

Laporan kasus

22 April 2021

LAPORAN KASUS RADIOLOGI

ABSES PARU



Oleh:

ATIKANUR

NIM.

2010241696

**Bagian KJF/KSM Radiologi
Fakultas Kedokteran Universitas Riau RSUD Arifin Achmad**

**PPDS I PULMONOLOGI DAN KEDOKTERAN RESPIRASI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS RIAU
RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI
RIAU PEKANBARU
2021**

DAFTAR ISI

| | |
|----------------------------------|----|
| Judul | i |
| Daftar isi | ii |
| Pendahuluan | 1 |
| Anatomi Paru | 1 |
| Pembagian Abses Paru | 4 |
| Bakteri Patogen | 4 |
| Gejala Tanda Abse Paru | 4 |
| Diagnosis Abses Paru | 5 |
| Penatalaksanaan Abses Paru | 7 |
| Kesimpulan | 8 |
| Daftar Pustaka..... | 9 |
| Laporan Kasus | 10 |

PENDAHULUAN

Abses paru salah satu penyakit infeksi pada parenkim paru berupa nekrosis liquefaktif (ditandai oleh larutnya jaringan akibat lisis enzimatis sel-sel yang mati) berbentuk rongga mengandung cairan nekrotik yang disebabkan oleh infeksi mikroba.¹ Abses paru dapat menjadi primer atau sekunder berdasarkan penyakit paru yang mendasari, Akut atau kronis berdasarkan durasi penyakit, didapat dari komunitas atau didapat di rumah sakit. Angka kematian lebih tinggi untuk abses paru di era pra-antibiotik, tetapi dengan munculnya terapi antibiotik, angka kematian telah berkurang menjadi 8,7%. Abses paru lebih cenderung berkembang di segmen posterior lobus kanan atas, lobus tengah dan segmen superior lobus kanan bawah.²

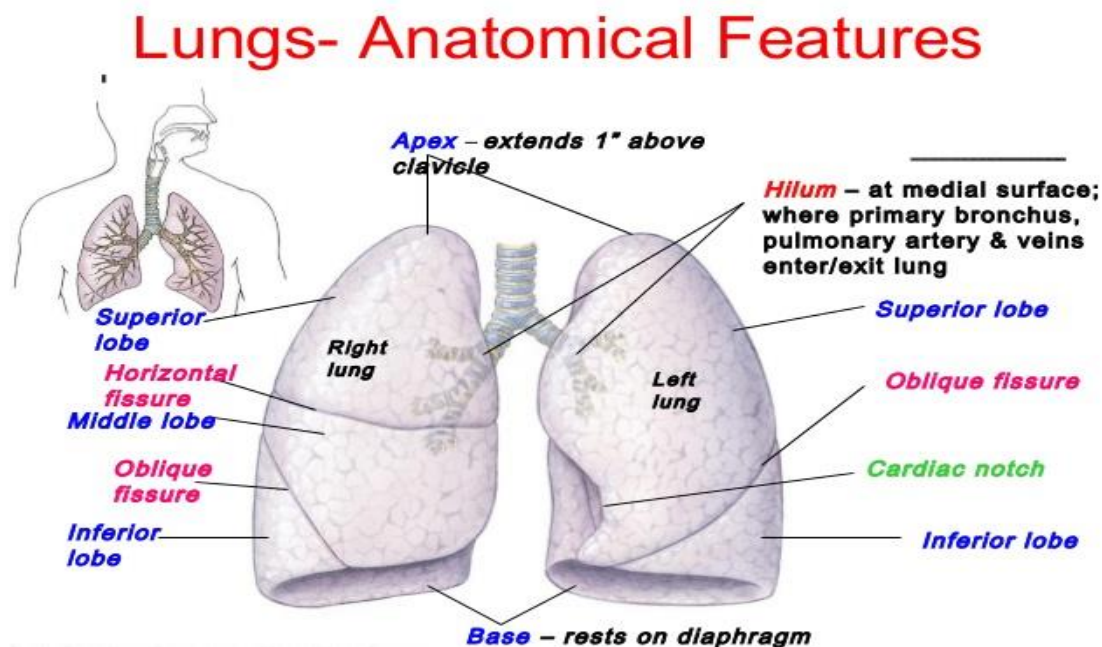
Faktor penyebab abses paru adalah lansia, infeksi gigi, alkoholisme, penyalahgunaan obat, diabetes mellitus, koma, ventilasi buatan, kejang, gangguan neuromuskuler dengan disfungsi bulbar, malnutrisi, terapi dengan kortikosteroid, sitostatika atau immunosupresan, immunocompromise (HIV/AIDS), keterbelakangan mental, penyakit refluks gastro-esofagus, obstruksi bronkial, ketidakmampuan untuk batuk serta sepsis.¹ Bakteri anaerob selama puluhan tahun merupakan jenis bakteri yang paling dominan pada abses paru. Selama dekade terakhir jenis bakteri yang paling banyak diisolasi pada abses paru, khususnya di Taiwan adalah *Klebsiella pneumoniae* sehingga sangat penting dilakukan terapi antibiotik khusus untuk jenis bakteri tersebut.²

