

III.8. MUSKULOSKELETAL

65. Fraktur Terbuka

No. ICPC II:L76 *fracture other*

No. ICD X: T14. Fracture of unspecified body

Tingkat Kemampuan: 3B

Masalah Kesehatan

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang, tulang rawan sendi, tulang rawan epifisis baik yang bersifat total maupun parsial.

Fraktur terbuka adalah suatu fraktur dimana terjadi hubungan dengan lingkungan luar melalui kulit sehingga terjadi kontaminasi bakteri sehingga timbul komplikasi berupa infeksi.

Hasil Anamnesis(*Subjective*)

Keluhan

1. Adanya patah tulang terbuka setelah terjadinya trauma
2. Nyeri
3. Sulit digerakkan
4. Deformitas
5. Bengkak
6. Perubahan warna
7. Gangguan sensibilitas
8. Kelemahan otot

Faktor Risiko: -

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

1. Inspeksi (*look*)

Adanya luka terbuka pada kulit yang dapat berupa tusukan tulang yang tajam keluar menembus kulit atau dari luar oleh karena tertembus, misalnya oleh peluru atau trauma langsung dengan fraktur yang terpapar dengan dunia luar.

2. Palpasi (*feel*)

- Robekan kulit yang terpapar dunia luar
- Nyeri tekan
- Terabanya jaringan tulang yang menonjol keluar

- Adanya deformitas
 - Panjang anggota gerak berkurang dibandingkan sisi yang sehat
3. Gerak (*move*)
- Umumnya tidak dapat digerakkan

Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan radiologi, berupa:
 - a. Foto polos:
Umumnya dilakukan pemeriksaan dalam proyeksi AP dan lateral
 - b. Pemeriksaan radiologi lainnya sesuai indikasi dapat dilakukan pemeriksaan berikut, antara lain: *radioisotope scanning* tulang, tomografi, artrografi, CT-scan, dan MRI
2. Pemeriksaan darah rutin dan golongan darah, untuk menilai kebutuhan penambahan darah, memantau tanda-tanda infeksi.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis klinis

Diagnosis ditegakkan berdasar anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang.

Klasifikasi

Fraktur terbuka dibagi menjadi tiga kelompok:

1. Grade I

- Fraktur terbuka dengan luka kulit kurang dari 1 cm dan bersih
- Kerusakan jaringan minimal, frakturnya simple atau oblique dan sedikit kominutif.

2. Grade II

- Fraktur terbuka dengan luka robek lebih dari 1 cm, tanpa ada kerusakan jaringan lunak,
- Flap kontusio avulsi yang luas serta fraktur kominutif sedang dan kontaminasi sedang.

3. Grade III

Fraktur terbuka segmental atau kerusakan jaringan lunak yang luas atau amputasi *traumatic*, derajat kontaminasi yang berat dan trauma dengan kecepatan tinggi.

Fraktur grade III dibagi menjadi tiga, yaitu:

- a. **Grade IIIa:** Fraktur segmental atau sangat kominutif penutupan tulang dengan jaringan lunak cukup adekuat.
- b. **Grade IIIb:** Trauma sangat berat atau kehilangan jaringan lunak yang cukup luas, terkelupasnya daerah *periosteum* dan tulang tampak terbuka, serta adanya kontaminasi yang cukup berat.
- c. **Grade IIIc:** Fraktur dengan kerusakan pembuluh darah.

Diagnosis Banding: -

Komplikasi

1. Perdarahan, syok septik sampai kematian
2. Septikemia, toksemia oleh karena infeksi piogenik
3. Tetanus
4. Gangren
5. Perdarahan sekunder
6. Osteomyelitis kronik
7. Delayed union
8. Nonunion dan malunion
9. Kekakuan sendi
10. Komplikasi lain oleh karena perawatan yang lama

Penatalaksanaan Komprehensif(*Plan*)

Prinsip penanganan fraktur terbuka

1. Semua fraktur terbuka dikelola secara emergensi.
2. Lakukan penilaian awal akan adanya cedera lain yang dapat mengancam jiwa.
3. Lakukan irigasi luka
4. Lakukan stabilisasi fraktur
5. Pasang cairan dan berikan antibiotika intravena yang sesuai dan adekuat misalnya setriakson dan segera rujuk ke layanan sekunder.

