



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN KESEHATAN

SURAT TUGAS

Nomor : 143/F.7-UMJ/X/2022

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. dr. Muhammad Fachri, Sp.P, FAPSR, FISR
NID/NIDN : 20.1096/0308097905
Jabatan : Dekan Fakultas Kedokteran dan Kesehatan

Dengan ini menugaskan nama-nama (terlampir) sebagai Dosen Penguji Tahap Profesi Dokter TA. 2023/2024 Semester Ganjil Program Studi Profesi Dokter Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Demikian surat tugas ini dibuat untuk diketahui dan dilaksanakan sebagai amanah dengan sebaik-baiknya.

Jakarta, 31 Oktober 2022

✓ Dekan

Dr. dr. Muhammad Fachri, Sp.P, FAPSR, FISR

NID/NIDN : 20.1096/0308097905

Tembusan :

1. Ka. PSPD
2. Arsip

Program Studi : Kampus A • Kedokteran (S1) • Profesi Dokter

Jl. KH. Ahmad Dahlan, Cirendeui, Ciputat Timur - Tangerang Selatan
Banten Kode Pos 15419, Telp : 749-2135, 749-259 Fax : 749-2168

Kampus B • Kedokteran (S1) • Profesi Dokter
• Kebidanan (S1) • Profesi Bidan
• Sarjana Gizi (S1)

Jl. Cempaka Putih Tengah XXVII, No. 46, Jakarta, Telp/Fax : 424-0857
Jl. Cempaka Putih Tengah 1/1, Jakarta, Telp/Fax : 421-6417

Lampiran No : 147 /F.7-UMJ/X/2023
 Tanggal : 31 Oktober 2023

No	NID/NIDN		Rumah Sakit	Mata Kuliah	Beban SKS	Total SKS / Semester
1.	0301047302	dr. Faris Basalamah, Sp.JP/MD.FIHA	FKK UMJ	Ilmu Penyakit Dalam	6 SKS/Periode	12
2.	0328037004	Dr. dr. Farsida, MPH	FKK UMJ	IKAKOM	6 SKS/Periode	6
3.	0330078601	dr. Alidina Nur Afifah, MKM	FKK UMJ	IKAKOM	6 SKS/Periode	6
4.	0305087702	dr. Zainy Hamzah, Sp.BS	RSIJ Cempaka Putih	Ilmu Bedah	6 SKS/Periode	12
5.	0301106602	dr. Ihsanil Husna, Sp.PD	RSIJ Cempaka Putih	Ilmu Penyakit Dalam	6 SKS/Periode	12
6.	0327108006	dr. Faisal Syarifuddin, Sp.PD	RSIJ Cempaka Putih	Ilmu Penyakit Dalam	6 SKS/Periode	12
7.	0312118406	dr. Sri Katon Sulistyaningrum, Sp.KK	RSIJ Cempaka Putih	Ilmu Penyakit Kulit	3 SKS/Periode	12
8.	0314107803	dr. Kemalasari Nas Darisan, Sp.P	RSIJ Cempaka Putih	Ilmu Penyakit Dalam	6 SKS/Periode	12
9.	0311056402	dr. Malayanti, Sp.An	RSIJ Cempaka Putih	Ilmu Anastesi	3 SKS/Periode	12
10.	032011781	dr. Asep Zezen Zaeni Dahlan, Sp.JP, FIHA	RSIJ Cempaka Putih	Ilmu Penyakit Dalam	6 SKS/Periode	12
11.	0329127904	dr. Desy Januarrianto, Sp.An	RSIJ Cempaka Putih	Ilmu Anastesi	3 SKS/Periode	12
12.	0321128604	dr. Ribkhi Amalia Putri, Sp.OG	RSIJ Cempaka Putih	Ilmu Radiologi	6 SKS/Periode	12
13.	0321126901	dr. Reny Luhur Setyani, Sp.Rad(K), MM	RSIJ Pondok Kopi	Ilmu Radiologi	3 SKS/Periode	12
14.	8980600020	dr. Robertus Surjoseto, Sp.Rad(K), Omk(Rad)	RSIJ Pondok Kopi	Ilmu Radiologi	3 SKS/Periode	12
15.	0311117302	dr. Rizqa Haerani S, M.Kes, SpKK	RSIJ Pondok Kopi	Ilmu Penyakit Kulit	3 SKS/Periode	12
16.	0327048101	dr. Irfan Taufik, SpS	RSIJ Pondok Kopi	Ilmu Penyakit Saraf	3 SKS/Periode	12
17.	0308097905	Dr. dr. Muhammad Fachri, Sp.P	RSIJ Sukapura	Ilmu Penyakit Dalam	6 SKS/Periode	12
18.	0307018006	dr. Risky Akaputra, Sp.P	RSIJ Sukapura	Ilmu Penyakit Dalam	6 SKS/Periode	12
19.	0304017206	dr. Heryanto, Sp.KK	RSIJ Sukapura	Ilmu Penyakit Kulit	3 SKS/Periode	12
20.	0321017701	dr. Retno Tri Siswanti, Sp.An	RSIJ Sukapura	Ilmu Anastesi	3 SKS/Periode	12
21.	0308015905	dr. Rusdi Effendi, Sp.KJ, MM	RSJ Islam Klender	Ilmu Kesehatan Jiwa	3 SKS/Periode	12
22.	0316018401	dr. Tutwuri Handayani, Sp.S, M.Kes	RSUD R. Syamsudin SH	Ilmu Penyakit Saraf	3 SKS/Periode	12
23.	8845333420	dr. Khatarina Setyawati, Sp.PD	RSUD R. Syamsudin SH	Ilmu Penyakit Dalam	6 SKS/Periode	12
24.	8931200020	dr. Gatot Sugiharto, Sp.B	RSUD Sekarwangi	Ilmu Bedah	6 SKS/Periode	12



