PAPER NAME

Tatalaksana Ektima Pada Pasien dengan Gagal Ginjal Kronis

AUTHOR

Hendra Tarigan

WORD COUNT

2410 Words

CHARACTER COUNT

15307 Characters

PAGE COUNT

5 Pages

FILE SIZE

359.7KB

SUBMISSION DATE

Sep 19, 2022 9:26 AM GMT+7

REPORT DATE

Sep 19, 2022 9:27 AM GMT+7

9% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

- 3% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 7% Submitted Works database

Excluded from Similarity Report

- Internet database
- Bibliographic material
- Quoted material
- Cited material
- Small Matches (Less then 10 words)

Tatalaksana Ektima Pada Pasien dengan Gagal Ginjal Kronis

Fahrezi Fathilla[1], Dwi Indria Anggraini[2], Hendra Tarigan Sibero[2]

[1]Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

[2]Bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Ektima merupakan jenis pioderma pada kulit superfisial yang memiliki ciri khas adanya krusta diatasnya yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Streptococcus sp* maupun *Staphylococcus sp*. Pioderma dapat menyerang pada laki-laki maupun perempuan pada semua usia. Faktor yang mempengaruhi terjadinya ektima umumnya higienitas, penyakit dikulit, dan penurunan daya tahan tubuh. Gagal ginjal kronis merupakan kondisi ginjal yang mengalami penurunan fungsi secara menetap ditandai oleh adanya peningkatan kadar ureum dan kreatinin pada pemeriksaan laboratorium. Laporan kasus ini bertujuan untuk mengetahui tatalaksana yang tepat pada pasien dengan penurunan fungsi ginjal. Pada kasus ini dilaporkan seorang laki-laki dewasa dengan gagal ginjal kronis berusia 39 tahun datang dengan keluhan utama muncul luka keropeng sejak 1 bulan lalu dan menyebar. Pemeriksaan fisik didapatkan tingkat kesadaran kompos mentis, tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 84x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,7ºC. Pada pemeriksaan status dermatologis didapatkan pada regio facialis, eksremitas superior dekstra, abdomen, dan eksremitas inferior ditemukan efloresensi ulkus dangkal multiple tertutup krusta hitam, bentuk tidak teratur, batas tegas, tepi meninggi, dinding landai, dasarnya jaringan granulasi, disertai krusta tebal warna coklat kehitaman diatasnya disertai eritema disekelilingnya. Tatalaksana pada pasien diberikan secara sistemik dengan pemberian seftriakson dan loratadin, sedangkan untuk terapi topikal diberikan natrium fusidat dan asam salisilat setiap setelah pasien melakukan kompres terbuka dengan NaCl serta edukasi mengenai higienitas pasien.

Kata Kunci: ektima, gagal ginjal kronis , *Staphylococcus sp, Streptococcus sp*

Management of Echtyma on Patient with Chronic Kidney Disease

Abstract

Ecthyma is a type of pyoderma on superficial skin that has the characteristic presence of crusts on it caused by bacterial infections Streptococcus sp or Staphylococcus sp. Pyoderma can affect men and women of all ages. Factors that influence the occurrence of ecthyma are generally hygiene, skin diseases, and decreased endurance. Chronic renal failure is a kidney condition that has a permanent decline in function characterized by an increase in urea and creatinine levels on laboratory tests. This case report aims to determine the proper management of patients with decreased kidney function. In this case it was reported that an adult male with chronic kidney failure aged 39 years came with the main complaint of appearing scab wounds since 1 month ago and spread. Physical examination found mentis compost level of consciousness, blood pressure 150/90 mmHg, pulse 84x / min, breathing 20x / min, temperature 36.7ºC. Examination of dermatological status was found in the facial region, superior superiority of the extremity, abdomen, and inferior extremity was found efflorescence of multiple shallow ulcers covered by black crust, irregular shape, firm boundary, elevated edges, gently sloping walls, essentially granulation tissue, accompanied by thick brown crusts of blackish brown color. on top accompanied by erythema around it. Management in patients is given systemically by giving ceftriaxone and loratadine, whereas for topical therapy given sodium fusidate and salicylic acid after each patient has an open compress with NaCl and education about patient hygiene.