Penatalaksanaan

1. Pembersihan terhadap luka fraktur, dengan cara irigasi dengan NaCl fisiologis secara mekanis untuk mengeluarkan benda asing yang melekat.
2. Balut luka untuk menghentikan perdarahan, pada fraktur dengan tulang menonjol keluar sedapat mungkin dihindari memasukkan komponen tulang tersebut kembali ke dalam luka.
3. Fraktur dengan luka yang berat memerlukan suatu traksi skeletal. Fraktur grade II dan III sebaiknya difiksasi dengan fiksasi eksterna. Alat sederhana yang bisa digunakan dalam
4. Pemberian antibiotika: merupakan cara efektif mencegah terjadinya infeksi pada fraktur terbuka. Antibiotika yang diberikan sebaiknya dengan dosis yang besar. Untuk fraktur terbuka antibiotika yang dianjurkan adalah golongan *cephalosporin*, dan dikombinasi dengan golongan aminoglikosida.
5. Pencegahan tetanus: Semua penderita dengan fraktur terbuka perlu diberikan pencegahan tetanus. Pada penderita yang telah mendapat imunisasi aktif cukup dengan pemberian toksoid tapi bagi yang belum, dapat diberikan 250 unit tetanus imunoglobulin (manusia).
Pasien segera dirujuk setelah kondisi lebih stabil.

Kriteria Rujukan

Langsung dirujuk dengan tetap mengawasi tanda vital dan memberikan penanganan awal.

Sarana Prasarana

1. Alat untuk memeriksa tanda vital (tensi, stetoskop, thermometer)
2. Meteran
3. Perban
4. Spalk

Prognosis

Prognosis quo ad fungsionam adalah dubia ad bonam, tergantung pada kecepatan dan ketepatan tindakan yang dilakukan.

Referensi

1. Schaller, T.M. Calhoun, J.H. *Open Fracture*. E-medicine. Medscape. Update 21 May. 2011.
2. Chairuddin, R. *Pengantar Ilmu Bedah Ortopedi. Fraktur Terbuka*. Edisi 3. Jakarta: PT Yarsif Watampone. 2007. Hal: 332 - 334.

66. Fraktur Tertutup

No. ICPC II: L76 *fracture other*

No.ICD X: T14. Fracture of unspecified body

Tingkat Kemampuan: 3B

Masalah Kesehatan

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang, tulang rawan sendi, tulang rawan epifisis baik yang bersifat total maupun parsial. Fraktur tertutup adalah suatu fraktur yang tidak mempunyai hubungan dengan dunia luar.

Hasil Anamnesis(Subjective)

Keluhan

1. Adanya riwayat trauma (terjatuh, kecelakaan, dll)
2. Nyeri
3. Sulit digerakkan
4. Deformitas
5. Bengkak
6. Perubahan warna
7. Gangguan sensibilitas

8. Kelemahan otot

Faktor Risiko: -

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana(Objective)

Pemeriksaan Fisik

1. Inspeksi (*look*)

Adanya deformitas dari jaringan tulang, namun tidak menembus kulit. Anggota tubuh tidak dapat digerakkan.

2. Palpasi (*feel*)

- Teraba deformitas tulang jika dibandingkan dengan sisi yang sehat.
- Nyeri tekan.
- Bengkak.
- Mengukur panjang anggota gerak lalu dibandingkan dengan sisi yang sehat.

3. Gerak (*move*)

- Umumnya tidak dapat digerakkan

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan berikut dapat dilakukan di layanan sekunder

1. Pemeriksaan radiologi, berupa:

- a. Foto polos: umumnya dilakukan pemeriksaan dalam proyeksi AP dan lateral.
- b. Pemeriksaan radiologi lainnya sesuai indikasi dapat dilakukan pemeriksaan berikut, antara lain: *radioisotope scanning* tulang, tomografi, artrografi, CT-scan, dan MRI.