UNIVERSITAS MUHAMMADYAH JAKARTA
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
 PROGRAM STUDI : PENDIDIKAN DOKTER

BERITA ACARA

Berdasarkan Masa Kepaniteraan Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta, dengan ini dilaksanakan **ujian akhir** dokter muda sebagai berikut :

- ✓
1. Nama dokter muda : Nandya ranyaning rahayu
 2. Bagian / Stase : Inkna
 3. Tempat : RITJ Sukapura Kelapa Gadong
 4. Hari/Tgl : Jumat / 23 Februari 2024
 5. Jam/Waktu : 19.30
 6. Periode : _____
 7. Peristiwa penting selama ujian berlangsung :

Jakarta, 23 Februari 2024

Penguji Utama

Paraf Penguji Utama

Nama

Dr. Risky Akaputra, sp.P

Penguji Pendamping

Paraf Penguji Pendamping

Nama

Dr. Canis Agirhie Rorryanita

Program Studi :

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. Kesehatan Masyarakat | : Jl. KH. Ahmad Dahlan, Cirendeu, Ciputat, Tangerang Selatan. Telp./Fax. : (021) 7470 1362 |
| 2. Pendidikan Dokter | : Jl. KH. Ahmad Dahlan, Cirendeu, Ciputat, Tangerang Selatan. Telp./Fax. : (021) 749 2135 |
| 3. Ilmu Keperawatan | : Jl. Cempaka Putih Tengah I/1, Jakarta Pusat. Telp./Fax. : (021) 4280 2202 |
| 4. Akademi Keperawatan | : Jl. Cempaka Putih Tengah I/1, Jakarta Pusat. Telp./Fax. : (021) 4287 8669 |
| 5. Akademi Kebidanan | : Jl. Cempaka Putih Tengah I/1, Jakarta Pusat. Telp./Fax. : (021) 421 6417 |

LAPORAN KASUS



Dokter Pembimbing :

dr. Risky Akaputra, Sp.P

Disusun Oleh :

Witania Selini

2018730147

Kepaniteraan Klinik Ilmu Penyakit Dalam

Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura

Universitas Muhammadiyah Jakarta

Program Studi Profesi Dokter

2024

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum warrahmatullahi wabarakatuh

Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT karena berkat rahmat, hidayah dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan tugas *laporan kasus* ini. Shalawat serta salam semoga tercurah kepada Nabi Muhammad SAW, keluarga, serta para pengikutnya hingga akhir zaman. Laporan kasus ini dibuat dengan tujuan memenuhi tugas di Kepaniteraan Klinik Ilmu Penyakit Dalam.

Terima kasih penulis ucapkan kepada pembimbing dr. Risky Akaputra, Sp.P yang telah membantu serta membimbing penulis dalam kelancaran pembuatan *laporan kasus*. Semoga *laporan kasus* ini dapat bermanfaat kepada penulis pada khususnya dan bagi pembaca pada umumnya.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan laporan *laporan kasus* ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu dengan segala kerendahan hati, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun agar lebih baik lagi dalam penyusunan laporan *laporan kasus* yang selanjutnya. Demikian yang dapat penulis sampaikan, mohon maaf apabila terdapat kesalahan dan kekurangan dalam penulisan *laporan kasus* ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan rahmat dan karunia-Nya kepada kita semua.

Wassalamualaikum warrahmatullahi wabarakatuh

Jakarta, 15 Februari 2024

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
BAB II.....	2
STATUS PASIEN	2
1.1 Identitas Pasien.....	2
1.2 Anamnesis.....	2
1.2 Pemeriksaan Fisik	4
1.3 Pemeriksaan Penunjang	6
1.4 Resume	8
1.5 Assessment	8
1.6 Diagnosis.....	9
1.7 Prognosis.....	10
BAB III TINJAUAN PUSTAKA	11
1. PNEUMONIA.....	11
2. DYSPEPSIA.....	18
DAFTAR PUSTAKA	11

BAB I

PENDAHULUAN

Infeksi saluran nafas bawah masih menjadi masalah utama dalam bidang kesehatan. World Health Organization (WHO) melaporkan infeksi saluran nafas bawah sebagai infeksi penyebab kematian paling sering di dunia dengan hampir 3,5 juta kematian per tahun. Pneumonia dan influenza didapatkan sebagai penyebab kematian sekitar 50.000 estimasi kematian pada tahun 2010.

Pneumonia didefinisikan sebagai peradangan yang mengenai parenkim paru, distal dari bronkiolus terminalis yang mencakup bronkiolus respiratorius, dan alveoli, serta menimbulkan konsolidasi jaringan paru dan gangguan pertukaran gas setempat. Pneumonia berdasarkan tempat didapatkannya dibagi dalam dua kelompok utama yakni, pneumonia komunitas (community acquired pneumonia, CAP) yang didapat di masyarakat dan pneumonia nosocomial (hospital acquired pneumonia, HAP).

