



GREEN MEDICAL JOURNAL

LAPORAN KASUS

URL artikel: <http://greenmedicaljournal.umi.ac.id/index.php/gmj>

Pankreatitis Akut

Irmayanti ^{1*}, Mutmainnah ¹, Ibrahim Abd Samad ¹

¹Departemen Ilmu Patologi Klinik FK-UNHAS/RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

Email Korespondensi (*): irmayanti.irmayanti@umi.ac.id
(08124271657)

IDENTITAS PASIEN

Masuk Rumah Sakit : 16 Maret 2016
Nama : Tn. IDM
Tgl lahir/Umur : 42 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Nomor RM : 749739

ANAMNESIS

Laki-laki 42 tahun masuk rumah sakit dengan keluhan nyeri perut sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit. Nyeri perut dirasakan di hampir semua bagian perut. Awalnya nyeri dirasakan dibagian atas, dirasakan muncul tiba-tiba, seperti tertusuk-tusuk, dirasakan semakin memberat dan sampai tembus kebelakang. Nyeri perut sekarang dirasakan terus menerus, tidak dipengaruhi oleh posisi tubuh, makanan ataupun aktivitas. Rasa kembung juga dirasakan sejak 1 minggu yang lalu. Demam ada, bersifat hilang timbul. Mual juga dirasakan penderita sejak 3 hari yang lalu, muntah tidak ada.

PUBLISHED BY :

Fakultas Kedokteran
Universitas Muslim Indonesia

Address :

Jl. Urip Sumoharjo Km. 5 (Kampus II UMI)
Makassar, Sulawesi Selatan.

Email :

greenmedicaljournal@umi.ac.id

Phone :

+62 82293330002

Kuning pada mata baru disadari pasien sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit. Riwayat diabetes melitus tidak ada. Riwayat hipertensi tidak ada ada.

Tidak ada riwayat penyakit yang sama dalam keluarga.

BAK : kesan lancar, warna kuning.

BAB : belum, sejak 1 minggu yang lalu.

PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik didapatkan, pasien tampak sakit sedang, gizi cukup, sadar. Berat badan 80 kg, tinggi badan 165 cm. Tekanan darah 120/80mmHg; frekuensi nadi 30 kali/ menit, reguler kuat angkat; frekuensi napas 22 kali/menit; suhu axilla 38,5°C. Pada pemeriksaan kepala didapatkan konjungtiva tidak pucat, sklera ikterik. Pada leher, dada tidak ditemukan kelainan. Pemeriksaan abdomen didapatkan permukaan datar, ikut gerak napas, timpani, hepar dan lien tidak teraba, peristaltik usus kesan normal. Pemeriksaan ekstremitas superior tidak ditemukan kelainan. Pemeriksaan ekstremitas inferior tidak ditemukan kelainan.

PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Darah Rutin	16/03	20/03	21/03	23/03	26/03	Nilai Rujukan
WBC ($10^3/\mu\text{L}$)	20.3	18.6	22.3	22.1	16.4	4.00 - 10.0
RBC ($10^6/\mu\text{L}$)	3.82	3.37	3.38	3.60	3.54	4.00 – 6.00
HGB (g/dL)	11.7	11.4	11.5	11.1	11.6	12.0 - 16.0
HCT (%)	33	31	31	32	31	37.0 – 48.0
MCV (fL)	88	94	94	90	89	80.0 – 97.0
MCH (pg)	30	30	31	30	29	26.5 – 33.5
MCHC (g/dl)	34	32	33	34	33	31.5 – 35.0
PLT ($10^3/\mu\text{L}$)	238	529	497	558	586	150 – 450
RDW-CV (%)	13.2	10.4	13.0	12.6	12.3	10.0 – 15.0
PDW (%)	8.7	10.5	12.5	10.7	10.3	10.0 – 18.0
MPV (μm^3)	9.9	7.3	7.8	9.9	9.5	6.50 – 11.0
PCT (%)	0.24	0.38	0.38	0.55	0.56	0.15 – 0.50
Neutrofil (%)	83.9	71.6	77.1	80.8	74.9	52.0 – 75.0
Limfosit (%)	4.7	12.2	10.1	10.0	13.3	20.0 - 40.0
Monosit (%)	11.3	12.7	10.0	6.3	7.9	2.00 – 8.00

Eosinofil (%)	0.0	1.8	2.4	2.7	3.5	1.00 – 3.00
Basofil (%)	0.1	0.7	0.4	0.2	0.4	0.00 – 0.10
LED I	83					Laki-laki : <10 Perempuan: <20
LED II	102					Laki-laki : <10 Perempuan: <20
PT	11.1					10-14
APTT	24.4					22.0-30.0
INR	1.07					