Keywords: ecthyma, chronic kidney disease, *Staphylococcus sp, Streptococcus sp*

Korespondensi: Fahrezi Fathilla , S.Ked., alamat Jl . Nangka No.26A Sepang Jaya Labuhan Ratu Bandarlampung, HP: 082178860813, e-mail: fathillafahrezi96@gmail.com.

Pendahuluan

Ektima adalah penyakit kulit pioderma ulseratif yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Streptococcus β-hemolyticus* atau *Staphylococcus aureus* dan dapat juga kombinasi dari keduanya yang mengenai lapisan epidermis dan dermis membentuk ulkus dangkal yang ditutupi oleh krusta berlapis. Ektima memiliki nama lain diantaranya *Ulcerative pyoderma, Cutaneous pyoderma, Impetigo, Deep impetigo, Skin streptococci, Grup A beta-hemolitik streptococci, Ecthymatous ulcer, Group A streptococci.* [1,2]

Infeksi dimulai saat bakteri mengeluarkan beberapa toksin yang dimediasi oleh superantigen (SA) kemudian antigen berikatan dengan molekul HLA-DR yaitu *Mayor Histocompability Complex II* pada *Antigen Presenting Cell* dengan adanya vesikel

atau pustul diatas kulit sekitar yang mengalami inflamasi kemudian semakin membesar sehingga pustul dapat pecah menyebabkan kulit mengalami ulserasi berupa krusta. Apabila
krusta diangkat akan memperlihatkan adanya gambaran lesi berbentuk cawan dengan dasar merah dan pada tepi ulkus meninggi, indurasi, dan bewarna keunguan *(punched out appearance)*.[3,4]

Daerah predileksi pada ektima biasanya pada daerah eksremitas terutama eksremitas bagian bawah. Namun, dapat juga ditemukan pada eksremitas bagian atas. Munculnya lesi pada ektima disebabkan oleh trauma pada kulit seperti gigitan serangga, varicella, dan eksoriasi. Pada umumnya pasien datang dengan keluhan adanya bisul terasa gatal kemudian saat digaruk terus-menerus akan menimbulkan krusta bewarna coklat kehitaman.[5]

Faktor predisposisi terjadinya ektima ialah higienitas yang kurang baik, penyakit lain dikulit, dan menurunnya daya tahan tubuh seperti: kekurangan gizi, anemia, neoplasma, diabetes mellitus, dan penyakit kronik yang memudahkan terjadinya infeksi bakteri. Penegakan diagnosis ektima ditegakkan berdasarkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan ditunjang oleh pemeriksaan laboratorium.[3,6]

Diagnosis ektima ditegakkan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan dapat ditunjang pemeriksaan penunjang. Pada anamnesis dapat ditemukan adanya keluhan adanya luka akibat gigitan serangga, lesi kulit berulang. Biasanya pasien mengeluhkan luka terasa gatal dimulai dari eksremitas terutama bagian bawah serta pada umumnya pasien memiliki higienitas yang buruk dan riwayat penyakit kronis yang dapat menghambat proses penyembuhan luka seperti diabetes mellitus.[5,6]

Tatalaksana pada kasus ektima terdiri dari tatalaksana medikamentosa dan non-medikamentosa. Tatalaksana medikamentosa terdiri dari sistemik dan topikal, sedangkan untuk tatalaksana non-medikamentosa berupa edukasi terhadap pasien maupun keluarga. Pada kasus ini pasien didiagnosis ektima disertai dengan penyakit kronis yakni gagal ginjal kronis sehingga perlu dilakukan tinjauan tatalaksana yang tepat pada kasus.[7,8]

Kasus

Seorang pria berusia 39 tahun dikonsulkan dari ruang penyakit dalam pria RSUD Abdul Moeloek Provinsi Lampung dengan keluhan utama adanya luka keropeng yang menyebar sejak 1 bulan yang lalu. Awalnya pasien mengeluh adanya bisul berisi cairan kental warna kuning terasa gatal muncul dimulai pada tungkai, perut, lengan, dan wajah setelah pasien dilakukan hemodialisa karena penyakit ginjal kronis yang dialaminya. Keluhan gatal membuat pasien sering menggaruk-garuknya sehingga timbul luka yang menimbulkan bekas kehitaman yang semakin meluas.