ANATOMI PARU

Fungsi paru menyediakan oksigen ke darah. Sistem pernapasan terbagi menjadi saluran udara dan parenkim paru. Saluran udara terdiri dari trakea, bronkus, bronkiolus dan alveoli. Secara anatomis, paru memiliki puncak, tiga batas, dan tiga permukaan. Puncak terletak di atas tulang rusuk pertama. Ketiga batas tersebut meliputi batas anterior, posterior dan inferior. Batas anterior paru berhubungan dengan refleksi pleura, dan menciptakan lekukan jantung di paru kiri. Takik jantung adalah cekungan di paru yang terbentuk untuk menampung jantung. Batasan inferior tipis dan memisahkan dasar paru dari permukaan kosta. Batasan posterior tebal dan memanjang dari vertebra C7 hingga T10. Tiga permukaan paru meliputi permukaan kosta, medial, dan diafragma. Permukaan kosta ditutupi oleh pleura kosta dan berada di sepanjang tulang dada dan tulang rusuk serta bergabung dengan permukaan medial di perbatasan anterior dan posterior. Permukaan diafragma di perbatasan inferior. Permukaan medial terbagi di anterior dan posterior. Anterior berhubungan dengan sternum dan di posterior berhubungan dengan vertebra.³

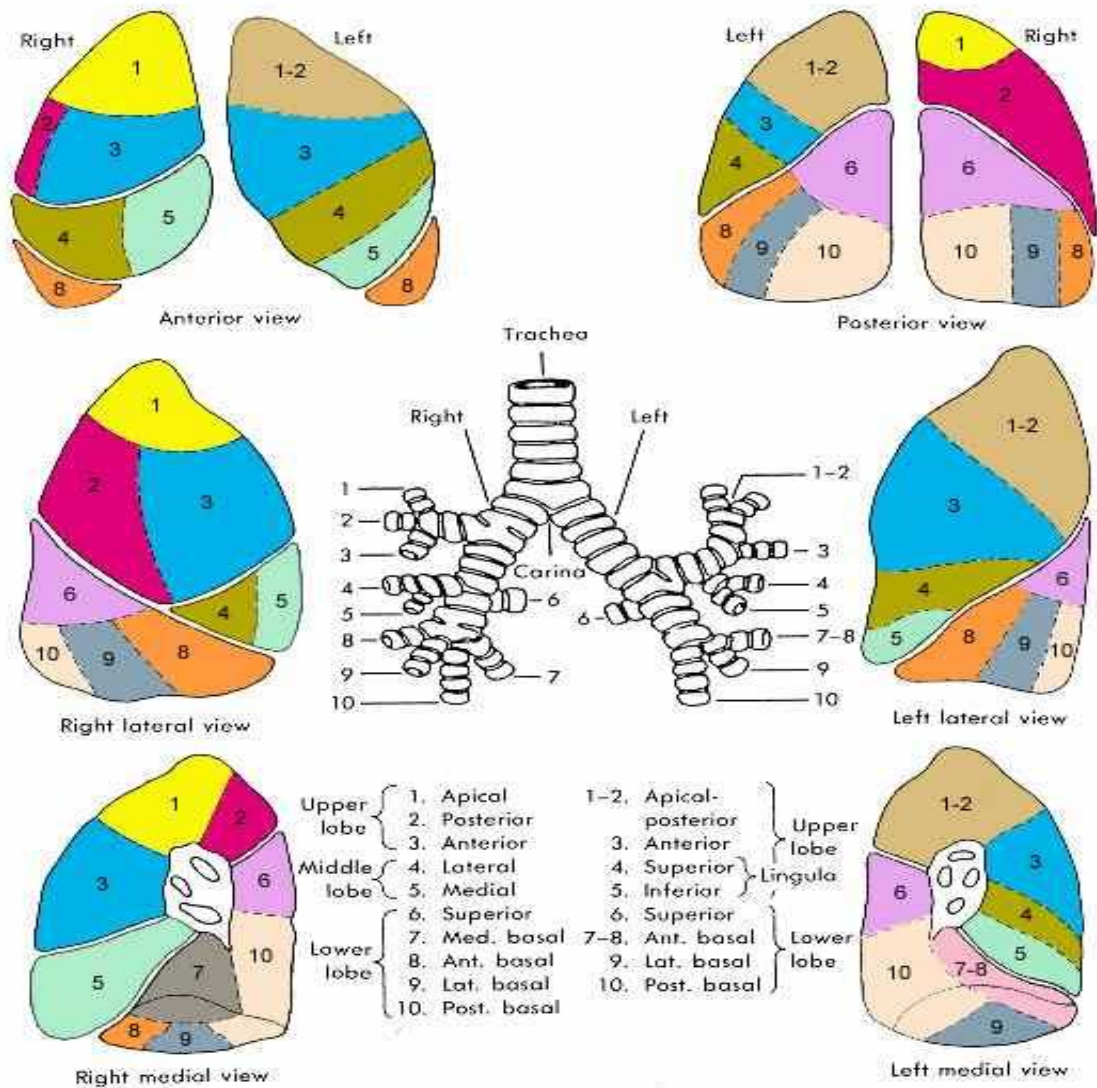
Permukaan diafragma (alas) cekung dan bertumpu pada kubah diafragma, kubah kanan lebih tinggi dari kubah kiri karena hati. Anatomi paru kanan dan kiri serupa tetapi asimetris. Paru kanan terdiri dari tiga lobus, lobus kanan atas, lobus kanan tengah dan lobus kanan bawah. Lobus kanan dibagi oleh celah miring dan horizontal, di mana celah horizontal membagi lobus atas dan tengah, dan celah miring membagi lobus tengah dan bawah. Paru kiri terdiri dari dua lobus, lobus kiri atas dan lobus kiri bawah. Pada lobus kiri, hanya terdapat celah miring yang memisahkan lobus atas dan bawah. Lobus selanjutnya membagi menjadi segmen yang berhubungan dengan bronkus segmental tertentu.³