2. Pemeriksaan darah rutin dan golongan darah.

Penegakan Diagnostik(Assessment)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang.

Diagnosis Banding:

Komplikasi: Kompartemen syndrom

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

Penatalaksanaan dapat dilakukan dengan:

1. Semua fraktur dikelola secara emergensi.
2. Lakukan penilaian awal akan adanya cedera lain yang dapat mengancam jiwa.
3. Pasang cairan untuk mengantisipasi kehilangan darah yang tidak terlihat misalnya pada fraktur pelvis dan fraktur tulang panjang

4. Lakukan stabilisasi fraktur dengan spalk, waspadai adanya tanda-tanda kompartemen syndrome seperti odema, kulit yang mengkilat dan adanya nyeri tekan.
5. Rujuk segera ke layanan sekunder

Kriteria Rujukan: pasien segera dirujuk ke RS

Sarana Prasarana

1. Alat untuk memeriksa tanda vital (tensi, stetoskop, thermometer)
2. Pensil untuk kulit (marker)
3. Meteran
4. Kapas
5. Jarum kecil
6. Senter saku
7. Goniometer

Prognosis

Prognosis umumnya bonam, namun quo ad fungsionamnya adalah dubia ad bonam. Hal ini bergantung kepada kecepatan dan ketepatan tindakan yang dilakukan.

Referensi

Chairuddin, R. *Pengantar Ilmu Bedah Ortopedi. Fraktur Tertutup*. Edisi 3. Jakarta: PT Yarsif Watampone. 2007. Hal:327-332.

67. Polimialgia Reumatik

No. ICPC II: L99 *Musculoskeletal disease other*

No. ICD X: M53.3 *Polymyalgia rheumatica*

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Polymyalgiarheumatica(PMR) adalah suatu sindrom klinis dengan etiologi yang tidak diketahui yang mempengaruhi individu usia lanjut. Hal ini ditandai dengan mialgia proksimal dari pinggul dan gelang bahu dengan kekakuan pagi hari yang berlangsung selama lebih dari 1 jam.

Hasil Anamnesis (Subjective)

Keluhan

Pada sekitar 50 % pasien berada dalam kesehatan yang baik sebelum onset penyakit yang tiba-tiba. Pada kebanyakan pasien, gejala muncul pertama kali pada bahu. Sisanya, pinggul atau leher yang terlibat saat onset. Gejala terjadi mungkin pada satu sisi tetapi biasanya menjadi bilateral dalam beberapa minggu.

Gejala-gejala termasuk nyeri dan kekakuan bahu dan pinggul. Kekakuan mungkin begitu parah sehingga pasien mungkin mengalami kesulitan bangkit dari kursi, berbalik di tempat tidur, atau mengangkat tangan mereka di atas bahu tinggi. Kekakuan setelah periode istirahat (fenomena gel) serta kekakuan pada pagi hari lebih dari 1 jam biasanya terjadi. Pasien juga mungkin menggambarkan sendi distal bengkak atau, lebih jarang, edema tungkai. *Carpal tunnel syndrome* dapat terjadi pada beberapa pasien. Kebanyakan pasien melaporkan fitur sistemik sebagaimana tercantum di bawah. Selain itu, pasien selalu lebih tua dari 50 tahun dan biasanya lebih tua dari 65 tahun.

Kriteria diagnostik untuk PMR adalah sebagai berikut:

- Usia onset 50 tahun atau lebih tua
- Laju endap darah ≥ 40 mm / jam
- Nyeri bertahan selama ≥ 1 bulan dan melibatkan 2 dari daerah berikut: leher, bahu, dan korset panggul
- Tidak adanya penyakit lain dapat menyebabkan gejala muskuloskeletal
- Kekakuan pagi berlangsung ≥ 1 jam
- Respon cepat terhadap prednison (≤ 20 mg)

Faktor Risiko: -

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik Patognomonis

Tanda-tandadan gejala *polymyalgia rheumatica* tidak spesifik, dan temuan obyektif pada pemeriksaan fisik sering kurang.