Pasien merupakan pasien rawat inap di ruang penyakit dalam pria RSUD Abdul Moeloek dan pasien memiliki riwayat melakukan hemodialisa sebanyak 18 kali. Selain itu, pasien sebelumnya memiliki riwayat transfusi darah. Selama perawatan pasien tidak pernah melakukan aktivitas mandi. Keluhan ini diakui baru pertama kali dialami pasien, tidak ada yang mengalami hal serupa dalam keluarga, riwayat demam sebelumnya tidak ada, riwayat digigit serangga disangkal, dan tidak memiliki riwayat alergi.

Pemeriksaan fisik diperoleh kesadaran kompos mentis, tekanan darah 150/90mmHg, nadi 84x/menit, pernafasan 20x/menit, dan suhu 36,7ºC. Pada status generalis secara keseluruhan dalam batas normal. Pada pemeriksaan status dermatologis didapatkan pada regio facialis, eksremitas superior dekstra, abdomen, dan eksremitas inferior ditemukan efloresensi ulkus dangkal multiple tertutup krusta hitam, bentuk tidak teratur, batas tegas, tepi meninggi, dinding landai, dasarnya jaringan granulasi, disertai krusta tebal warna coklat kehitaman diatasnya disertai eritema disekelilingnya.

Gambar 1. Manifestasi Klinis Ektima dengan ulkus dangkal multiple tertutup krusta hitam, bentuk tidak teratur, batas tegas, tepi meninggi disertai eritema disekitarnya.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, pada pasien ini ditegakkan dengan diagnosis ektima dengan gagal ginjal kronis (penyakit sistemik). Pasien mendapatkan tatalaksana medikamentosa berupa terapi sistemik dan terapi topikal. Terapi sistemik dengan antibiotik seftriakson 1 gram secara intravena per 12 jam dan antihistamin loratadin 10 mg peroral 1 kali sehari. Terapi topikal dengan kompres NaCl 0,9% pada luka yang masih basah dan krim topikal berisi fuson cream dan asam salisilat 2% dioleskan 3 kali sehari setelah dikompres dengan NaCl 0,9%.

KIE diberikan pada pasien dan keluarganya untuk tidak kembali menggaruk-garuk luka, menjaga higienitas pasien, dan mengikuti aturan petunjuk penggunaan obat sesuai anjuran dokter. Pada follow up selama dua hari terdapat perbaikan lesi yang ditandai krusta mulai mengelupas dan luka mulai kering.

Pembahasan

Ektima merupakan suatu ulkus superfisial dipermukaan kulit yang disertai adanya krusta yang berada diatasnya. Mikroorganisme penyebab ektima ialah bakteri *Streptococcus β-hemolyticus* atau *Staphylococcus aureus* dan dapat juga kombinasi dari keduanya yang mengenai lapisan epidermis dan dermis.[1] Diagnosis ektima ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan ditunjang dengan pemeriksaan laboratorium.[2,4]

Pada anamnesis diperoleh informasi bahwa pasien mengeluhkan adanya luka keropeng yang menyebar sejak 1 bulan yang lalu. Awalnya pasien mengeluh adanya bisul berisi cairan kental warna kuning terasa gatal pada wajah, perut, lengan, dan tungkai setelah pasien dilakukan hemodialisa karena penyakit ginjal kronis yang dialaminya. Keluhan gatal membuat pasien sering menggaruk-garuknya sehingga timbul luka yang menimbulkan bekas kehitaman yang semakin meluas.[3,5]

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari anamnesis pasien memiliki faktor predisposisi terjadinya ektima. Pertama, pasien memiliki penyakit kronis yang sudah dialaminya sejak 1 tahun terakhir yakni gagal ginjal kronik sehingga pasien rutin untuk melakukan hemodialisa. Kedua, pasien memiliki riwayat anemia sehingga pasien perlu dilakukan transfusi darah. Ketiga, selama dirawat di ruang perawatan pasien tidak pernah mandi. informasi tersebut menunjukkan pasien memiliki faktor predisposisi terjadinya penyakit kulit ektima.[2,6,8]

