

III.3. DIGESTIVE

19. Refluks Gastroesofageal

No ICPC II: D84 *Oesphagus disease*

No ICD X: K21.9 *Gastro-oesophageal reflux disease without oesophagitis*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) adalah mekanisme refluks melalui inkompeten sfingter esofagus.

Hasil Anamnesis (Subjective)

Keluhan

Rasa panas dan terbakar di retrosternal atau epigastrik dan dapat menjalar ke leher. Hal ini terjadi terutama setelah makan dengan volume besar dan berlemak. Keluhan ini diperberat dengan posisi berbaring terlentang. Keluhan ini juga dapat timbul oleh karena makanan berupa saos tomat, peppermint, coklat, kopi, dan alkohol. Keluhan sering muncul pada malam hari.

Keluhan lain akibat refluks adalah tiba-tiba ada rasa cairan asam di mulut, cegukan, mual dan muntah. Refluks ini dapat terjadi pada pria dan wanita. Sering dianggap gejala penyakit jantung.

Faktor risiko

Usia > 40 thn, obesitas, kehamilan, merokok, kopi, alkohol, coklat, makan berlemak, beberapa obat di antaranya nitrat, teophylin dan verapamil, pakaian yang ketat, atau pekerja yang sering mengangkat beban berat.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (Objective)

Pemeriksaan Fisik

Tidak terdapat tanda spesifik untuk GERD. Tindakan untuk pemeriksaan adalah dengan pengisian kuesioner GERD. Bila hasilnya positif, maka dilakukan tes dengan pengobatan PPI (*Proton Pump Inhibitor*).

Penegakan Diagnostik (Assessment)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis yang cermat. Kemudian untuk di pelayanan primer, pasien diterapi dengan *PPI test*, bila memberikan respon positif terhadap terapi, maka diagnosis definitive GERD dapat disimpulkan. Standar baku untuk diagnosis definitif GERD adalah dengan endoskopi saluran cerna bagian atas yaitu ditemukannya *mucosal break* di esophagus namun tindakan ini hanya dapat dilakukan oleh dokter spesialis yang memiliki kompetensi tersebut.

Diagnosis Banding

1. Angina pektoris
2. Akhalasia
3. Dispepsia
4. Ulkus peptik
5. Ulkus duodenum
6. Pankreatitis

Komplikasi

1. Esofagitis
2. Ulkus esofagus
3. Perdarahan esofagus
4. Striktur esofagus
5. *Barret's esophagus*
6. Adenokarsinoma
7. Batuk dan asma
8. Inflamasi faring dan laring
9. Cairan pada sinus dan telinga tengah
10. Aspirasi paru

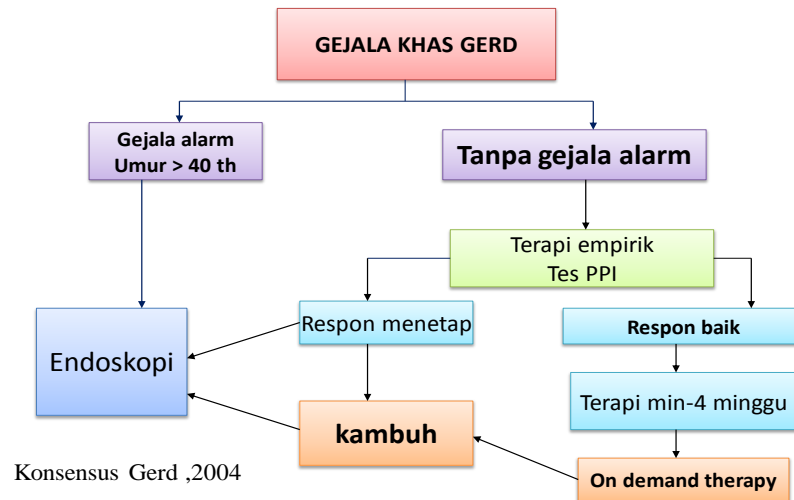
Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Modifikasi gaya hidup:
Mengurangi berat badan, berhenti merokok, tidak mengonsumsi zat yang mengiritasi lambung seperti kafein, aspirin, dan alkohol. Posisi tidur sebaiknya dengan kepala yang lebih tinggi. Tidur minimal setelah 2 sampai 4 jam setelah makanan, makan dengan porsi kecil dan kurangi makanan yang berlemak.
- Terapi dengan medikamentosa dengan cara memberikan Proton Pump Inhibitor (PPI) dosis tinggi selama 7-14 hari. Bila terdapat perbaikan gejala yang signifikan (50-75%) maka diagnosis dapat ditegakkan sebagai GERD. PPI dosis tinggi berupa Omeprazole 2x20 mg/hari dan lansoprazole 2x 30 mg/hari.
- Setelah ditegakkan diagnosis GERD, obat dapat diteruskan sampai 4 minggu dan boleh ditambah dengan prokinetik seperti domperidon 3x10 mg.

- Pada kondisi tidak tersedianya PPI , maka penggunaan H2 Blocker 2x/hari: simetidin 400-800 mg atau Ranitidin 150 mg atau Famotidin 20 mg..

ALGORITME TATA LAKSANA GERD PADA PELAYANAN KESEHATAN LINI PERTAMA



Gambar12. Algoritme tatalaksana GERD

Pemeriksaan penunjang dilakukan pada fasilitas layanan sekunder (rujukan) untuk endoskopi

Konseling & Edukasi

Edukasi pasien dan keluarga mengenai GERD dan terutama dengan pemilihan makanan untuk mengurangi makanan yang berlemak dan dapat mengiritasi lambung (asam, pedas)

Kriteria Rujukan

1. Pengobatan empirik tidak menunjukkan hasil
2. Pengobatan empirik menunjukkan hasil namun kambuh kembali
3. Adanya *alarm symptom*:
 - Berat badan menurun
 - Hematemesis melena
 - Disfagia (sulit menelan)
 - Odinofagia (sakit menelan)
 - Anemia

Sarana Prasarana

Kuesioner GERD

Prognosis

Prognosis sangat tergantung dari kondisi pasien saat datang dan pengobatannya. Pada umumnya, prognosis bonam, namun untuk quo ad sanationam GERD adalah dubia ad bonam.

Referensi

Konsensus Nasional Penatalaksanaan Penyakit Refluks Gastroesofageal (Gastroesofageal Reflux Disease/GERD) Indonesia. 2004.

20. Gastritis

No ICPC II: D07 *Dyspepsia/indigestion*

No ICD X: K29.7 *Gastritis, unspecified*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Gastritis adalah proses inflamasi/peradangan pada lapisan mukosa dan submukosa lambung sebagai mekanisme proteksi mukosa apabila terdapat akumulasi bakteri atau bahan iritan lain. Proses inflamasi dapat bersifat akut, kronis, difus, atau lokal.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pasien datang ke dokter karena rasa nyeri dan panas seperti terbakar pada perut bagian atas. Keluhan mereda atau memburuk bila diikuti dengan makan, mual, muntah dan kembung.

Faktor Risiko

1. Pola makan yang tidak baik: waktu makan terlambat, jenis makanan pedas, porsi makan yang besar.
2. Sering minum kopi dan teh.
3. Infeksi bakteri atau parasit.
4. Penggunaan obat analgetik dan steroid.
5. Usia lanjut.
6. Alkoholisme.
7. Stress.
8. Penyakit lainnya, seperti: penyakit refluks empedu, penyakit autoimun, HIV/AIDS, *Chron disease*.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik Patognomonis

- Nyeri tekan epigastrium dan bising usus meningkat.

- Bila terjadi proses inflamasi berat, dapat ditemukan pendarahan saluran cerna berupa hematemesis dan melena.
- Biasanya pada pasien dengan gastritis kronis, konjungtiva tampak anemis.

Pemeriksaan Penunjang

Tidak diperlukan, kecuali pada gastritis kronis dengan melakukan pemeriksaan:

- Darah rutin.
- Untuk mengetahui infeksi *Helicobacter pylori*: pemeriksaan *breath test* dan feses.
- Rontgen dengan barium enema.
- Endoskopi.

Penegakan Diagnosis (Assessment)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Untuk Diagnosis definitif dilakukan pemeriksaan penunjang.

Diagnosis Banding

1. Kolesistitis
2. Kolelitiasis
3. Chron disease
4. Kanker lambung
5. Gastroenteritis
6. Limfoma
7. Ulkus peptikum
8. Sarkoidosis
9. GERD

Komplikasi

1. Pendarahan saluran cerna bagian atas.
2. Ulkus peptikum.
3. Perforasi lambung.
4. Anemia.

Penatalaksanaan komprehensif (Plan)

Penatalaksanaan

- Menginformasikan kepada pasien untuk menghindari pemicu terjadinya keluhan, antara lain dengan makan tepat waktu, makan sering dengan porsi kecil dan hindari dari makanan yang meningkatkan asam lambung atau perut kembung seperti kopi, the, makanan pedas dan kol.

- Terapi diberikan per oral dengan obat, antara lain: H2 Bloker 2 x/hari (Ranitidin 150 mg/kali, Famotidin 20 mg/kali, Simetidin 400-800 mg/kali), PPI 2x/hari (Omeprazole 20 mg/kali, Lansoprazole 30 mg/kali), serta Antasida dosis 3 x 500-1000 mg/hr.

Konseling & Edukasi

Menginformasikan pasien dan keluarga mengenai faktor risiko terjadinya gastritis.

Kriteria rujukan

- Bila 5 hari pengobatan belum ada perbaikan.
- Terjadi komplikasi.
- Terjadi *alarm symptoms* seperti perdarahan, berat badan menurun 10% dalam 6 bulan, dan mual muntah berlebihan.

Prognosis

Prognosis sangat tergantung pada kondisi pasien saat datang, ada/tidaknya komplikasi, dan pengobatannya. Umumnya prognosis gastritis adalah bonam, namun dapat terjadi berulang bila pola hidup tidak berubah.

Sarana Prasarana

Laboratorium untuk pemeriksaan Gram.

Referensi

Sudoyo, A.W. Setiyohadi, B. Alwi, I. Simadibrata, M. Setiati, S. eds. *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. 4 ed. Vol. III. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI. 2006.

21. Intoleransi Makanan

No. ICPC II: D29 *Digestive syndrome/complaint other*

No. ICD X: K90.4 *Malabsorption due to intolerance*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Intoleransi makanan adalah gejala-gejala yang terjadi akibat reaksi tubuh terhadap makanan tertentu. Intoleransi bukan merupakan alergi makanan. Hal ini terjadi akibat kekurangan enzim yang diperlukan untuk mencerna makanan tertentu. Intoleransi terhadap laktosa gula susu, atau yang umum digunakan, terhadap agen penyedap monosodium glutamat (MSG), atau terhadap antihistamin ditemukan di keju lama, anggur, bir, dan daging olahan. Gejala

intoleransi makanan kadang-kadang mirip dengan gejala yang ditemukan pada alergi makanan.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Gejala-gejala yang mungkin terjadi adalah tenggorokan terasa gatal, nyeri perut, perut kembung, diare, mual muntah, atau dapat disertai kram perut.

Faktor predisposisi

Makanan yang sering menyebabkan intoleransi, seperti:

- terigu dan gandum lainnya yang mengandung gluten
- protein susu sapi
- hasil olahan jagung.
- MSG, dst

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan nyeri tekan abdomen, bising usus meningkat dan mungkin terdapat tanda-tanda dehidrasi.

Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium: fungsi pankreas, asam empedu, toleransi laktosa dan *xylose*, absorpsi pankreas, absorpsi B12.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasar anamnesis, pemeriksaan fisik, dan penunjang.

Diagnosis Banding

1. Pankreatitis
2. Penyakit Chrons pada ileum terminalis
3. Sprue Celiac
4. Penyakit whipple
5. Amiloidosis
6. Defisiensi laktase
7. Sindrom Zollinger-Ellison
8. Gangguan paska gastrektomi, reseksi usus halus atau kolon

Komplikasi: dehidrasi

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Pembatasan nutrisi tertentu
- b. Suplemen vitamin dan mineral
- c. Suplemen enzim pencernaan

Rencana Tindak Lanjut

Setelah gejala menghilang, makanan yang dicurigai diberikan kembali untuk melihat reaksi yang terjadi. Hal ini bertujuan untuk memperoleh penyebab intoleransi.

Konseling & Edukasi

1. Keluarga ikut membantu dalam hal pembatasan nutrisi tertentu pada pasien.
2. Keluarga juga mengamati keadaan pasien selama pengobatan.

Kriteria Rujukan

Perlu dilakukan konsultasi ke spesialis penyakit bila keluhan tidak menghilang walaupun tanpa terpapar.

SaranaPrasarana

1. Laboratorium Rutin
2. Suplemen vitamin dan mineral
3. Suplemen enzim pencernaan

Prognosis

Pada umumnya, prognosis tidak mengancam jiwa, namun fungsional dan sanationalnya adalah dubia ad bonam karena tergantung pada paparan terhadap makanan penyebab.

Referensi

Syam, Ari Fachrial. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid III. Edisi ke 4. Jakarta: FK UI. 2006. Hal 312-3.

22. Malabsorpsi Makanan

No. ICPC II: D29 *Digestive syndrome/complaint other*

No. ICD X: K90.9 *Intestinal malabsorption, unspecified*

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Malabsorpsi adalah suatu keadaan terdapatnya gangguan pada proses absorpsi dan digesti secara normal pada satu atau lebih zat gizi. Pada umumnya pasien datang dengan diare sehingga kadang kala sulit membedakan apakah diare disebabkan oleh malabsorpsi atau sebab lain. Selain itu kadang kala penyebab dari diare tersebut tumpang tindih antara satu sebab dengan sebab lain termasuk yang disebabkan oleh malabsorpsi.

Berbagai hal dan keadaan dapat menyebabkan malabsorpsi dan maldigesti pada seseorang. Malabsorpsi dan maldigesti dapat disebabkan oleh karena defisiensi enzim atau adanya gangguan pada mukosa usus tempat absorpsi dan digesti zat tersebut. Contoh penyakitnya: pankreatitis, Ca pankreas, penyakit Chrons pada ileum terminalis, Sprue Celiac, penyakit *whipple's*, amiloidosis, defisiensi laktase, sindrom *Zollinger-Ellison*, gangguan paska gastrektomi, reseksi usus halus atau kolon.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pasien dengan malabsorpsi biasanya datang dengan keluhan diare kronis, biasanya bentuk feses cair mengingot gangguan pada usus halus tidak ada zat nutrisi yang terabsorpsi sehingga feses tak berbentuk. Jika masalah pasien karena malabsorpsi lemak maka pasien akan mengeluh fesesnya berminyak (*steatore*).

Anamnesis yang tepat tentang kemungkinan penyebab dan perjalanan penyakit merupakan hal yang penting untuk menentukan apa terjadi malabsorpsi.

Faktor Risiko: -

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan tanda anemia (karena defisiensi Fe, asam folat, dan B12): konjungtiva anemis, kulit pucat, status gizi kurang. Dicari tanda dan gejala spesifik tergantung dari penyebabnya.

Pemeriksaan Penunjang

1. Darah perifer lengkap: anemia mikrositik hipokrom karena defisiensi Fe atau anemia makrositik karena defisiensi asam folat dan vitamin B12.
2. Radiologi: foto polos abdomen
3. Histopatologi usus halus: lesi spesifik dan difus pada penyakit *whipple*, *agammaglobulinemia*, *abetalipoproteinemia*; lesi spesifik dan setempat pada: limfoma intestinal, gastrointestinal eosinofilik, amiloidosis, penyakit *crohn*; lesi difus dan non-spesifik pada *celiac sprue*, *tropical sprue*, defisiensi folat, defisiensi B12, sindrom *Zollinger-Ellison*.
4. Lemak feses
5. Laboratorium lain: fungsi pankreas, asam empedu pernafasan, toleransi xylose, absorpsi pankreas, absorpsi B12.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasar anamnesis, pemeriksaan fisik, dan penunjang.

Diagnosis Banding

1. Pankreatitits
2. Penyakit Chrons pada illeum terminalis
3. Sprue Celiac
4. Penyakit whipple
5. Amiloidosis
6. Defisiensi laktase
7. Sindrom Zollinger-Ellison
8. Gangguan paska gastrektomi, reseksi usus halus atau kolon

Komplikasi: dehidrasi

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Perlu dilakukan konsultasi ke spesialis penyakit dalam untuk mencari penyebab malabsorpsi kemudian ditatalaksana sesuai penyebabnya.

- a. Tatalaksana tergantung dari penyebab malabsorpsi
- b. Pembatasan nutrisi tertentu
- c. Suplemen vitamin dan mineral
- d. Suplemen enzim pencernaan
- e. Tata laksana farmakologi: Antibiotik diberikan jika malabsorpsi disebabkan oleh *overgrowth* bakteri enterotoksigenik: *E. coli*, *K. Pneumoniae* dan *Enterobacter cloacae*.