Gejala umum sebagai berikut:

- Penampilan lelah
- Pembengkakan ekstremitas distal dengan *pitting edema*.

Temuan muskuloskeletal sebagai berikut:

- Kekuatan otot normal, tidak ada atrofi otot
- Nyeri pada bahu dan pinggul dengan gerakan
- Sinovitis Transient pada lutut, pergelangan tangan, dan sendi sternoklavikula.

Pemeriksaan Penunjang

LED

Penegakan Diagnostik (Assessment)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan satu set kriteria diagnostik berikut, yaitu:

- Usia onset 50 tahun atau lebih tua
- Laju endap darah ≥ 40 mm / jam
- Nyeri bertahan selama ≥ 1 bulan dan melibatkan 2 dari daerah berikut: leher, bahu, dan korset panggul
- Tidak adanya penyakit lain dapat menyebabkan gejala muskuloskeletal
- Kekakuan pagi berlangsung ≥ 1 jam
- Respon cepat terhadap prednison (≤ 20 mg)

Diagnosis Banding

- Amiloidosis, AA (*Inflammatory*)
- Depresi
- Fibromialgia
- *Giant Cell Arteritis*
- Hipotiroidism
- Multipel mieloma
- Osteoarthritis
- Sindroma paraneoplastik
- Arthritis reumatoid

Komplikasi: -

Penatalaksanaan komprehensif (Plan)

Penatalaksanaan

- Prednison dengan dosis 10-15 mg oral setiap hari, biasanya menghasilkan perbaikan klinis dalam beberapa hari.
- ESR biasanya kembali ke normal selama pengobatan awal, tetapi keputusan terapi berikutnya harus berdasarkan status ESR dan klinis.
- Terapi glukokortikoid dapat diturunkan secara bertahap dengan dosis pemeliharaan 5-10 mg peroral setiap hari tetapi harus dilanjutkan selama minimal 1 tahun untuk meminimalkan risiko kambuh.
- NSAID dapat memfasilitasi penurunan dosis prednison. Modifikasi gaya hidup dalam aktivitas fisik.

Konsultasi dan Edukasi

Edukasi keluarga bahwa penyakit ini mungkin menimbulkan gangguan dalam aktivitas penderita, sehingga dukungan keluarga sangatlah penting.

Kriteria Rujukan

Setelah ditegakkan dugaan diagnosis, pasien dirujuk ke spesialis penyakit dalam.

Sarana Prasarana

Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan darah

Prognosis

Prognosis adalah dubia ad bonam, tergantung dari ada/tidaknya komplikasi.

Referensi

Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi V. 2009.

68. Arthritis Reumatoid

No. ICPC II: L99 *Musculoskeletal disease other*

No. ICD X: M53.3 *Polymyalgia rheumatica*

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Penyakit autoimun yang ditandai dengan terdapatnya sinovitis erosif simetrik yang walaupun terutama mengenai jaringan persendian, seringkali juga melibatkan organ tubuh lainnya.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Gejala pada awal onset

Gejala prodromal: lelah (*malaise*), anoreksia, seluruh tubuh terasa lemah yang berlangsung berminggu-minggu atau berbulan-bulan.

Gejala spesifik pada beberapa sendi (*poliartrikular*) secara simetris, terutama sendi PIP (*proximal interphalangeal*), sendi MCP (*metacarpophalangeal*), pergelangan tangan, lutut, dan kaki.

Gejala sinovitis pada sendi yang terkena: bengkak, nyeri yang diperburuk dengan gerakan sehingga gerakan menjadi terbatas, kekakuan pada pagi hari > 1 jam.

Gejala ekstraartikular: mata (episkleritis), saluran nafas atas (nyeri tenggorok, nyeri menelan atau disfonia yang terasa lebih berat pada pagi hari), kardiovaskular (nyeri dada pada perikarditis), hematologi (anemia).

