

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Inflammatory bowel disease (IBD) adalah penyakit inflamasi pada saluran cerna dengan etiologi yang masih belum diketahui secara pasti. *Inflammatory bowel disease* (IBD) dibedakan menjadi Penyakit Crohn (PC) dan Kolitis Ulseratif (KU). Karakteristik respons inflamasi antara PC dan KU berbeda. Penyakit Crohn terjadi inflamasi transmural dan kadang-kadang terkait granuloma sedangkan pada KU biasanya inflamasi terbatas pada sub-mukosa dan mukosa.¹ Apabila tidak bisa dibedakan antara keduanya maka dapat dikategorikan menjadi *indeterminate colitis*.² Gejala khas IBD adalah diare persisten yang dapat disertai darah atau mukus, perdarahan per-rektal, nyeri abdomen, dan penurunan berat badan.^{3,4}

Hasil statistik internasional angka kejadian IBD berbeda-beda di setiap negara. IBD merupakan penyakit dengan angka kejadian tertinggi di negara-negara barat tetapi angka kejadian IBD di negara-negara barat relatif stabil. Saat ini telah terjadi peningkatan insiden yang signifikan di negara-negara Asia. Insiden IBD di Asia-Pasifik saat ini diketahui 0,76 per 100.000 orang untuk KU dan 0,54 per 100.000 orang untuk PC. Peningkatan angka kejadian IBD telah mengalami peningkatan dua kali lipat di negara Asia pada dua dekade terakhir.⁵ Angka kumulatif IBD meningkat tiga kali lipat sejak tahun 1990, meskipun angka kejadian PC lebih jarang dibanding KU.⁶

Penyakit Crohn adalah gangguan peradangan kronis yang melibatkan traktus gastrointestinal dari mulut hingga anus terutama bagian terakhir usus halus yakni ileum. Peradangan yang terjadi dapat melibatkan seluruh lapisan dinding usus dari mukosa hingga serosa. Penyakit ini dapat menimbulkan nyeri dan reaksi pengosongan usus yang sering sehingga menimbulkan diare.⁷ Kolitis ulseratif adalah inflamasi kronis usus besar. Kelainan ini dapat dikategorikan berdasarkan derajat keparahan penyakit menjadi ringan, berat, dan sedang. Derajat ini ditentukan dari frekuensi diare, adanya demam, tingkatan anemia, dan laju endap darah (LED).^{7,8} Inflamasi yang terjadi pada kolitis ulseratif hanya melibatkan lapisan mukosa usus besar.⁹

Hasil penelitian mengenai onset usia IBD di Eropa Barat, Amerika Utara dan Oseania rata-rata pada usia 31-34 tahun. Diketahui insiden PC dan KU memuncak usia 20-30 tahun. Usia median diagnosis kejadian PC dan KU di Asia dilaporkan pada usia 34 dan 42 tahun. Distribusi usia PC di Asia sekitar 20-24 tahun dan 40-44 tahun. Hasil penelitian di Eropa, Amerika Utara dan Oseania insiden IBD tidak bergantung pada jenis kelamin. Dalam beberapa studi kohort dan analisis di negara bagian barat, diketahui insiden PC cenderung terjadi pada perempuan. Di Asia diketahui insiden PC dan KU kejadiannya lebih tinggi pada pria dibandingkan pada wanita dengan rasio pria : wanita adalah 1,15:1 pada KU dan 2,4 : 1 pada PC.¹⁰

Merokok merupakan salah satu faktor risiko dari IBD yang memiliki efek berbeda antara PC dan KU. Kolitis ulseratif memiliki risiko perokok aktif lebih rendah daripada individu yang tidak pernah merokok tetapi saat individu setelah berhenti merokok risikonya lebih tinggi dibanding individu non perokok. Penyakit Crohn terjadi sebaliknya, merokok dapat meningkatkan risiko dan risikonya tetap berlanjut meskipun setelah berhenti merokok.¹¹

Manifestasi klinis IBD akan bergantung pada area yang terlibat pada saluran pencernaan. Manifestasi klinis pada pasien KU dan PC daerah kolon ditemukan gejala diare kronis, perdarahan per-rektal dan disertai dengan nyeri abdomen, sedangkan PC pada daerah ileakolon biasanya memiliki gejala nyeri abdomen terutama daerah periumbilikus atau kuadran kanan bawah dengan atau tanpa diare. Pasien PC daerah usus halus ditemukan nyeri abdomen samar, namun jika mengenai usus halus secara luas dapat menyebabkan nyeri abdomen postprandial, muntah, dan diare. Perluasan ke perianal seperti perianal abses, fistula dan fisura dapat ditemukan pada PC.¹²

Pasien IBD dapat ditemukan manifestasi ekstraintestinal. Manifestasi ekstraintestinal terjadi pada sekitar 50% pasien IBD. Manifestasi ekstraintestinal dapat melibatkan hampir semua sistem organ. Sebagian besar pasien IBD dengan manifestasi ekstraintestinal mengalami inflamasi di kolon meskipun beberapa pasien dengan manifestasi ekstraintestinal sebelum timbulnya inflamasi kolon.¹³