Rencana Tindak Lanjut

Perlu dipantau keberhasilan diet atau terapi yang diberikan kepada pasien.

Konseling & Edukasi

1. Keluarga ikut membantu dalam hal pembatasan nutrisi tertentu pada pasien.
2. Keluarga juga mengamati keadaan pasien selama pengobatan.

Kriteria Rujukan

Perlu dilakukan konsultasi ke spesialis penyakit dalam untuk mencari penyebab malabsorpsi kemudian ditatalaksana sesuai penyebabnya.

SaranaPrasarana

1. Laboratorium Rutin
2. Suplemen vitamin dan mineral
3. Suplemen enzim pencernaan

Prognosis

Prognosis sangat tergantung pada kondisi pasien saat datang, ada/tidaknya komplikasi, dan pengobatannya. Pada umumnya, prognosis tidak mengancam jiwa, namun fungsional dan sanasiannya adalah *dubia ad bonam*.

Referensi

Syam, Ari Fachrial. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid III. Edisi ke 4. Jakarta: FK UI. 2006. hal 312-3.

23. Demam Tifoid

No ICPC II: D70 *Gastrointestinal infection*

No ICD X: A01.0 *Typhoid fever*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Demam tifoid banyak ditemukan di masyarakat perkotaan maupun di pedesaan. Penyakit ini erat kaitannya dengan kualitas higiene pribadi dan sanitasi lingkungan yang kurang baik. Di Indonesia bersifat endemik dan merupakan masalah kesehatan masyarakat. Dari telaah kasus di rumah sakit besar di Indonesia, tersangka demam tifoid menunjukkan kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun dengan rata-rata kesakitan 500/100.000 penduduk dan angka kematian antara 0.6–5% (KMK, 2006).

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pasien datang ke dokter karena demam. Demam turun naik terutamasore dan malam hari (demam intermiten). Keluhan disertai dengan sakit kepala (pusing-pusing) yang sering dirasakan di area frontal, nyeri otot, pegal-pegal, insomnia, anoreksia dan mual muntah. Selain itu, keluhan dapat pula disertai gangguan gastrointestinal berupa konstipasi dan meteorismus atau diare, nyeri abdomen dan BAB berdarah. Pada anak dapat terjadi kejang demam.

Demam tinggi dapat terjadi terus menerus (demam kontinu) hingga minggu kedua.

Faktor Risiko

Higiene pribadi dan sanitasi lingkungan yang kurang.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

- Suhu tinggi.
- **Bau mulut karena demam lama.**
- Bibir kering dan kadang pecah-pecah.
- Lidah kotor dan ditutup selaput putih (*coated tongue*), jarang ditemukan pada anak.
- Ujung dan tepi lidah kemerahan dan tremor.
- Nyeri tekan regio epigastrik (nyeri ulu hati).
- Hepatosplenomegali.
- Bradikardia relatif (peningkatan suhu tubuh yang tidak diikuti oleh peningkatan frekuensi nadi).

Pemeriksaan fisik pada keadaan lanjut

- Penurunan kesadaran ringan sering terjadi berupa apatis dengan kesadaran seperti berkabut. Bila klinis berat, pasien dapat menjadi somnolen dan koma atau dengan gejala-gejala psikosis (*organic brain syndrome*).
- Pada penderita dengan toksik, gejala delirium lebih menonjol.

Pemeriksaan Penunjang

3. Darah perifer lengkap

Hitung lekosit total menunjukkan leukopeni (<5000 per mm³), limfositosis relatif, monositosis, aneosinofilia dan trombositopenia ringan. Pada minggu ketiga dan keempat dapat terjadi penurunan hemaglobin akibat perdarahan hebat dalam abdomen.

4. Pemeriksaan serologi Widal

Dengan titer O 1/320 diduga kuat diagnosis adalah demam tifoid. Reaksi widal negatif tidak menyingkirkan diagnosis tifoid. Diagnosis demam tifoid dianggap pasti bila didapatkan kenaikan titer 4 kali lipat pada pemeriksaan ulang dengan interval 5-7 hari.

Tes lain yang lebih sensitif dan spesifik terutama untuk mendeteksi infeksi akut tifus khususnya *Salmonella* serogrup D dibandingkan uji Widal dan saat ini sering digunakan karena sederhana dan cepat adalah tes TUBEX®. Tes ini menggunakan teknik aglutinasidengan menggunakan uji hapusan (*slide test*) atau uji tabung (*tube test*).

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Suspek demam tifoid (*Suspect case*)

Dari anamnesis dan pemeriksaan fisik didapatkan gejala demam, gangguan saluran cerna dan petanda gangguan kesadaran. Diagnosis suspek tifoid hanya dibuat pada pelayanan kesehatan dasar.

Demam tifoid klinis (*Probable case*)

Suspek demam tifoid didukung dengan gambaran laboratorium yang menunjukkan tifoid.

Diagnosis Banding

1. Demam berdarah dengue.
2. Malaria.
3. Leptospirosis.

Komplikasi

Biasanya terjadi pada minggu kedua dan ketiga demam. Komplikasi antara lain perdarahan, perforasi, sepsis, ensefalopati, dan infeksi organ lain:

a. Tifoid toksik (Tifoid ensefalopati)

Penderita dengan sindrom demam tifoid dengan panas tinggi yang disertai dengan kekacauan mental hebat, kesadaran menurun, mulai dari delirium sampai koma.

b. Syok septik

Penderita dengan demam tifoid, panas tinggi serta gejala-gejala toksemia yang berat. Selain itu, terdapat gejala gangguan hemodinamik seperti tekanan darah turun, nadi halus dan cepat, keringat dingin dan akral dingin.

c. Perdarahan dan perforasi intestinal (peritonitis)

Komplikasi perdarahan ditandai dengan *hematoschezia*. Dapat juga diketahui dengan pemeriksaan feses (*occult blood test*). Komplikasi ini ditandai dengan gejala akut abdomen dan peritonitis. Pada foto polos abdomen 3 posisi dan pemeriksaan klinis bedah didapatkan gas bebas dalam rongga perut.

d. Hepatitis tifosa

Kelainan berupa ikterus, hepatomegali, dan kelainan tes fungsi hati.

e. Pankreatitis tifosa

Terdapat tanda pankreatitis akut dengan peningkatan enzim lipase dan amylase. Tanda ini dapat dibantu dengan USG atau CT Scan.

f. Pneumonia

Didapatkan tanda pneumonia yang Diagnosisnya dibantu dengan foto polos toraks

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Terapi suportif dapat dilakukan dengan:
 - Istirahat tirah baring dan mengatur tahapan mobilisasi.
 - Diet tinggi kalori dan tinggi protein.
 - Konsumsi obat-obatan secara rutin dan tuntas.

- Kontrol dan monitor tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, kesadaran), kemudian dicatat dengan baik di rekam medik pasien.
- Terapi simptomatik untuk menurunkan demam (antipiretik) dan mengurangi keluhan gastrointestinal.
- Terapi definitif dengan pemberian antibiotik. Antibiotik lini pertama untuk demam tifoid adalah kloramfenikol, ampicilin atau amoksisilin (aman untuk penderita yang sedang hamil), atau trimetoprim-sulfametoxazole (kotrimoksazol).
- Bila pemberian salah satu antibiotik lini pertama dinilai tidak efektif, dapat diganti dengan antibiotik lain atau dipilih antibiotik lini kedua yaitu Ceftriaxone, Cefotaxime (diberikan untuk dewasa dan anak), Kuinolone (tidak dianjurkan untuk anak <18 tahun karena dinilai mengganggu pertumbuhan tulang).

Tabel 17. Antibiotik dan dosis penggunaannya

ANTIBIOTIKA	DOSIS	KETERANGAN
Kloramfenikol	Dewasa: 4x500 mg selama 10 hari Anak 50-100 mg/kgBB/har, maks 2 gr selama 10-14 hari dibagi 4 dosis	Merupakan obat yang sering digunakan dan telah lama dikenal efektif untuk tifoid Murah dan dapat diberikan peroral serta sensitivitas masih tinggi Pemberian PO/IV Tidak diberikan bila lekosis <2000/mm ³
Ceftriaxone	Dewasa: 2-4gr/hari selama 3-5 hari Anak: 80 mg/kgBB/hari dalam dosis tunggal selama 5 hari	Cepat menurunkan suhu, lama pemberian pendek dan dapat dosis tunggal serta cukup aman untuk anak. Pemberian PO/IV
Ampicillin & Amoksisilin	Dewasa: (1.5-2) gr/hr selama 7-10 hari Anak: 50 –100 mg/kgbb/hari selama 7-10 hari	Aman untuk penderita hamil Sering dikombinasi dengan kloramfenikol pada pasien kritis Tidak mahal Pemberian PO/IV
Cotrimoxazole (TMP-SMX)	Dewasa: 2x(160-800) selama 7-10 hari Anak: TMP 6-19 mg/kgbb/hari atau SMX 30-50 mg/kgbb/hari selama 10 hari	Tidak mahal Pemberian per oral
Quinolone	Ciprofloxacin 2x500 mg selama 1 minggu Ofloxacin 2x(200-400) selama 1 minggu	Pefloxacin dan Fleroxacin lebih cepat menurunkan suhu Efektif mencegah relaps dan kanker Pemberian peroral Pemberian pada anak tidak dianjurkan karena efek samping pada pertumbuhan tulang
Cefixime	Anak: 1.5-2 mg/kgbb/hari dibagi 2 dosis selama 10 hari	Aman untuk anak Efektif Pemberian per oral
Thiamfenikol	Dewasa: 4x500 mg/hari Anak: 50 mg/kgbb/hari selama 5-7 hari bebas panas	Dapat dipakai untuk anak dan dewasa Dilaporkan cukup sensitif pada beberapa daerah

Indikasi demam tifoid dilakukan perawatan di rumah atau rawat jalan:

1. Pasien dengan gejala klinis yang ringan, tidak ada tanda-tanda komplikasi serta tidak ada komorbid yang membahayakan.
2. Pasien dengan kesadaran baik dan dapat makan minum dengan baik.

3. Pasien dengan keluarganya cukup mengerti tentang cara-cara merawat serta cukup paham tentang petanda bahaya yang akan timbul dari tifoid.
4. Rumah tangga pasien memiliki atau dapat melaksanakan sistem pembuangan ekskreta (feses, urin, muntahan) yang memenuhi syarat kesehatan.
5. Dokter bertanggung jawab penuh terhadap pengobatan dan perawatan pasien.
6. Dokter dapat memprediksi pasien tidak akan menghadapi bahaya-bahaya yang serius.
7. Dokter dapat mengunjungi pasien setiap hari. Bila tidak bisa harus diwakili oleh seorang perawat yang mampu merawat demam tifoid.
8. Dokter mempunyai hubungan komunikasi yang lancar dengan keluarga pasien.

Konseling & Edukasi

Edukasi pasien tentang tata cara:

- Pengobatan dan perawatan serta aspek lain dari demam tifoid yang harus diketahui pasien dan keluarganya.
- Diet, pentahapan mobilisasi, dan konsumsi obat sebaiknya diperhatikan atau dilihat langsung oleh dokter, dan keluarga pasien telah memahami serta mampu melaksanakan.
- Tanda-tanda kegawatan harus diberitahu kepada pasien dan keluarga supaya bisa segera dibawa ke rumah sakit terdekat untuk perawatan

Pendekatan *Community Oriented*

Melakukan konseling atau edukasi pada masyarakat tentang aspek pencegahan dan pengendalian demam tifoid, melalui:

1. Perbaikan sanitasi lingkungan
2. Peningkatan higiene makanan dan minuman
3. Peningkatan higiene perorangan
4. Pencegahan dengan imunisasi

Kriteria Rujukan

1. Telah mendapat terapi selama 5 hari namun belum tampak perbaikan.
2. Demam tifoid dengan tanda-tanda kedaruratan.
3. Demam tifoid dengan tanda-tanda komplikasi dan fasilitas tidak mencukupi.

Prognosis

Prognosis adalah bonam, namun ad sanationam dubia ad bonam, karena penyakit dapat terjadi berulang.

Sarana Prasarana

Laboratorium untuk melakukan pemeriksaan darah rutin dan serologi Widal.

Referensi

1. Keputusan Menteri Kesehatan RI No: 364/Menkes/SK/V/2006 tentang *Pedoman Pengendalian Demam Tifoid*.

2. Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S, eds. *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. 4 ed. Vol. III. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI; 2006.

24. Gastroenteritis (termasuk disentri, kolera dan giardiasis)

No. ICPC II: D73 *Gastroenteritis presumed infection*

No. ICD X: A09 *Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infection origin*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Gastroenteritis (GE) adalah peradangan mukosa lambung dan usus halus yang ditandai dengan diare, yaitu buang air besar lembek atau cair, dapat bercampur darah atau lender, dengan frekuensi 3 kali atau lebih dalam waktu 24 jam, dan disertai dengan muntah, demam, rasa tidak enak di perut dan menurunnya nafsu makan. Apabila diare > 30 hari disebut kronis. Gastroenteritis lebih sering terjadi pada anak-anak karena daya tahan tubuh yang belum optimal. Hal ini biasanya terjadi berhubungan dengan tingkat pendidikan dan pendapatan yang rendah yang terkait dengan perilaku kesehatan yang kurang. Penyebab gastroenteritis antara lain infeksi, malabsorpsi, keracunan atau alergi makanan dan psikologis penderita. Infeksi yang menyebabkan GE akibat *Entamoeba histolytica* disebut disentri, bila disebabkan oleh *Giardia lamblia* disebut giardiasis, sedangkan bila disebabkan oleh *Vibrio cholera* disebut kolera.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pasien datang ke dokter karena buang air besar (BAB) lembek atau cair, dapat bercampur darah atau lendir, dengan frekuensi 3 kali atau lebih dalam waktu 24 jam. Dapat disertai rasa tidak nyaman di perut (nyeri atau kembung), mual dan muntah serta tenesmus.

Setiap kali diare, BAB dapat menghasilkan volume yang besar (asal dari usus kecil) atau volume yang kecil (asal dari usus besar). Bila diare disertai demam maka diduga erat terjadi infeksi.

1. Bila terjadinya diare didahului oleh makan atau minum dari sumber yang kurang higienenya, GE dapat disebabkan oleh infeksi. Riwayat bepergian ke daerah dengan wabah diare, riwayat intoleransi laktosa (terutama pada bayi), konsumsi makanan iritatif, minum jamu, diet cola, atau makan obat-obatan seperti laksatif, magnesium hidrochlorida, magnesium citrate, obat jantung quinidine, obat gout (*colchicides*), diuretika (furosemid, tiazid), toksin (arsenik, organofosfat), insektisida, kafein, metil

xantine, agen endokrin (preparat penggantian tiroid), misoprostol, mesalamin, antikolinesterase dan obat-obat diet perlu diketahui.

2. Selain itu, kondisi imunokompromais (HIV/AIDS) dan demam tifoid perlu diidentifikasi.

Faktor Risiko

- Higiene pribadi dan sanitasi lingkungan yang kurang.
- Riwayat intoleransi lactose, riwayat alergi obat.
- Infeksi HIV atau infeksi menular seksual.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan terpenting adalah menentukan tingkat/derajat dehidrasi akibat diare. Tanda-tanda dehidrasi yang perlu diperhatikan adalah turgor kulit perut menurun, akral dingin, penurunan tekanan darah, peningkatan denyut nadi, tangan keriput, mata cekung tidak, penurunan kesadaran (syok hipovolemik), nyeri tekan abdomen, kualitas bising usus hiperperistaltik. Pada anak kecil cekung ubun-ubun kepala. Pada tanda vital lain dapat ditemukan suhu tubuh yang tinggi (hiperpireksi), nadi dan pernapasan cepat.