Pneumonia komunitas (PK) atau community-acquired pneumonia (CAP) masih menjadi suatu masalah kesehatan utama tidak hanya di negara yang sedang berkembang, tetapi juga di seluruh dunia. PK merupakan salah satu penyebab utama kematian di dunia dan merupakan penyebab kematian terbesar ke-6 di Amerika Serikat. Di Indonesia, Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001 mencatat kematian akibat pneumonia dan infeksi saluran nafas sebanyak 34 per 100.000 penduduk pada pria dan 28 per 100.000 penduduk pada wanita. Sementara itu, menurut Riskesdas 2013, pneumonia menduduki urutan ke-9 dari 10 penyebab kematian utama di Indonesia, yaitu sebesar 2,1%.

Pneumonia tentunya perlu mendapat perhatian dan penanganan yang tepat, mengingat penyakit ini masih menjadi permasalahan kesehatan utama di Indonesia. Untuk itu, diagnosis yang tepat, pemberian terapi antibiotika yang efektif, perawatan yang baik, serta usaha preventif yang bermakna terhadap penyakit ini perlu dilakukan agar berkurangnya morbiditas dan mortalitas pada pneumonia

BAB II

STATUS PASIEN

1.1 Identitas Pasien

- Nama : Tn. T
- Jenis kelamin : Laki-laki
- Usia : 69 Tahun
- Tempat Tanggal Lahir : 25 Agustus 1958
- Agama : Islam
- Pekerjaan : Pensiunan
- Alamat : Cilincing, Jakarta Utara, DKI Jakarta
- Tanggal Masuk RS : 11 Februari 2024
- Ruangan : Abudzar I

1.2 Anamnesis

- **Keluhan Utama** :
Sesak sejak 2 hari SMRS
- **Keluhan Tambahan** :
Batuk berdahak (+), Berat badan turun (+), Demam (+), Mual (+), Nyeri ulu hati (+), Nafsu makan menurun (+), dan lemas (+).
- **Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien datang ke IGD RSII Sukapura Kelapa Gading pada tanggal 11 Februari 2024 dengan keluhan sesak sejak 2 hari SMRS. Sesak dirasakan terus menerus. Sesak dirasakan semalaman sampai terbangun saat tertidur, dan sesak terasa memberat saat berbaring. Sebelumnya, pasien mengaku sempat batuk berdahak yang sudah dirasakan sejak ± 2 minggu yang lalu hilang timbul, dan memberat 1 minggu terakhir, dahak berwarna putih kekuningan, dan pasien sulit untuk mengeluarkan dahak.

Pada pasien terdapat keluhan lain yaitu demam sejak \pm 3 hari SMRS yang menurun bila pasien mengkonsumsi obat warung. Nyeri ulu hati sejak \pm 1 bulan terakhir hilang timbul disertai rasa mual. Terdapat penurunan nafsu makan sejak 2 minggu SMRS, lemas dan pasien merasa berat badannya turun. Pasien mengatakan tidak nafsu makan dan merasa sangat lemas namun masih sadar penuh. Keluhan keringat malam dan batuk berdarah disangkal. BAB dan BAK tidak terdapat keluhan.

- **Riwayat Penyakit Dahulu**

Pasien tidak memiliki Riwayat TB, hipertensi, diabetes mellitus, jantung dan asma.

- **Riwayat Penyakit Keluarga**

Keluarga pasien tidak memiliki keluhan yang serupa. Riwayat penyakit lain seperti asma, hipertensi, diabetes melitus, dan penyakit jantung disangkal.

- **Riwayat Pengobatan**

Saat keluhan muncul, pasien mengkonsumsi obat-obatan warung, namun pasien mengaku lupa nama obatnya.

- **Riwayat Alergi**

Pasien tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, cuaca, debu, maupun obat-obatan.

- **Riwayat Psikososial**

Pasien tinggal bersama istri dan anak-anaknya. Pasien tinggal di lingkungan padat penduduk, dahulu pasien gemar makan makanan yang berlemak, meminum kopi hingga 5 gelas per hari, dan merokok \pm selama 30 tahun dengan jumlah 2 bungkus perhari, pasien mengaku saat ini telah berhenti merokok sejak 10 tahun terakhir. Pasien tidak mengkonsumsi alkohol maupun obat-obatan terlarang. Dalam 1 bulan terakhir nafsu

makan pasien kurang baik dan hanya makan dengan porsi kecil/sedikit,
Ketika makan pasien terkadang memuntahkan makanannya.

1.2 Pemeriksaan Fisik

- Keadaan umum : Sakit sedang
- Kesadaran : Compos mentis
- GCS : 15 (E4 M6 V5)

- **Tanda - Tanda Vital**

TD : 133/72 mmHg

HR : 75x/menit

RR : 24x/menit

Suhu : 36,7°C

SPO₂ : 97%

- **Antropometri**

Berat Badan : 52 kg

Tinggi Badan : 155 cm

IMT : 21,6 Kg/m² (Normoweight)

- **Status Generalis**

- Kepala : Normocephal
- Mata : Cekung (-/-), Edema palpebra (-/-), Konjungtiva anemis (-/-), Sklera ikterik (-/-), refleks cahaya (+/+).
- Hidung : sekret (-/-), konka edema (-/-), konka hiperemis (-/-) darah (-), septum deviasi (-/-)
- Telinga : Normotia, sekret (-/-)

