



Case Report : Diagnosis dan Tatalaksanaan Pasien Laki-Laki 40 Tahun dengan Kolelitiasis di Rumah Sakit Cut Meutia Aceh Utara

Nur Rahmi^{1*}, Hendra Kastiaji²

Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh, Indonesia¹, Bagian Ilmu Bedah, Rumah Sakit Cut Meutia, Aceh Utara, Indonesia²

Alamat : Jl. H.Meunasah, Utenkot Cunda, Lhokseumawe, Aceh

*Korespondensi penulis : nur.180610055@mhs.unimal.ac.id

Abstract. Cholelithiasis or gallstones are pieces of solid material that form in the gallbladder. The prevalence rate of cholelithiasis in developed countries is around 10-15% of the adult population, with the prevalence of cholesterol cholelithiasis. A 40-year-old man came to the emergency room of Cut Meutia Hospital with complaints of pain in the upper right abdomen since 3 weeks ago. The results of the abdominal physical examination found pressure pain in the hypochondrium dextra, murphy sign (+). Based on the examination of bile ultrasound and the results of gallbladder stone multiple. Based on anamnesis, physical examination and elongation examination of the patient was diagnosed with Cholelithiasis + Internal Hemorrhoids Grade I. Surgical management was carried out in the form of laparoscopy, cholecystectomy and postoperative therapy in the form of bed rest, postoperative wound healing, postoperative mobilization and a diet high in fiber and protein and fatty lace diet.

Keywords: Abdominal Pain, Cholelithiasis, Laparoscopy Cholecystectomy.

Abstrak. Cholelithiasis atau batu empedu adalah potongan bahan padat yang terbentuk di kantong empedu. Angka prevalensi cholelithiasis di negara maju sekitar 10–15% dari populasi dewasa, dengan prevalensi jenis kolelitiasis kolesterol. Laki-laki berusia 40 tahun datang ke IGD RS Cut Meutia dengan keluhan nyeri perut sebelah kanan atas sejak 3 minggu yang lalu. Hasil dari pemeriksaan fisik abdomen didapati nyeri tekan di hipokondrium dextra, murphy sign (+). Berdasarkan dari pemeriksaan USG empedu dan didapatkan hasil adanya gallbladder stone multiple. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang pasien didiagnosa dengan Kolelitiasis + Hemoroid Interna Grade I. Dilakukan tatalaksana pembedahan berupa laparoscopy cholecystectomy dan terapi post pembedahan berupa tirah baring, perawatan luka post pembedahan, mobilisasi post pembedahan dan diet tinggi serat dan protein dan diet renda lemak.

Kata Kunci : Nyeri Perut, Kolelitiasis, Laparoscopi Kolesistektomi.

1. PENDAHULUAN

Cholelithiasis atau batu empedu adalah potongan bahan padat yang terbentuk di kantong empedu. Organ kecil ini terletak di bawah organ hati. Fungsinya adalah untuk menyimpan dan melepaskan empedu, cairan yang diproduksi oleh hati, untuk membantu pencernaan. Cholelithiasis terbentuk ketika salah satu dari dua zat, yaitu kolesterol atau bilirubin, menjadi jenuh dalam empedu dan mengkristal. Bilirubin adalah zat kuning kecoklatan yang ditemukan dalam empedu yang dihasilkan ketika sel darah merah tua di hati rusak (1).

Kolelitiasis terjadi pada 6-20% dari populasi dunia yang merupakan salah satu dari penyebab morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia. orang menderita kolelitiasis, dimana lebih dari 500.000 orang penderita kolelitiasis menjalani kolesistektomi dan terdapat lebih

dari 100.000 kematian setiap tahunnya pada kasus kolelitiasis. Angka prevalensi cholelithiasis di negara maju sekitar 10–15% dari populasi dewasa, dengan prevalensi jenis kolelitiasis kolesterol. Sedangkan di negara Asia epidemiologi cholelithiasis berkisar 3–10%. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi cholelithiasis pada dewasa adalah sebesar 15,4%, dan prevalensi tersebut meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2016 yaitu 11,7%. Salah satu tindakan kolaboratif untuk mengatasi masalah cholelithiasis adalah pembedahan kolesitektomi (2).