Tabel18. Pemeriksaan derajat dehidrasi

Gejala	Derajat Dehidrasi		
	Minimal (< 3% dari berat badan)	Ringan sampai sedang (3-9% dari berat badan)	Berat (> 9% dari berat badan)
Status mental	Baik, sadar penuh	Normal, lemas, atau gelisah, iritabel	Apatis, letargi, tidak sadar
Rasa haus	Minum normal, mungkin menolak minum	Sangat haus, sangat ingin minum	Tidak dapat minum
Denyut jantung	Normal	Normal sampai meningkat	Takikardi, pada kasus berat bradikardi
Kualitas denyut nadi	Normal	Normal sampai menurun	Lemah atau tidak teraba
Pernapasan	Normal	Normal cepat	Dalam
Mata	Normal	Sedikit cekung	Sangat cekung
Air mata	Ada	Menurun	Tidak ada
Mulut dan lidah	Basah	Kering	Pecah-pecah
Turgor kulit	Baik	< 2 detik	> 2 detik
Isian kapiler	Normal	Memanjang	Memanjang, minimal
Ekstremitas	Hangat	Dingin	Dingin
Output urin	Normal sampai menurun	Menurun	Minimal

Metode Pierce

Dehidrasi ringan, kebutuhan cairan = 5% x Berat badan (kg)

Dehidrasi sedang, kebutuhan cairan = 8% x Berat badan (kg)

Dehidrasi berat, Kebutuhan cairan = 10% x Berat badan (kg)

Metode Daldiyono berdasarkan skor klinis

Tabel 19. Skor Penilaian Klinis Dehidrasi

Klinis	Skor
Rasa hasus/ muntah	1
Tekanan Darah sistolik 60 -90 mmHg	1
Tekanan darah sistolik <60 mmHg	2
Frekuensi nadi > 120 x/menit	1
Kesadaran apati	1
Kesadaran somnolen, spoor atau koma	2
Frekuensi napas > 30x/ menit	1
Facies Choleric	2
Vox Choleric	2
Turgor kulit menurun	1
Washer woman's hand	1
Ekstremitas dingin	1
Sianosis	2
Umur 50 – 60 tahun	-1
Umur > 60 tahun	-2

Pemeriksaan status lokalis

- Pada anak-anak terlihat BAB dengan konsistensi cair pada bagian dalam dari celana atau pampers.
- Colok dubur dianjurkan dilakukan pada semua kasus diare dengan feses berdarah, terutama pada usia >50 tahun. Selain itu, perlu dilakukan identifikasi penyakit komorbid.

Pemeriksaan Penunjang

Pada kondisi pasien yang telah stabil (dipastikan hipovolemik telah teratasi), dapat dilakukan pemeriksaan:

1. Darah rutin (leukosit) untuk memastikan adanya infeksi.
2. Feses lengkap (termasuk analisa mikrobiologi) untuk menentukan penyebab.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis (BAB cair lebih dari 3 kali sehari) dan pemeriksaan fisik (ditemukan tanda-tanda hipovolemik dan pemeriksaan konsistensi BAB).

Diagnosis Banding

1. Demam tifoid

2. Kriptosporidia (pada penderita HIV)
3. Kolitis pseudomembran

Komplikasi: Syok hipovolemik

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Pada umumnya diare akut bersifat ringan dan sembuh cepat dengan sendirinya melalui rehidrasi dan obat antidiare, sehingga jarang diperlukan evaluasi lebih lanjut.

Terapi dapat diberikan dengan:

- Memberikan cairan dan diet adekuat
 - a. Pasien tidak dipuaskan dan diberikan cairan yang adekuat untuk rehidrasi.
 - b. Hindari susu sapi karena terdapat defisiensi laktase transien.
 - c. Hindari juga minuman yang mengandung alkohol atau kafein, karena dapat meningkatkan motilitas dan sekresi usus.
 - d. Makanan yang dikonsumsi sebaiknya yang tidak mengandung gas, dan mudah dicerna.

- Pasien diare yang belum dehidrasi dapat diberikan obat antidiare untuk mengurangi gejala dan antimikroba untuk terapi definitif.

Pemberian terapi antimikroba empirik diindikasikan pada pasien yang diduga mengalami infeksi bakteri invasif, *traveller's diarrhea*, dan immunosupresi. Antimikroba: pada GE akibat infeksi diberikan antibiotik atau antiparasit, atau anti jamur tergantung penyebabnya.

Obat antidiare, antara lain:

- Turunan opioid: loperamide, difenoksilat atropine, tinktur opium.
Obat ini sebaiknya tidak diberikan pada pasien dengan disentri yang disertai demam, dan penggunaannya harus dihentikan apabila diare semakin berat walaupun diberikan terapi.
- Bismut subsalisilat, hati-hati pada pasien immunocompromised, seperti HIV, karena dapat meningkatkan risiko terjadinya *bismuth encephalopathy*.
- Obat yang mengeraskan tinja: atapulgit 4x2 tablet/ hari atau *smectite* 3x 1 sachet diberikan tiap BAB encer sampai diare stop.
- Obat anti sekretorik atau anti enkefalinase: Hidrasec 3x 1/ hari

Antimikroba, antara lain:

- Golongan kuinolon yaitu ciprofloxacin 2 x 500 mg/hari selama 5-7 hari, atau
- Trimetoprim/Sulfamethoxazole 160/800 2x 1 tablet/hari.
- Apabila diare diduga disebabkan oleh Giardia, metronidazole dapat digunakan dengan dosis 3x500 mg/ hari selama 7 hari.
- Bila diketahui etiologi dari diare akut, terapi disesuaikan dengan etiologi.

Terapi probiotik dapat mempercepat penyembuhan diare akut.

Apabila terjadi dehidrasi, setelah ditentukan derajat dehidrasinya, pasien ditangani dengan langkah sebagai berikut:

1. Menentukan jenis cairan yang akan digunakan

Pada diare akut awal yang ringan, tersedia cairan oralit yang hipotonik dengan komposisi 29 g glukosa, 3,5 g NaCl, 2,5 g Natrium bikarbonat dan 1,5 KCl setiap liter. Cairan ini diberikan secara oral atau lewat selang nasogastrik. Cairan lain adalah cairan ringer laktat dan NaCl 0,9% yang diberikan secara intravena.

2. Menentukan jumlah cairan yang akan diberikan

Prinsip dalam menentukan jumlah cairan inisial yang dibutuhkan adalah: BJ plasma dengan rumus:

Defisit cairan : $\frac{Bj\ plasma - 1,025}{100} \times Berat\ badan \times 4\ ml$

0,001

Kebutuhan cairan = $\frac{Skor}{15} \times 10\% \times kgBB \times 1\ liter$

15

3. Menentukan jadwal pemberian cairan:

- Dua jam pertama (tahap rehidrasi inisial): jumlah total kebutuhan cairan menurut BJ plasma atau skor Daldiyono diberikan langsung dalam 2 jam ini agar tercapai rehidrasi optimal secepat mungkin.
- Satu jam berikutnya/ jam ke-3 (tahap ke-2) pemberian diberikan berdasarkan kehilangan selama 2 jam pemberian cairan rehidrasi inisial sebelumnya. Bila tidak ada syok atau skor daldiyono kurang dari 3 dapat diganti cairan per oral.
- Jam berikutnya pemberian cairan diberikan berdasarkan kehilangan cairan melalui tinja dan *insensible water loss*.

Kondisi yang memerlukan evaluasi lebih lanjut pada diare akut apabila ditemukan:

- Diare memburuk atau menetap setelah 7 hari, feses harus dianalisa lebih lanjut.
- Pasien dengan tanda-tanda toksik (dehidrasi, disentri, demam $\geq 38.5^{\circ} C$, nyeri abdomen yang berat pada pasien usia di atas 50 tahun)
- Pasien usia lanjut
- Muntah yang persisten
- Perubahan status mental seperti lethargi, apatis, *irritable*.
- Terjadinya *outbreak* pada komunitas
- Pada pasien yang *immunocompromised*.

Konseling & Edukasi

Pada kondisi yang ringan, diberikan edukasi kepada keluarga untuk membantu asupan cairan. Edukasi juga diberikan untuk mencegah terjadinya GE dan mencegah penularannya.

Kriteria Rujukan

- Tanda dehidrasi berat
- Terjadi penurunan kesadaran

3. Nyeri perut yang signifikan
4. Pasien tidak dapat minum oralit
5. Tidak ada infus set serta cairan infus di fasilitas pelayanan

Prognosis

Prognosis sangat tergantung pada kondisi pasien saat datang, ada/tidaknya komplikasi, dan pengobatannya, sehingga umumnya prognosis adalah dubia ad bonam. Bila kondisi saat datang dengan dehidrasi berat, prognosis dapat menjadi dubia ad malam.

Sarana Prasarana

1. Laboratorium untuk pemeriksaan darah rutin, feses dan WIDAL
2. Obat-obatan
3. Infus set

Referensi

1. Simadibrata, M. D. *Diare akut*. In: Sudoyo, A.W. Setiyohadi, B. Alwi, I. Simadibrata, M.D. Setiati, S. Eds. *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. 5th Ed. Vol. I. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI. 2009: p. 548-556.
2. Makmun, D. Simadibrata, M.D. Abdullah, M. Syam, A.F. Fauzi, A. *Konsensus Penatalaksanaan Diare Akut pada Dewasa di Indonesia*. Jakarta: Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia. 2009.
3. Setiawan, B. *Diare akut karena Infeksi*. In: Sudoyo, A.W. Setiyohadi, B. Alwi, I. Simadibrata, M. Setiati, S. Eds. *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. 4th Ed. Vol. III. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI. 2006: p. 1794-1798.
4. Sansonetti, P. Bergounioux, J. *Shigellosis*. In: Kasper. Braunwald. Fauci. et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Vol II. 17th Ed. McGraw-Hill. 2009: p. 962-964.
5. Reed, S.L. *Amoebiasis dan Infection with Free Living Amoebas*. In: Kasper. Braunwald. Fauci. et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Vol I. 17th Ed. McGraw-Hill. 2009: p. 1275-1280.

25. Disentri Basiler dan Disentri Amuba

No. ICPC II: D70 *Gastrointestinal infection*

No. ICD X: A06.0 *Acute amoebic dysentery*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Disentri merupakan tipe diare yang berbahaya dan seringkali menyebabkan kematian dibandingkan dengan tipe diare akut yang lain.

Penyakit ini dapat disebabkan oleh bakteri disentri basiler yang disebabkan oleh shigellosis dan amoeba (disentri amoeba).

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

- Sakit perut terutama sebelah kiri dan buang air besar encer secara terus menerus bercampur lendir dan darah
- Muntah-muntah
- Sakit kepala
- Bentuk yang berat (*fulminating cases*) biasanya disebabkan oleh *S. dysenteriae* dengan gejalanya timbul mendadak dan berat, dan dapat meninggal bila tidak cepat ditolong.

Faktor Risiko:-

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan:

- Febris.
- Nyeri perut pada penekanan di bagian sebelah kiri.
- Terdapat tanda-tanda dehidrasi.
- Tenesmus.

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan tinja secara langsung terhadap kuman penyebab.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

Diagnosis Banding

1. Infeksi *Escherichiae coli*
2. Infeksi *Escherichia coli Enteroinvasive* (EIEC)
3. Infeksi *Escherichia coli Enterohemoragik* (EHEC)

Komplikasi

1. Haemolytic uremic syndrome (HUS).
2. Hiponatremia berat.
3. Hipoglikemia berat.
4. Susunan saraf pusat sampai terjadi ensefalopati.

5. Komplikasi intestinal seperti toksik megakolon, prolaps rektal, peritonitis dan perforasi dan hal ini menimbulkan angka kematian yang tinggi.
6. Komplikasi lain yang dapat timbul adalah bisul dan hemoroid.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Mencegah terjadinya dehidrasi
- Tirah baring
- Dehidrasi ringan sampai sedang dapat dikoreksi dengan cairan rehidrasi oral
- Bila rehidrasi oral tidak mencukupi dapat diberikan cairan melalui infus
- Diet, diberikan makanan lunak sampai frekuensi BAB kurang dari 5kali/hari, kemudian diberikan makanan ringan biasa bila ada kemajuan.
- Farmakologis:
 1. Menurut pedoman WHO, bila telah terdiagnosis shigelosis pasien diobati dengan antibiotik. Jika setelah 2 hari pengobatan menunjukkan perbaikan, terapi diteruskan selama 5 hari. Bila tidak ada perbaikan, antibiotik diganti dengan jenis yang lain.
 2. Pemakaian jangka pendek dengan dosis tunggal fluorokuinolon seperti siprofloksasin atau makrolide azithromisin ternyata berhasil baik untuk pengobatan disentri basiler. Dosis siprofloksasin yang dipakai adalah 2 x 500 mg/hari selama 3 hari sedangkan azithromisin diberikan 1 gram dosis tunggal dan sefiksim 400 mg/hari selama 5 hari. Pemberian siprofloksasin merupakan kontraindikasi terhadap anak-anak dan wanita hamil.
 3. Di negara-negara berkembang di mana terdapat kuman *S.dysenteriae* tipe 1 yang multiresisten terhadap obat-obat, diberikan asam nalidiksik dengan dosis 3 x 1 gram/hari selama 5 hari. Tidak ada antibiotik yang dianjurkan dalam pengobatan stadium kcarrier disenteribasiler.
 4. Untuk disentri amuba diberikan antibiotik metronidazole 500mg 3x sehari selama 3-5 hari

Rencana Tindak Lanjut

Pasien perlu dilihat perkembangan penyakitnya karena memerlukan waktu penyembuhan yang lama berdasarkan berat ringannya penyakit.

Konseling & Edukasi

1. Penularan disentri amuba dan basiler dapat dicegah dan dikurangi dengan kondisi lingkungan dan diri yang bersih seperti membersihkan tangan dengan sabun, suplai air yang tidak terkontaminasi, penggunaan jamban yang bersih.
2. Keluarga ikut berperan dalam mencegah penularan dengan kondisi lingkungan dan diri yang bersih seperti membersihkan tangan dengan sabun, suplai air yang tidak terkontaminasi, penggunaan jamban yang bersih.

3. Keluarga ikut menjaga diet pasien diberikan makanan lunak sampai frekuensi berak kurang dari 5kali/hari, kemudian diberikan makanan ringan biasa bila ada kemajuan.

Kriteria Rujukan

Pada pasien dengan kasus berat perlu dirawat intensif dan konsultasi ke pelayanan sekunder (spesialis penyakit dalam).

SaranaPrasarana

1. Pemeriksaan tinja
2. Infus set
3. Cairan infus/oralit
4. Antibiotik

Prognosis

Prognosis sangat tergantung pada kondisi pasien saat datang, ada/tidaknya komplikasi, dan pengobatannya. Pada umumnya prognosis dubia ad bonam.

Referensi

1. Sya'roni Akmal. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid III*. Edisi ke 4. Jakarta: FK UI.2006. Hal 1839-41.
2. Oesman, Nizam. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi III*. Jakarta: FKUI.2006.
3. Kroser, A. J. *Shigellosis*. 2007. Diakses dari www.emedicine.com/med/topic2112.htm.

26. Apendisitis Akut

No. ICPC II: S87 (Appendicitis)

No. ICD X: K.35.9 (Acute appendicitis)

Tingkat Kemampuan:3B

Masalah

Apendisitis akut adalah radang yang timbul secara mendadak pada apendik, merupakan salah satu kasus akut abdomen yang paling sering ditemui, dan jika tidak ditangani segera dapat menyebabkan perforasi

Penyebab

1. Obstruksi lumen merupakan faktor penyebab dominan apendisitis akut
2. Erosi mukosa usus karena parasit *Entamoeba histolytica* dan benda asing lainnya

Hasil Anamnesis(*Subjective*)

Keluhan

Nyeri perut kanan bawah, mula-mula daerah epigastrium kemudian menjalar ke *Mc Burney*. Apa bila telah terjadi inflamasi (>6 jam) penderita dapat menunjukkan letak nyeri, karena bersifat somatik.

Gejala Klinis:

1. Muntah (rangsangan viseral) akibat aktivasi n.vagus.
2. Anoreksia, nausea dan vomitus yang timbul beberapa jam sesudahnya, merupakan kelanjutan dari rasa nyeri yang timbul saat permulaan.
3. Disuria juga timbul apabila peradangan apendiks dekat dengan vesika urinaria.
4. Obstipasi sebelum datangnya rasa nyeri dan beberapa penderita mengalami diare, timbul biasanya pada letak apendiks pelvikal yang merangsang daerah rektum.
5. Gejala lain adalah demam yang tidak terlalu tinggi, yaitu suhu antara 37,5⁰C - 38,5⁰C tetapi bila suhu lebih tinggi, diduga telah terjadi perforasi.
6. Variasi lokasi anatomi apendiks akan menjelaskan keluhan nyeri somatik yang beragam. Sebagai contoh apendiks yang panjang dengan ujung yang mengalami inflamasi di kuadran kiri bawah akan menyebabkan nyeri di daerah tersebut, apendiks retrosekal akan menyebabkan nyeri flank atau punggung, apendiks pelvikal akan menyebabkan nyeri pada supra pubik dan apendiks retroileal bisa menyebabkan nyeri testikuler, mungkin karena iritasi pada arteri spermatika dan ureter.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Inspeksi

Penderita berjalan membungkuk sambil memegang perutnya yang sakit, kembung (+) bila terjadi perforasi, penonjolan perut kanan bawah terlihat pada appendikuler abses.

Palpasi

1. Terdapat nyeri tekan Mc.Burney
2. Adanya rebound tenderness (nyeri lepas tekan)
3. Adanya defens muscular.
4. Rovsing sign positif
5. Psoas sign positif
6. Obturator Sign positif

Perkusi

Nyeri ketok (+)

Auskultasi

Peristaltik normal, peristaltik(-) pada illeus paralitik karena peritonitis generalisata akibat appendisitis perforata. Auskultasi tidak banyak membantu dalam menegakkan diagnosis apendisitis, tetapi kalau sudah terjadi peritonitis maka tidak terdengar bunyi peristaltik usus.