- Mulut : Bibir pucat (-), mukosa bibir kering (-), sianosis (-), lidah kotor (-)
- Tenggorokan : Faring hiperemis (-), Tonsil (T1/T1), permukaan licin
- Leher : Pembersaran KGB (-), Pembersaran Tiroid (-/-)

Jantung

- Inspeksi : Ictus cordis tidak terlihat
- Palpasi : Ictus cordis tidak teraba
- Perkusi :
- Batas Atas : ICS II Linea Parasternalis Dextra Batas Kanan
: ICS IV Linea Parasternalis Dextra Batas Kiri
: ICS IV Linea Midclavicula Sinistra
- Auskultasi : BJ I dan II reguler (+), gallop (-), murmur (-)

Paru - paru

- Inspeksi : Pergerakan dinding dada simetris
- Palpasi : Vocal fremitus sama pada kedua lapang paru
- Perkusi : Sonor pada seluruh lapang paru
- Auskultasi : Vesikuler (+/+), wheezing (-/-), rhonki (+/+)

Abdomen

- Inspeksi : Tampak datar, distensi (-).
- Auskultasi : Bising usus normal.
- Palpasi : Nyeri tekan epigastrium (+) Hepatosplenomegali (-)
- Perkusi : timpani pada seluruh lapang abdomen

Ekstremitas		Atas	Bawah
Sianosis	:	-/-	-/-
Akral	:	hangat	hangat
Edema	:	-/-	-/-
CRT	:	< 2 detik	< 2 detik
Petekie	:	-	-

1.3 Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium (11/02/2024)

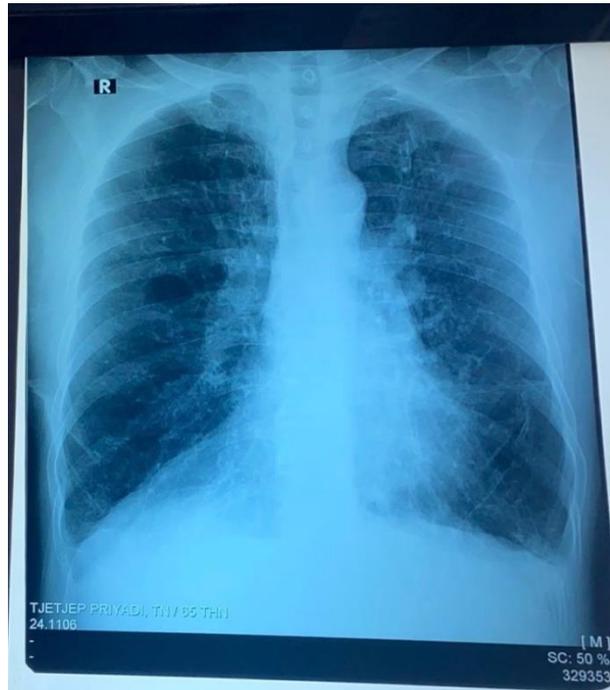
Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hematologi		
Hb	14.1 gr%	13,8-17
Leukosit	16.210 /mm ³	4.230-9.070
Hitung Jenis		
- Basofil	0 %	0-1
- Eosinofil	0 %	1-6
- Neutrofil	82 %	34-71
- Limfosit	9 %	19-52
- Monosit	9 %	4-12
Trombosit	256 ribu/mm ³	185-402
Hematokrit	40.4 %	40-54
Elektrolit		
- Natrium	135 meq/L	134-146
- Kalium	4.4 meq/L	3,4-4,5
- Klorida	98 meq/L	96-108

b. Tes Cepat Molekuler

11 Februari 2024

Hasil : Negatif

c. Rontgen Thorax



- Cor CTR normal. Aorta tampak kalsifikasi.
- Sinus dan diafragma normal
- Pulmo : Hili normal. Corakan vascular ramai
Tampak infiltrate di lapang atas kiri.
- Trachea normal
- Tulang dada normal

Kesan :

- **Cor tidak membesar. Atherosklerosis aorta**
- **Infiltrat di paru kiri → Pneumonia**

1.4 Resume

Pasien datang ke IGD RSIJ Sukapura Kelapa Gading pada tanggal 11 Februari 2024 dengan keluhan sesak sejak 2 hari SMRS. Sesak dirasakan terus menerus. Sesak dirasakan semalaman sampai terbangun saat tertidur. Sebelumnya, pasien mengaku sempat batuk berdahak berwarna putih kekuningan yang sudah dirasakan sejak \pm 2 minggu yang lalu hilang timbul, memberat 1 minggu terakhir, dan pasien sulit untuk mengeluarkan dahak.

Pada pasien terdapat keluhan lain yaitu demam sejak \pm 3 hari SMRS yang menurun bila pasien mengkonsumsi obat warung. Nyeri ulu hati sejak \pm 1 bulan terakhir hilang timbul disertai keluhan mual. Terdapat penurunan nafsu makan sejak 1 bulan SMRS, lemas dan pasien merasa berat badannya menurun. pasien mengatakan tidak nafsu makan dan merasa sangat lemas namun masih sadar penuh. BAB dan BAK tidak terdapat keluhan.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang, tekanan darah 133/72 mmHg, nadi 80 x/menit, Suhu : 36,7°C, RR : 24 x/menit, SPO₂ 97%, Berat Badan 52 kg, Tinggi Badan : 155 cm, IMT : 21,6 (Normoweight), pada pemeriksaan auskultasi didapatkan rhonki (+/+).

