Ovarian torsion</li> <li>Ischemic colitis</li> <li>Testicular torsion</li> <li>Strangulated hernias</li> </ul>

Gambar 1. Penyebab akut abdomen berdasarkan klasifikasi bedah dan nonbedah<sup>4</sup>

Kejadian intususepsi dikaitkan dengan riwayat episode gastroenteritis virus, infeksi saluran pernapasan atas, dan bahkan pemberian vaksin rotavirus, yang menunjukkan pembengkakan limfoid dalam patogenesis intususepsi. Pada anak-anak yang lebih besar, divertikulum meckel merupakan penyebab paling umum untuk intususepsi. Namun, penyebab lain, seperti polip usus, radang usus buntu, perdarahan submukosa yang terkait dengan purpura *Henoch-Schénlein*, benda asing, jaringan pankreas atau lambung ektopik, dan duplikasi usus, juga harus dipertimbangkan.<sup>4</sup> Kasus intususepsi pada orang dewasa berbeda dibanding anak-anak. Hampir 90% kasus intususepsi pada dewasa merupakan intususepsi sekunder, yaitu intususepsi karena ada bagian patologis pada usus. Beberapa penyebab patologis usus pada dewasa yaitu karsinoma, polip, *divertikel meckel's*, divertikulum kolon, striktur, atau neoplasma jinak yang sering ditemukan *intraoperative*.<sup>4-6</sup>

Gejala trias klasik intususepsi pada kelompok anak meliputi nyeri perut, muntah, dan *red jelly stool*. Intususepsi pada orang dewasa jarang muncul sebagai tanda trias

klasik seperti pada kelompok pediatri. Manifestasi klinis intususepsi pada orang dewasa tidak spesifik dan bervariasi. Manifestasi intususepsi pada orang dewasa yang tidak spesifik lainnya adalah distensi abdomen, konstipasi, demam, hematochezia, kram, dan mual. Gejala dapat bermanifestasi sebagai akut atau kronis yang berlangsung hingga berbulan-bulan sampai tahunan.<sup>4,5</sup> (Tabel 1)

Pada kasus ini ditemukan adanya nyeri perut pada epigastrik, dan iliac, disertai muntah berulang, dan tidak adanya flatus dan BAB. Pada pemeriksaan fisik ditemukan distensi abdomen, nyeri tekan pada regio epigastrik, illiac dextra, teraba massa seperti sosis (+), dan penurunan bising usus. Alvarado score pada pasien 6. Maka masuk kategori kemungkinan appendisitis namun perlu pemeriksaan lebih lanjut untuk memastikan. (Gambar 2).

Pada USG Abdomen didapatkan gambaran doughnut sign, diameter 5,5 cm, di kuadran bawah kanan, nyeri tekan probe (+), dd Suspek Intususepsi kesan ileocaecal. Hal ini sesuai dengan gejala klinis, pemeriksaan fisik dan penunjang pada intususepsi.

Alvarado Scoring System (MANTRELS Criteria) <sup>34</sup>	
Migration of pain to the right lower quadrant	1
Anorexia	1
Nausea/vomiting	1
Tenderness in the right lower quadrant	2
Rebound pain	1
Elevation of temperature ( $\geq 37.3^{\circ}\text{C}$ )	1
Leukocytosis (WBC $> 10\,000/\mu\text{L}$ )	2
Shift of WBC count to the left ( $\geq 75\%$ neutrophils)	1
<b>Maximum score:</b>	<b>10</b>
<b>Scoring</b>	
1 – 4:	Patient is not considered likely to have appendicitis
5 – 6:	Diagnosis compatible with appendicitis but does not appear to require an immediate operation. Continue observation or further testing to rule out appendicitis
7 – 8:	Probable appendicitis; surgical consultation needed
9 – 10:	Very probable appendicitis and surgery should be performed

Source: Alvarado. *Ann Emerg Med.* 1986.<sup>34</sup>

**Gambar 2.** Skoring Alvarado pada appendicitis akut<sup>4</sup>

**Tabel 1.** Perbedaan Intussusepsi pada Dewasa dan Anak.<sup>3</sup>

	Dewasa	Anak-anak
<b>Insidensi</b>	Langka (sekitar 5% dari seluruh kasus intussusepsi)	Lebih sering terjadi
<b>Etiologi &amp; Mekanisme</b>	Kebanyakan sekunder akibat lesi patologis	Kebanyakan primer dan jinak
<b>Manifestasi Klinis</b>	Bervariasi	Trias klasik teraba massa abdomen, nyeri kolik abdomen, Red Jelly Stool
<b>Tatalaksana</b>	Umumnya reduksi pneumatic atau hidrostatis	Pembedahan direkomendasikan