Ada delapan hingga sembilan segmen di paru kiri, tergantung pada pembagian lobus. Secara umum, ada empat segmen di lobus kiri atas (anterior, apikoposterior, inferior, dan lingula superior) dan empat atau lima di lobus kiri bawah (lateral, anteromedial, superior dan posterior). Hilum (root) adalah permukaan yang tertekan di tengah permukaan medial paru yang terletak di anterior hingga kelima hingga vertebra toraks ketujuh. Ini adalah titik di mana berbagai struktur masuk dan keluar dari paru-paru. Hilum dikelilingi oleh pleura meluas ke inferior dan membentuk ligamentum paru. Hilum sebagian besar mengandung bronkus dan pembuluh darah paru, bersama dengan saraf frenikus, limfatik, kelenjar getah bening, dan pembuluh bronkial. Hilum kiri dan kanan mengandung arteri pulmonalis, vena pulmonalis (superior dan inferior) dan arteri bronkial.⁴



Gambar.1. Anatomi paru

(2)



Gambar.2. Anatomi paru

(2)

KLASIFIKASI

Menurut durasi terdiri dari Akut (kurang dari 6 minggu) dan kronis (lebih dari 6 minggu). Menurut etiologi terdiri dari Primer melalui aspirasi sekresi orofaringeal, pneumonia nekrotikans, defisiensi imun, sedangkan Sekunder melalui obstruksi bronkial, penyebaran hematogenik, penyebaran langsung dari infeksi mediastinum, dari subphrenium). Menurut Cara penyebaran melalui bronchogenic (aspirasi sekresi orofaringeal, obstruksi bronkial oleh tumor, benda asing, pembesaran kelenjar getah bening, malformasi kongenital) dan melalui hematogenik (sepsis abdominal, endokarditis infeksi, tromboemboli septik).^{1,4}