Pada pemeriksaan laboratorium (11/02/2024) didapatkan adanya leukositosis (16.210 /mm³). Pada pemeriksaan radiologi (11/02/24) foto thorax didapatkan kesan pneumonia. Pada pemeriksaan TCM (11/02/24) didapatkan hasil negative.

1.5 Assessment

Dispneu

Batuk berdahak

Febris

Penurunan nafsu makan

Malaise

Rhonki

Leukositosis

1.6 Diagnosis

a. **Dyspneu ec Pneumonia**

Atas Dasar

- Anamnesis : Sesak nafas yang memberat sejak 2 hari, batuk berdahak berwarna putih kekuningan yang memberat 1 minggu terakhir, nafsu makan menurun, dan demam.
- Pemeriksaan Fisik : Auskultasi pulmo ronkhi (+/+)
- Pemeriksaan Penunjang : Leukositosis, Foto Thorax didapatkan infiltrat di lapang atas kiri.

Assessment

Community-Acquired Pneumonia (CAP)

Rencana Diagnosis

- Edukasi Tatalaksana
- Kultur dahak

Rencana Terapi

- O2 dengan nasal cannule 3 lpm
- IVFD Assering 500cc/12jam
- Injeksi Ceftriaxone 1x2 gram
- Ambroxol 3x30 mg
- Paracetamol 3x500 mg

b. Dispepsia

Atas Dasar

- Anamnesis : Nyeri perut sejak \pm 1 bulan terakhir hilang timbul disertai nyeri pada ulu hati, nafsu makan pasien menurun dalam 1 bulan terakhir, mual dan lemas.
- Pemeriksaan Fisik : Nyeri tekan epigastrium (+)

Assessment

Dyspepsia Fungsional

Rencana Diagnosis

- Monitor keluhan utama
- Urease Breath Test (UBT)

Rencana Terapi

- IVFD Assering 500cc/12jam
- Injeksi ranitidine 1 ampul
- Sucralfat syr 3x1

1.7 Prognosis

Quo ad vitam : dubia ad bonam

Quo ad sanationam : dubia ad bonam

Quo ad functionam : dubia ad bonam

BAB III

TINJAUAN PUSTAKA

1. PNEUMONIA

a. Definisi

Pneumonia merupakan suatu penyakit infeksi saluran pernapasan bawah yang menyebabkan inflamasi atau peradangan akut pada parenkim paru. Infeksi dapat terjadi pada salah satu paru atau keduanya. Dapat disebabkan oleh berbagai macam mikroorganisme seperti bakteri, virus, jamur, dll.

b. Etiologi

Pneumonia dapat disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti bakteri, virus, jamur, dan protozoa. Pneumoni komunitas yang diderita oleh masyarakat luar negeri banyak disebabkan gram positif, sedangkan pneumonia rumah sakit banyak disebabkan gram negatif. Dari laporan beberapa kota di Indonesia ditemukan dari pemeriksaan dahak penderita komunitas adalah bakteri gram negatif.

Penyebab paling sering pneumonia yang didapat dari masyarakat dan nosokomial:

- 1) **Yang didapat di masyarakat** : Streptococcus pneumonia, Mycoplasma pneumonia, Hemophilus influenza, Legionella pneumophila, chlamydia pneumonia, anaerob oral, adenovirus, influenza tipe A dan B.
- 2) **Yang didapat di rumah sakit** : basil usus gram negative (E. coli, Klebsiella pneumonia), Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus, anaerob oral.

c. Patogenesis

Proses patogenesis pneumonia terkait dengan tiga faktor yaitu keadaan (imunitas) pasien, mikroorganisme yang menyerang pasien dan lingkungan yang berinteraksi satu sama lain. Dalam keadaan sehat, pada paru tidak akan terjadi pertumbuhan mikroorganisme, keadaan ini disebabkan oleh adanya mekanisme pertahanan paru. Adanyanya bakteri di paru merupakan akibat ketidakseimbangan antara daya tahan tubuh,

mikroorganisme dan lingkungan, sehingga mikroorganisme dapat berkembang biak dan berakibat timbulnya sakit. Ada beberapa cara mikroorganisme mencapai permukaan: 1) Inokulasi langsung; 2) Penyebaran melalui darah; 3) Inhalasi bahan aerosol, dan 4) Kolonisasi di permukaan mukosa. Dari keempat cara tersebut, cara yang terbanyak adalah dengan kolonisasi. Secara inhalasi terjadi pada virus, mikroorganisme atipikal, mikrobakteria atau jamur. Kebanyakan bakteri dengan ukuran 0,5-2,0 mikron melalui udara dapat mencapai bronkus terminal atau alveol dan selanjutnya terjadi proses infeksi. Bila terjadi kolonisasi pada saluran napas atas (hidung, orofaring) kemudian terjadi aspirasi ke saluran napas bawah dan terjadi inokulasi mikroorganisme, hal ini merupakan permulaan infeksi dari sebagian besar infeksi paru. Aspirasi dari sebagian kecil sekret orofaring terjadi pada orang normal waktu tidur (50%) juga pada keadaan penurunan kesadaran, peminum alkohol dan pemakai obat (drug abuse). Sekresi orofaring mengandung konsentrasi bakteri yang sangat tinggi 10⁸-10¹⁰/ml, sehingga aspirasi dari sebagian kecil sekret (0,001 - 1,1 ml) dapat memberikan titer inokulum bakteri yang tinggi dan terjadi pneumonia.