Kimia Darah	16/03	21/03	23/03	26/03	Nilai Rujukan
GDS (mg/dl)	90	114	130	114	140
Ureum (mg/dl)	17	57	53	49	10 – 50
Kreatinin (mg/dl)	0.6	1.2	1.1	1.3	< 1.1
SGOT (U/L)	91			38	< 38
SGPT (U/L)	130			52	< 41
Bilirubin Total (mg/dl)	3.18	1.13		0.85	< 1.1
Bilirubin Direk (mg/dl)	1.92	0.67		0.48	< 0.30
Albumin (g/dl)	3.2				3.5-5.0
Gamma GT (U/L)		253			L(11-50); P (7-32)
Alkali Fosfatase (gr/dl)		90			L(<270); P(<240)
Amilase (U/L)	117			69	13-53
Lipase (U/L)	153			83	13-51
Kolesterol total (mg/dl)		150			200
Kolesterol HDL (mg/dl)		11			L(>55); P (>65)
Kolesterol LDL (mg/dl)		104			<130
Trigliserida (mg/dl)		189			200
Laktat Darah (mg/dl)		27.3			0-20
Elektrolit					
Natrium (mmol/l)	132	142	139	136	136 -145
Kalium (mmol/l)	3.9	4.2	4.3	4.4	3.5 – 5.1
Klorida (mmol/l)	100	107	104	102	97 – 111

Imunoserologi	16/03/2016	Nilai Rujukan
HBsAg (ICT)	Non Reactive	Non Reactive
Anti HCV (ICT)	Non Reactive	Non Reactive
21/03/2016		
Prokalsitonin (ng/ml)	0.45	< 0.05

Urin rutin	16/03/2016	Nilai Rujukan
Warna	Kuning	Kuning Muda
Ph	6.0	4.5 – 8.0
Bj	1.015	1.005 – 1.035
Protein (mg/dl)	Negatif	Negatif
Glukosa (mg/dl)	Negatif	Negatif
Urobilinogen (mg/dl)	Normal	Normal
Keton (mg/dl)	Negatif	Negatif
Nitrit (mg/dl)	Negatif	Negatif
Blood (RBC/ul)	Negatif	Negatif
Lekosit (WBC/ul)	Negatif	Negatif
Vit.C (mg/dl)	Negatif	Negatif
Sedimen lekosit (lpb)	2	< 5
Sedimen Eritrosit (lpb)	1	< 5
Sedimen Torak (lpk)	-	
Sedimen Kristal (lpk)	-	
Sedimen Epitel Sel (lpk)	1	
Sedimen Lain-lain (ul)	-	

Pemeriksaan Mikrobiologi

Kultur Darah (21/03/2016)

Hasil : Tidak ada pertumbuhan bakteri aerob

Pemeriksaan Radiologi

1. CT Whole Abdomen (16/03/2016)

Kesan : Gambaran Pankreatitis akut

Cholelitisias

2. USG Abdomen Atas + Bawah (Whole Abdomen) (16/03/2016)

Kesan : Gambaran Pankreatitis akut

Cholelitisias

DIAGNOSIS

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisis dan pemeriksaan penunjang yang didapatkan, maka pasien didiagnosis dengan Pankreatitis akut dan *Cholelithiasis*.

FOLLOW UP

Hari Perawatan/ Tanggal	Follow up/hasil pemeriksaan penunjang	Penanganan/ Konsul
16/03/2016 Interna	S: nyeri perut (+) O: KU : lemah, meringis, skala nyeri 4, terpasang infus NaCL 0,9% Vital sign : TD : 130/70 mmHg N :80 x/mnt S: 37°C P: 20 x/mnt Anemis (-), ikterus (+) A: cholelithiasis	R/ - IVFD NaCl 0,9% 32 tpm - Sharox 750 gr/12 jam/iv - Profenid supp - Balance cairan Planning : - Kultur darah - Konsul bedah digestif
16/03/2016 Bedah	S: Nyeri pada perut kanan atas O: Abdomen: supel, tidak distended Inspeksi: tampak datar Auskultasi: bising usus (+) Perkusi: timpani Palpasi: nyeri tekan hipokondrium dextra A : Cholelithiasis	Planning : - Cek PT/APTT/INR - Bilirubin total - Bilirubin direk - Cek albumin R/ - Omeprazole 40 mg/12 jam/iv - Ketorolac 30 mg/8 jam/iv - Boleh pindah perawatan
18/03/2016 GEH	A : - Pankreatitis akut - Cholelithiasis	Planning : - Stop intake oral - IVFD Nutriflex 1 btl/hari - Dextrose 5% : Asering = 1:1 = 28 tpm - Sharox 750 gr/12 jam/iv - Metronidazole 500 mg/8 jam/drip iv - Durogesic patch 12,5 mg/3 hari - Balance cairan - Amilase/lipase serum
18/03/2016 Interna	Daftar masalah 1) Pankreatitis akut Didasarkan pada keluhan nyeri perut sejak 1 minggu sebelum masuk RS, nyeri seperti tertusuk-tusuk tembus ke belakang, terus menerus, demam (+) O: Suhu : 38,5°C Abdomen : nyeri tekan region hipokondrium dextra Laboratorium : Wbc : 20.300 Neut: 83,9 Radiologi : MSCT abdomen : gambaran pankreatitis akut USG abdomen : gambaran pankreatitis akut 2). Cholelithiasis Didasarkan pada keluhan nyeri perut bagian atas, dirasakan terus menerus,	Planning : - Profil lipid - GDS/hari - Amilase/lipase serum R/ - Stop intake oral - IVFD Nutriflex 1 btl/hari - Dextrose 5% : Asering = 1:1 = 28 tpm - Sharox 750 gr/12 jam/iv - Metronidazole 500 mg/8 jam/drip iv - Durogesic patch 12,5 mg/3 hari - Balance cairan Planning :