Rectal Toucher / Colok dubur

Nyeri tekan pada jam 9-12

Tanda Peritonitis umum (perforasi) :

1. Nyeri seluruh abdomen
2. Pekak hati hilang
3. Bising usus hilang

Apendiks yang mengalami gangren atau perforasi lebih sering terjadi dengan gejala-gejala sebagai berikut:

- a. Gejala progresif dengan durasi lebih dari 36 jam
- b. Demam tinggi lebih dari 38,50C
- c. Lekositosis (AL lebih dari 14.000)
- d. Dehidrasi dan asidosis
- e. Distensi
- f. Menghilangnya bising usus
- g. Nyeri tekan kuadran kanan bawah
- h. Rebound tenderness sign
- i. Rovsing sign
- j. Nyeri tekan seluruh lapangan abdominal

Pemeriksaan Penunjang:

1. Laboratorium darah perifer lengkap.
 - a. Pada pasien dengan apendisitis akut, 70-90% hasil laboratorium nilai leukosit dan neutrofil akan meningkat, walaupun bukan penanda utama.
 - b. Pada anak dengan keluhan dan pemeriksaan fisik untuk karakteristik apendisitis akut, akan ditemukan pada pemeriksaan darah adanya lekositosis 11.000-14.000/mm³, dengan pemeriksaan hitung jenis menunjukkan pergeseran kekiri hampir 75%.
 - c. Jika jumlah lekosit lebih dari 18.000/mm³ maka umumnya sudah terjadi perforasi dan peritonitis.
 - d. Penanda respon inflamasi akut (acute phase response) dengan menggunakan CRP? Adakah di puskesmas?.
 - e. Pemeriksaan urinalisa dapat digunakan sebagai konfirmasi dan menyingkirkan kelainan urologi yang menyebabkan nyeri abdomen.
 - f. Pertimbangkan adanya kehamilan ektopik pada wanita usia subur, dan lakukan pengukuran kadar HCG yakin tidak ada di puskesmas.
2. Foto Polos abdomen
 - a. Pada apendisitis akut, pemeriksaan foto polos abdomen tidak banyak membantu. Mungkin terlihat adanya fekalit pada abdomen sebelah kanan bawah yang sesuai dengan lokasi apendiks, gambaran ini ditemukan pada 20% kasus.

- b. Kalau peradangan lebih luas dan membentuk infiltrat maka usus pada bagian kanan bawah akan kolaps.
 - c. Dinding usus edematosa, keadaan seperti ini akan tampak pada daerah kanan bawah abdomen kosong dari udara.
 - d. Gambaran udara seakan-akan terdorong ke pihak lain.
 - e. Proses peradangan pada fossa iliaka kanan akan menyebabkan kontraksi otot sehingga timbul skoliosis ke kanan.
 - f. Gambaran ini tampak pada penderita apendisitis akut. Bila sudah terjadi perforasi, maka pada foto abdomen tegak akan tampak udara bebas di bawah diafragma. Kadang-kadang udara begitu sedikit sehingga perlu foto khusus untuk melihatnya.
 - g. Foto polos abdomen supine pada abses appendik kadang-kadang memberi pola bercak udara dan air fluid level pada posisi berdiri/LLD (decubitus), kalsifikasi bercak rim-like (melingkar) sekitar perifer mukokel yang asalnya dari appendik.
 - h. Pada apendisitis akut, kuadran kanan bawah perlu diperiksa untuk mencari appendikolit: kalsifikasi bulat lonjong, sering berlapis.
- Ultrasonografi telah banyak digunakan untuk diagnosis apendisitis akut maupun apendisitis dengan abses. Belum tentu ada di puskesmas

Penegakan Diagnostik(Assessment)

Diagnosis Klinis

Riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik masih merupakan dasar diagnosis apendisitis akut.

Diagnosis Banding

- a. Cholecystitis akut
- b. Divertikel Mackelli
- c. Enteritis regional
- d. Pankreatitis
- e. Batu ureter
- f. Cystitis
- g. Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)
- h. Salpingitis akut

Komplikasi

1. Perforasi appendix
2. Peritonitis umum
3. Sepsis

Penatalaksanaan Komprehensif(Plan)

Pasien yang telah terdiagnosis *Appendisitis akuta* harus segera dirujuk ke layanan sekunder untuk dilakukan operasi cito

1. Non-farmakologis
 - *Bed rest* total posisi fowler (anti Trendelenburg)
 - Pasien dengan dugaan apendisitis sebaiknya tidak diberikan apapun melalui mulut.

- Penderita perlu cairan intravena untuk mengoreksi jika ada dehidrasi.
 - Pipa nasogastrik dipasang untuk mengosongkan lambung dan untuk mengurangi bahaya muntah pada waktu induksi anestesi.
 - Anak memerlukan perawatan intensif sekurang-kurangnya 4-6 jam sebelum dilakukan pembedahan.
 - Pipa nasogastrik dipasang untuk mengosongkan lambung agar mengurangi distensi abdomen dan mencegah muntah.
2. Tata Laksana Farmakologi:
- Bila diagnosis klinis sudah jelas maka tindakan paling tepat adalah apendektomi dan merupakan satu-satunya pilihan yang terbaik.
 - Penundaan apendektomi sambil memberikan antibiotik dapat mengakibatkan abses atau perforasi. Insidensi apendiks normal yang dilakukan pembedahan sekitar 20%.
 - Antibiotik spektrum luas

Komplikasi

1. Perforasi appendix
2. Peritonitis umum
3. Sepsis

Kriteria Rujukan

Pasien yang telah terdiagnosis harus dirujuk ke layanan sekunder untuk dilakukan operasi cito.

Sarana Prasarana:

1. Cairan parenteral
2. Antibiotik

Prognosis

Prognosis pada umumnya bonam

Referensi

1. Sjamsuhidajat, R., Jong, W.D., editor., “Usus Halus, Apendiks, Kolon, Dan Anorektum”, dalam Buku Ajar Ilmu Bedah, Edisi 2. EGC, Jakarta, 2005, hlm.639-645.
2. Schwartz, Seymour, (2000), Intisari Prinsip-Prinsip Ilmu Bedah, Penerbit Buku Kedokteran, EGC. Jakarta.

27. Perdarahan Saluran Makan Bagian Atas

No. ICPC II: D14 *Haematemesis/vomiting blood*
D15 *Melaena*

No. ICD X: K92.2 *Gastrointestinal haemorrhage, unspecified*

Tingkat Kemampuan:

Ruptur esofagus 1

Varises esofagus 2

Ulkus gaster 3A

Lesi korosif esofagus 3B

Masalah Kesehatan

Perdarahan saluran cerna merupakan masalah yang sering dihadapi. Manifestasinya bervariasi mulai dengan perdarahan masif yang mengancam jiwa hingga perdarahan samar yang tidak dirasakan. Pendekatan pada pasien dengan perdarahan dan lokasi perdarahan saluran cerna adalah dengan menentukan beratnya perdarahan dan lokasi perdarahan. Hematemesis (muntah darah segar atau hitam) menunjukkan perdarahan dari saluran cerna bagian atas, proksimal dari ligamentum Treitz. Melena (tinja hitam, bau khas) biasanya akibat perdarahan saluran cerna bagian atas, meskipun demikian perdarahan dari usus halus atau kolon bagian kanan, juga dapat menimbulkan melena. Hematokezia (perdarahan merah segar) lazimnya menandakan sumber perdarahan dari kolon, meskipun perdarahan dari saluran cerna bagian atas yang banyak juga dapat menimbulkan hematokezia atau feses warna marun.

Perdarahan akut Saluran Cerna Bagian Atas (SCBA) merupakan salah satu penyakit yang sering dijumpai di bagian gawat darurat rumah sakit. Sebagian besar pasien datang dalam keadaan stabil dan sebahagian lainnya datang dalam keadaan gawat darurat yang memerlukan tindakan yang cepat dan tepat.

Di Indonesia perdarahan karena ruptura varises gastroesofagea merupakan penyebab tersering yaitu sekitar 50-60%, gastritis erosiva hemoragika sekitar 25-30%, tukak peptik sekitar 10-15% dan karena sebab lainnya < 5%. Mortalitas secara keseluruhan masih tinggi yaitu sekitar 25%, kematian pada penderita ruptur varises bisa mencapai 60% sedangkan kematian pada perdarahan non varises sekitar 9-12%.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pasien dapat datang dengan keluhan muntah darah berwarna hitam seperti bubuk kopi (hematemesis) atau buang air besar berwarna hitam seperti ter atau aspal (melena), Gejala klinis lainnya sesuai dengan komorbid, seperti penyakit hati kronis, penyakit paru, penyakit jantung, penyakit ginjal dsb.

Umumnya melena menunjukkan perdarahan di saluran cerna bagian atas atau usus halus, namun demikian melena dapat juga berasal dari perdarahan kolon sebelah kanan dengan perlambatan mobilitas. Tidak semua kotoran hitam ini melena karena bismuth, sarcol,

lycorice, obat-obatan yang mengandung besi (obat tambah darah) dapat menyebabkan faeces menjadi hitam.

Pada anamnesis yang perlu ditanyakan adalah riwayat penyakit hati kronis, riwayat dispepsia, riwayat mengkonsumsi NSAID, obat rematik, alkohol, jamu – jamuan, obat untuk penyakit jantung, obat stroke. Kemudian ditanya riwayat penyakit ginjal, riwayat penyakit paru dan adanya perdarahan ditempat lainnya. Riwayat muntah-muntah sebelum terjadinya hematemesis sangat mendukung kemungkinan adanya sindroma Mallory Weiss.

Faktor Risiko: Sering mengkonsumsi obat-obat NSAID

Faktor Predisposisi: memiliki penyakit hati (seperti serosis hepatitis).

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

- Penilaian hemodinamik (keadaan sirkulasi)
- Perlu dilakukan evaluasi jumlah perdarahan.
- Pemeriksaan fisik lainnya yang penting yaitu mencari stigmata penyakit hati kronis (ikterus, spider nevi, asites, splenomegali, eritema palmaris, edema tungkai), massa abdomen, nyeri abdomen, rangsangan peritoneum, penyakit paru, penyakit jantung, penyakit rematik dll.
- Rectal toucher, warna feses ini mempunyai nilai prognostik
- Dalam prosedur diagnosis ini penting melihat aspirat dari *Naso Gastric Tube* (NGT). Aspirat berwarna putih keruh menandakan perdarahan tidak aktif, aspirat berwarna merah marun menandakan perdarahan masif sangat mungkin perdarahan arteri. Seperti halnya warna feses maka warna aspirat pun dapat memprediksi mortalitas pasien. Walaupun demikian pada sekitar 30% pasien dengan perdarahan tukak duodeni ditemukan adanya aspirat yang jernih pada NGT.

Pemeriksaan Penunjang

- Laboratorium darah lengkap, faal hemostasis, faal hati, faal ginjal, gula darah, elektrolit, golongan darah, petanda hepatitis B dan C.
- Rontgen dada dan elektrokardiografi.
- Dalam prosedur diagnosis ini pemeriksaan endoskopi merupakan *gold standard*. Tindakan endoskopi selain untuk diagnostik dapat dipakai pula untuk terapi.
- Pada beberapa keadaan dimana pemeriksaan endoskopi tidak dapat dilakukan, pemeriksaan dengan kontras barium (OMD) dengan angiografi atau skintigrafimungkin dapat membantu.

Penegakan diagnostik(*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasar anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang.

Diagnosis Banding

1. Hemoptisis
2. Hematoskezia

Komplikasi

1. Syok hipovolemia
2. Aspirasi pneumonia
3. Gagal ginjal akut
4. Anemia karena perdarahan
5. Sindrom hepatorenal
6. Koma hepaticum

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Identifikasi dan antisipasi terhadap adanya gangguan hemodinamik harus dilaksanakan secara prima di lini terdepan karena keberhasilannya akan mempengaruhi prognosis.
- Langkah awal menstabilkan hemodinamik.
 - Pemasangan IV line paling sedikit 2
 - Dianjurkan pemasangan CVP
 - Oksigen sungkup/kanula. Bila ada gangguan A-B perlu dipasang ETT
 - Mencatat *intake output*, harus dipasang kateter urine
 - Memonitor tekanan darah, nadi, saturasi oksigen dan keadaan lainnya sesuai dengan komorbid yang ada.
- Pemasangan NGT (*nasogastric tube*)
 - Melakukan bilas lambung agar mempermudah dalam tindakan endoskopi.
 - Transfusi untuk mempertahankan hematokrit > 25%
- Pemeriksaan laboratorium segera diperlukan pada kasus-kasus yg membutuhkan transfusi lebih 3 *unit pack red cell*.
 - Pasien yang stabil setelah pemeriksaan dianggap memadai, pasien dapat segera dirawat untuk terapi lanjutan atau persiapan endoskopi.
- Konsultasi ke dokter spesialis terkait dengan penyebab perdarahan.
- Penatalaksanaan sesuai penyebab perdarahan
- Tirah baring
- Puasa/Diet hati/lambung
 - Injeksi antagonis reseptor H2 atau penghambat pompa proton (PPI)
 - Sitoprotektor: sukralfat 3-4x1 gram
 - Antacida
 - Injeksi vitamin K untuk pasien dengan penyakit hati kronis

- Terhadap pasien yang diduga kuat karena ruptura varises gastroesofageal dapat diberikan: somatostatin bolus 250 ug + drip 250 mikrogram/jam atau oktreotid 0,1mg/2 jam. Pemberian diberikan sampai perdarahan berhenti atau bila mampu diteruskan 3 hari setelah ligasi varises.
- Propanolol, dimulai dosis 2x10 mg dapat ditingkatkan sampai tekanan diastolik turun 20 mmHg atau denyut nadi turun 20%.
- Laktulosa 4x1 sendok makan
- Neomisin 4x500 mg
- Sebagian besar pasien dengan perdarahan SCBA dapat berhenti sendiri, tetapi pada 20% dapat berlanjut. Walaupun sudah dilakukan terapi endoskopi pasien dapat mengalami perdarahan ulang. Oleh karena itu perlu dilakukan assesmen yang lebih akurat untuk memprediksi perdarahan ulang dan mortalitas.
- Prosedur bedah dilakukan sebagai tindakan emergensi atau elektif.

Rencana Tindak Lanjut

Walaupun sudah dilakukan terapi endoskopi pasien dapat mengalami perdarahan ulang. Oleh karena itu perlu dilakukan asesmen yang lebih akurat untuk memprediksi perdarahan ulang dan mortalitas.

Konseling & Edukasi

Keluarga ikut mendukung untuk menjaga diet dan pengobatan pasien.

Kriteria Rujukan

Konsultasi ke dokter spesialis terkait dengan penyebab perdarahan.

Sarana Prasarana

- Oksigen
- Infus set
- Obat antagonis reseptor H₂ atau penghambat pompa proton (PPI)
- Sitoprotektor: sukralfat 3-4x1 gram
- Antasida
- Vitamin K
- EKG

Prognosis

Prognosis untuk kondisi ini adalah dubia, mungkin tidak sampai mengancam jiwa, namun ada fungsi dan sanationam umumnya dubia ad malam.

Referensi

1. Soewondo. Pradana. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid III. Edisi ke 4.* Jakarta: FK UI. 2006: Hal 291-4.

2. *Panduan Pelayanan Medik Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI/RSCM. 2004:Hal 229.
3. Galley, H.F. Webster, N.R. Lawler, P.G.P. Soni, N. Singer, M, *Critical Care*. Focus 9 Gut. London: BMJ Publishing Group. 2002.
4. Elta, G.H. *Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding* in Yamada, T. Alpers, D.H. Kaplowitz, N. Laine, L. Owyang, C. Powell, D.W. Eds. *Text Book of Gastroenterology*. 4th Ed. Philadelphia: Lippincot William & Wilkins. 2003.
5. Rockey, D.C. *Gastrointestinal bleeding* in Feldman, M. Friedman, L.S. Sleisenger, M.H. Eds. *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 7th Ed. Philadelphia: W.B. Saunders. 2002.
6. Gilbert, D.A. Silverstein, F.E. *Acute upper gastrointestinal bleeding* in Sivak, M.V. Ed. *Gastroenterologic endoscopy*. Philadelphia: WB Saunders. 2000.