Intussusepsi memiliki faktor risiko yaitu usia, dimana kebanyakan terjadi pada anak di usia lebih kecil dari 1 tahun, dan pada jenis kelamin laki-laki lebih sering dibandingkan perempuan. Status gizi yang baik diduga menyebabkan intussusepsi karena hipermolitas usus. Intussusepsi terkadang terjadi setelah atau selama enteritis akut. Terjadinya gangguan peristaltik usus, yang ditandai dengan hipermotilitas usus halus yang tak seimbang antara segmen proksimal dan segmen distal.<sup>4,7</sup>

Adanya riwayat gastroenteritis dan gastritis kronis dapat menjadi factor risiko intussusepsi pada pasien. Intussusepsi pada anak biasanya idiopatik, terkait pembengkakan jaringan limfoid di daerah ileosekal, dan dipicu oleh gastroenteritis virus, infeksi saluran napas atas, atau vaksin rotavirus. Pada anak lebih besar, dapat disebabkan oleh titik patologis seperti *divertikulum meckel's*, polip, radang usus buntu, dan penyebab lain.<sup>4,5</sup> Tipe

intussusepsi yang paling sering adalah: 1) Intussusepsi enterik yang terbatas pada usus halus dan dapat ditemukan pada 43% pasien; 2) Tipe kolokolik yang terjadi pada 22% kasus dan hanya melibatkan usus besar; 3) Tipe ileosekal yang terjadi ketika katup ileosekal bertindak sebagai titik awal intussusepsi dan ditemukan pada 21% kasus; 4) Tipe ileokolik yang terjadi pada 14% kasus dan didefinisikan sebagai prolaps ileum melalui katup ileosekal ke dalam kolon.<sup>4,5</sup>

Patofisiologi intussusepsi adalah invaginasi bagian proksimal suatu segmen usus ke dalam bagian distal segmen yang berdekatan. Seiring dengan adanya gerakan peristaltik pada usus intussuseptum, usus akan terdorong semakin jauh ke arah distal. Hal ini memicu kompresi pembuluh mesenterika dan limfatik. Kompresi pembuluh mesenterika dan limfatik menyebabkan kongesti vena dan edema jaringan, sehingga menghasilkan sekresi lendir dan perdarahan, nekrosis dinding

usus, hingga perforasi. Edema yang terjadi pada intususepsi juga menghasilkan sumbatan intraluminal usus. Ketika gerakan peristaltik usus terganggu, translokasi bakteri akan terjadi dan menyebabkan sepsis serta hipovolemia pada pasien.<sup>8,9</sup>

Karena gejala intususepsi dewasa tidak spesifik, pencitraan diagnostic sangat penting untuk membantu diagnosis sebelum operasi. Pemeriksaan penunjang yang direkomendasikan pada kasus intususepsi adalah USG dan enema dengan kontras.<sup>10</sup> Selain itu, dapat pula dilakukan pemeriksaan laboratorium untuk membantu mempersempit diagnosis nyeri perut akut seperti hitung darah lengkap (WBC, Hb dan Hct) dan pemeriksaan urin seperti urinalisis untuk medeteksi infeksi saluran kemih (bakteri, sel darah putih, esterase leukosit) dan pielonefritis, serta nefrolitiasis dan sindrom nefritik (melalui sel darah merah). Pada wanita usia subur, kadar *human chorionic gonadotropin* (hCG) urin perlu diperiksa untuk komplikasi kehamilan.<sup>4</sup> (Gambar 3)

BOX 45-4 Helpful Laboratory Studies in the Acute Abdomen	
Hemoglobin	
White blood cell count with differential	
Electrolyte, blood urea nitrogen, and creatinine concentrations	
Urinalysis	
Urine human chorionic gonadotropin	
Amylase and lipase levels	
Total and direct bilirubin concentration	
Alkaline phosphatase	
Serum aminotransferase	
Serum lactate levels	
Stool for ova and parasites	
<i>C. difficile</i> culture and toxin assay	