	tidak dipengaruhi oleh posisi ataupun aktivitas. Mual ada, tidak berkurang dengan makanan O: Suhu : 38,5°C Kepala : sklera ikterik ada Abdomen : nyeri tekan region hipokondrium kanan Laboratorium : Wbc : 20.300 SGOT : 91 Neut : 83,9 SGPT : 130 Albumin : 3,2 Bil. Total : 3,18 Bil. Direk : 1,92 Radiologi : MSCT abdomen : Cholelithiasis USG abdomen : Cholelithiasis	- Profil lipid R/ - Durogesic patch 12,5 mg/3 hari
19/03/2016 Interna	Daftar masalah 1) Pankreatitis akut Didasarkan pada keluhan nyeri perut sejak 1 minggu sebelum masuk RS, nyeri seperti tertusuk-tusuk tembus ke belakang, terus menerus, demam (+) O: Suhu : 38,5°C Abdomen : nyeri tekan region hipokondrium dextra Laboratorium : Wbc : 20.300 Neut: 83,9 Radiologi : MSCT abdomen : gambaran pankreatitis akut USG abdomen : gambaran pankreatitis akut 2). Cholelithiasis Didasarkan pada keluhan nyeri perut bagian atas, dirasakan terus menerus, tidak dipengaruhi oleh posisi ataupun aktivitas. Mual ada, tidak berkurang dengan makanan O: Suhu : 38,5°C Kepala : sklera ikterik ada Abdomen : nyeri tekan region hipokondrium kanan Laboratorium : Wbc : 20.300 SGOT : 91 Neut : 83,9 SGPT : 130 Albumin : 3,2 Bil. Total : 3,18 Bil. Direk : 1,92 Radiologi : MSCT abdomen : Cholelithiasis USG abdomen : Cholelithiasis	R/ - Stop intake oral - IVFD Nutriflex 1 btl/hari - Dextrose 5% : Asering = 1:1 = 28 tpm - Sharox 750 gr/12 jam/iv - Metronidazole 500 mg/8 jam/drip iv - Durogesic patch 12,5 mg/3 hari - Omeprazole 40 mg/12 jam/iv - Balance cairan Planning : - Profil lipid - GDS/hari - Amilase/lipase serum
20/03/2016 Interna	S: Keluhan demam Nyeri perut (+) O: TD: 140/80 mmHg N :90 x/mnt S: 38.1°C P: 20 x/mnt	R/ - Lanjut Novalgin amp/8 jam/iv - Meropenem 1 gr/8 jam/iv Planning : - Kultur darah - Darah rutin
21/03/2016 Interna	Daftar masalah : 1) Pankreatitis akut Dipikirkan atas dasar nyeri perut bagian atas dirasakan terus menerus, nyeri memberat saat masuk makanan, mual	R/ - Stop intake oral - IVFD Nutriflex 1 btl/hari - Dextrose 5% : Asering = 1:1 = 28 tpm