Faktor Risiko

- Usia > 60 tahun.
- Wanita, usia >50 tahun atau menopause.
- Kegemukan.
- Pekerja berat dengan penggunaan satu sendi terus menerus.
- Faktor genetik.
- Hormon seks.
- Infeksi tubuh.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Manifestasi artikular:

Pada lebih dari 3 sendi (poliartritis) terutama di sendi tangan, simetris, immobilisasi sendi, pemendekan otot seperti pada vertebra servikalis, gambaran deformitas sendi tangan (*swan neck, boutonniere*).

Manifestasi ekstraartikular:

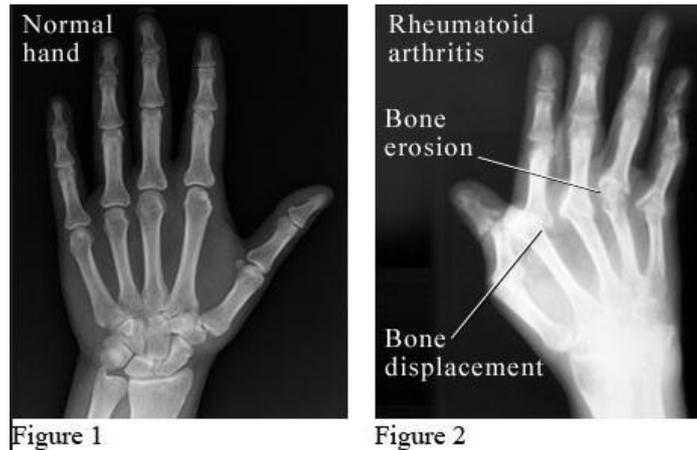
- Kulit: terdapat nodul rheumatoid pada daerah yg banyak menerima penekanan, vaskulitis.
- *Soft tissue rheumatism*, seperti *carpal tunnel syndrome* atau *frozen shoulder*.
- Mata dapat ditemukan kerato-konjungtivitis sicca yang merupakan manifestasi sindrom Sjorgen, episkleritis/ skleritis. Konjungtiva tampak anemia akibat penyakit kronik.
- Sistem respiratorik dapat ditemukan adanya radang sendi krikokaritenoid, pneumonitis interstitial, efusi pleura, atau fibrosis paru luas.
- Sistem kardiovaskuler dapat ditemukan perikarditis restriktif, disfungsi katup, fenomena embolisasi, gangguan konduksi, aortritis, kardiomiopati.

Pemeriksaan Penunjang

LED

Pemeriksaan di layanan sekunder atau rujukan horizontal:

- Faktor reumatoid (RF) serum.
- Radiologi tangan dan kaki. Gambaran dini berupa pembengkakan jaringan lunak, diikuti oleh osteoporosis *juxta-articular* dan erosi pada *bare area* tulang. Keadaan lanjut terlihat penyempitan celah sendi, osteoporosis difus, erosi meluas sampai daerah subkondral.



Gambar15. Radiologi tangan dan kaki

sumber: <http://www.myvistahealth.com/wp-content/uploads/2012/04/rheumatoid-arthritis-diet-and-nutrition-rontgen.jpg>

- ACPA (*anti-cyclic citrullinated peptide antibody*) / anti-CCP.
- CRP.
- Analisis cairan sendi.
- Biopsi sinovium/ nodul rheumatoid.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis RA biasanya didasarkan pada gambaran klinis dan radiografis.

Kriteria Diagnosis

Berdasarkan ACR tahun 1987:

- Kaku pagi, sekurangnya 1 jam.
- Artritis pada sekurangnya 3 sendi.
- Artritis pada sendi pergelangan tangan, *metacarpophalanx* (MCP) dan *Proximal Interphalanx* (PIP).
- Artritis yang simetris.
- Nodul rheumatoid.
- Faktor reumatoid serum positif. Hasil positif dijumpai pada sebagian besar kasus (85%), sedangkan hasil negatif tidak menyingkirkan adanya RA.
- Gambaran radiologik yang spesifik.
- LED dan CRP meningkat.
- Analisis cairan sendi: terdapat gambaran inflamasi ringan-sedang.