Kolelitiasis biasanya asimtomatik sehingga sulit dideteksi atau sering terjadi kesalahan diagnosis. Pada pasien simtomatis keluhan utama berupa nyeri di daerah epigastrium atau perikondrium. Rasa nyeri lain yang dapat dikeluhkan adalah kolik bilier yang berlangsung lebih dari 15 menit dan baru menghilang beberapa jam kemudian, nyeri yang timbul kebanyakan perlahan-lahan tetapi pada 30% kasus nyeri muncul secara tiba-tiba. Diagnosis kolelitiasis dapat ditegakkan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (3). Perlu adanya edukasi dan tatalaksana yang tepat dalam menangani permasalahan batu empedu ini, maka dari itu dibuatlah laporan kasus mengenai kolelitiasis atau penyakit batu empedu.

2. PEMBAHASAN

A. Kasus

Laki-laki berusia 40 tahun datang ke IGD RS Cut Meutia dengan keluhan nyeri perut sebelah kanan atas sejak 3 minggu yang lalu. Nyeri di rasakan hilang timbul dengan durasi kurang lebih 30 menit sampai 1 jam dan memberat sejak 1 minggu SMRS. Nyeri sering terjadi pada saat memakan makanan berlemak dan berminyak seperti gorengan. Nyeri menjalar pada ulu hati dan perut sebelah kiri atas. Nyeri sering disertai dengan mual. Keluhan muntah dan demam disangkal oleh pasien.

Pasien juga mengeluhkan adanya benjolan pada anus disertai darah segar sejak 5 hari SMRS. Pasien mengatakan bahwa benjolan timbul ketika pasien BAB dan benjolan dapat masuk tanpa bantuan dorongan jari pasien. Darah tidak bercampur dengan feses. Pasien juga mengatakan adanya darah disertai lendir dan nyeri saat BAB. Pasien sering susah BAB dengan frekuensi 2 sampai 3 hari sekali. Pasien mengatakan BAK dalam batas normal dan tidak ada riwayat penurunan berat badan. Pasien menyangkal pernah mengalami keluhan ini sebelumnya, riwayat hipertensi, diabetes mellitus disangkal. Keluarga pasien juga menyangkal memiliki keluhan serupa.

Berdasarkan pemeriksaan fisik tanda-tanda vital ditemukan keadaan umum sakit berat dengan tingkat kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 110/60 mmHg, nadi 83x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, dan suhu 38.2 °C. Hasil dari pemeriksaan abdomen didapatkan nyeri tekan di hipokondrium dextra, massa (-), defans muskular(-), murphy sign (+), dan peristaltik usus normal.

Dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium dijumpai hasil dalam batas normal. Berdasarkan dari pemeriksaan USG empedu dan didapatkan hasil adanya *gallbladder stone multiple*.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang pasien didiagnosa dengan Kolelitiasis + Hemoroid Interna Grade I. Dilakukan tatalaksana pembedahan berupa *laparoscopy cholecystectomy* dan terapi post pembedahan berupa tirah baring, perawatan luka post pembedahan, mobilisasi post pembedahan dan diet tinggi serat dan protein dan diet rendah lemak. Terapi medikamentosa berupa Inf. RL 20 tetes/menit, Inj. Vicillin 1,5gr/8jam, Inj. Ketorolac 30mg/8jam, Inj. Omeprazole 40mg/12jam, Inj. Ondansetron 4mg/8jam.

B. Diskusi

Laki-laki berusia 40 tahun datang ke IGD RS Cut Meutia dengan keluhan nyeri perut sebelah kanan atas sejak 3 minggu yang lalu. Nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi kurang lebih 30 menit sampai 1 jam dan memberat sejak 1 minggu SMRS. Nyeri sering terjadi pada saat memakan makanan berlemak dan berminyak seperti gorengan. Nyeri menjalar pada ulu hati dan perut sebelah kiri atas. Nyeri sering disertai dengan mual. Keluhan muntah dan demam disangkal oleh pasien. Pasien juga mengeluhkan adanya benjolan pada anus disertai darah segar sejak 5 hari SMRS. Pasien mengatakan bahwa benjolan timbul ketika pasien BAB dan benjolan dapat masuk tanpa bantuan dorongan jari pasien. Darah tidak bercampur dengan feses. Pasien juga mengatakan adanya darah disertai lendir dan nyeri saat BAB. Pasien sering susah BAB dengan frekuensi 2 sampai 3 hari sekali. Pasien mengatakan BAK dalam batas normal dan tidak ada riwayat penurunan berat badan. Pasien menyangkal pernah mengalami keluhan ini sebelumnya, riwayat hipertensi, diabetes mellitus disangkal. Keluarga pasien juga menyangkal memiliki keluhan serupa. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang pasien didiagnosa dengan Kolelitiasis + Hemoroid Interna Grade I.