28. Perdarahan Saluran Makan Bagian Bawah

No. ICPC II: D70 *Gastrointestinal infection*

No. ICD X: K62.5 *Haemorrhage of anus and rectum*

Tingkat Kemampuan:

Daftar Penyakit	Tingkat Kemampuan
Divertikulus/divertikulitis 3A	3A
Hemoroid 1-2	4A
Hemoroid 3-4	3A
Kolitis	3A
Polip/adenoma dan karsinoma kolon	2

Masalah Kesehatan

Perdarahan saluran cerna merupakan masalah yang sering dihadapi. Manifestasinya bervariasi mulai dengan perdarahan masif yang mengancam jiwa hingga perdarahan samar yang tidak dirasakan. Pendekatan pada pasien dengan perdarahan dan lokasi perdarahan saluran cerna adalah dengan menentukan beratnya perdarahan dan lokasi perdarahan. Hematemesis (muntah darah segar atau hitam) menunjukkan perdarahan dari saluran cerna bagian atas, proksimal dari ligamentum Treitz. Melena (tinja hitam, bau khas) biasanya akibat perdarahan saluran cerna bagian atas, meskipun demikian perdarahan dari usus halus atau kolon bagian kanan, juga dapat menimbulkan melena. Hematokezia (perdarahan merah segar) lazimnya menandakan sumber perdarahan dari kolon, meskipun perdarahan dari saluran cerna bagian atas yang banyak juga dapat menimbulkan hematokezia atau feses warna marun.

Perdarahan saluran cerna bagian bawah umumnya didefinisikan sebagai perdarahan yang berasal dari usus di sebelah bawah ligamentum Treitz. Hematokezia diartikan darah segar yang keluar melalui anus dan merupakan manifestasi tersering dari perdarahan saluran cerna bagian bawah.

Melena diartikan sebagai tinja yang berwarna hitam dengan bau yang khas. Melena timbul bilamana hemoglobin dikonversi menjadi hematin atau hemokrom lainnya oleh bakteri setelah 14 jam. Umumnya melena menunjukkan perdarahan di saluran cerna bagian atas atau usus halus, namun demikian melena dapat juga berasal dari perdarahan kolon sebelah kanan dengan perlambatan mobilitas. Tidak semua kotoran hitam ini melena karena bismuth, sarcol, lycorice, obat-obatan yang mengandung besi (obat tambah darah) dapat menyebabkan faeces menjadi hitam. Oleh karena itu dibutuhkan tes guaiac untuk menentukan adanya hemoglobin. Darah samar timbul bilamana ada perdarahan ringan namun tidak sampai mengubah warna tinja/feses. Perdarahan jenis ini dapat diketahui dengan tes guaiac.

Penyebab tersering dari Saluran Cerna Bagian Bawah: Perdarahan divertikel kolon, angiодisplasia dan kolitis iskemik merupakan penyebab tersering dari saluran cerna bagian bawah. Perdarahan saluran cerna bagian bawah yang kronik dan berulang biasanya berasal dari hemoroid dan neoplasia kolon. Tidak seperti halnya perdarahan saluran cerna bagian atas, kebanyakan perdarahan saluran cerna bagian bawah bersifat lambat, intermiten, dan tidak memerlukan perawatan rumah sakit.

Hasil Anamnesis (*Anemnesis*)

Keluhan

Pasien datang dengan keluhan darah segar yang keluar melalui anus (hematokezia) atau dengan keluhan tinja yang berwarna hitam dengan bau yang khas (melena). Umumnya melena menunjukkan perdarahan di saluran cerna bagian atas atau usus halus, namun demikian melena dapat juga berasal dari perdarahan kolon sebelah kanan dengan perlambatan mobilitas. Tidak semua kotoran hitam ini melena karena bismuth, sarcol, lycorice, obat-obatan yang mengandung besi (obat tambah darah) dapat menyebabkan faeces menjadi hitam. Oleh karena itu perlu ditanyakan pada anamnesis riwayat obat-obatan. Perlu ditanyakan keluhan lain untuk mencari sumber perdarahan.

Perdarahan dari divertikulum biasanya tidak nyeri. Tinja biasanya berwarna merah marun, kadang-kadang bisa juga menjadi merah. Umumnya terhenti secara spontan dan tidak berulang, oleh karena itu tidak ada pengobatan khusus yang dibutuhkan oleh para pasien.

Angiodisplasia penyebab 10-40% perdarahan saluran cerna bagian bawah. Angiodisplasia merupakan salah satu penyebab kehilangan darah yang kronik. Jejas di kolon umumnya berhubungan dengan usia lanjut, insufisiensi ginjal, dan riwayat radiasi.

Kolitis iskemik umumnya pasien berusia tua. Dan kadang-kadang dipengaruhi juga oleh sepsis, perdarahan akibat lain, dan dehidrasi.

Penyakit perianal contohnya: hemoroid dan fisura ani biasanya menimbulkan perdarahan dengan warna merah segar tetapi tidak bercampur dengan faeces. Berbeda dengan perdarahan dari varises rectum pada pasien dengan hipertensi portal kadang-kadang bisa mengancam nyawa. Polip dan karsinoma kadang-kadang menimbulkan perdarahan yang mirip dengan yang disebabkan oleh hemoroid oleh karena itu pada perdarahan yang diduga dari hemoroid perlu dilakukan pemeriksaan untuk menyingkirkan kemungkinan polip dan karsinoma kolon. Tumor kolon yang jinak maupun ganas yang biasanya terdapat pada pasien usia lanjut dan biasanya berhubungan dengan ditemukannya perdarahan berulang atau darah samar. Kelainan neoplasma di usus halus relatif jarang namun meningkat pada pasien IBD seperti *Crohn's Disease* atau *celiac sprue*.

Penyebab lain dari Perdarahan Saluran Cerna Bagian Bawah: Kolitis yang merupakan bagian dari IBD, infeksi (*Campilobacter jejuni spp*, *Salmonella spp*, *Shigella spp*, *E. Coli*) dan terapi radiasi, baik akut maupun kronik. Kolitis dapat menimbulkan perdarahan namun biasanya

sedikit sampai sedang. Divertikular Meckel merupakan kelainan kongenital di ileum dapat berdarah dalam jumlah yang banyak akibat dari mukosa yang menghasilkan asam.

Pasien biasanya anak-anak dengan perdarahan segar maupun hitam yang tidak nyeri. Intususepsi menyebabkan kotoran berwarna marun disertai rasa nyeri di tempat polip atau tumor ganas pada orang dewasa.

Pasien dengan perdarahan samar saluran cerna kronik umumnya tidak ada gejala atau kadang hanya rasa lelah akibat anemia. Palpitasi, rasa pusing pada saat berubah posisi, atau sesak napas pada saat olahraga merupakan petunjuk penting ke arah anemia. Sebagian pasien menunjukkan gejala pica atau kebiasaan makan es atau tanah karena defisiensi besi. Dispepsia, nyeri abdomen, hurtburn, atau regurgitasi merupakan petunjuk kemungkinan penyebab dari lambung, sementara penurunan berat badan dan anoreksia berkaitan dengan kemungkinan keganasan. Perdarahan samar saluran cerna yang berulang pada usia lanjut tanpa gejala yang lain sesuai dengan angiodysplasia atau vascular ectasia lainnya.

Nilai dalam anamnesis apakah perdarahan/darah tersebut bercampur dengan feses (seperti terjadi pada kolitis atau lesi di proksimal rektum) atau terpisah/menetes (terduga hemoroid), pemakaian antikoagulan, atau terdapat gejala sistemik lainnya seperti demam lama (tifoid, kolitis infeksi), menurunnya berat badan (kanker), perubahan pola defekasi (kanker), tanpa rasa sakit (hemoroid intema, angiodisplasia), nyeri perut (kolitis infeksi, iskemia mesenterial), tenesmus ani (fisura, disentri). Apakah kejadian ini bersifat akut, pertama kali atau berulang, atau kronik, akan membantu ke arah dugaan penyebab atau sumber perdarahan.

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik yang ditemukan mengarah kepada penyebab perdarahan. Dapat diemukan adanya nyeri abdomen, terabanya massa di abdomen (mengarah pada neoplasma), fissura ani, pada rectal touche: adanya darah pada saat pemeriksaan, adanya massa berupa hemoroid, tumor rectum.

Segera nilai tanda vital, terutama ada tidaknya renjatan atau hipotensi postural (Tilt test). Pemeriksaan fisis abdomen untuk menilai ada tidaknya rasa nyeri tekan (iskemia mesenterial), rangsang peritoneal (divertikulitis), massa intraabdomen (tumor kolon, amuboma, penyakit Crohn). Pemeriksaan sistemik lainnya: adanya artritis (*inflammatory bowel disease*), demam (kolitis infeksi), gizi buruk (kanker), penyakit jantung koroner (kolitis iskemia).

Pada perdarahan samar karena defisiensi besi yang serius biasanya muncul berupa pucat, takikardia, hipotensi postural, dan aktivitas jantung yang hiperdinamik akibat tingginya curah jantung. Temuan lain yang jarang di antaranya papil, edem, tuli, parese, nervus kranial, perdarahan retina, koilonetia, glositis, dan kilosis. Limfadenopati masa hepatosplemegali atau

ikterus merupakan petunjuk ke arah keganasan sementara nyeri epigastrium ditemukan pada penyakit asam lambung. Splenomegali, ikterus atau spider nevi meningkatkan kemungkinan kehilangan darah akibat gastropati hipertensi portal. Beberapa kelainan kulit seperti telangiectasia merupakan petunjuk kemungkinan telangiectasia hemoragik yang hereditas.

Pemeriksaan Penunjang

- Pemeriksaan Darah Perifer Lengkap, Hemostasis Lengkap, Tes Darah Samar, Pemeriksaan Defisiensi Besi.
- Kolonoskopi
- Scintigraphy dan angiografi.
- Pemeriksaan radiografi lainnya: Enema barium.

Penegakan diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Anamnesis yang teliti dan pemeriksaan jasmani yang akurat merupakan data penting untuk menegakkan diagnosis yang tepat.

Diagnosis Banding

1. Haemorhoid
2. Infeksi usus
3. Penyakit usus inflamatorik
4. Divertikulosis
5. Angiodisplasia
6. Tumor kolon

Komplikasi

1. Syok hipovolemik
2. Gagal ginjal akut
3. Anemia karena perdarahan

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Identifikasi dan antisipasi terhadap adanya gangguan hemodinamik harus dilaksanakan secara prima di lini terdepan karena keberhasilannya akan mempengaruhi prognosis.
- Puasa dan Perbaikan hemodinamik
- Resusitasi pada perdarahan saluran cerna bagian bawah yang akut mengikuti protokol yang juga dianjurkan pada perdarahan saluran cerna bagian atas. Dengan langkah awal menstabilkan hemodinamik.

- Oleh karena perdarahan saluran cerna bagian atas yang hebat juga menimbulkan darah segar di anus maka pemasangan NGT (*nasogastric tube*) dilakukan pada kasus-kasus yang perdarahannya kemungkinan dari saluran cerna bagian atas.
- Pemeriksaan laboratorium segera diperlukan pada kasus-kasus yg membutuhkan transfusi lebih 3 unit pack red cell.
- Konsultasi ke dokter spesialis terkait dengan penyebab perdarahan.
- Penatalaksanaan sesuai penyebab perdarahan (Kolonoskopi juga dapat digunakan untuk melakukan ablasi dan reseksi polip yang berdarah atau mengendalikan perdarahan yang timbul pada kanker kolon, Sigmoidoskopi dapat mengatasi perdarahan hemoroid internal dengan ligasi maupun teknik termal, Angiografi Terapeutik, Embolisasi arteri secara selektif dengan polyvinyl alcohol atau mikrokoil. Terapi Bedah.
- Pada beberapa diagnostik (seperti divertikel Meckel atau keganasan) bedah merupakan pendekatan utama setelah keadaan pasien stabil. Bedah emergensi menyebabkan morbiditas dan mortalitas yang tinggi dan dapat memperburuk keadaan klinis. Pada kasus-kasus dengan perdarahan berulang tanpa diketahui sumber perdarahannya maka hemikolektomi kanan atau hemikolektomi subtotal dapat dipertimbangkan dan memberikan hasil yang baik.
- Penatalaksanaan perdarahan samar saluran cerna sangat ditentukan oleh hasil pemeriksaan diagnostik.
- Penyakit peptik diterapi sesuai dengan penyebabnya meliputi pemberian obat supresi asam jangka pendek maupun jangka panjang dan terapi eradikasi infeksi *Helicobacter pylori* bilamana ditemukan.
- Sejumlah lesi premaligna dan polip bertangkai yang maligna dapat diangkat dengan polipektomi. Angiodisplasia dapat diobati dengan kauterisasi melalui endoskopi atau diobati dengan preparat estrogen-progesteron. Gastropati hipertensi portal kadang mengalami perbaikan dengan pemberian obat yang dapat menurunkan hipertensi portal. Bila obat-obatan dianggap sebagai penyebab kehilangan darah tersamar tersebut maka menghentikan penggunaan obat tersebut akan mengatasi anemia.
- Pengobatan infeksi sesuai penyebab
- Beberapa perdarahan saluran cerna bagian bawah dapat diobati secara medikamentosa. Hemoroid fisura ani dan ulkus rektum soliter dapat diobati dengan *bulk-forming agent*, *sitz baths*, dan menghindari mengedan. Salep yang mengandung steroid dan obat supositoria sering digunakan namun manfaatnya masih dipertanyakan.
- Kombinasi estrogen dan progesteron dapat mengurangi perdarahan yang timbul pada pasien yang menderita angiodisplasia. IBD biasanya memberi respon terhadap obat-obatan anti inflamasi. Pemberian formalin intrarektal dapat memperbaiki perdarahan yang timbul pada proktitis radiasi. Respon serupa juga terjadi pada pemberian oksigen hiperbarik.
- Kehilangan darah samar memerlukan suplementasi besi untuk jangka panjang. Pemberian ferrosulfat 325 mg tiga kali sehari merupakan pilihan yang tepat karena murah, mudah, efektif dan dapat ditolerir oleh banyak pasien.

Konseling & Edukasi : Keluarga ikut mendukung untuk menjaga diet dan pengobatan pasien.

Kriteria Rujukan

Konsultasi ke dokter spesialis terkait dengan penyebab perdarahan.

Sarana Prasarana

1. Estrogen progesterone
2. Tablet sulfat ferrous
3. Obat antiinflamasi

Prognosis

Prognosis sangat tergantung pada kondisi pasien saat datang, ada/tidaknya komplikasi, dan pengobatannya. Prognosis secara umum adalah dubia. Quo ad vitam dapat berupa dubia ad malam, namun quo ad functionam dan sanitationam adalah dubia ad malam.

Referensi

1. Abdullah. Murdani, Sudoyo. Aru, W. dkk. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I. Edisi IV*. Jakarta: Pusat Penerbitan Dep. IPD. FKUI.2007.
2. *Panduan Pelayanan Medik Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI/RSCM. 2004.Hal 234.

29. Hemoroid Grade 1-2

No. ICPC II: D95 *Anal fissure/perianal abscess*

No. ICD X: I84 *Haemorrhoids*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Hemoroid adalah pelebaran vena-vena didalam pleksus hemoroidalis.

Hasil Anamnesis(Subjective)

Keluhan

1. Perdarahan pada waktu defekasi, darah berwarna merah segar. Darah dapat menetes keluar dari anus beberapa saat setelah defekasi.
2. Prolaps suatu massa pada waktu defekasi. Massa ini mula-mula dapat kembali spontan sesudah defekasi, tetapi kemudian harus dimasukkan secara manual dan akhirnya tidak dapat dimasukkan lagi.
3. Pengeluaran lendir.

4. Iritasi didaerah kulit perianal.
5. Gejala-gejala anemia (seperti : pusing, lemah, pucat,dll).

Faktor Risiko

1. Penuaan
2. Lemahnya dinding pembuluh darah
3. Wanita hamil
4. Konstipasi
5. Konsumsi makanan rendah serat
6. Peningkatan tekanan intraabdomen
7. Batuk kronik
8. Sering mengedan
9. Penggunaan toilet yang berlama-lama (misal : duduk dalam waktu yang lama di toilet)

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

1. Periksa tanda-tanda anemia.
2. Pemeriksaan status lokalis
 - **Inspeksi:**
 - a. Hemoroid derajat 1, biasanya tidak menunjukkan adanya suatu kelainan diregio anal yang dapat dideteksi dengan inspeksi saja.
 - b. Hemoroid derajat 2, tidak terdapat benjolan mukosa yang keluar melalui anus, akan tetapi bagian hemoroid yang tertutup kulit dapat terlihat sebagai pembengkakan.
 - c. Hemoroid derajat 3 dan 4 yang besar akan segera dapat dikenali dengan adanya massa yang menonjol dari lubang anus yang bagian luarnya ditutupi kulit dan bagian dalamnya oleh mukosa yang berwarna keunguan atau merah.
 - **Palpasi:**
 - a. Hemoroid interna pada stadium awal merupakan pelebaran vena yang lunak dan mudah kolaps sehingga tidak dapat dideteksi dengan palpasi.
 - b. Setelah hemoroid berlangsung lama dan telah prolaps, jaringan ikat mukosa mengalami fibrosis sehingga hemoroid dapat diraba ketika jari tangan meraba sekitar rektum bagian bawah.