Untuk diagnosis RA, diperlukan 4 dari 7 kriteria tersebut di atas. Kriteria 1-4 harus minimal diderita selama 6 minggu.

Tabel 26. Sistem penilaian klasifikasi kriteria RA (American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism, 2010)

Skor		
Populasi target (pasien mana yang harus di-tes)		
Minimal 1 sendi dengan keadaan klinis pasti sinovitis (bengkak) ¹		
Dengan sinovitis yang tidak dapat dijelaskan oleh penyakit lain ²		
Kriteria Klasifikasi untuk RA (algoritma berdasarkan skor: tambahkan skor dari kategori A-D; dari total skor 10, jika didapatkan jumlah skor ≥ 6 → definisi pasti RA)³		
A. Keterlibatan sendi⁴		
1 sendi besar ⁵		0
2-10 sendi besar	1	
1-3 sendi kecil (dengan atau tanpa keterlibatan sendi besar) ⁶		
4-10 sendi kecil (dengan atau tanpa keterlibatan sendi besar) ³		
>10 sendi (min.1 sendi kecil) ⁷		5
B. Serologi (min.1 hasil tes yang dibutuhkan untuk klasifikasi)⁸		
RF (-) dan ACPA (-)	0	
RF (+) rendah dan ACPA (+) rendah		2
RF (+) tinggi dan ACPA (+) tinggi		3
C. Reaktan fase akut (min.1 hasil tes yang dibutuhkan untuk klasifikasi)⁹		
CRP normal dan LED normal		0
CRP tidak normal dan LED tidak normal		1
D. Durasi dari gejala¹⁰		
< 6 minggu	0	
≥ 6 minggu		1

Catatan:

1. Kriteria tersebut ditujukan untuk klasifikasi pasien baru.
Sebagai tambahan, pasien dengan penyakit erosif tipikal RA dengan riwayat yang sesuai dengan kriteria 2010 ini harus diklasifikasikan ke dalam RA. Pasien dengan penyakit lama, termasuk yang tidak aktif (dengan atau tanpa pengobatan), yang berdasarkan data retrospektif yang dimiliki memenuhi kriteria 2010 ini harus diklasifikasikan ke dalam RA.
2. Diagnosis banding bervariasi diantara pasien dengan manifestasi yang berbeda, tetapi boleh memasukkan kondisi seperti SLE, artritis psoriatic, dan gout. Jika diagnosis banding masih belum jelas, hubungi ahli reumatologi.
3. Walaupun pasien dengan skor < 6 dari tidak diklasifikasikan ke dalam RA, status mereka dapat dinilai ulang dan kriteria ini bisa dipenuhi secara kumulatif seiring waktu.
4. Keterlibatan sendi merujuk pada sendi yang bengkak atau nyeri pada pemeriksaan, yang dikonfirmasi oleh bukti pencitraan akan adanya sinovitis. Sendi interfalang distal, sendi karpometakarpal I, dan sendi metatarsofalangeal I tidak dimasukkan dalam pemeriksaan. Kategori distribusi sendi diklasifikasikan berdasarkan lokasi dan jumlah

sendi yang terlibat, ditempatkan ke dalam kategori tertinggi berdasarkan pola keterlibatan sendi.