d. Diagnosis

Diagnosis pneumonia komunitas didasarkan kepada riwayat penyakit yang lengkap, pemeriksaan fisik yang teliti dan pemeriksaan penunjang. Diagnosis pasti pneumonia komunitas ditegakkan jika pada foto toraks terdapat infiltrat baru atau infiltrat progresif ditambah dengan 2 atau lebih gejala di bawah ini:

- 1) Batuk-batuk bertambah
- 2) Perubahan karakteristik dahak/purulent
- 3) Suhu tubuh > 38C (aksila) / riwayat demam
- 4) Pemeriksaan fisis: ditemukan tanda-tanda konsolidasi, suara napas bronkial dan ronki
- 5) Leukosit > 10.000 atau < 4500

Penilaian derajat keparahan penyakit pneumonia komunitas dapat dilakukan dengan menggunakan sistem skor menurut hasil penelitian Pneumonia Patient Outcome Research Team (PORT).

Berdasar kesepakatan PDPI, kriteria yang dipakai untuk indikasi rawat inap CAP adalah :

- 1) Skor PORT/PSI lebih dari 70
- 2) Bila skor PORT/PSI kurang < 70 maka penderita tetap perlu dirawat inap bila dijumpai salah satu dari kriteria dibawah ini:
 - Frekuensi napas > 30/menit
 - PaO₂/FiO₂ kurang dari 250 mmHg
 - Foto toraks paru menunjukkan kelainan bilateral
 - Foto toraks paru melibatkan > 2 lobus
 - Tekanan sistolik < 90 mmHg
 - Tekanan diastolik < 60 mmHg

e. Pemeriksaan Penunjang

1) Radiologi

Pemeriksaan menggunakan foto thoraks (PA/lateral) merupakan pemeriksaan penunjang utama (gold standard) untuk menegakkan diagnosis pneumonia. Gambaran radiologis dapat berupa infiltrat sampai konsolidasi dengan air bronchogram, penyebaran bronkogenik dan interstitial serta gambaran kavitas.

2) Laboratorium

Peningkatan jumlah leukosit berkisar antara 10.000 - 40.000 /ul, Leukosit polimorfonuklear dengan banyak bentuk. Meskipun dapat pula ditemukan leukopenia. Hitung jenis menunjukkan shift to the left, dan LED meningkat.

3) Mikrobiologi

Pemeriksaan mikrobiologi diantaranya biakan sputum dan kultur darah untuk mengetahui adanya *S. pneumonia* dengan pemeriksaan koagulasi antigen polisakarida pneumokokkus.

4) Analisis gas darah

Ditemukan hipoksemia sedang atau berat. Pada beberapa kasus, tekanan parsial karbondioksida (PCO₂) menurun dan pada stadium lanjut menunjukkan asidosis respiratorik.

f. Tatalaksana

Penatalaksanaan CAP berupa terapi antibiotik dan suportif. Terapi suportif dengan pemberian cairan untuk mencegah dehidrasi serta elektrolit dan nutrisi. Selain itu juga dapat diberikan anti piretik jika dibutuhkan serta mukolitik. Pemberian antibiotik diberikan secara empirik dan harus diberikan dalam waktu kurang dari 8 jam. Alasan pemberian terapi awal dengan antibiotik empirik adalah karena keadaan penyakit yang berat dan dapat mengancam jiwa, membutuhkan waktu yang lama jika harus menunggu kultur untuk identifikasi kuman penyebab serta belum dapat dipastikan hasil kultur kuman merupakan kuman penyebab CAP. Panduan penanganan CAP saat ini merekomendasikan melakukan stratifikasi pasien ke dalam kelompok risiko, melakukan pemilihan terapi antimikroba empirik yang tepat berdasarkan peta pola kuman, farmakokinetik dan farmakodinamik obat, ada tidaknya alergi obat, riwayat penggunaan antibiotika sebelumnya, Efek samping obat, patogen lokal, harga. Tujuan pemberian antimikroba adalah untuk menurunkan dan mengeradikasi kuman, menurunkan kesakitan dan kematian serta meminimalkan resistensi.

Terapi empiris untuk CAP (PDPI)

	Antibiotik
Pasien yang sebelumnya sehat atau tanpa riwayat pemakaian antibiotik 3 bulan sebelumnya	Golongan β -laktam or β -laktam ditambah anti β -laktamase, Makrolid baru.
Pasien dengan komorbid atau mempunyai Riwayat pemakaian antibiotik 3bulan sebelumnya	Fluorokuinolon respirasi (levofloxacin 750 mg atau moxifloxacin) atau Golongan β -laktam ditambah anti β – lactamase atau β -laktam ditambah makrolid.

Rawat Inap Non ICU	Fluorokuinolon respirasi (levofloksasin 750 mg atau moksifloksasin) atau β - laktam ditambah makrolid.
Ruang Rawat Intensif	Tidak ada faktor risiko infeksi pseudomonas β -lactam (sefotaksim, seftriakson, atau ampicilin - sulbaktam) ditambah makrolid baru atau fluorokuinolon respirasi (levofloksasin 750 mg atau moksifloksasin).
Pertimbangan Khusus	Bila ada faktor risiko infeksi pseudomonas : antipneumokokal, antipseudomonas, lactam (piperasilin-tazobaktam, sefepime, imipenem, atau meropenem) ditambah siprofloksasin atau levofloksasin (750 mg) Atau β laktam seperti tersebut diatas ditambah aminoglikosida dan azitromisin Atau β laktam seperti tersebut diatas ditambah aminoglikosida dan antipneumokokal fluorokuinolon (untuk pasien alergi penisilin, β – lactam diganti dengan aztreonam).