Pada status dermatologis didapatkan gambaran efloresensi ulkus dangkal multiple tertutup krusta hitam, bentuk tidak teratur, batas tegas, tepi meninggi, dinding landai, dasarnya jaringan granulasi, disertai krusta tebal warna coklat kehitaman diatasnya disertai eritema disekelilingnya. Predileksinya yakni pada regio facialis, eksremitas superior dekstra, abdomen, dan eksremitas inferior. [4,7]

Gambaran efloresensi dan predileksi pada pasien ini serupa dengan impetigo vesikobulosa karena lesi keduanya sama-sama pada lapisan superfisial. Perbedaannya adalah pada impetigo vesikobulosa memiliki krusta tipis bewarna coklat yang mudah diangkat sedangkan pada ektima krusta yang muncul bewarna kuning keabuan yang sulit diangkat dan lesi biasanya lebih dalam berupa ulkus.[4]

Hal ini sesuai dengan gambaran efloresensi pada pasien berupa ulkus dangkal dan krusta warna kehitaman yang sukar dilepas dari dasarnya.[2] Pada pasien ini predileksinya sesuai dengan predileksi ektima yakni dimulai dari tungkai bawah dan selanjutnya menyebar ke daerah lain seperti perut, lengan, dan wajah.[4]

Idealnya dalam memberikan terapi dilakukan pemeriksaan pewarnaan gram dari tepi lesi kulit yang aktif untuk mengetahui bakteri penyebab. Hal ini dilakukan untuk memilih antibiotik yang sesuai dengan etiologinya. Pada pasien ini tidak dilakukan pemeriksaan pewarnaan gram. Namun, untuk menegakkan diagnosis ektima pada kasus ini sudah dapat ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik serta gambaran klinis yang khas pada status dermatologis.[1,4,8] Pada pemeriksaan pewarnaan gram kasus ektima akan memberikan hasil pewarnaan gram positif.[6]

Penatalaksanaan pada ektima meliputi tatalaksana medikamentosa dan non medikamentosa. Terdapat beberapa tatalaksana medikamentosa. Pertama, pemberian antibiotik baik secara topikal dan/atau sistemik bergantung pada luasnya lesi. Antibiotik yang dapat digunakan yakni antibiotik yang sensitif terhadap bakteri gram positif. Pada pasien ini antibiotik diberikan secara sistemik maupun topikal karena terdapat lesi multiple pada pasien. Antibiotik sistemik yang diberikan ialah golongan sefalosporin generasi ketiga (seftriakson) 2x1gr intravena. Terapi topikal yang diberikan berupa krim yang mengandung asam salisilat dan *fuson cream* dioleskan 3x/hari setelah kompres. Asam salisilat berfungsi sebagai keratoplasty dan fuson cream sebagai antibiotik. Terapi antibiotik lini pertama pada kasus ektima adalah kloksasilin/diklosasilin. Meskipun demikian, obat tersebut tidak beredar di Indonesia sehingga pemberian seftriakson intravena pada infeksi sistemik selama rawat inap efektif untuk infeksi akibat bakteri gram positif.[6]

Pemberian seftriakson pada pasien ektima dengan penurunan fungsi ginjal sudah tepat karena antibiotik ini memiliki potensi tinggi, spektrum luas, dan memiliki toksisitas yang rendah dengan eksresi melalui ginjal 33-67% dan sisanya dimetabolisme dihati dan dikeluarkan bersama feses.[7,10] Kedua, kompres terbuka dengan NaCl 0,9% 3x/hari setiap 10-15 menit. Hal ini bertujuan untuk mengangkat krusta sehingga dapat mempermudah proses regenerasi kulit. Ketiga, pemberian obat antihistamin untuk mengurangi keluhan gatal dapat diberikan seperti chlorfeniramin maleat, cetirizin, dan loratadin.[8] Pada pasien ini diberikan antihistamin yang bersifat non sedatif yakni loratadin 10mg 1x/hari. Loratadin diberikan dalam penatalaksanaan kasus ini karena lebih aman untuk pasien yang mengalami penurunan fungsi ginjal dibandingkan dengan cetirizin. Loratadin memiliki persentase eksresi melalui ginjal sebesar 45% sedangkan cetirizin eksresi melalui ginjal sebesar 85%.[9]