Pemeriksaan Penunjang

1. Anoskopi
Untuk menilai hemoroid interna yang tidak menonjol keluar.
2. Proktosigmoidoskopi.
Untuk memastikan bahwa keluhan bukan disebabkan oleh proses radang atau proses keganasan di tingkat tinggi
3. Pemeriksaan darah rutin, bertujuan untuk mengetahui adanya anemia dan infeksi.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

Klasifikasi hemoroid, dibagi menjadi :

1. Hemoroid internal, yang berasal dari bagian proksimal dentate line dan dilapisi mukosa
Hemoroid internal dibagi menjadi 4 grade, yaitu :
 - a. Grade 1: hemoroid mencapai lumen anal kanal
 - b. Grade 2: hemoroid mencapai sfingter eksternal dan tampak pada saat pemeriksaan tetapi dapat masuk kembali secara spontan.
 - c. Grade 3: hemoroid telah keluar dari anal canal dan hanya dapat masuk kembali secara manual oleh pasien.
 - d. Grade 4: hemoroid selalu keluar dan tidak dapat masuk ke anal kanal meski dimasukkan secara manual

2. Hemoroid eksternal, berasal dari bagian dentate line dan dilapisi oleh epitel mukosa yang telah termodifikasi serta banyak persarafan serabut saraf nyeri somatik.

Diagnosis Banding

- a. Kondiloma Akuminata
- b. Proktitis
- c. Rektal prolaps

Komplikasi: -

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan Hemoroid Internal:

1. Hemoroid grade 1
Dilakukan terapi konservatif medis dan menghindari obat-obat anti-inflamasi non-steroid, serta makanan pedas atau berlemak.
2. Hemoroid grade 2 dan 3
Pada awalnya diobati dengan prosedur pembedahan.
3. Hemoroid grade 3 dan 4 dengan gejala sangat jelas
Penatalaksanaan terbaik adalah tindakan pembedahan *hemorrhoidectomy*.
4. Hemoroid grade 4
Hemoroid grade 4 atau dengan jaringan inkarserata membutuhkan konsultasi dan penatalaksanaan bedah yang cepat.
Penatalaksanaan grade 2-3-4 harus dirujuk ke dokter spesialis bedah.

Penatalaksanaan hemorroid eksternal

Hemoroid eksternal umumnya merespon baik dengan melakukan eksisi. Tindakan ini hanya dapat dilakukan oleh dokter spesialis bedah.

Hal lain yang dapat dilakukan adalah mengurangi rasa nyeri dan konstipasi pada pasien hemoroid.

Konseling dan Edukasi:

Melakukan edukasi kepada pasien sebagai upaya pencegahan hemoroid. Pencegahan hemoroid dapat dilakukan dengan cara:

1. Konsumsi serat 25-30 gram perhari. Hal ini bertujuan untuk membuat feses menjadi lebih lembek dan besar, sehingga mengurangi proses mengedan dan tekanan pada vena anus.
2. Minum air sebanyak 6-8 gelas sehari.
3. Mengubah kebiasaan buang air besar. Segerakan ke kamar mandi saat merasa akan buang air besar, jangan ditahan karena akan memperkeras feses. Hindari mengedan.

Kriteria Rujukan: Jika dalam pemeriksaan diperkirakan sudah memasuki grade 2-3-4.

SaranaPrasarana

1. Pencahayaan yang cukup
2. Sarung tangan

Prognosis

Prognosis pada umumnya bonam

Referensi

1. Thornton, Scott. Giebel, John. *Hemorrhoids*. Emedicine. Medscape. Update 12 September 2012.
2. Chong, PS & Bartolo, D.C.C. *Hemorrhoids and Fissure in Ano*. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2008.

30. Hepatitis A

No. ICPC II: D72 *Viral Hepatitis*

No. ICD X: B15 *Acute Hepatitis A*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Hepatitis A adalah sebuah kondisi penyakit infeksi akut di liver yang disebabkan oleh hepatitis A virus (HAV), sebuah virus RNA yang disebarkan melalui rute fecal oral. Periode inkubasi

rata-rata 28 hari (15 – 50 hari). Lebih dari 75% orang dewasa asimtomatik, sedangkan pada anak < 6 tahun 70% asimtomatik. Kurang dari 1% penderita Hepatitis A dewasa berkembang menjadi Hepatitis A fulminan.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

- Demam
- Mata dan kulit kuning
- Penurunan nafsu makan
- Nyeri otot dan sendi
- Lemah, letih, lesu.
- Mual, muntah
- Warna urine seperti teh
- Tinja seperti dempul

Faktor Risiko:

Sering mengonsumsi makanan atau minuman yang kurang terjaga sanitasinya.
Menggunakan alat makan dan minum dari penderita hepatitis.

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

- Febris,
- Sclera ikterik, jaundice,
- Hepatomegali,
- Warna urine seperti teh
- Tinja seperti dempul.

Pemeriksaan Penunjang

- Tes laboratorium urin (bilirubin di dalam urin)
- Pemeriksaan darah : peningkatan kadar bilirubin dalam darah, kadar SGOT dan SGPT \geq 2x nilai normal tertinggi, dilakukan pada fasilitas primer yang lebih lengkap.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

Diagnosis Banding

1. Kolesistitis
2. Abseshepar

3. Sirosishepar
4. Hepatitis virus lainnya

Komplikasi

1. Hepatitis A Fulminan
2. Sirosis Hati
3. Ensefalopati Hepatik
4. Koagulopati

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Asupan kalori dan cairan yang adekuat
- b. Tirah baring
- c. Tata laksana Farmakologi sesuai dengan gejala yang dirasakan oleh pasien:
Antipiretik bila demam; ibuprofen 2x400mg/hari.
Apabila ada keluhan gastrointestinal, seperti:
 - Mual: Antiemetik seperti Metoklopropamid 3x10 mg/hari atau Domperidon 3x10mg/hari.
 - Perut perih dan kembung: H2 Bloker (Simetidin 3x200 mg/hari atau Ranitidin 2x 150mg/hari) atau *Proton Pump Inhibitor* (Omeprazol 1 x 20 mg/hari).

Rencana Tindak Lanjut

Kontrol secara berkala untuk menilai hasil pengobatan.

Konseling & Edukasi

1. Sanitasi dan higiene mampu mencegah penularan virus.
2. Vaksinasi Hepatitis A diberikan kepada orang-orang yang berisiko tinggi terinfeksi.
3. Keluarga ikut menjaga asupan kalori dan cairan yang adekuat, dan membatasi aktivitas fisik pasien selama fase akut.

Kriteria Rujukan

- Penderita Hepatitis A dengan keluhan ikterik yang menetap tanpa disertai keluhan yang lain.
- Penderita Hepatitis A dengan penurunan kesadaran dengan kemungkinan ke arah ensefalopati hepatic.

Sarana Prasarana

1. Laboratorium darah dan urin rutin untuk pemeriksaan fungsi hati
2. Obat Antipiretik, Antiemetik, H2 Bloker atau Proton Pump Inhibitor

Prognosis

Prognosis umumnya adalah bonam.

Referensi

1. Dienstaq, J.L. Isselbacher, K.J. *Acute Viral Hepatitis*. In: Braunwald, E. et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine, 16th Ed.* New York: McGraw-Hill. 2004.
2. Sherlock, S. *Hepatitis B virus and hepatitis delta virus*. In: *Disease of Liver and Biliary System*. Blackwell Publishing Company. 2002: p.285-96.
3. Sanityoso, Andri. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid I. Edisi ke 4. Jakarta: FK UI. 2006: Hal 429-33.
4. Soemohardjo, Soewignjo. Gunawan, Stephanus. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid I. Edisi ke 4. Jakarta: FK UI. 2006:Hal 435-9.
5. *Panduan Pelayanan Medik Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI/RSCM. 2004:Hal 15-17.

31. Hepatitis B

No. ICPC II: D72 *Viral Hepatitis*

No. ICD X: B16 *Acute Hepatitis B*

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Hepatitis B adalah virus yang menyerang hati, masuk melalui darah ataupun cairan tubuh dari seseorang yang terinfeksi seperti halnya virus HIV. Virus ini tersebar luas di seluruh dunia dengan angka kejadian yang berbeda-beda. Tingkat prevalensi hepatitis B di Indonesia sangat bervariasi berkisar 2,5% di Banjarmasin sampai 25,61% di Kupang, sehingga termasuk dalam kelompok negara dengan endemisitas sedang sampai tinggi.

Infeksi hepatitis B dapat berupa keadaan yang akut dengan gejala yang berlangsung kurang dari 6 bulan. Apabila perjalanan penyakit berlangsung lebih dari 6 bulan maka kita sebut sebagai hepatitis kronik (5%). Hepatitis B kronik dapat berkembang menjadi penyakit hati kronik yaitu sirosis hepatis, 10% dari penderita sirosis hepatis akan berkembang menjadi kanker hati (hepatoma).

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

- Umumnya tidak menimbulkan gejala terutama pada anak-anak.
- Gejala baru timbul apabila seseorang telah terinfeksi selama 6 minggu, antara lain:
 - o gangguan gastrointestinal, seperti: malaise, anoreksia, mual dan muntah;

- gejala flu: batuk, fotofobia, sakit kepala, mialgia.
- Gejala prodromal seperti diatas akan menghilang pada saat timbul kuning, tetapi keluhan anoreksia, malaise, dan kelemahan dapat menetap.
- Ikterus didahului dengan kemunculan urin berwarna gelap. Pruritus (biasanya ringan dan sementara) dapat timbul ketika ikterus meningkat. Pada saat badan kuning, biasanya diikuti oleh pembesaran hati yang diikuti oleh rasa sakit bila ditekan di bagian perut kanan atas. Setelah gejala tersebut akan timbul fase resolusi.
- Pada sebagian kasus hepatitis B kronik terdapat pembesaran hati dan limpa.

Faktor Risiko

Setiap orang tidak tergantung kepada umur, ras, kebangsaan, jenis kelamin dapat terinfeksi hepatitis B, akan tetapi faktor risiko terbesar adalah apabila:

1. Mempunyai hubungan kelamin yang tidak aman dengan orang yang sudah terinfeksi hepatitis B.
2. Memakai jarum suntik secara bergantian terutama kepada penyalahgunaan obat suntik.
3. Menggunakan alat-alat yang biasa melukai bersama-sama dengan penderita hepatitis B.
4. Orang yang bekerja pada tempat-tempat yang terpapar dengan darah manusia.
5. Orang yang pernah mendapat transfusi darah sebelum dilakukan pemilahan terhadap donor.
6. Penderita gagal ginjal yang menjalani hemodialisis.
7. Anak yang dilahirkan oleh ibu yang menderita hepatitis B.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

- Konjungtiva ikterus
- pembesaran dan sedikit nyeri tekan pada hati,
- Splenomegali dan limfadenopati pada 15-20% pasien.

Pemeriksaan Penunjang

- Tes laboratorium urin (bilirubin di dalam urin)
- Pemeriksaan darah : peningkatan kadar bilirubin dalam darah, kadar SGOT dan SGPT \geq 2x nilai normal tertinggi, dilakukan pada fasilitas primer yang lebih lengkap.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

Diagnosis Banding

1. Perlemakan hati
2. Penyakit hati oleh karena obat atau toksin
3. Hepatitis autoimun
4. Hepatitis alkoholik
5. Obstruksi akut traktus biliaris

Komplikasi

1. Sirosis Hati
2. Ensefalopati Hepatik
3. Kanker Hati

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

1. Asupan kalori dan cairan yang adekuat
2. Tirah baring
3. Tata laksana Farmakologi sesuai dengan gejala yang dirasakan oleh pasien :
4. Antipiretik bila demam; Paracetamol 500 mg (3-4x sehari)
5. Apabila ada keluhan gastrointestinal seperti:
Mual: Antiemetik seperti Metoklopropamid 3x10 mg/hari atau Domperidon 3x10mg/hari
Perut perih dan kembung: H2 *Blocker* (Simetidin 3x200 mg/hari atau Ranitidin 2x 150mg/hari) atau *Proton Pump Inhibitor* (Omeprazol 1 x 20 mg/hari)

Rencana Tindak Lanjut

Kontrol secara berkala terutama bila muncul kembali gejala kearah penyakit hepatitis.

Konseling & Edukasi

1. Pada hepatitis B kronis karena pengobatan cukup lama, keluarga ikut mendukung pasien agar teratur minum obat.
2. Pada fase akut, keluarga ikut menjaga asupankaloridancairan yang adekuat, dan membatasi aktivitasfisik pasien.
3. Pencegahan penularan pada anggota keluarga dengan modifikasi pola hidup untuk pencegahan transmisi, dan imunisasi.

Kriteria Rujukan

Pasien yang telah terdiagnosis Hepatitis B dirujuk ke pelayanan sekunder (spesialis penyakit dalam)

SaranaPrasarana

1. Laboratorium darah dan urin rutin untuk pemeriksaan fungsi hati
2. Obat Antipiretik, Antiemetik, H2 Bloker atau Proton Pump Inhibitor

Prognosis

Prognosis sangat tergantung pada kondisi pasien saat datang, ada/tidaknya komplikasi, dan pengobatannya. Pada umumnya, prognosis pada hepatitis B adalah dubia, untuk fungsionam dan sanationam dubia ad malam.

Referensi

1. Dienstaq, J.L. Isselbacher, K.J. *Acute Viral Hepatitis*. In: Braunwald, E. et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 16th Ed. McGraw-Hill. New York. 2004.
2. Sherlock, S. *Hepatitis B virus and hepatitis delta virus*. In: *Disease of Liver and Biliary System*. Blackwell Publishing Company. 2002: p.285-96.
3. Sanityoso, Andri. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid I. Edisi ke 4. Jakarta: FK UI. 2006: Hal 429-33.
4. Soemohardjo, Soewignjo. Gunawan, Stephanus. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid I. Edisi ke 4. Jakarta: FK UI. 2006:Hal 435-9.
5. *Panduan Pelayanan Medik Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI/RSCM. 2004. Hal 15-17.

32. Parotitis

No. ICPC II: D83 *Mouth/tounge/lip disease*

No. ICD X: K11.2 *Sialoadenitis*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Parotitis adalah peradanganyang terjadi pada kelenjar saliva atau yang lebih dikenal dengan kelenjar parotis.Kematian akibat penyakit parotitis sangat jarang ditemukan.Parotitis paling sering merupakan bentuk komplikasi dari penyakit yang mendasarinya.

Parotitis Sindrom Sjögren memiliki rasio laki-perempuan 1:9. Parotitis dapat berulang saat masa kecil lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan pada perempuan.

Parotitis viral (gondongan) paling sering terjadi pada anak-anak

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

- Demam
- Pembengkakan pada kelenjar parotis mulai dari depan telinga hingga rahang bawah
- Nyeri terutama saat mengunyah makanan dan mulut terasa kering.

Tanda dan gejala pada penyakit parotitis berdasarkan penyebabnya dibagi menjadi 2 bagian, yaitu:

Parotitis akut

1. Parotitis bakteri akut: bengkak, nyeri pada kelenjar dan demam, mengunyah menambah rasa sakit.
2. Parotitis virus akut(gondong): Nyeri, bengkak pada kelenjar 5-9hari terakhir. Malaise moderat, anoreksia, dan demam.
3. Parotitis tuberkulosis: nyeri tekan, bengkak pada salah satu kelenjar parotid, gejala tuberkulosis dapat ditemukan di beberapa kasus.

Parotitis kronik

1. *Sjogren syndrome*: pembengkakan salah satu atau kedua kelenjar parotis tanpa sebab yang jelas, sering berulang, dan bersifat kronik, mata dan mulut kering.
2. Sarkoidosis: nyeri tekan pada pembengkakan kelenjar parotis.

Faktor Risiko: -

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada kelenjar parotis dapat ditemukan tanda-tanda berupa:

1. Demam
2. Pembengkakan kelenjar parotis
3. Eritema pada kulit.
4. Nyeri tekan di kelenjar parotis.
5. Terdapat air liur purulen.

Pemeriksaan Penunjang—dilakukan di layanan sekunder:

Pemeriksaan laboratorium : untuk menganalisa cairan saliva, dengan dilakukan pemeriksaan anti-SS-A, anti-SS-B, dan faktor reumatoid yang dapat mengetahui adanya penyakit autoimun.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasar anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang.

Diagnosis Banding

- Neoplasma kelenjar saliva
- Pembesaran kelenjar getah bening karena penyebab lain

Komplikasi

1. Infeksi gigi dan karies
2. Infeksi ke kelenjar gonad

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Memberikan informasi selengkapnya kepada pasien / orang tua pasien, dan keluarga mengenai penyakit parotitis. Menjaga kebersihan gigi dan mulut sangat efektif untuk mencegah parotitis yang disebabkan oleh bakteri dan virus.
- Farmakologis:
 - a. Tatalaksana simptomatis sesuai gejala yang dirasakan.
 - b. Antibiotik: Antibiotik spektrum luas dapat diberikan pada kasus parotitis bakteri akut yang disebabkan oleh bakteri.
 - c. Bila kondisi tidak membaik, segera rujuk ke layanan sekunder.