BAKTERI PATOGEN

Bakteri anaerob seperti *Streptococcus* spp, *Bacteroides fragilis*, *Fusobacterium capsulatum* dan *necrophorum*. Bakteri aerob seperti *Staphylococcus aureus* [termasuk methicillin resistant *staphylococcus aureus* (MRSA)], *Streptococcus pyogenes* dan pneumonia, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae* (tipe B), *Acinetobacter* Etiologi patogen untuk abses paru mungkin juga *Mycobacterium* spp, *Aspergillus*, *Cryptococcus*, *Histoplasma*, *Blastomyces*, *Coccidioides*, *Entamoeba histolytica*, *Paragominus westermani*.^{1,2}

GEJALA DAN TANDA

Gejala abses akibat bakteri anaerob atau campuran bakteri anaerobik dan aerobik biasanya kronis (misalnya terjadi selama beberapa minggu atau bulan) dan termasuk batuk produktif, demam, keringat malam, dan penurunan berat badan. Pasien mungkin juga datang dengan hemoptisis dan nyeri dada pleuritik. Dahak mungkin bernanah atau bercak darah dan secara klasik berbau atau berasa busuk. Pasien mungkin mengalami bau mulut. Gejala abses akibat bakteri aerob berkembang lebih akut dan menyerupai pneumonia bakterial. Tanda abses paru, bila ada, tidak spesifik dan mirip dengan pneumoni seperti penurunan suara napas yang menunjukkan konsolidasi atau efusi, suhu $\geq 38^\circ\text{C}$, berderak di area yang terkena, egofoni, dan perkusi tumpul dengan adanya efusi. Pasien biasanya memiliki tanda penyakit periodontal dan riwayat penyebab predisposisi aspirasi, seperti disfagia atau kondisi yang menyebabkan gangguan kesadaran.^{1,3}

DIAGNOSIS

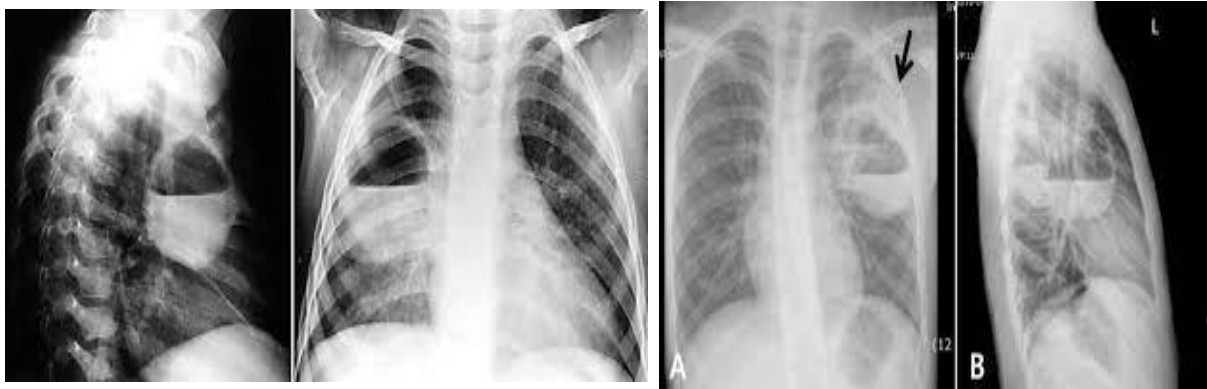
LABORATORIUM

leukosit umumnya tinggi berkisar $10.000-30.000/\text{mm}^3$ dengan hitung jenis bergeser ke kiri dan sel polimorfinuklear yang banyak terutama neutrofil yang immatur. Pada abses lama dapat ditemukan anemia. Dapat dilakukan pemeriksaan dahak untuk mengetahui mikroorganisme penyebab, namun dahak sebaiknya diperoleh dari aspirasi transtrakheal, transtorakal atau bilasan/sikatan bronkus untuk menghindari kontaminasi dari organisme anaerobik normal pada mulut dan saluran napas atas.^{1,3}