Anemia merupakan salah satu manifestasi ekstraintestinal yang sering ditemukan pada pasien dengan PC dan KU.¹⁴ Prevalensi anemia pada pasien IBD

ditemukan sekitar 16-74% dengan rata-rata 16% pada pasien rawat jalan dan 68% pada pasien rawat inap.¹⁵ Anemia yang ditemukan pada PC bisa disebabkan karena kehilangan darah intestinal dan akibat gangguan metabolisme zat besi akibat peradangan kronis yang terjadi.¹⁴ Pada KU, anemia dapat disebabkan karena defisiensi besi akibat kehilangan darah, kronisitas penyakit, dan penyebab lain seperti defisiensi nutrisi, penggunaan obat-obatan.¹⁵

Kolonoskopi merupakan salah satu modalitas yang digunakan dalam menegakkan diagnosis dan tatalaksana IBD. Pemeriksaan ini cukup akurat untuk diagnosis banding antara PC dan KU. Kolonoskopi dapat membantu menentukan luas dan derajat keparahan kolitis, membantu dalam penatalaksanaan, dan dapat mengambil sampel jaringan untuk membantu diagnosis. Kolonoskopi juga dapat digunakan sebagai intervensi terapi pada pasien IBD.¹

Pemeriksaan kolonoskopi memperlihatkan pemeriksaan visual langsung usus besar mulai dari anus dan dapat berakhir pada sekum bahkan sampai ke sepertiga bawah ileum terminalis. Satu gambaran makroskopik per-endoskopi yang dapat mengarahkan ke PC adalah adanya *cobblestones appearance* secara dominan pada mukosa dan gambaran khas pada KU adalah lesi ulseratif difus pada mukosa yang sembab tanpa *skip area*.⁷ Berdasarkan hasil kolonoskopi distribusi lokasi yang mengalami gangguan PC pada negara-negara barat adalah 27-42% pada daerah ileal, 28-35% pada daerah kolon, dan 23-33% pada daerah ileakolon. Pada negara-negara di Asia diketahui 50-61% dari keseluruhan penderita PC mengalami kelainan di daerah ileakolon. Distribusi lokasi kelainan KU pada negara barat seperti Eropa, Amerika Utara, dan Australia adalah 23-34% mengalami proktitis, dan 34-51% mengalami kolitis sisi kiri. Daerah Asia distribusi lokasinya mirip dengan daerah Eropa yakni 32-45% mengalami proktitis dan juga kolitis sisi kiri.¹⁰

Inflammatory bowel disease mempunyai angka kekambuhan dan remisi yang signifikan sehingga dapat menurunkan kualitas hidup penderita. Tujuan terapi adalah untuk menginduksi dan mempertahankan remisi klinis dan endoskopi dengan tujuan jangka panjang meliputi pencegahan disabilitas, kolektomi, dan kanker kolorektal.¹⁶ Pilihan terapi berdasarkan usia, komorbid, gejala, status inflamasi, lokasi dan luasnya gangguan, risiko keparahan dan komplikasi.¹⁴ Pilihan terapi yang biasa diberikan pada IBD meliputi 5-aminosalisilat dan kortikosteroid.¹⁷

Penatalaksanaan terkait kejadian IBD masih belum maksimal dilakukan. Kejadian IBD yang tidak terdeteksi dapat terjadi karena masih minimnya pedoman penatalaksanaan dan pengalaman tenaga kesehatan dalam menangani penyakit ini. Mengetahui tingkat keparahan penyakit saat diagnosis dapat membantu tenaga kesehatan mengambil keputusan dan dapat melihat perjalanan penyakit serta respons pengobatan yang telah diberikan.¹⁸ Penelitian terkait profil pasien IBD di Indonesia masih minim sedangkan profil pasien IBD di RSUP. Dr. M. Djamil Padang masih belum diketahui. Data pasien IBD yang didiagnosis berdasarkan kolonoskopi di RSUP. Dr. M. Djamil Padang saat ini tersedia dari tahun 2018-2020. Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terhadap profil pasien IBD di RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana profil pasien IBD yang didiagnosis berdasarkan kolonoskopi di RSUP Dr. M. Djamil.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui profil pasien IBD yang didiagnosis dengan kolonoskopi di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui distribusi pasien IBD yang didiagnosis dengan kolonoskopi di RSUP Dr. M. Djamil Padang berdasarkan karakteristik pasien.
2. Mengetahui distribusi pasien IBD yang didiagnosis dengan kolonoskopi di RSUP Dr. M. Djamil Padang berdasarkan riwayat merokok.
3. Mengetahui distribusi pasien IBD yang didiagnosis dengan kolonoskopi di RSUP Dr. M. Djamil Padang berdasarkan manifestasi klinis.
4. Mengetahui distribusi pasien IBD yang didiagnosis dengan kolonoskopi di RSUP Dr. M. Djamil Padang berdasarkan kejadian anemia.
5. Mengetahui distribusi pasien IBD yang didiagnosis dengan kolonoskopi di RSUP Dr. M. Djamil Padang berdasarkan lokasi kelainan.

6. Mengetahui distribusi pasien IBD yang didiagnosis dengan kolonoskopi di RSUP Dr. M. Djamil Padang berdasarkan pilihan terapi.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dan kontribusi terhadap perkembangan ilmu pengetahuan sebagai data mengenai profil atau gambaran dari pasien IBD yang didiagnosis dengan kolonoskopi dan dapat mengembangkan serta memperluas pengetahuan tentang kolonoskopi dan terapi IBD.

1.4.2 Manfaat Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan peneliti tentang *inflammatory bowel disease* di RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

1.4.3 Manfaat Bagi Klinisi

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tenaga medis sehingga dapat meningkatkan perhatian dalam melakukan penatalaksanaan terhadap kejadian *inflammatory bowel disease*.