	ada, tidak ada muntah. O: Suhu : 37°C Abdomen : bising usus (+) Nyeri tekan hipokondrium dextra Laboratorium : Wbc : 20.300 → 18.600 Neut : 83,3 → 71,6 Radiologi : MSCT abdomen : gambaran pankreatitis akut USG abdomen : gambaran pankreatitis akut	- Sharox 750 gr/12 jam/iv - Lanzoprazole 30 mg/12 jam/iv - Meropenem 1 gr/8 jam/iv Planning : - Profil lipid - GDS/hari - Amilase/lipase serum - Pasang NGT → pasien menolak - Diet bubur saring 3x100cc
	2) Cholelitiasis Dipikirkan pada keluhan nyeri perut bagian atas, dirasakan terus menerus, tidak dipengaruhi oleh posisi atau aktivitas. Mual ada, tidak ada muntah. O: Suhu : 37°C Kepala : Konjungtiva anemi Sklera ikterik Abdomen : nyeri tekan hipokondrium dextra Laboratorium : Wbc : 20.300 → 18.600 Neut : 83,3 → 71,6 Plt : 229.000 GOT/GPT : 91/130 Bil. Total : 3,18 Bil. Direk : 1,92 Alb : 3,2	R/ - Sharox 750 gr/12 jam/iv - Durogesic patch 12,5 mg/3 hari - IVFD Nutriflex 1 btl/hari Planning : - Kultur darah - Prokalsitonin - Laktat darah - ALP - GGT
21/03/2016 Digestif	S: Nyeri perut bagian atas O: sakit sedang/gizi cukup/sadar Abdomen : supel, flat, ikut gerak napas, nyeri tekan (-) BAB : biasa USG abdomen : pankreatitis akut, cholelitiasis MSCT abdomen : gambaran pankreatitis akut, cholelitiasis A: Pankreatitis akut Cholelitiasis	R/ - Metronidazole 0,5 gr/8 jam/drips - Omeprazole 40 mg/12 jam/iv - Ketorolac 30 mg/8 jam/iv
22/03/2016 Digestif	S: Demam tidak ada Nyeri perut tidak ada O: Sakit sedang/gizi cukup/sadar Abdomen : flat, ikut gerak napas, supel, nyeri tekan di epigastrium Bising usus (+) kesan normal A: Pankreatitis akut Cholelitiasis Laboratorium : Wbc : 22.300 Bil. Total : 1,13 Bil. Direk : 0,67	R/ - Omeprazole 40 mg/12 jam/iv - Ketorolac 30 mg/8 jam/iv
22/03/2016 Interna	Daftar masalah : 1) Pankreatitis akut Dipikirkan atas dasar nyeri perut bagian atas, dirasakan terus menerus, memberat saat masuk makanan, ada mual, tidak ada muntah, demam ada.	R/ - Diet bubur saring 3x100cc - Dextrose 5% : Asering = 1:1 = 28 tpm - Meropenem 1 gr/8 jam/iv - IVFD Nutriflex 1 btl/hari

23/03/16 Interna	O: suhu : 37°C Abdomen : Bising usus normal Nyeri tekan hipokondrium dextra Laboratorium : Wbc : 20.300 → 18.600 → 22.300 Neut : 83,3 → 71,6 → 77,1 Kolesterol tot : 150 HDL : 11 Laktat darah : 27,3 LDL : 104 Prokalsitonin : 0,45 TG : 189 MSCT abdomen : gambaran pankreatitis akut USG abdomen : gambaran pankreatitis akut Serum amilase : 117 Serum lipase : 153	- Lansoprazole 30 mg/12 jam/iv Planning : - GDS/hari - Konsul anestesi pemasangan CVC → pasien menolak
	2) Cholelithiasis Didasarkan adanya keluhan nyeri perut bagian atas, dirasakan terus menerus, memberat saat masuk makanan, ada mual, tidak ada muntah. O: Ikterus ada Anemia ada Nyeri tekan hipokondrium dextra Laboratorium : Wbc : 18.600 → 22.300 Neut : 71,6 → 77,1 Plt : 229.000 → 388.000 GOT : 91 GPT : 130 Bil. Total : 3,18 → 1,13 Bil. Direk : 1,92 → 0,67 Albumin : 3,3 GGT : 253 ALP : 90 Daftar masalah : 1) Pankreatitis akut Dipikirkan atas dasar nyeri perut bagian atas, dirasakan terus menerus, memberat saat masuk makanan, ada mual, tidak ada muntah. O: suhu : 37°C Abdomen : Bising usus normal Nyeri tekan hipokondrium dextra Laboratorium : Wbc : 20.300 → 18.600 → 22.300 Neut : 83,3 → 71,6 → 77,1 Kolesterol tot : 150 HDL : 11 Laktat darah : 27,3 LDL : 104 Prokalsitonin : 0,45 TG : 189 MSCT abdomen : gambaran pankreatitis akut USG abdomen : gambaran pankreatitis akut Serum amilase : 117 Serum lipase : 153 2) Cholelithiasis Didasarkan adanya keluhan nyeri perut bagian atas, dirasakan terus menerus, memberat saat masuk makanan, ada mual, tidak ada muntah. O: Ikterus ada Anemia ada	R/ - Meropenem 1 gr/8 jam/iv - IVFD Nutriflex 1 btl/hari - Durogesic patch 12,5 mg/3 hari R/ - Stop intake oral - IVFD Nutriflex 1 btl/hari - Dextrose 5% : Asering = 1:1 = 28 tpm - Sharox 750 gr/12 jam/iv - Lanzoprazole 30 mg/12 jam/iv - Durogesic patch 12,5 mg/3 hari - Balance cairan Planning : - GDS/hari - Kontrol darah rutin - Evaluasi amilase/lipase serum - Tunda analgetik → jika masih nyeri uluhati - Tetap Puasa - Konsul gizi klinik - Pasang CVC untuk nutrisi parenteral