Setengah sampai duapertiga penderita kolelitiasis adalah asimtomatis dan keluhan yang biasanya timbul adalah dispepsia yang kadang disertai intoleran pada makanan berlemak. Pada pasien simtomatis keluhan utama berupa nyeri di daerah epigastrium atau perikondrium. Rasa nyeri lain yang dapat dikeluhkan adalah kolik bilier yang berlangsung lebih dari 15 menit dan baru menghilang beberapa jam kemudian, nyeri yang timbul kebanyakan perlahan-lahan tetapi pada 30% kasus nyeri muncul secara tiba-tiba. Nyeri biasanya menyebar pada bagian tengah, skapula, atau ke klavikula dan disertai mual muntah. Keluhan nyeri menetap dan bertambah saat menarik nafas dalam. Faktor risiko kolelitiasis adalah usia, jenis kelamin, berat badan, makanan, aktivitas fisik, nutrisi intra-vena jangka lama (4). Orang dengan usia >40 tahun memiliki kecenderungan terkena kolelitiasis dibanding dengan usia yang lebih muda dikarenakan meningkatnya sekresi kolesterol kedalam empedu sesuai dengan bertambahnya usia. Wanita dua kali lipat lebih beresiko terkena kolelitiasis dibandingkan pria dikarenakan hormon estrogen berpengaruh terhadap peningkatan sekresi kolesterol oleh kandung empedu (5). Kurangnya aktifitas fisik meningkatkan risiko terjadi kolelitiasis dikarenakan kandung empedu lebih sedikit berkontraksi. Jumlah pasien kolelitiasis di Indonesia mengalami peningkatan disebabkan oleh hal yang berhubungan dengan kebiasaan sehari-hari seperti mengonsumsi makanan tinggi lemak, merokok, makanan berserat rendah, minuman alkohol, program penurunan berat badan yang cepat, dan kurang mengonsumsi makanan berprotein (6).

Hemoroid merupakan pelebaran dan inflamasi pembuluh darah vena di anus dari pleksus hemoroidalis. Penyebab paling sering adalah konstipasi kronis dan feses yang keras dapat mengakibatkan degenerasi jaringan pendukung di saluran anus dan pergeseran dari bantalan anal kanal. Mengejan yang terlalu lama, kehamilan dan asites juga dapat berkontribusi terhadap dilatasi, pembengkakan, dan prolaps jaringan pembuluh darah hemoroid (7). Peningkatan tekanan intra abdomen karena tumor, usia tua, hubungan seksual peranal, kurang minum air, kurang olahraga/imobilisasi diyakini juga sebagai faktor risiko terjadinya hemoroid Hemoroid merupakan kondisi yang sangat umum dan mempengaruhi sekitar 10 juta orang per tahun. Satu studi memperkirakan bahwa lebih dari 50% populasi AS yang berusia di atas 50 tahun memiliki pengalaman tentang penyakit hemoroid (8).

Berdasarkan pemeriksaan fisik tanda-tanda vital ditemukan keadaan umum sakit berat dengan tingkat kesadaran compos mentis, tekanan darah 110/60 mmHg, nadi 83x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, dan suhu 38.2 °C. Hasil dari pemeriksaan

abdomen didapati nyeri tekan di hipokondrium dextra, massa (-), defans muskular(-), *murphy sign* (+), dan peristaltik usus normal. Dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium dijumpai hasil dalam batas normal. Berdasarkan dari pemeriksaan USG empedu dan didapatkan hasil adanya *gallbladder stone multiple*.