**Gambar 3.** Hasil penunjang yang membantu pada kasus akut abdomen<sup>12</sup>

Pada ultrasonografi, beberapa kasus akan menunjukkan pseudokidney yang terbentuk karena intususepsi melengkung dan mesenterium hanya terlihat pada satu sisi. Pada pandangan aksial, terdapat gambaran hipoeoik melingkar. Area hipoeoik merupakan area dinding usus yang mengalami edema. Sementara lapisan di tengah merupakan gambaran lapisan mukosa dan serosa segmen usus yang masuk ke segmen usus lainnya. Gambaran ini memiliki beberapa

sebutan, yaitu *bull's eye sign*, *target sign*, atau *doughnut sign*.<sup>10</sup> (gambar 4)

Hal ini sesuai dengan hasil USG Abdomen pada pasien, Dimana didapatkan gambaran khas intususepsi berupa *doughnut sign* dengan diameter 5,5 cm, di kuadran bawah kanan, disertai nyeri tekan *probe*. (Gambar 5)



**Gambar 4.** Gambaran *doughnut sign* pada USG Abdomen.<sup>5</sup>



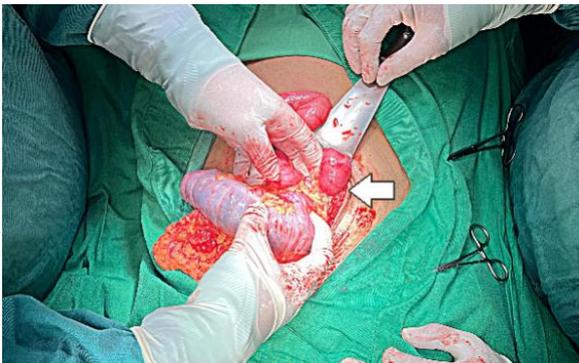
**Gambar 5.** Hasil penunjang USG Abdomen, Panah: *doughnut sign* dengan diameter 5,5 cm.

Selain USG, dapat pula dilakukan enema kontras, menunjukkan adanya defek pengisian atau cupping pada kepala media kontras yang menghambat pergerakannya oleh intususepsi. Kolom linear dari media kontras sentral dapat terlihat pada lumen intususepsi yang terkompresi, dan margin tipis kontras dapat terlihat terperangkap di sekitar usus yang mengalami invaginasi pada lipatan mukosa di dalam intususepsi (tanda pegas melingkar).<sup>10</sup>

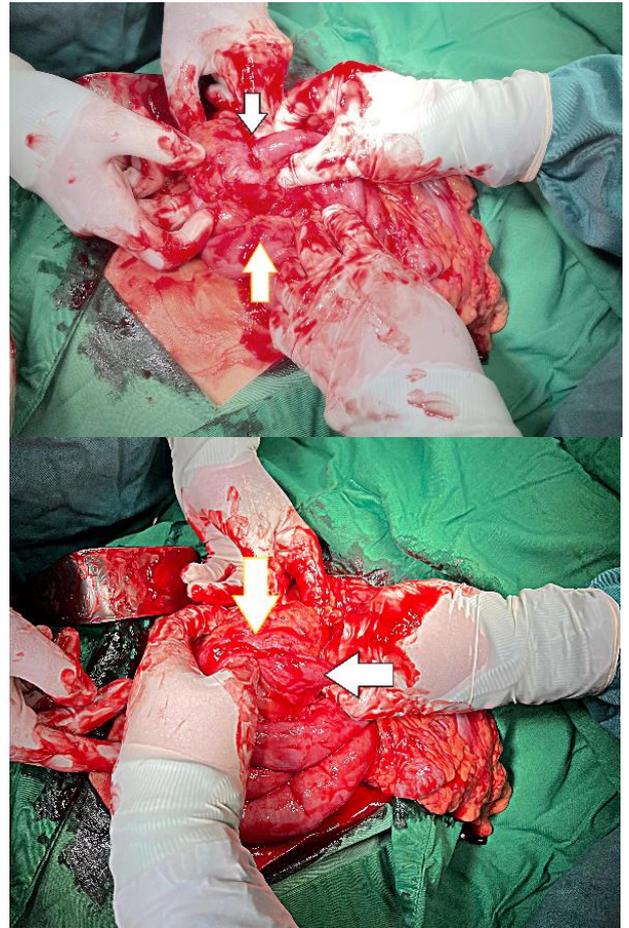
Pada intususepsi dewasa, ultrasonografi kurang sensitif dibandingkan *Computed Tomography* (CT) scan. CT-Scan terutama dengan kontras dapat memberikan informasi lebih lanjut mengenai lokasi dan penyebab

obstruksi, kemungkinan titik-titik penusukan, organ dalam di sekitarnya, pembuluh darah, dan kemungkinan pencekikan. Temuan klasik untuk intususepsi adalah lesi target atau massa berbentuk sosis. Dengan CT- Scan, intususepsi lebih sering terlihat pada orang dewasa tanpa patologi usus, sehingga meningkatkan keberhasilan terapi non-operatif.<sup>10</sup>