Lama pemberian antibiotik secara ooral maupun intravena minimal 5 hari dan tidak terdapat demam selama 48-72 jam. Sebelum terapi dihentikan pasien dalam keadaan sebagai berikut: tidak memerlukan suplemen oksigen (kecuali untuk penyakit dasarnya) dan tidak memiliki lebih dari satu tanda-tanda ketidakstabilan klinik seperti:

- Frekuensi nadi > 100 x/menit
- Frekuensi napas > 24 x/menit
- Tekanan darah sistolik \leq 90 mmHg

Setelah mendapatkan perbaikan dengan antibiotik intravena pada pasien rawat inap maka jika terapi secepatnya diganti ke oral dengan syarat; hemodinamik stabil, gejala klinis membaik, dapat minum obat per oral dan fungsi gastrointestinal baik. Terapi sulih atau switch terapi dapat dengan 3 cara yaitu *sequential*, *switch over*, dan *step down*. Pasien akan dipulangkan jika dalam waktu 24 jam tidak ditemukan salah satu dibawah ini :

- Suhu $>37,8^{\circ}\text{C}$
- Nadi > 100 menit
- Frekuensi napas $> 24/ \text{mnt}$
- Distolik $< 90 \text{ mmHg}$
- Saturasi oksigen $< 90\%$
- Tidak dapat makan per oral

2. DYSPEPSIA

a) Definisi

Dispepsia merupakan sindrom atau kumpulan gejala atau keluhan yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman di ulu hati, kembung, mual, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, perut rasa penuh atau begah. Sindrom atau keluhan ini dapat disebabkan atau didasari oleh berbagai penyakit tentunya termasuk pula penyakit lambung, yang diasumsikan oleh orang awam seperti penyakit maag/lambung, Penyakit hepatitis, pancreatitis kronik, kolesistitis kronik) merupakan penyakit tersering setelah penyakit yang melibatkan gangguan patologis pada tukak peptic dan gastritis. Beberapa penyakit di luar sistem gastrointestinal dapat pula bermanifestasi dalam bentuk sindrom dispepsia, seperti gangguan infark miokard, obat-obat dan sebagainya.

Pengertian dispepsia terbagi dua, yaitu :

- 1) Dispepsia organik, bila telah diketahui adanya kelainan organik sebagai penyebabnya. Sindroma dispepsia organik terdapat kelainan yang nyata terhadap organ tubuh misalnya tukak (luka) lambung, usus dua belas jari, radang pankreas, radang empedu, dan lain-lain.
- 2) Dispepsia non organik atau dispepsia fungsional, atau dispepsia non ulkus, tidak jelas penyebabnya. Dispepsi fungsional tanpa disertai kelainan atau gangguan struktur organ berdasarkan pemeriksaan klinis, laboratorium, radiologi, dan endoskopi.

b) Etiologi

- 1) Gangguan atau penyakit dalam lumen saluran cerna; tukak gaster atau duodenum, gastritis, tumor, infeksi *Helicobacter pylori*.
- 2) Obat – obatan seperti anti inflamasi non steroid (OAINS), aspirin, beberapa antibiotic, digitalis, teofilin dan sebagainya.
- 3) Penyakit pada hati, pankreas, system bilier, hepatitis, pancreatitis, kolesistitis kronik. Penyakit sistemik: diabetes mellitus, penyakit tiroid, penyakit jantung koroner.
- 4) Bersifat fungsional, yaitu dispepsia yang terdapat pada kasus yang tidak terbukti adanya kelainan atau gangguan organik atau structural biokimia,

yaitu dispepsia fungsional atau dispepsia non ulkus

c) Klasifikasi Klinis

Klasifikasi klinis praktis, didasarkan atas keluhan/gejala yang dominan, membagi dispepsia menjadi tiga tipe :

- 1) Dispepsia dengan keluhan seperti ulkus (ulkus-like dyspepsia), dengan gejala:
 - Nyeri epigastrium terlokalisasi
 - Nyeri hilang setelah makan atau pemberian antasid
 - Nyeri saat lapar
 - Nyeri episodik
- 2) Dispepsia dengan gejala seperti dismotilitas (dysmotility-like dyspepsia), dengan gejala:
 - Mudah kenyang
 - Perut cepat terasa penuh saat makan
 - Mual
 - Muntah
 - Upper abdominal bloating (bengkak perut bagian atas)
 - Rasa tak nyaman bertambah saat makan
- 3) Dispepsia nonspesifik (tidak ada gejala seperti kedua tipe di atas).

d) Manifestasi Klinis

- 1) Keadaan umum biasanya tampak sakit sedang atau sakit berat
- 2) Kesadaran : Compos mentis
- 3) Pemeriksaan abdomen: Nyeri (terutama pada regio epigastrium) dan terdapat nyeri tekan epigastrium