	Nyeri tekan hipokondrium dextra	
	Laboratorium :	
	Wbc : 18.600 → 22.300	
	Neut : 71,6 → 77,1	
	Plt : 229.000 → 388.000	
	GOT : 91 GPT : 130	
	Bil. Total : 3,18 → 1,13	
	Bil. Direk : 1,92 → 0,67	
	Albumin : 3,3	
	GGT : 253 ALP : 90	
24/03/2016	S: Demam tidak ada	R/
Digestif	Nyeri perut kadang-kadang masih dirasakan	- Sementara masih puasa, dari TS interna
	O: Sakit sedang/gizi cukup/sadar	- Terapi lanjut dari TS interna
	Abdomen : flat, supel, ikut gerak napas, bising usus normal	Planning :
		- Pasang CVC
24/03/2016	A: Pankreatitis akut	
Interna	Daftar masalah :	R/
	1) Pankreatitis akut	- Stop intake oral
	Dipikirkan atas dasar nyeri perut bagian atas, dirasakan terus menerus, memberat saat masuk makanan, ada mual, tidak ada muntah, demam tidak ada.	- IVFD Nutriflex 1 btl/hari
	O: suhu : 37°C	- Dextrose 5% : Asering = 1:1 = 28 tpm
	Abdomen : Bising usus normal	- Meropenem 1 gr/8 jam/iv
	Nyeri tekan hipokondrium dextra	- Lanzoprazole 30 mg/12 jam/iv
	Laboratorium :	- Durogesic patch 12,5 mg/3 hari
	Wbc : 22.300 → 22.800	Planning :
	Neut : 77,1 → 80,1	- GDS/hari
	Laktat darah : 27,1	- Evaluasi lipase
	Prokalsitonin : 0,45	
	Amilase : 117	
	Lipase : 153	
	Radiologi :	
	MSCT abdomen : gambaran pankreatitis akut	
	USG abdomen : gambaran pankreatitis akut	
	2) Cholelithiasis	
	Didasarkan adanya keluhan nyeri perut bagian atas, dirasakan terus menerus, memberat saat masuk makanan, ada mual, tidak ada muntah.	
	O: Ikterus ada	
	Anemia ada	
	Nyeri tekan epigastrium	
	Radiologi :	
	USG : ukuran batu kecil	
	Laboratorium :	
	Wbc : 22.300 → 22.800	
	Neut : 77,1 → 80,1	
	GOT : 91 GPT : 130	
	Bil. Total : 3,18 → 1,13	
	Bil. Direk : 1,92 → 0,67	
	Albumin : 3,2 ALP : 90	
25/03/2016	S: Demam tidak ada	R/
Digestif	Nyeri perut berkurang	- Evaluasi nyeri perut
	O: Sakit sedang/gizi cukup/sadar	- Terapi lanjut dari TS Interna
	Abdomen : flat, ikut gerak napas, supel, nyeri tekan tidak ada.	

	BAB : biasa	
	A: Pankreatitis akut	
26/03/2016	Daftar masalah :	R/
Interna	1) Pankreatitis akut	- Diet bubur saring 3x100cc
	Dipikirkan atas dasar nyeri perut bagian atas, dirasakan terus menerus, memberat saat masuk makanan, demam tidak ada. Nyeri saat ini berkurang, pasien makan sedikit-sedikit.	- Dextrose 5% : Asering = 1:1 = 28 tpm
	O: suhu : 37°C	- Meropenem 1 gr/8 jam/iv
	Abdomen : Bising usus normal	- IVFD Nutriflex 1 btl/hari
	Nyeri tekan hipokondrium dextra	- Lanzoprazole 30 mg/12 jam/iv
	Laboratorium :	- Nutriflam 1 tab/12 jam/oral
	Wbc : 22.300 → 22.800	Planning :
	Neut : 77,1 → 80,1	- GDS/hari
	Laktat darah : 27,1	- Evaluasi lipase
	Prokalsitonin : 0,45	- Evaluasi darah rutin
	Amilase : 117 → 69	
	Lipase : 153 → 83	
	Radiologi :	
	MSCT abdomen : gambaran pankreatitis akut	
	USG abdomen : gambaran pankreatitis akut	
	2) Cholelithiasis	
	Didasarkan adanya keluhan nyeri perut bagian atas, dirasakan terus menerus, ada mual, tidak ada muntah.	
	O: Ikterus ada	
	Anemia ada	
	Nyeri tekan epigastrium	
	Radiologi :	
	USG : ukuran batu kecil	
	Laboratorium :	
	Wbc : 22.300 → 22.800	
	GOT : 91 GPT : 130	
	Alb : 3,2 ALP : 90	
	Bil. Total : 3,18 → 1,13	
	Bil. Direk : 1,92 → 0,67	
27/03/2016	S: Keluhan : tidak ada	R/
Digestif	O: Sakit sedang/gizi cukup/sadar	- Menunggu hasil pemeriksaan amilase/lipase
	Abdomen : supel, flat, ikut gerak napas, bising usus normal.	- Terapi lain lanjut dari TS Interna
	A: Pankreatitis akut	
28/03/2016	Daftar masalah :	R/
Interna	1) Pankreatitis akut	- Diet bubur saring 3x100cc
	Dipikirkan atas dasar nyeri perut bagian atas, dirasakan terus menerus, memberat saat masuk makanan, demam tidak ada. Nyeri saat ini berkurang, pasien makan sedikit-sedikit.	- Dextrose 5% : Asering = 1:1 = 28 tpm
	O: suhu : 37°C	- Meropenem 1 gr/8 jam/iv
	Abdomen : Bising usus normal	- IVFD Nutriflex 1 btl/hari
	Nyeri tekan hipokondrium dextra	- Lanzoprazole 30 mg/12 jam/iv
	Laboratorium :	- Nutriflam 1 tab/12 jam/oral
	Wbc : 22.800 → 16.500	Planning :
	Neut : 80,1 → 74,9	- GDS/hari
	Prokalsitonin : 0,45	- Evaluasi lipase (menunggu hasil)
	Amilase : 69	- Evaluasi darah rutin
	Lipase : 83	
	Radiologi :	