Tatalaksana yang diberikan pada pasien yaitu tindakan operasi berupa laparotomi eksplorasi dan appendiktomi. Dasar pengobatan *ileus obstructive* intususepsi adalah koreksi keseimbangan cairan dan elektrolit, menghilangkan peregangan dan muntah dengan kompresi, memperbaiki peritonitis dan syok bila ada, serta menghilangkan obstruksi untuk memperbaiki kelangsungan dan fungsi usus kembali normal.<sup>11</sup> Salah satu indikasi laparotomi eksplorasi adalah adanya obstruksi pada usus, yang penyebabnya dapat berupa hernia, perlengketan, peritonitis akibat perforasi dan lain-lain.<sup>12</sup>



**Gambar 6.** Durante operasi laparotomi eksplorasi dan appendiktomi, Panah hitam: Tampak invaginasi ileocaecal ke colon asenden



**Gambar 7.** Durante operasi laparotomi eksplorasi dan appendiktomi, Garis panah hitam: Tampak invaginasi ileocaecal ke, panah kuning: colon asenden, kemudian dilakukan tindakan *milking procedure*



**Gambar 8.** Durante operasi laparotomi eksplorasi dan appendektomi, tanda panah hitam: invaginasi berhasil dibebaskan dengan Tindakan *milking procedure*

Prosedur ini dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau pasien yang mengalami trauma abdomen.<sup>13</sup> Laparotomi eksplorasi digunakan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan. Selanjutnya tindakan reseksi anastomosis ileum merupakan suatu tindakan pembedahan dengan memotong sebagian segmen usus yang rusak atau tidak memungkinkan untuk dipertahankan lagi karena berbagai sebab, untuk kemudian disambung kembali.<sup>11</sup>

Penanganan intususepsi bergantung pada bagian usus yang terlibat. Reduksi intususepsi akut merupakan prosedur darurat dan harus dilakukan segera setelah diagnosis sebagai persiapan untuk kemungkinan pembedahan. Penanganan dapat dilakukan secara operatif atau non-operatif.<sup>10</sup> Pada intususepsi pediatrik penatalaksanaan utama adalah reduksi hidrostatik dengan enema udara/kontras, yang berhasil pada 80% kasus. Reseksi usus pilihan akhir dilakukan jika viabilitas usus terganggu atau terdapat titik patologis.<sup>4,5</sup>

Pada intususepsi dewasa, reseksi bedah segmen usus yang terlibat adalah pendekatan yang direkomendasikan karena sebagian besar kasus disebabkan oleh lesi patologis. Pendekatan reduksi primer sebelum reseksi masih menjadi perdebatan.<sup>4,5</sup>

Keluhan utama pasien pada kasus ini adalah nyeri alih perut sejak 3 hari SMRS. Keluhan disertai muntah >10 kali dan tidak ada BAB. Riwayat pijat di bagian perut. Pada

pemeriksaan fisik abdomen didapatkan distensi, bising usus sedikit menurun, *mc burney sign* (+) dan teraba massa seperti sosis. Maka masuk kategori kemungkinan appendicitis namun perlu pemeriksaan lebih lanjut untuk memastikan. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan peningkatan neutrophil tanpa leukositosis.

Nyeri abdomen dapat berupa nyeri visceral bersifat samar dan terlokalisasi di epigastrium, daerah periumbilikal, atau perut bagian bawah, tergantung apakah berasal dari *foregut*, *midgut*, *hindgut*. Nyeri yang memburuk dalam beberapa jam biasanya menandakan peradangan atau infeksi progresif, seperti kolesistitis, kolitis, atau obstruksi usus. Jika tidak ada flatus atau buang air besar, obstruksi total dapat menandakan iskemia atau perforasi. Pada kasus ini dicurigai nyeri perut dikarenakan peradangan akut appendiks dengan *Alvarado score* 5 dan dicurigai terjadi suatu invaginasi usus dengan teraba massa seperti sosis pada pemeriksaan fisik. Kemudian dilakukan pemeriksaan tambahan untuk menegakan diagnostik menggunakan USG Abdomen dengan hasil pemeriksaan USG Abdomen didapatkan hasil tampak gambaran doughnut sign, diameter 5,5 cm, di kuadran bawah kanan, nyeri tekan probe (+), DD//Susp Intususepsi kesan ileocaecal. Pasien didiagnosis Appendisitis akut dd Intususepsi ileo-caecal.