Konseling dan Edukasi

Pendekatan keluarga dapat dilakukan dengan membantu pihak keluarga untuk memahami penyakit parotitis ini, dengan menjelaskan kepada keluarga pentingnya melakukan vaksin parotitis yang dapat mencegah terjadinya penularan penyakit ini.

Kriteria Rujukan

Bila kasus tidak membaik dengan pengobatan adekuat di layanan primer, segera rujuk ke layanan sekunder dengan dokter spesialis anak atau dokter spesialis penyakit dalam.

Sarana Prasarana

Obat antibiotik

Prognosis

Prognosis umumnya bonam, namun sanationam dapat dubia, karena keluhan dapat terjadi berulang.

Referensi

1. Jerry, W. Templer. Arlen, D. Meyers. *Parotitis*. Medscape Reference.
2. Mandel, L. Witek, E.L. Chronic parotitis: diagnosis and treatment. *J Am Dent Assoc*. Dec 2001; 132(12): 1707-11.

33. Askariasis

No. ICPC II: D96 *Worms/ other parasites*

No. ICD X: B77.9 *Ascariasis unspecified*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Askariasis adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh infestasi parasit *Ascaris lumbricoides*. Di Indonesia prevalensi ascariasis tinggi, terutama pada anak. Frekuensinya antara 60-90%. Diperkirakan 807-1,221 juta orang didunia terinfeksi *Ascaris lumbricoides*.

Hasil Anamnesis(*Subjective*)

Keluhan

Nafsu makan menurun, perut membuncit, lemah, pucat, berat badan menurun, mual, muntah.

Gejala Klinis

Gejala yang timbul pada penderita dapat disebabkan oleh cacing dewasa dan larva.

Gangguan karena larva: biasanya terjadi pada saat berada diparu. Pada orang yang rentan terjadi perdarahan kecil pada dinding alveolus dan timbul gangguan pada paru yang disertai dengan batuk, demam, dan eosinofilia. Pada foto thoraks tampak infiltrat yang menghilang dalam waktu 3 minggu. Keadaan ini disebut **sindrom Loeffler**.

Gangguan yang disebabkan cacing dewasa biasanya ringan, dan sangat tergantung dari banyaknya cacing yang menginfeksi di usus. Kadang-kadang penderita mengalami gejala gangguan usus ringan seperti mual, nafsu makan berkurang, diare, atau konstipasi.

Pada infeksi berat, terutama pada anak dapat terjadi malabsorpsi sehingga memperberat keadaan malnutrisi. Efek yang serius terjadi bila cacing-cacing ini menggumpal dalam usus sehingga terjadi obstruksi usus (ileus).

Pada keadaan tertentu cacing dewasa mengembara ke saluran empedu, apendiks, atau ke bronkus dan menimbulkan keadaan gawat darurat sehingga kadang-kadang perlu tindakan operatif.

Faktor Risiko

1. Kebiasaan tidak mencuci tangan.
2. Kurangnya penggunaan jamban.
3. Kebiasaan menggunakan tinja sebagai pupuk.
4. Kebiasaan tidak menutup makanan sehingga dihinggapi lalat

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana(*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan tanda vital
2. Pemeriksaan generalis tubuh: konjungtiva anemis, terdapat tanda-tanda malnutrisi, nyeri abdomen jika terjadi obstruksi.

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk penyakit ini adalah dengan melakukan pemeriksaan tinja secara langsung. Adanya telur dalam tinja memastikan diagnosis Ascariasis.

Penegakan Diagnostik (Assessment)

Diagnosis Klinis

Penegakan diagnosis dilakukan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik dan ditemukannya larva atau cacing dalam tinja.

Diagnosis Banding: jenis kecacingan lainnya

Komplikasi: anemia defisiensi besi

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

Penatalaksanaan

- Memberi pengetahuan kepada masyarakat akan pentingnya kebersihan diri dan lingkungan, antara lain:
 - Kebiasaan mencuci tangan dengan sabun.
 - Menutup makanan.
 - Masing-masing keluarga memiliki jamban keluarga.
 - Tidak menggunakan tinja sebagai pupuk.
 - Kondisi rumah dan lingkungan dijaga agar tetap bersih dan tidak lembab.

- Farmakologis
 - Pirantel pamoat 10 mg /kg BB, dosis tunggal, atau
 - Mebendazol, 500 mg, dosis tunggal, atau
 - Albendazol, 400 mg, dosis tunggal. Tidak boleh diberikan pada ibu hamil.

Pengobatan dapat dilakukan secara perorangan atau secara massal pada masyarakat. Syarat untuk pengobatan massal antara lain :

- a. Obat mudah diterima dimasyarakat
- b. Aturan pemakaian sederhana
- c. Mempunyai efek samping yang minim
- d. Bersifat polivalen, sehingga dapat berkhasiat terhadap beberapa jenis cacing
- e. Harga mudah dijangkau.

Konseling dan Edukasi

Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya menjaga kebersihan diri dan lingkungan, yaitu antara lain:

- a. Masing-masing keluarga memiliki jamban keluarga. Sehingga kotoran manusia tidak menimbulkan pencemaran pada tanah disekitar lingkungan tempat tinggal kita.
- b. Tidak menggunakan tinja sebagai pupuk.
- c. Menghindari kontak dengan tanah yang tercemar oleh tinja manusia.
- d. Menggunakan sarung tangan jika ingin mengelola limbah/sampah.
- e. Mencuci tangan sebelum dan setelah melakukan aktifitas dengan menggunakan sabun.
- f. Kondisi rumah dan lingkungan dijaga agar tetap bersih dan tidak lembab.

Kriteria Rujukan: -

SaranaPrasarana

Laboratorium mikroskopik sederhana untuk pemeriksaan spesimen tinja.

Prognosis

Pada umumnya prognosis adalah bonam, karena jarang menimbulkan kondisi yang berat secara klinis.

Referensi

1. Gandahusada,Srisasi. *Parasitologi Kedokteran*. Edisi ketiga. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. 2000.
2. *Written for World Water Day*. Reviewed by staff and experts from the cluster on Communicable Diseases (CDS) and Water, Sanitation and Health unit (WSH), World Health Organization (WHO).2001.

34. *Cutaneous Larva Migrans*

No. ICPC II:D96 *Worms/other parasites*

No. ICD X:B76.9 *Hookworm disease, unspecified*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Cutaneous Larva Migrans (Creeping Eruption) merupakan kelainan kulit berupa peradangan berbentuk linear atau berkelok-kelok, timbul dan progresif, yang disebabkan oleh invasi larva cacing tambang yang berasal dari anjing dan kucing. Penularan melalui kontak langsung dengan larva.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pasien mengeluh gatal dan panas pada tempat infeksi. Pada awal infeksi, lesi berbentuk papul yang kemudian diikuti dengan lesi berbentuk linear atau berkelok-kelok yang terus menjalar memanjang. Keluhan dirasakan muncul sekitar empat hari setelah terpajan.

Faktor Risiko

Orang yang berjalan tanpa alas kaki, atau yang sering berkontak dengan tanah atau pasir.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik Patognomonis

Lesi awal berupa papul eritema yang menjalar dan tersusun linear atau berkelok-kelok menyerupai benang dengan kecepatan 2 cm per hari.

Predileksi penyakit ini terutama pada daerah telapak kaki, bokong, genital dan tangan.



Gambar13. Cutaneous Larva Migrans

Sumber: <http://health.allrefer.com/pictures-images/cutaneous-larva-migrans.html>

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang khusus tidak ada.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan Pemeriksaan Fisik.

Diagnosis Banding

1. Dermatofitosis
2. Dermatitis
3. Dermatitis

Komplikasi

Dapat terjadi infeksi sekunder.

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Memodifikasi gaya hidup dengan menggunakan alas kaki dan sarung tangan pada saat melakukan aktifitas yang berkontak dengan tanah, seperti berkebun dan lain-lain.
- Terapi farmakologi dengan: Tiabendazol 50mg/kgBB/hari, 2x sehari, selama 2 hari; atau Albendazol 400 mg sekali sehari, selama 3 hari.
- Untuk mengurangi gejala pada penderita dapat dilakukan penyemprotan Etil Klorida pada lokasi lesi, namun hal ini tidak membunuh larva.
- Bila terjadi infeksi sekunder, dapat diterapi sesuai dengan tatalaksana pioderma.

Konseling & Edukasi

Edukasi pasien dan keluarga untuk pencegahan penyakit dengan menjaga kebersihan diri.

Kriteria rujukan

Pasien dirujuk apabila dalam waktu 8 minggu tidak membaik dengan terapi.

Sarana Prasarana

Lup

Prognosis

Prognosis umumnya bonam. Penyakit ini bersifat *self-limited*, karena sebagian besar larva mati dan lesi membaik dalam 2-8 minggu, jarang hingga 2 tahun.

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

35. Penyakit Cacing Tambang

No. ICPC II:D96 *Worms/other parasites*

No. ICD X: B76.0 Ankylostomiasis

B76.1 Necatoriasis

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Penyakit cacing tambang adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh infestasi parasit *Necator americanus* dan *Ancylostoma duodenale*. Hospes parasit ini adalah manusia, cacing ini menyebabkan nekatoriasis dan ankilostomiasis. Diperkirakan sekitar 576 – 740 juta orang di dunia terinfeksi dengan cacing tambang. Di Indonesia insiden tertinggi ditemukan terutama di daerah pedesaan khususnya perkebunan. Seringkali golongan pekerja perkebunan yang langsung berhubungan dengan tanah, mendapat infeksi lebih dari 70%.

Hasil Anamnesis(Subjective)

Keluhan

Pada infestasi ringan cacing tambang umumnya belum menimbulkan gejala. Namun bila infestasi tersebut sudah berlanjut sehingga menimbulkan banyak kehilangan darah, maka akan menimbulkan gejala seperti pucat dan lemas.

Faktor Risiko

1. Kurangnya penggunaan jamban keluarga.
2. Kebiasaan menggunakan tinja sebagai pupuk.
3. Tidak menggunakan alas kaki saat bersentuhan dengan tanah.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana(Objective)

Gejala dan tanda klinis infestasi cacing tambang bergantung pada jenis spesies cacing, jumlah cacing, dan keadaan gizi penderita.

Pemeriksaan Fisik

1. Konjungtiva pucat
2. Perubahan pada kulit (telapak kaki) bila banyak larva yang menembus kulit, disebut sebagai *ground itch*.

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan mikroskopik pada tinja segar ditemukan telur dan atau larva.

Penegakan Diagnostik(Assessment)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

Klasifikasi:

- Nekatoriasis
- Ankilostomiasis

Diagnosis Banding: -

Komplikasi: anemia, jika menimbulkan perdarahan.

Penatalaksanaan Komprehensif(Plan)

Penatalaksanaan

- Memberi pengetahuan kepada masyarakat akan pentingnya kebersihan diri dan lingkungan, antara lain:
 - Masing-masing keluarga memiliki jamban keluarga.
 - Tidak menggunakan tinja sebagai pupuk
 - Menggunakan alas kaki, terutama saat berkontak dengan tanah.
- Farmakologis
 - Pemberian pirantel pamoat selama 3 hari, atau
 - Mebendazole 500mg dosis tunggal atau 100mg, 2x sehari, selama 3 hari, atau
 - Albendazole 400mg, dosis tunggal, tidak diberikan pada wanita hamil.
 - Sulfasferosus

Konseling dan Edukasi

Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya menjaga kebersihan diri dan lingkungan, yaitu antara lain:

- Sebaiknya masing-masing keluarga memiliki jamban keluarga. Sehingga kotoran manusia tidak menimbulkan pencemaran pada tanah disekitar lingkungan tempat tinggal kita.
- Tidak menggunakan tinja sebagai pupuk.
- Menghindari kontak dengan tanah yang tercemar oleh tinja manusia.
- Menggunakan sarung tangan jika ingin mengelola limbah/sampah.
- Mencuci tangan sebelum dan setelah melakukan aktifitas dengan menggunakan sabun.
- Menggunakan alas kaki saat berkontak dengan tanah.

Kriteria Rujukan: -

SaranaPrasarana

1. Laboratorium mikroskopis sederhana untuk pemeriksaan specimen tinja.
2. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan darah rutin.

Prognosis

Penyakit ini umumnya memiliki prognosis bonam, jarang menimbulkan kondisi klinis yang berat, kecuali terjadi perdarahan dalam waktu yang lama sehingga terjadi anemia.

Referensi

1. Gandahusada, Srisasi. Parasitologi Kedokteran. Edisi ketiga. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. 2000.
2. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 424 tahun 2006 tentang Pedoman Pengendalian Cacingan. Depkes. 2006.

36. Skistosomiasis

No. ICPC II: D96 *Worm/outer parasite*

No. ICD X: B65.9 *Skistosomiasis unspecified*

B65.2 *Schistosomiasis due to S. japonicum*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Schistosoma adalah salah satu penyakit infeksi parasit yang disebabkan oleh cacing trematoda dari genus schistosoma (*blood fluke*). Terdapat tiga spesies cacing trematoda utama yang menjadi penyebab skistosomiasis yaitu *Schistosoma japonicum*, *schistosoma haematobium* dan *schistosoma mansoni*. Spesies yang kurang dikenal yaitu *Schistosoma mekongi* dan *Schistosoma intercalatum*. Di Indonesia spesies yang paling sering ditemukan adalah *Schistosoma japonicum* khususnya di daerah lembah Napu dan sekitar danau Lindu di Sulawesi Tengah. Untuk menginfeksi manusia, *Schistosoma* memerlukan keong sebagai *intermediate host*. Penularan *Schistosoma* terjadi melalui serkaria yang berkembang dari host dan menembus kulit pasien dalam air. Skistosomiasis terjadi karena reaksi imunologis terhadap telur cacing yang terperangkap dalam jaringan.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

1. Pada fase akut, pasien biasanya datang dengan keluhan demam, nyeri kepala, nyeri tungkai, urtikaria, bronchitis, nyeri abdominal. Biasanya terdapat riwayat terpapar dengan air misalnya danau atau sungai 4-8 minggu sebelumnya, yang kemudian berkembang menjadi ruam kemerahan (*pruritic rash*)
2. Pada fase kronis, keluhan pasien tergantung pada letak lesi misalnya:
 - Buang air kecil darah (hematuria), rasa tak nyaman hingga nyeri saat berkemih, disebabkan oleh *urinary schistosomiasis* biasanya disebabkan oleh *S. haematobium*.
 - nyeri abdomen dan diare berdarah biasanya disebabkan oleh intestinal skistosomiasis oleh biasanya disebabkan oleh *S. mansoni*, *S. Japonicum* juga *S. Mekongi*.
 - Pembesaran perut, kuning pada kulit dan mata disebabkan oleh *hepatosplenic schistosomiasis* yang biasanya disebabkan oleh *S. Japonicum*.

Faktor Risiko:

Orang-orang yang tinggal atau datang berkunjung ke daerah endemik di sekitar lembah Napu dan Lindu, Sulawesi Tengah dan mempunyai kebiasaan terpajan dengan air, baik di sawah maupun danau di wilayah tersebut.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

- Pada skistosomiasis akut dapat ditemukan:
 - Limfadenopati
 - Hepatosplenomegaly
 - Gatal pada kulit
 - Demam
 - Urtikaria
 - Buang air besar berdarah (bloody stool)
- Pada skistosomiasis kronik bisa ditemukan:
 - Hipertensi portal dengan distensi abdomen, hepatosplenomegaly
 - Gagal ginjal dengan anemia dan hipertensi
 - Gagal jantung dengan gagal jantung kanan
 - Intestinal polyposis
 - Ikterus

Pemeriksaan Penunjang

Penemuan telur cacing pada spesimen tinja dan pada sedimen urin.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisis dan juga penemuan telur cacing pada pemeriksaan tinja dan juga sedimen urine.

Diagnosis Banding: -

Komplikasi:

1. Gagal ginjal
2. Gagal jantung

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Pengobatan diberikan dengan dua tujuan yakni untuk menyembuhkan pasien atau meminimalkan morbiditas dan mengurangi penyebaran penyakit

- Prazikuantel adalah obat pilihan yang diberikan karena dapat membunuh semua spesies *Schistosoma*. Walaupun pemberian single terapi sudah bersifat kuratif, namun pengulangan setelah 2 sampai 4 minggu dapat meningkatkan efektifitas pengobatan. Pemberian prazikuantel dengan dosis sebagai berikut:

Tabel 20. Dosis prazikuantel

Spesies Schistosoma	Dosis Prazikuantel
<i>S. mansoni</i> , <i>S. haematobium</i> , <i>S. intercalatum</i>	40 mg/kg badan per hari oral dan dibagi dalam dua dosis perhari
<i>S. japonicum</i> , <i>S. mekongi</i>	60 mg/kg berat badan per hari oral dan dibagi dalam tiga dosis perhari

Rencana Tindak Lanjut

- Setelah 4 minggu dapat dilakukan pengulangan pengobatan.
- Pada pasien dengan telur cacing positif dapat dilakukan pemeriksaan ulang setelah satu bulan untuk memantau keberhasilan pengobatan.