29/03/2016 Digestif	MSCT abdomen : gambaran pankreatitis akut USG abdomen : gambaran pankreatitis akut 2) Cholelithiasis Didasarkan adanya keluhan nyeri perut bagian atas, dirasakan terus menerus, ada mual, tidak ada muntah. O: Anemia ada Nyeri tekan epigastrium berkurang Radiologi : USG : ukuran batu kecil Laboratorium : Wbc : 22.800 → 16.500 GOT : 91 → 58 GPT : 130 → 52 Bil. Total : 1,13 → 0,85 Bil. Direk : 0,67 → 0,48 S: Keluhan : tidak ada O: Sakit sedang/gizi cukup/sadar Abdomen : flat, ikut gerak napas, supel, nyeri tekan tidak ada. Bising usus normal A: Pankreatitis akut	Planning : - Kontrol Darah rutin - Kontrol SGOT/SGPT - Kontrol Bilirubin - Kontrol GGT - Kontrol ALP - Kontrol Protein total - Kontrol Albumin - Kontrol Lipase (menunggu hasil) - Rencana rawat jalan R/ Menunggu hasil amilase dan lipase
29/03/2016 Interna	Daftar masalah : 1) Pankreatitis akut Dipikirkan adanya nyeri perut bagian atas, terus menerus, demam ada, memberat saat masuk makanan. O: suhu : 37°C Abdomen : Bising usus normal Nyeri tekan tidak ada Laboratorium : Wbc : 22.800 → 16.500 Neut : 80,1 → 74,9 Prokalsitonin : 0,45 Amilase : 69 Lipase : 83 Radiologi : MSCT abdomen : gambaran pankreatitis akut USG abdomen : gambaran pankreatitis akut 2) Cholelithiasis Didasarkan pada nyeri perut kanan atas, terus menerus. O: Anemia tidak ada Nyeri tekan tidak ada Radiologi : USG : batu ukuran kecil Laboratorium : Wbc : 22.800 → 16.500 GOT : 91 → 58 GPT : 130 → 52 Bil. Total : 1,13 → 0,85 Bil. Direk : 0,67 → 0,48	Planning : - Rencana rawat jalan - Menunggu hasil amilase dan lipase

30/03/2016 Interna	Daftar masalah : 1) Pankreatitis akut Dipikirkan atas dasar nyeri perut bagian atas, demam tidak ada. Pasien makan sedikit-sedikit. O: suhu : 36,6°C Abdomen : Bising usus normal Nyeri tekan hipokondrium dextra Laboratorium : Wbc : 16.500 Neut : 74,9 Amilase : 117 → 69 Lipase : 153 → 83 Radiologi : MSCT abdomen : gambaran pankreatitis akut USG abdomen : gambaran pankreatitis akut 2) Cholelitiasis Didasarkan adanya keluhan nyeri perut bagian atas, dirasakan terus menerus. O: Anemia ada Nyeri tekan epigastrium dextra Radiologi : USG : ukuran batu kecil Laboratorium : Wbc : 16.500 GOT : 58 GPT : 52 Bil. Total : 0,85 Bil. Direk : 0,48	R/ - Diet bubur - Aff infus - Cefixime 200mg/12 jam/oral - Lansoprazole 30 mg/8 jam/oral Planning : Boleh pulang
-------------------------------------	--	--

PEMBAHASAN

Dilaporkan suatu kasus seorang laki-laki 42 tahun dengan diagnosis Pankreatitis akut dan Cholelitiasis. Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan nyeri perut. Dari anamnesa dan pemeriksaan fisis, serta hasil pemeriksaan laboratorium (tes fungsi hati, serum amilase dan lipase) pasien ini, semuanya mengalami peningkatan, sehingga pasien ini didiagnosis dengan Pankreatitis akut. Hasil pemeriksaan radiologi memperkuat diagnosis Pankreatitis akut dan Cholelitiasis.

Diagnosis Pankreatitis akut dapat ditegakkan dari gejala klinis yaitu adanya nyeri perut yang terus menerus dirasakan pasien dan tidak dipengaruhi oleh posisi dan aktivitas. Gejala umum yang timbul adalah gejala klasik yaitu nyeri midepigastrik, mual dan muntah disertai demam.