Tatalaksana non medikamentosa dilakukan dengan memberikan penjelasan terhadap pasien dan keluarga meliputi konfirmasi, informasi, dan edukasi (KIE). Pasien diberikan penjelasan bahwa pasien terkena penyakit infeksi kulit meluas yang disebabkan oleh bakteri. Selain itu, pasien diberitahu mengenai faktor predisposisi yang dimiliki seperti penyakit kronis yang menyebabkan penurunan sistem imun, riwayat anemia sebelumnya, dan higienitas yang kurang baik. Selanjutnya, edukasi mengenai pentingnya menjaga higienitas dan tidak menggaruk pada lesi kulit agar tidak memperpanjang waktu penyembuhan dan meminimalisir menyebarnya proses infeksi serta pentingnya mematuhi petunjuk penggunaan obat oleh dokter.[3,7]

Daftar Pustaka

1. Lowell AG, Stephen IK, Barbara AG, Amy SP, David JL, Klaus W, Dkk. Fitzpatrick's dermatology in general medicine 8 th edition. New York: Mc-Graw Companies; 2012.
2. Menaldi SL, Bramono K, Indriatmi W. Ilmu penyakit kulit dan kelamin edisi 7. Jakarta: Balai Penerbit FK UI; 2015.
3. Widaty S, Soebono H, Nilasari H, Listiawan MY, Siswati AS, Triwahyudi Danang, Dkk. Panduan praktek klinis bagi dokter spesialis kulit dan kelamin di Indonesia. Jakarta: Perdoski; 2017.
4. Gandhi S, Ojha AK, Ranjan KP, Neelima. Clinical and bacteriological aspects of pyoderma. N Am J Med Sci. 2012; 4(10): 492-5.

5. Fahriah. Profil pioderma pada dewasa di poliklinik kulit dan kelamin RSUP Prof. Dr. R.D. Kandao Manado periode januari-desember 2012 [skripsi]. Manado: Fakultas Kedokteran Unsrat; 2014.
6. Venkatesh BMS, Nagaraju K, Vivekananda N. Bakteriological profile and antibiotic susceptibility of pyodermas at a tribal tertiary care hospital. SJAMS. 2016; 4 (8E): 3087-91.
7. Bhat YJ, Hassan, Bashir S, Farhana A, Maroof P. Clinico-bacteriological profile of primary pyodermas in Kashmir: a hospital based study. JR Coll Physicians Edinb. 2016; 46: 8-13.
8. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJC, Gorbach SL, Dkk. Practice guideline for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases Advance Access. 2014; 59: 147-59.
9. Davila I, Cuvillo AD, Mullol J, Jauregui I, Bartra J, Ferrer M, Dkk. Use of second generation h1 antihistamines in special situations. 2013; 23(1): 1-16.
10. Goodman, Gilman. dasar farmakologi terapi edisi 10. Diterjemahkan oleh Tim Alih Bahasa Sekolah Farmasi ITB. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2012.

9% Overall Similarity

Top sources found in the following databases:

- 3% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 7% Submitted Works database

TOP SOURCES

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	iGroup on 2013-11-25 Submitted works	5%
2	Ellen Gunawan, Anthony S. Wibawa, Pieter L. Suling, Nurdjannah J. Nio... Crossref	1%
3	Universitas Warmadewa on 2020-11-03 Submitted works	<1%
4	Fahriah ., Herry E. J. Pandaleke. "PROFIL PIODERMA PADA ORANG DE... Crossref	<1%
5	Universitas Pelita Harapan on 2020-04-14 Submitted works	<1%
6	Bevi Dewi Citra, Raveinal Masri. "STEVENS JOHNSON SYNDROME PAD... Crossref	<1%
7	Niken Ernaningtyas, Nana N. Jayadi, Herry E. J. Pandaleke. "SUBCORN... Crossref	<1%