Murphy sign merupakan penanda pada pasien degan kolesistitis akut, dimana pasien diminta untuk mengambil dan menahan napas dalam-dalam sambil meraba daerah subkostal selama inspirasi. Jika rasa sakit timbul dan pasien tiba-tiba menghentikan upaya inspirasi mereka, *murphy sign* positif telah muncul. Nyeri visceral berasal dari batu, atau mikrolitiasis di saluran kistik atau ampulla vater. Kondisi ini menyebabkan distensi dan kontraksi dari kantong dan saluran empedu. Peningkatan tekanan yang terputus-putus di kantong empedu mengaktifkan neuron sensorik visceral. Rasa sakit akan lega jika batu bergerak kembali ke lumen kantong empedu, melewati ampulla ke duodenum, atau bergerak mundur ke saluran empedu umum. Rasa sakit akan berkembang intens dan ketidaknyamanan yang tumpul, baik terus menerus atau terputus-putus, dengan episode yang menyakitkan mulai dari jam hingga bertahun-tahun (9). Beberapa tes laboratorium harus dipertimbangkan dalam mendiagnosis kolelitiasis. Dalam pemeriksaan darah rutin dapat menunjukkan peningkatan jumlah sel darah putih, meskipun sel darah putih normal

terkadang tidak selalu mengecualikan kemungkinan dalam menegakkan diagnosis. Ultrasonografi (USG) adalah metode pilihan dan juga dikenal sebagai *gold standar* untuk mendiagnosis kolelitiasis. Penebalan dinding dari kantong empedu oleh USG memiliki nilai prediksi 95% untuk diagnosis kolelitiasis dan terkadang gema bayangan pada dinding merupakan indikasi jika kantong empedu penuh batu empedu. Temuan ini mengindikasikan kolelitiasis dengan kolesistitis terdiri dari distensi kantong empedu (10).

Dilakukan tatalaksana pembedahan berupa laparoscopy cholecystectomy dan terapi post pembedahan berupa tirah baring, perawatan luka post pembedahan, mobilisasi post pembedahan dan diet tinggi serat dan protein dan diet renda lemak. Terapi medikamentosa berupa Inf. RL 20 tetes/menit, Inj. Vicillin 1,5gr/8jam, Inj. Ketorolac 30mg/8jam, Inj. Omeprazole 40mg/12jam, Inj. Ondancetron 4mg/8jam.

Kolesistektomi adalah pilihan yang lebih dipilih untuk pengobatan batu kandung empedu simtomatik. Tergantung pada intensitas dan jumlah episode simtomatik, kolesistektomi harus dilakukan untuk kolesistolitiasis simtomatik, karena kira-kira setengah dari pasien mengalami kolik berulang. . Risiko komplikasi seperti

kolesistitis akut, pankreatitis empedu, penyakit kuning obstruktif, dan kolangitis 0,5-3% per tahun. Pre operatif pada pasien yang dijadwalkan untuk Kolesistektomi meliputi pemeriksaan fisik, USG Abdomen, tes laboratorium, dan pemeriksaan radiologi lainnya. Sebelum kolesistektomi elektif, setidaknya USG Abdomen sudah dilakukan sekali dan harus mengkonfirmasi adanya batu kandung empedu(10).

Indications
Biliary dyskinesia, acute cholecystitis, gallstones (symptomatic or asymptomatic), complications related to common bile duct stones.
Contraindications
Absolute: uncontrolled coagulopathy, inability to tolerate general anesthesia, all types of gallbladder cancer.
Relative: severe acute peritonitis, septic shock, advanced cirrhosis/liver failure, previous upper abdominal surgeries, peritonitis.

Tabel 1 Indikasi dan KontraIndikasi dalam Laparoskopi Kolesistektomi

Gaya hidup mempengaruhi patogenesis batu empedu kolesterol yang bekerja pada satu atau lebih faktor yang termasuk dalam metabolisme sindrom, yaitu obesitas, diabetes mellitus, dan resistensi insulin. Diet tinggi serat dan tinggi kalsium mengurangi asam empedu hidrofobik, sedangkan pola makan teratur mengurangi kantong empedu yang stasis dengan meningkatkan pengosongan kantong empedu secara teratur. Buah dan sayuran mungkin menghambat terhadap terjadinya penyakit batu empedu, tetapi data tentang manfaat diet vegetarian tetap kontroversial. Meskipun perlindungan dapat diberikan dengan BMI yang lebih rendah, dan penggunaan minyak nabati dan vitamin secara teratur, studi pada populasi yang berbeda telah menunjukkan efek perlindungan (11).