Konseling dan Edukasi

1. Hindari berenang atau menyelam di danau atau sungai di daerah endemik skistosomiasis.
2. Minum air yang sudah dimasak untuk menghindari penularan lewat air yang terkontaminasi.

Kriteria Rujukan

Pasien yang didiagnosis dengan skistosomiasis(kronis) disertai komplikasi.

SaranaPrasarana

Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan tinja dan sedimen urine (pada *S.haematobium*)

Prognosis

Pada skistosomiasis akut, prognosis adalah dubia ad bonam, sedangkan yang kronis, prognosis menjadi dubia ad malam.

Referensi

1. Gandahusada,Srisasi. Parasitologi Kedokteran. Edisi ketiga. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. 2000.
2. CDC.*Schistosomiasis*. Available from <http://www.cdc.gov/parasites/schistosomiasis> (Cited on 2013 July 25)
3. WHO. *Schistosomiasis*. Available from <http://www.who.int/topics/shcistosomiasis/end/> (Cited on 2013 July 25)

4. Kayser HF, Bienz KA, Eckert J, Zinkernagel RM. *Schistosoma* in Medical Microbiology. Thieme. Stuttgart. 2005.

37. Strongiloidiasis

No. ICPC II : D96 *Worms/other parasites*

No. ICD X : B78.9 Strongyloidiasis

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Strongyloidiasis adalah penyakit kecacingan yang disebabkan oleh *Strongyloides stercoralis*, cacing yang biasanya hidup di kawasan tropic dan subtropik. Sekitar 300 juta orang diperkirakan terkena penyakit ini di seluruh dunia. Infeksi cacing ini bisa menjadi sangat berat dan berbahaya pada mereka yang immunokompromais.

Hasil Anamnesis(*Subjective*)

Keluhan

Pada infestasi ringan *Strongyloides* pada umumnya tidak menimbulkan gejala khas.

Gejala klinis

- Rasa gatal pada kulit.
- Pada infeksi sedang dapat menimbulkan gejala seperti ditusuk-tusuk didaerah epigastrium dan tidak menjalar.
- Mual
- Muntah
- Diare dan konstipasi saling bergantian

Faktor Risiko

1. Kurangnya penggunaan jamban.
2. Tanah yang terkontaminasi dengan tinja yang mengandung larva *Strongyloides stercoralis*.
3. Penggunaan tinja sebagai pupuk.
4. Tidak menggunakan alas kaki saat bersentuhan dengan tanah.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana(*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

1. Timbul kelainan pada kulit “*creeping eruption*” berupa papul eritema yang menjalar dan tersusun linear atau berkelok-kelok meyerupai benang dengan kecepatan 2 cm per hari. Predileksi penyakit ini terutama pada daerah telapak kaki, bokong, genital dan tangan.
2. Pemeriksaan generalis: nyeri epigastrium

Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium mikroskopik: menemukan larva rabditiform dalam tinja segar, atau menemukan cacing dewasa *Strongyloides stercoralis*.
2. Pemeriksaan laboratorium darah: dapat ditemukan eosinofilia atau hipereosinofilia, walaupun pada banyak kasus jumlah sel eosinofilia normal.

Penegakan Diagnostik(Assessment)

Diagnosis Klinis

Penegakan diagnosis dilakukan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik dan ditemukannya larva atau cacing dalam tinja.

Diagnosis Banding: -

Komplikasi: -

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

Penatalaksanaan

- Menjaga kebersihan diri dan lingkungan, antara lain:
 - Menggunakan jamban keluarga.
 - Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan aktifitas.
 - Menggunakan alas kaki.
 - Hindari penggunaan pupuk dengan tinja.
- Farmakologi
 - Pemberian albendazol menjadi terapi pilihan saat ini dengan dosis 400 mg, 1-2 x sehari, selama 3 hari, atau
 - Mebendazol 100 mg, 3 x sehari, selama 2 atau 4 minggu.

Konseling & Edukasi

Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya menjaga kebersihan diri dan lingkungan, yaitu antara lain:

- a. Sebaiknya setiap keluarga memiliki jamban keluarga.
- b. Menghindari kontak dengan tanah yang tercemar oleh tinja manusia.
- c. Menggunakan sarung tangan jika ingin mengelola limbah/sampah.
- d. Mencuci tangan sebelum dan setelah melakukan aktifitas dengan menggunakan sabun.
- e. Menggunakan alas kaki.

Kriteria Rujukan: -

Pasien strongyloidiasis dengan keadaan imunokompromais seperti penderita AIDS

SaranaPrasarana

Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan darah dan feses.

Prognosis

Pada umumnya prognosis penyakit ini adalah bonam, karena jarang menimbulkan kondisi klinis yang berat.

Referensi

1. Gandahusada,Srisasi. *Parasitologi Kedokteran*. Edisi ketiga. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. 2000
2. Chandrasekar PH, *Strongyloidiasis*. E-medicine Medscape article. 2013 Mar 8 update.

38. Taeniasis

No. ICPC II : D96 *Worms/other parasites*

No. ICD X : B68.9 *Taeniasis*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Taeniasis adalah penyakit zoonosis parasiter yang disebabkan oleh cacing pita yang tergolong dalam genus *Taenia* (*Taenia saginata*, *Taenia solium*, dan *Taenia asiatica*) pada manusia.

Taenia saginata adalah cacing yang sering ditemukan di negara yang penduduknya banyak makan daging sapi/kerbau. Infeksi lebih mudah terjadi bila cara memasak daging setengah matang.

Taenia solium adalah cacing pita yang ditemukan di daging babi. Penyakit ini ditemukan pada orang yang biasa memakan daging babi khususnya yang diolah tidak matang. Ternak babi yang tidak dipelihara kebersihannya, dapat berperan penting dalam penularan cacing *Taenia solium*.

Hasil Anamnesis(Subjective)

Keluhan

Gejala klinis taeniasis sangat bervariasi dan tidak khas. Sebagian kasus tidak menunjukkan gejala (asimtomatis). Gejala klinis dapat timbul sebagai akibat iritasi mukosa usus atau toksin yang dihasilkan cacing. Gejala tersebut antara lain:

1. Rasa tidak enak pada lambung
2. Mual
3. Badan lemah
4. Berat badan menurun
5. Nafsu makan menurun
6. Sakit kepala
7. Konstipasi
8. Pusing
9. Pruritus ani
10. Diare

Faktor Risiko

1. Mengonsumsi daging yang dimasak setengah matang/mentah, dan mengandung larva sistiserkosis.
2. Higiene yang rendah dalam pengolahan makanan bersumber daging.
3. Ternak yang tidak dijaga kebersihan kandang dan makanannya.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana(*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan tanda vital.
2. Pemeriksaan generalis: nyeri ulu hati, ileus juga dapat terjadi jika strobila cacing membuat obstruksi usus.

Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium mikroskopik dengan menemukan telur dalam spesimen tinja segar.
2. Secara makroskopik dengan menemukan proglotid pada tinja
3. Pemeriksaan laboratorium darah tepi: dapat ditemukan eosinofilia, leukositosis, LED meningkat.

Penegakan Diagnostik(*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

Diagnosis Banding:-

Komplikasi: Sistiserkosis

Penatalaksanaan Komprehensif(*Plan*)

Penatalaksanaan

- Menjaga kebersihan diri dan lingkungan, antara lain:
 - Mengolah daging sampai matang dan menjaga kebersihan hewan ternak.
 - Menggunakan jamban keluarga.
- Farmakologi:
 - Pemberian albendazol menjadi terapi pilihan saat ini dengan dosis 400 mg, 1-2 x sehari, selama 3 hari, atau
 - Mebendazol 100 mg, 3 x sehari, selama 2 atau 4 minggu.

Konseling & Edukasi

Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya menjaga kebersihan diri dan lingkungan, yaitu antara lain:

- a. Mengolah daging sampai matang dan menjaga kebersihan hewan ternak
- b. Sebaiknya setiap keluarga memiliki jamban keluarga.

Kriteria Rujukan

Bila ditemukan tanda-tanda yang mengarah pada sistiserkosis

SaranaPrasarana

Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan darah dan feses.

Prognosis

Prognosis pada umumnya bonam kecuali jika terdapat komplikasi berupa sistiserkosis

Referensi

- 1) Gandahusada,Srisasi. *Parasitologi Kedokteran*. Edisi ketiga. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. 2000.
- 2) Keputusan Menteri Kesehatan No. 424/Menkes/SK/VI/2006 tentang *Pedoman Pengendalian Kecacingan*. Depkes. 2006.

39. Peritonitis

No. ICPC II: D99 *Disease digestive system, other*

No. ICD X: K65.9 *Peritonitis, unspecified*

Tingkat Kemampuan: 3B

Masalah Kesehatan

Peritonitis adalah inflamasi dari peritoneum (lapisan serosa yang menutupi rongga abdomen dan organ-organ abdomen di dalamnya). Peritonitis dapat disebabkan oleh kelainan di dalam abdomen berupa inflamasi dan penyulitnya misalnya perforasi apendisitis, perforasi tukak lambung, perforasi tifus abdominalis. Ileus obstruktif dan perdarahan oleh karena perforasi organ berongga karena trauma abdomen.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

- Nyeri hebat pada abdomen yang dirasakan terus-menerus selama beberapa jam, dapat hanya di satu tempat ataupun tersebar di seluruh abdomen. Intensitas nyeri semakin kuat saat penderita bergerak seperti jalan, bernafas, batuk, atau mengejan.
- Bila telah terjadi peritonitis bakterial, suhu badan penderita akan naik dan terjadi takikardia, hipotensi dan penderita tampak letargik dan syok.
- Mual dan muntah timbul akibat adanya kelainan patologis organ visera atau akibat iritasi peritoneum.
- Kesulitan bernafas disebabkan oleh adanya cairan dalam abdomen, yang dapat mendorong diafragma.

Faktor Risiko:

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

- Pasien tampak letargik dan kesakitan
- Dapat ditemukan adanya demam
- Distensi abdomen disertai nyeri tekan dan nyeri lepas abdomen
- Adanya defans muskular
- Hipertimpani pada perkusi abdomen
- Pekak hati dapat menghilang akibat udara bebas di bawah diafragma
- Bising usus menurun atau menghilang
- Rigiditas abdomen atau sering disebut 'perut papan', terjadi akibat kontraksi otot dinding abdomen secara volunter sebagai respon/antisipasi terhadap penekanan pada dinding abdomen ataupun involunter sebagai respon terhadap iritasi peritoneum.
- Pada *rectal toucher* akan terasa nyeri di semua arah, dengan tonus muskulus sfingter ani menurun dan ampula rekti berisi udara.

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang tidak dilakukan di layanan primer untuk menghindari keterlambatan dalam melakukan rujukan.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasar anamnesis dan pemeriksaan fisik dari tanda-tanda khas yang ditemukan pada pasien.

Diagnosis Banding: -

Komplikasi

1. Septikemia
2. Syok

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Pasien segera dirujuk setelah penegakan diagnosis dan penatalaksanaan awal seperti berikut:

- Memperbaiki keadaan umum pasien
- Pasien puasa
- Dekompresi saluran cerna dengan pipa nasogastrik atau intestinal
- Penggantian cairan dan elektrolit yang hilang yang dilakukan secara intravena
- Pemberian antibiotik spektrum luas intravena.
- Tindakan-tindakan menghilangkan nyeri dihindari untuk tidak menyamarkan gejala

Pemeriksaan penunjang lanjutan

Pemeriksaan lainnya untuk persiapan operasi.

Kriteria Rujukan

Rujuk ke fasilitas kesehatan sekunder yang memiliki dokter spesialis bedah.

SaranaPrasarana

Tidak ada sarana prasarana khusus

Prognosis

Prognosis untuk peritonitis adalah dubia ad malam.

Referensi

1. Wim de jong. Sjamsuhidayat, R. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi 3. Jakarta: EGC. 2011.
2. Schwartz. Shires. Spencer. *Peritonitis dan Abses Intraabdomen dalam Intisari Prinsip – Prinsip Ilmu Bedah*. Edisi 6. Jakarta: EGC. 2000.
3. Rasad, S. Kartoleksono, S. Ekayuda, I. *Abdomen Akut, dalam Radiologi Diagnostik*. Jakarta: Gaya Baru. 1999.

4. Schrock, T.R. *Peritonitis dan Massa abdominal dalam IlmuBedah. Ed7.*Alih bahasa dr. Petrus Lukmanto. Jakarta: EGC. 2000.

40. Kolesistitis

No. ICPC II: D98 *Cholecystitis/cholelithiasis*

No. ICD X: K81.9 *Cholecystitis, unspecified*

Tingkat Kemampuan: 3B

Masalah Kesehatan

Kolesistitis adalah reaksi inflamasi akut atau kronisdinding kandung empedu. Faktor yang mempengaruhi timbulnya serangan kolesistitis adalah stasis cairan empedu, infeksi kuman dan iskemia dinding kandung empedu. Penyebab utama kolesistitis akut adalah batu kandung empedu (90%) yang terletak di duktus sistikus yang menyebabkan stasis cairan empedu.

Kolesistitis akut tanpa batu merupakan penyakit yang serius dan cenderung timbul setelah terjadinyacedera,pembedahan, luka bakar, sepsis, penyakit-penyakit yang parah (terutama penderita yang menerima makanan lewat infus dalam jangka waktu yang lama).

Kolesistitis kronis adalah peradangan menahun dari dinding kandung empedu, yang ditandai dengan serangan berulang dari nyeri perut yang tajam dan hebat. Penyakit ini lebih sering terjadi pada wanita dan angka kejadiannya meningkat pada usia diatas 40 tahun.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan:

Kolesistitis akut:

- Demam
- kolik perut di sebelah kanan atas atau epigastrium dan teralihkan ke bawah angulus scapula dexter, bahu kanan atau yang ke sisi kiri, kadang meniru nyeri angina pectoris, berlangsung 30-60 menit tanpa peredaan, berbeda dengan spasme yang cuma berlangsung singkat pada kolik bilier.
- Serangan muncul setelah konsumsi makanan besar atau makanan berlemak di malam hari malam.
- Flatulens dan mual

Kolesistitis kronik :

- Gangguan pencernaan menahun

- Serangan berulang namun tidak mencolok.
- Mual, muntah dan tidak tahan makanan berlemak
- Nyeri perut yang tidak jelas (samar-samar) disertai dengan sendawa.

Faktor risiko

Adanya riwayat kolesistitis akut sebelumnya.

Hasil Pemeriksaan dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

- Ikterik bila penyebab adanya batu di saluran empedu ekstrahepatik
- Teraba massa kandung empedu
- Nyeri tekan disertai tanda-tanda peritonitis lokal, tanda murphy positif

Pemeriksaan Penunjang

- Leukositosis

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium.

Diagnosis Banding

1. Angina pectoris
2. Appendisitis akut
3. Ulkus peptikum perforasi
4. Pankreatitis akut

Komplikasi

1. Gangren atau empiema kandung empedu
2. Perforasi kandung empedu
3. Peritonitis umum
4. Abses hati

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Pasien yang telah terdiagnosis kolesistitis dirujuk kefasilitas kesehatan sekunder yang memiliki dokter spesialis penyakit dalam. Penanganan di layanan primer, yaitu:

1. Tirah baring

2. Puasa
3. Pasang infus
4. Pemberian antibiotik:
 - Golongan penisilin: ampisilin injeksi 500mg/6jam dan amoksilin 500mg/8jam IV, atau
 - Sefalosporin: Cefriaxon 1 gram/ 12 jam, cefotaxime 1 gram/8jam, atau
 - Metronidazol 500mg/8jam

Konseling & Edukasi

Keluarga diminta untuk ikut mendukung pasien untuk menjalani diet rendah lemak dan menurunkan berat badan.

Rencana Tindak Lanjut

1. Pada pasien yang pernah mengalami serangan kolesistitis akut dan kandung empedunya belum diangkat kemudian mengurangi asupan lemak dan menurunkan berat badannya harus dilihat apakah terjadi kolesistitis akut berulang.
2. Perlu dilihat ada tidak indikasi untuk dilakukan pembedahan.

Kriteria rujukan

Pasien yang telah terdiagnosis kolesistitis dirujuk ke spesialis penyakit dalam, sedangkan bila terdapat indikasi untuk pembedahan pasien dirujuk pula ke spesialis bedah.

Sarana Prasarana

Obat-obatan

Prognosis

Prognosis umumnya dubia ad bonam, tergantung komplikasi dan beratnya penyakit.

Referensi

1. Soewondo, P. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid III. Edisi ke 4. Jakarta: FK UI. 2006: Hal 1900-2.
2. *Panduan Pelayanan Medik Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI/RSCM. 2004: Hal 240.