Didapatkan diagnosis Intususepsi ditegakkan dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Penanganan intususepsi bergantung pada bagian usus yang terlibat. Reduksi intususepsi akut merupakan prosedur darurat dan harus dilakukan segera setelah diagnosis sebagai persiapan untuk kemungkinan pembedahan. Penanganan dapat dilakukan secara operatif atau non-operatif.<sup>10</sup> Pada intususepsi pediatrik penatalaksanaan utama adalah reduksi hidrostatik dengan enema udara/kontras, yang berhasil pada 80% kasus. Reseksi usus pilihan akhir dilakukan jika viabilitas usus terganggu atau terdapat titik patologis.<sup>4,5</sup>

Pasien diberikan tatalaksana medikamentosa IVFD Futrolit 1500 cc/24 jam, Inj. Tramadol 300 mg dalam NS 50 cc, Inj. Ceftriaxone 2x1 gr, Inj. Santagesik 3x1 amp, puasa makan, kemudian dilakukan tindakan

operasi laparatomi eksplorasi dan appendiktomi yang bersifat cito. Durante operasi tampak invaginasi invaginasi ileocaecal ke colon asenden dan kemudian dilakukan tindakan manual reduksi dengan teknik *milking procedure*.

### Simpulan

Intususepsi merupakan kasus yang langka pada orang dewasa, diagnosis dini dan intervensi tepat waktu diperlukan dalam semua kasus untuk menghindari komplikasi yang tidak perlu.

### Daftar Pustaka

1. Panzera F, Di Venere B, Rizzi M, Biscaglia A, Praticò CA, Nasti G, et al. Bowel intussusception in adult: Prevalence, diagnostic tools and therapy. *World J Methodol.* 2021 May 20;11(3):81–7.
2. Frazier A, Mbah R, Williams JT. Rare Idiopathic Adult Intussusception: A Case Report [Internet]. *Cureus.* 2024 Jan 10 [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://www.cureus.com/articles/167549-rare-idiopathic-adult-intussusception-a-case-report>
3. Ciftci F. Diagnosis and treatment of intestinal intussusception in adults: A rare experience for surgeons. *Int J Clin Exp Med.* 2015;8(6):10001–5.
4. Townsend CM, Evers BM, Beauchamp RD, Mattox KL. *Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice.* 21st ed. Philadelphia: Elsevier; 2021.
5. Adiwinata R, Adiwinata S, Simatupang EP, Brodus Uwan W, Simadibrata M. Adult ileocecal intussusception: A case report and review. *Indones J Gastroenterol Hepatol Dig Endosc.* 2019 Apr;20(1):54–6.
6. Marsicovetere P, Ivatury SJ, White B, Holubar SD. Intestinal intussusception: Etiology, diagnosis, and treatment [Internet]. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017 Feb;30(1):30–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28144210/>
7. Anjuau Anbertlove E, Zethania Sitepu A, Putri Situmorang E, Cindawny Sipayung A, Agi Sabela Yosefine A, Ignasia V, et al. Intususepsi. *Med Methodist J.* 2024;2(2).
8. Bradshaw CJ, Johnson PRV. Intussusception. *Pediatr Child Health.* 2018;1–5.
9. Jain S, Hayden MJ. Child intussusception [Internet]. *StatPearls.* 2023 [cited 2025 Jan 1]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431078/?report=reader>
10. Al Ammari N, Lampus H, Kurniawan A. Intussusception: Diagnosis and management according to the competence of primary service doctors. *e-CliniC.* 2022 Mar 31;10(1):145.
11. Kastiaji H, Rasyidi A. Ileus obstruktif: Laporan kasus. *J Kesehat Amanah.* 2023 May;7.
12. Brunicaardi FC. *Schwartz's Principles of Surgery.* 11th ed. United States: McGraw-Hill Education; 2019.
13. Goussous N, Kemp KM, Bannon MP, Kendrick ML, Srivantstyan B, Khasawneh MA, et al. Early postoperative small bowel obstruction: Open vs laparoscopic. *Am J Surg.* 2014 Oct 13;209(2):385–90.