3. KESIMPULAN DAN SARAN

Telah dilaporkan laki-laki berusia 40 tahun datang ke IGD RS Cut Meutia dengan keluhan nyeri perut sebelah kanan atas sejak 3 minggu yang lalu. Nyeri di rasakan hilang timbul dengan durasi kurang lebih 30 menit sampai 1 jam dan memberat sejak 1 minggu SMRS. Nyeri sering terjadi pada saat memakan makanan berlemak dan berminyak seperti gorengan. Nyeri menjalar pada ulu hati dan perut sebelah kiri atas. Nyeri sering disertai dengan mual. Keluhan muntah dan demam disangkal oleh pasien.

Pasien juga mengeluhkan adanya benjolan pada anus disertai darah segar sejak 5 hari SMRS. Pasien mengatakan bahwa benjolan timbul ketika pasien BAB dan benjolan dapat masuk tanpa bantuan dorongan jari pasien. Darah tidak bercampur dengan feses. Pasien juga mengatakan adanya darah disertai lendir dan nyeri saat BAB. Pasien sering susah BAB dengan frekuensi 2 sampai 3 hari sekali.

Hasil dari pemeriksaan abdomen didapati nyeri tekan di hipokondrium dextra, massa (-), defans muskular(-), murphy sign (+), dan peristaltik usus normal.

Dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium dijumpai hasil dalam batas normal. Berdasarkan dari pemeriksaan USG empedu dan didapatkan hasil adanya *gallbladder stone multiple*.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang pasien didiagnosa dengan Kolelitiasis + Hemoroid Interna Grade I. Dilakukan tatalaksana pembedahan berupa *laparoscopy cholecystectomy* dan terapi post pembedahan berupa tirah baring, perawatan luka post pembedahan, mobilisasi post pembedahan dan diet tinggi serat dan protein dan diet rendah lemak.

4. DAFTAR REFERENSI

- Adhata, A. R., Mustofa, S., & Soleha, T. U. (2022). Diagnosis dan tatalaksana kolelitiasis. *Medical Professional Journal Lampung*, 12(1), 75–78.
- Cintron, J., Abcarian, A. M., Abcarian, H., Makiewicz, K., & Brand, M. I. (2017). Hemorrhoids. In *Complications in Anorectal Surgery: Prevention and Management* (pp. 61–108).
- Febyan, F. (2020). Cholelithiasis: A brief review on diagnostic approach and management in clinical practice. *Advanced Research in Gastroenterology & Hepatology*, 15(3).
- Islamiyah, S., & Inayah, Z. (2023). Studi literatur: Patofisiologi, diagnosis dan penatalaksanaan kolitis ulseratif. *Jurnal Malahayati*, 10(3), 1672–1680.
- Jones, M. W., Weir, C. B., & Ghassemzadeh, S. (2023). *Gallstones (Cholelithiasis)*. StatPearls Publishing.
- Kristianus, D., Setijoso, R. E., Mayasari, M., & Koncoro, H. (2022). Nyeri epigastrik sebagai presentasi awal kolelitiasis. *Cermin Dunia Kedokteran*, 49(11), 620–623.
- Lammert, F., Acalovschi, M., Ercolani, G., van Erpecum, K. J., Gurusamy, K. S., van Laarhoven, C. J., et al. (2016). EASL clinical practice guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. *Journal of Hepatology*, 65(1), 146–181.
- Musana, K. A., & Yale, S. H. (2005). Murphy's sign. *Clinical Medicine & Research*, 3, 132.
- Nurhikmah, R., Efriza, E., & Abdullah, D. (2019). Hubungan peningkatan indeks massa tubuh dengan kejadian kolelitiasis di bagian bedah digestif RSI Siti Rahmah Padang periode Januari-Juni 2018. *Health and Medicine Journal*, 1(2), 01–06.
- Pimpale, R., Katakwar, P., & Akhtar, M. (2019). Cholelithiasis: Causative factors, clinical manifestations and management. *International Surgery Journal*, 6(6), 2133.
- Pradiantini, K. H. Y., & Dinata, I. G. S. (2021). Diagnosis dan penatalaksanaan hemoroid. *Ganesha Medical Journal*, 1(1), 38.