GAMBARAN RADIOLOGI

FOTO THORAKS

Pada gambaran radiologik dapat ditemukan gambaran satu atau lebih kavitas yang disertai dengan adanya air fluid level. Khas pada abses paru anaerobik kavitasnya singel (soliter) yang biasanya ditemukan pada infeksi paru primer, sedangkan abses paru sekunder (aerobik, nosokomial atau hematogen) lesinya biasanya multipel. Pada foto toraks ditemukan kavitas yang ukuran dari abses bervariasi namun secara umum memiliki bentuk yang bulat. Dinding abses umumnya tebal dan permukaan dalamnya irreguler. Pembuluh darah bronkus dan bronkus sendiri dapat menjadi dinding dari abses. Abses dapat berisi cairan saja maupun cairan yang bercampur dengan udara sehingga memberikan gambaran air-fluid level. Bila abses mengalami ruptur akan terjadi drainase abses yang tidak sempurna ke dalam bronkus, yang akan memberikan gambaran kavitas dengan batas udara dan cairan di dalamnya (air fluid level). Secara umum terdapat perselubungan di sekitar kavitas, meskipun begitu pada terapi kavitas akan menetap lebih lama dibanding perselubungan di sekitarnya.^{1,3}

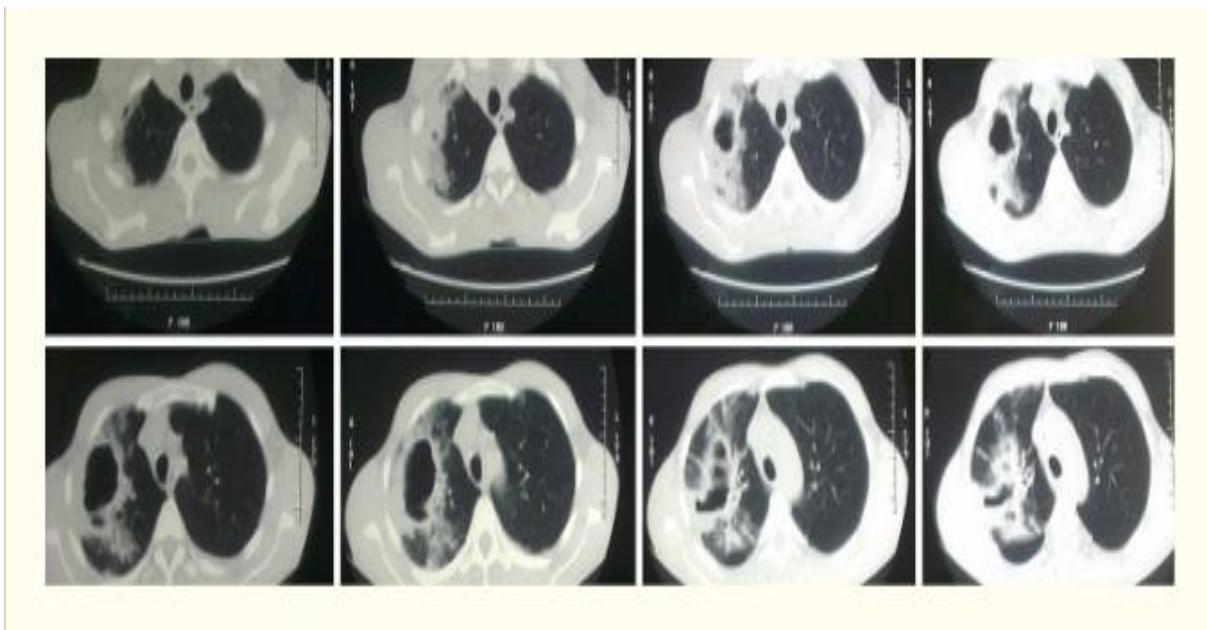


Gambar 1. Abses paru pada radiografi konvensional

(1,3)

CT-SCAN TORAKS

CT-Scan adalah modalitas pencitraan yang paling sensitif dalam menegakkan diagnosis abses paru. Kontras yang diberikan adalah kontras yang dapat bercampur dengan perselubungan disekitar lesi sehingga batas margin dapat diidentifikasi. Gambaran khas CT scan abses paru adalah berupa lesi dens bundar dengan kavitas berdinding tebal, tidak teratur, dan terletak di daerah jaringan paru yang rusak.^{1,2}