5. Sendi-sendi besar merujuk pada bahu, siku, pinggul, lutut, dan pergelangan kaki.
6. Sendi-sendi kecil merujuk pada sendi metakarpofalangeal, sendi interfalang proksimal, sendi metatarsophalangeal II-V, sendi interfalang ibujari, dan pergelangan tangan.
7. Dalam kategori ini, minimal 1 dari sendi yg terlibat harus sendi kecil; sendi lainnya dapat berupa kombinasi dari sendi besar dan sendi kecil tambahan, seperti sendi lainnya yang tidak terdaftar secara spesifik dimanapun (misal temporomandibular, akromioklavikular, sternoklavikular dan lain-lain).
8. Negatif merujuk pada nilai IU yg \leq batas atas nilai normal (BAN) laboratorium dan *assay*; positif rendah merujuk pada nilai IU yang \geq BAN tetapi $\leq 3x$ BAN laboratorium dan *assay*; positif tinggi merujuk pada nilai IU yg $> 3x$ BAN laboratorium dan *assay*. Ketika RF hanya dapat dinilai sebagai positif atau negatif, hasil positif harus dinilai sebagai positif rendah untuk RA. ACPA = *anti-citrullinated protein antibody*.
9. Normal/ tidak normal ditentukan oleh standar laboratorium setempat. CRP = *C-reactive protein*; LED = Laju Endap Darah.
10. Durasi gejala merujuk pada laporan dari pasien mengenai durasi gejala dan tanda sinovitis (misal nyeri, bengkak, dan nyeri pada penekanan) dari sendi yang secara klinis terlibat pada saat pemeriksaan, tanpa memandang status pengobatan.

Diagnosis Banding

1. Penyebab arthritis lainnya
2. Spondiloartropati seronegatif
3. Lupus eritematosus sistemik
4. Sindrom *Sjogren*

Komplikasi

- Deformitas sendi (*boutonniere*, *swan neck*, deviasi ulnar)
- Sindrom terowongan karpal (TCS)
- Sindrom Felty (gabungan gejala RA, splenomegali, leukopenia, dan ulkus pada tungkai; juga sering disertai limfadenopati dan trombositopenia)

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Pasien diberikan informasi untuk memproteksi sendi, terutama pada stadium akut dengan menggunakan *decker*.
- Pemberian obat anti inflamasi non-steroid, seperti: diklofenak 50-100 mg 2x/hari, meloksikam 7,5–15 mg/hari, celecoxib 200-400 mg/sehari.
- Pemberian golongan steroid, seperti: prednison atau metil prednisolon dosis rendah (sebagai *bridging therapy*).
- Fisioterapi, tatalaksana okupasi, bila perlu dapat diberikan ortosis.

Kriteria rujukan

- Tidak membaik dengan pemberian obat anti inflamasi dan steroid dosis rendah.
- RA dengan komplikasi.
- Rujukan pembedahan jika terjadi deformitas.

Sarana Prasarana

Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan darah.

Prognosis

Prognosis adalah dubia ad bonam, sangat tergantung dari perjalanan penyakit dan penatalaksanaan selanjutnya.

Referensi

1. Lipsky, P.E. *Rheumatoid Arthritis*. In: Braunwald. Fauci. Hauser. Eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17thEd. USA: McGraw-Hill. 2008: p. 2083-92.
2. Daud, R. *Artritis Reumatoid*. Dalam: Sudoyo, A.W. Setiyohadi, B. Alwi, I. Simadibrata, M. Setiati, S. Eds. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi 4. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI. 2006: p. 1184-91.
3. *Panduan Pelayanan Medis Departemen Penyakit Dalam*. Jakarta: RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo. 2007

69. Artritis, Osteoartritis

No. ICPC II: L91 *Osteoarthrosis other*

No. ICD X: M19.9 *Osteoarthrosis other*

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Penyakit sendi degeneratif yang berkaitan dengan kerusakan kartilago sendi. Pasien sering datang berobat pada saat sudah ada deformitas sendi yang bersifat permanen.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

- Nyeri sendi
- Hambatan gerakan sendi
- Kaku pagi
- Krepitasi
- Pembesaran sendi
- Perubahan gaya berjalan

Faktor Risiko

- Usia > 60 tahun
- Wanita, usia >50 tahun atau menopause
- Kegemukan/ obesitas
- Pekerja berat dengan penggunaan satu sendi terus menerus

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda Patognomonis

- Hambatan gerak
- Krepitasi
- Pembengkakan sendi yang seringkali asimetris
- Tanda-tanda peradangan sendi
- Deformitas sendi yang permanen
- Perubahan gaya berjalan

Pemeriksaan Penunjang

Radiografi

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gambaran klinis dan radiografi.