Evaluasi tanda bahaya harus menjadi bagian dari evaluasi pasien-pasien yang datang dengan keluhan dyspepsia. Tanda bahaya yaitu berupa penurunan berat badan.

e) Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan laboratorium (darah lengkap, pemeriksaan urin, pemeriksaan tinja)
- 2) Pemeriksaan radiologi (barium enema, USG abdomen)
- 3) Endoskopi, pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan endoskopi adalah:
 - CLO (rapid urea test)
 - Patologi anatomi (PA)
 - Kultur mikroorganisme (MO) jaringan

f) Aspek Tatalaksana

Berdasarkan Konsensus Nasional Penanggulangan *Helicobacter pylori* 1996, ditetapkan skema penatalaksanaan dyspepsia. Pengobatan dispepsia mengenal beberapa golongan obat, yaitu:

1) Antasid

Antasid akan menetralkan sekresi asam lambung. Antasid biasanya mengandung Na bicarbonat , Al(OH)_3 , Mg(OH)_2 , dan Mg triksilat . Pemberian antasid jangan terus- menerus, sifatnya hanya simptomatis, untuk mengurangi rasa nyeri. Antacid yang sering digunakan adalah seperti Mylanta, Maalox, merupakan kombinasi Aluminium hidroksida dan magnesium hidroksida. Magnesium kontraindikasi kepada pasien gagal ginjal kronik karena bisa menyebabkan hipermagnesemia, dan aluminium bisa menyebabkan kronik neurotoksik pada pasien tersebut.

2) Antikolinergik

Perlu diperhatikan, karena kerja obat ini tidak spesifik. Obat yang selektif yaitu pirenzepin bekerja sebagai anti reseptor muskarinik yang dapat menekan sekresi asam lambung sekitar 28-43%. Pirenzepin juga memiliki efek sitoprotektif.

3) Antagonis reseptor H_2

Golongan obat ini banyak digunakan untuk mengobati dispepsia organik atau esensial seperti tukak peptik. Obat yang termasuk

golongan antagonis reseptor H₂ antara lain simetidin, roksatidin, ranitidin, dan famotidine.

4) Penghambat pompa asam (proton pump inhibitor = PPI).

Golongan obat ini mengatur sekresi asam lambung pada stadium akhir dari proses sekresi asam lambung. Obat-obat yang termasuk golongan PPI adalah omeperazol, lansoprazol, dan pantoprazol. Waktu paruh PPI adalah ~18jam ; jadi, bisa dimakan antara 2 dan 5 hari supaya sekresi asam lambung kembali normal.

5) Sitoprotektif

6) Prostaglandin sintetik seperti misoprostol (PGE₁) dan enprostil (PGE₂). Selain bersifat sitoprotektif, juga menekan sekresi asam lambung oleh sel parietal. Sukralfat berfungsi meningkatkan sekresi prostaglandin endogen, yang selanjutnya memperbaiki mikrosirkulasi, meningkatkan produksi mukus dan meningkatkan sekresi bikarbonat mukosa, serta membentuk lapisan protektif (site protective), yang bersenyawa dengan protein sekitar lesi mukosa saluran cerna bagian atas. Kontraindikasi pada pasien gagal ginjal kronik.

7) Golongan Prokinetik

Obat yang termasuk golongan ini, yaitu sisaprid, domperidon, dan metoklopramid. Golongan ini cukup efektif untuk mengobati dispepsia fungsional dan refluks esofagitis dengan mencegah refluks dan memperbaiki bersihan asam lambung (acid clearance).

8) Antibiotik untuk infeksi *Helicobacter pylori*

Eradikasi bakteri *Helicobacter pylori* membantu mengurangi simptom pada sebagian pasien dan biasanya digunakan kombinasi antibiotik seperti amoxicillin (Amoxil), clarithromycin (Biaxin), metronidazole (Flagyl) dan tetracycline (Sumycin).

Selain tatalaksana farmakologi, tatalaksana nonfarmakologi juga dapat diberikan pada pasien seperti memberikan edukasi untuk agar dapat mengurangi makanan/minuman pemicu gejala dispepsia (pedas, berlemak, asam, kopi, dan alkohol), membiasakan makan porsi sedikit frekuensi sering, tidak langsung berbaring setelah makan, elevasi tubuh bagian atas saat tidur dan menurunkan berat badan direkomendasikan. (Marcellus Simadibrata K, Dadang Makmun, Murdani Abdullah, Ari Fahrial Syam, Achmad Fauzi, Kaka Renaldi, Hasan Maulahela, 2014).

DAFTAR PUSTAKA

- American Thoracic Society. 2001. Guidelines for management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. *Am J Respir Crit Care Med*; 163: 1730-54.
- Medscape october 2019, community-acquired pneumonia (CAP). <https://emedicine.medscape.com/article/234240-overview>
- *Niederman MS, Recent advances in community-acquired pneumonia inpatient and outpatient, Chest*2007;131;1205
- PDPI 2003, Pedoman diagnosis dan penatalaksanaan Pneumonia Komuniti di Indonesia, PDPI
- PGI, KSHPI. *Konsensus Nasional Penatalaksanaan Dispepsia Dan Infeksi Helicobacter Pylori.*; 2014
- Setiati S, Alwi I, Sudoyo AW, Simadibrata M, Setiyohadi B, Syam AF. BUKU AJAR ILMU PENYAKIT DALAM JILID I EDISI 6. In: InternaPublishing. 2016.