Pasien ini didiagnosis Pankreatitis akut dan Cholelitiasis berdasarkan gejala klinik yaitu nyeri perut dirasakan di hampir semua bagian perut. Awalnya nyeri dirasakan dibagian atas, dirasakan muncul tiba-tiba, seperti tertusuk-tusuk, dirasakan semakin memberat dan sampai tembus kebelakang. Nyeri perut sekarang dirasakan terus menerus, tidak dipengaruhi oleh posisi tubuh, makanan ataupun aktivitas. Rasa kembung juga dirasakan sejak 1 minggu sebelum masuk RS. Demam ada, bersifat hilang timbul. Mual juga dirasakan penderita sejak 3 hari sebelum masuk RS, muntah tidak ada. Pasien juga mengalami ikterik (pada sklera) yang baru disadari pasien sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit.

Pankreatitis akut disebabkan oleh autodigesti pankreas sebagai hasil dari refluks empedu atau isi duodenum ke dalam duktus pankreatikus. Dapat terjadi nyeri di seluruh perut atau terlokalisir di kuadran atas yang menjalar ke punggung atau ke panggul, bersifat intermiten, dalam waktu menit hingga jam, berlangsung selama beberapa hari hingga minggu dan umumnya disertai mual muntah. Pankreatitis biasanya disertai dengan riwayat penyalahgunaan alkohol atau penyakit traktus biliaris misalnya batu empedu, hiperlipoproteinemia, parotitis, dan tumor pankreas. Dari anamnesa didapatkan informasi bahwa nyeri perut dirasakan dibagian atas, dirasakan muncul tiba-tiba, seperti tertusuk-tusuk, dirasakan semakin lama semakin memberat dan sampai tembus kebelakang.

Pankreatitis menyebabkan pengeluaran amilase dan enzim pankreas lain ke dalam sirkulasi. Peningkatan amilase ditemukan pada 75% penderita pankreatitis. Kadar amilase serum meningkat dalam 6 sampai 12 jam, tetap tinggi selama beberapa hari, dan kembali normal dalam waktu 7 hari. Berat molekul amilase rendah (50 kD) sehingga amilase dapat difiltrasi oleh glomerulus dan ditemukan dalam urine. Amilase urin tetap meningkat selama beberapa hari bahkan saat kadar dalam serum telah kembali normal sehingga amilase serum merupakan indikator pankreatitis akut yang lebih sensitif bila dibandingkan amilase urin. Peningkatan amilase serum hampir selalu berasal dari pankreas walaupun parotitis juga dapat menyebabkan pelepasan amilase ke dalam sirkulasi. Pada kasus-kasus peningkatan amilase serum, pengukuran lipase serum dapat membantu dalam diagnosis pankreatitis karena lipase hanya disekresikan oleh pankreas dan kadarnya dalam serum bertahan selama 5-10 hari. Peningkatan lipase lebih dari tiga kali dari nilai rujukan merupakan penanda diagnostik yang lebih spesifik daripada peningkatan serum amilase. Pada pasien ini kadar amilase serum 117 U/L (N : 13-53 U/L) dan lipase serum 153 U/L (N : 13-51 U/L).

Pasien juga mengalami ikterik pada sklera dimana ikterik terjadi akibat akumulasi bilirubin di jaringan tubuh. Hiperbilirubinemia dapat disebabkan oleh gangguan pembentukan, transport, metabolisme atau ekskresi bilirubin. Kadar bilirubin total serum normal berkisar 0,2-1,2 mg/dL. Bilirubin terbagi menjadi bilirubin tidak terkonjugasi (indirek) dan bilirubin terkonjugasi (direk). Pada pasien ini didapatkan peningkatan kadar bilirubin total (3.18 mg/dl) dan bilirubin terkonjugasi (direk) 1.92 mg/dl. Peningkatan bilirubin direk dapat disebabkan oleh gangguan ekskresi bilirubin dari hepar akibat penyakit hepatoseluler, obat, atau obstruksi bilier ekstrahepatik dengan gejala nyeri perut kanan atas, penurunan berat badan, ikterik, urin berwarna gelap, dan feses berwarna seperti dempul.

Pankreatitis juga menyebabkan leukositosis (10.000-30.000/ μ L), hiperglikemia, hipoalbuminemia dan peningkatan serum bilirubin. Penurunan albumin serum hingga 3 gr/dL pada 10% penderita yang berhubungan dengan pankreatitis berat dan peningkatan mortalitas. Kadar SGOT serum juga dapat meningkat hingga lebih dari 150 U/L. Peningkatan serum kreatinin (>1,8 mg/dL) dalam 24 jam berhubungan dengan nekrosis pankreas. Pemeriksaan laboratorium yang menonjol pada pasien ini yaitu pada awal masuk rumah sakit didapatkan peningkatan signifikan dari jumlah leukosit (20.300/mm³) dan peningkatan LED (LED I 83/LED II 102) namun selama di perawatan jumlah leukosit mulai menurun. Hal ini dapat disebabkan adanya proses inflamasi karena infeksi yang

dialami pasien sehingga terjadi peningkatan jumlah leukosit yang disertai peningkatan LED. Setelah pemberian tindakan terapi dilakukan kembali pemeriksaan darah, jumlah leukosit dan LED yang menurun menunjukkan bahwa pemberian terapi tepat pada sasarannya yang menunjukkan adanya perbaikan kondisi pasien.