Diagnosis Banding

- Arthritis Gout
- Rheumatoid Arthritis

Komplikasi

Deformitas permanen

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Pengelolaan OA berdasarkan atas distribusinya (sendi mana yang terkena) dan berat ringannya sendi yang terkena.
- Pengobatan bertujuan untuk mencegah progresivitas dan meringankan gejala yang dikeluhkan.
- Modifikasi gaya hidup, dengan cara:
 - Menurunkan berat badan
 - Melatih pasien untuk tetap menggunakan sendinya dan melindungi sendi yang sakit
- Pengobatan Medikamentosa
 - Analgesik topikal
 - NSAID (oral):
 - *non selective*: COX1 (Diklofenak, Ibuprofen, Piroksikam, Mefenamat, Metampiron)
 - *selective*: COX2 (Meloksikam)

Kriteria Rujukan

- Bila ada komplikasi, termasuk komplikasi terapi COX 1
- Bila ada komorbiditas

Sarana Prasarana: -

Prognosis

Prognosis umumnya tidak mengancam jiwa, namun fungsi sering terganggu dan sering mengalami kekambuhan.

Referensi

Braunwald. Fauci. Hauser. Eds. *Harrison's Principals of Internal Medicine*. 17thEd. USA: McGraw-Hill. 2008.

70. Lipoma

No. ICPC II: S78 Lipoma

No.ICD X: D17.9 Benign lipomatous neoplasm

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Benjolan di kulit.

Hasil Anamnesis

Keluhan

Benjolan di kulit tanpa disertai nyeri.

Biasanya tanpa gejala apa-apa (asimptomatik). Hanya dikeluhkan timbulnya benjolan yang membesar perlahan dalam waktu yang lama. Bisa menimbulkan gejala nyeri jika tumbuh dengan menekan saraf. Untuk tempat predileksi seperti di leher bisa menimbulkan keluhan menelan dan sesak.

Faktor Risiko

- Adiposidolorosis
- Riwayat keluarga dengan lipoma
- Sindrom Gardner
- Usia menengah dan usia lanjut

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik Patologis

KU: tampak sehat bisa sakit ringan - sedang

Kulit: ditemukan benjolan, teraba empuk, bergerak jika ditekan.

Pemeriksaan Penunjang

Dapat dilakukan tusukan jarum halus untuk mengetahui isi massa.

Penegakan Diagnostik

Diagnosis Klinis

Massa bergerak di bawahkulit, bulat, yang memilikikarakteristiklembut, terlihatpuat. Ukuran diameter kurangdari 6 cm, pertumbuhansangat lama.

Diagnosis Banding

- Epidermoidkista
- Abses
- Liposarcoma
- Limfadenitis tuberkulosis

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang lain merupakan pemeriksaan rujukan, seperti biopsi jarum halus.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Biasanya Lipoma tidak perlu dilakukan tindakan apapun.

a. Pembedahan

Dengan indikasi: kosmetika tanpa keluhan lain.

Cara: Eksisi Lipoma.

Dilakukan sayatan di atas benjolan, lalu mengeluarkan jaringan lipoma

b. Terapi pasca eksisi: antibiotik, anti nyeri

Simptomatik: obat anti nyeri

Kriteria rujukan:

- Ukuran massa > 6 cm dengan pertumbuhan yang cepat.
- Ada gejala nyeri spontan maupun tekan.
- Predileksi di lokasi yang berisiko bersentuhan dengan pembuluh darah atau saraf.

Prognosis

Prognosis umumnya adalah bonam, namun ini tergantung dari letak dan ukuran lipoma, serta ada/tidaknya komplikasi.

Referensi

1. Syamsuhidayat, R. Wim De Jong. *Neoplasma in: Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi 2. Jakarta: EGC. 2005.
2. Scoot, L. Hansen. Stephen, J. Mathes. Eds. *Soft Tissue Tumor in: Manual of Surgery*. 8th Ed. New York: McGraw-Hill Company. 2006.
3. Gerard, M. *Lipoma In: Current Essentials of Surgery*. New York: Lange Medical Book. 2005.