Hipertrigliseridemia dapat mencetuskan terjadinya pankreatitis akut. Penderita dengan dislipidemia, hipertrigliseridemia dan atau hiperkolesterolemia terjadi akumulasi lemak dalam sel asinus pankreas yang mengganggu eksositosis sehingga enzim disekresi lebih banyak. Pada beberapa kasus hipertrigliseridemia kadar amilase serum tidak meningkat banyak karena trigliserida mengandung inhibitor yang dapat menginterferensi pemeriksaan amilase serum. Pada pasien ini ditemukan kadar trigliserida 189 mg/dl (N : 200 mg/dl).

Enzim laktat dehydrogenase (LDH) merupakan enzim yang mengkatalisis perubahan laktat menjadi piruvat. Enzim ini terdapat di seluruh tubuh termasuk pankreas sehingga berbagai gangguan dapat menyebabkan peningkatan LDH. Laktat darah pada pasien ini 27.3 mg/dl (N : 0-20 mg/dl).

Diagnosis pankreatitis akut ditegakkan apabila memenuhi 2 dari 3 kriteria, yakni (1) nyeri perut bagian atas, (2) peningkatan amilase atau lipase lebih dari tiga kali batas normal, (3) hasil pemeriksaan imaging (USG/CT Scan atau MRI). Pada pasien ini semua kriteria ada, sehingga pasien didiagnosis Pankreatitis akut.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bhatia M, Wong FL, Cao Y, et al. Pathophysiology of acute pancreatitis. *Pancreatology* 2005; 5 : 132-144
2. Wu XN. Current concept of pathogenesis of severe acute pancreatitis. *World J Gastroenterol*, 2000; 6 (1): 32-36
3. Tiscornia OM, Hamamura S, Lehmann ES, et al. Biliary acute pancreatitis : a review. *World J Gastroenterol*, 2000; 6 (2): 157-168
4. Wang GJ., Chun FG., Dong W., Si QD. Acute pancreatitis : etiology and common pathogenesis. *World J Gastroenterol*, 2009; 15; 1427-1430
5. Jean LF., Michael LS., Catherine MP. Acute pancreatitis. *Lancet*, 2008: 371; 143-152
6. Mitchell SC. Acute pancreatitis : etiology, clinical presentation, diagnosis, and therapy. *Med Clin N Am*, 2008; 92; 889-932
7. Peter AB, Thomas LB, Christos D, et al. Classification of acute pancreatitis – 2012 : revision of The Atlanta Classification and Defenitions by Intrnational consensus. *Gut* 2013; 62: 102-111
8. Pridady F. Pankreatitis. In: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S, editors. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2014; 2017-9
9. Scott T, Baillie J, John DW, Santhi SV. American Collage of Gastroenterology Guideline: management of acute pancreas. *Am J Gastroenterol* 2013; doi: 10.1038/ajg. 2013: 218

10. Bechien W, Darwin LC. Acute pancreatitis part I: approach to early management. Clin Gastroenterol Hepatol 2010; 8: 410-416
11. Bechien Wu, Peter AB. Clinical management of patients with acute pancreatitis. Gastroenterology 2013; 144: 1272-1281
12. Zhu AJ, Shi JS, Sun XJ. Organ failure associated with severe acute pancreatitis. World J Gastroenterol 2003; 9 (11): 2570-2573
13. Friedman LS. Liver, Biliary Tract, & Pancreas Disorders. In: Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW, editors. CURRENT Medical Diagnosis & Treatment. 54th ed. New York: McGrawHill Medical; 2015. p. 658-661, 708-712.
14. Greenberger NJ, Toskes PP. Acute And Chronic Pancreatitis. In: Longo DL, Fauci AS, editors. HARRISON'S Gastroenterology and Hepatology. United States: The McGraw-Hill Companies; 2010. p. 479-498
15. Fody EP. Pancreatic Function and Gastrointestinal Function. In: Bishop ML, Fody EP, Schoeff LE, editors. Clinical Chemistry Techniques, Principles, Correlations. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 578-585
16. Johnson-Davis K, McMillin GA. Enzymes. In: Bishop ML, Fody EP, Schoeff LE, editors. Clinical Chemistry Techniques, Principles, Correlations. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott William & Wilkins; 2010. p. 293-304.
17. Working Group IAP/APA. Acute Pancreatitis Guideline. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Pancreatology 2013; e1-e15
18. Chen QP. Enteral nutrition and acute pancreatitis. World J Gastroenterol 2001; 7 (2): 185-192
19. Yu-Sui Chang, Hua-qun F., Yuanime X., Ji-chun L. Nasogastric or naso-jejunal feeding in predicted severe acute pancreatitis : a meta-analysis. Critical Care 2013; 17; R 118