Gambar. 2 abses paru pada ct scan toraks

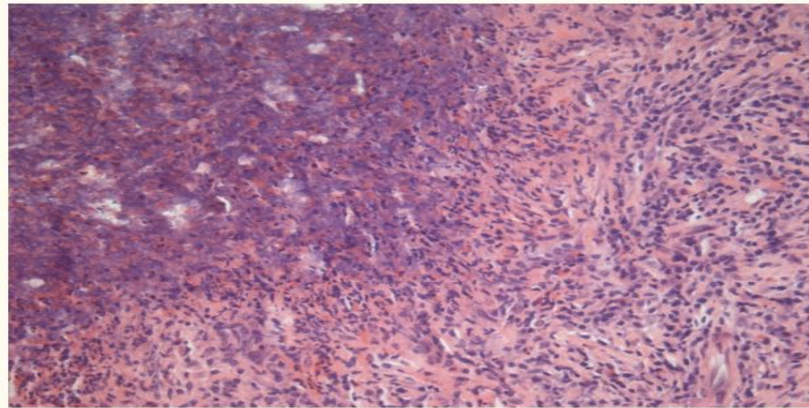
(1.2)

ULTRASONOGRAFI

Ultrasounografi tidak memiliki peran yang signifikan dalam menegakkan diagnosis abses paru dikarenakan banyak daerah dari paru yang berisi udara yang akan menghalangi visualisasi menggunakan ultrasound. Meskipun begitu, tepi abses yang berbatasan dengan pleura atau berbatasan dengan daerah paru yang mengalami penekanan ataupun perselubungan dapat tervisualisasi. Hal ini harus dibedakan dengan empiema.^{1,4}

GAMBARAN HISTOPATOLOGIS

Abses paru bermula sebagai nekrosis dari bagian kecil yang terus berkembang di dalam segmen yang terkonsolidasi pada pneumonia. Area ini dapat bergabung membentuk area supuratif yang singel maupun multipel yang mewakili abses paru. Ketika inflamasi berlanjut mencapai bronkus, isi dari abses dikeluarkan sebagai sputum yang berbau, kemudian, terbentuklah fibrosis yang menyebabkan bekas luka padat yang memisahkan abses.^{1,3}



Gambar 8. Gambaran histopatologik abses paru memperlihatkan adanya reaksi inflamasi.

(1,3)

PENATALAKSANAAN

Terapi konservatif standar untuk abses paru dengan bakteri anaerob adalah clindamycin (600 mg IV tiap 8 jam). Metronidazol sebagai terapi tunggal tampaknya tidak terlalu efektif. Kombinasi β -laktam dengan inhibitor β -laktamase (ticarcilin-klavulanat, ampicilin-sulbaktam, amoksisilin-klavulanat, piperacilin-tazobactam), kloramfenikol, imipenem atau meropenem, generasi kedua dari cephalosporin (cefoxitin, cefotetan), generasi terbaru fluoroquinolones-moxifloxacin. Antibiotik spektrum luas, karena flora polimikroba, seperti Clindamycin (600 mg IV pada 8 jam) dan kemudian 300 mg PO tiap 8 jam atau kombinasi ampicilin / sulbactam (1,5-3 gr IV tiap 6 jam). Terapi alternatif adalah piperacilin / tazobactam 3,375 gr IV tiap 6 jam atau Meropenem 1 gr IV tiap 8 jam. Untuk MRSA dianjurkan untuk menggunakan linezolid 600 mg IV tiap 12 jam atau vankomisin 15 mg / kg BM tiap 12 jam. Terapi antibiotik harus bertahan setidaknya sampai demam, dahak busuk dan cairan abses telah sembuh antara 5-21 hari untuk pemakaian antibiotik intravena dan kemudian dilanjutkan oral, total dari 28 hingga 48 hari.^{1,4}

Pembedahan, indikasi terapi bedah pada abses dengan diameter >6cm atau gejalanya bertahan lebih dari 12 minggu dengan terapi. Pilihan operasi dengan drainase chest tube dengan trocar (84% kasus abses paru, komplikasi 16%, mortalitas 4%), reseksi bedah, drainase trans thoracic

tube percutaneus (11-21% pasien). Durasi rata-rata untuk drainase chest tube abses paru adalah sekitar 10-16 hari. Reseksi bedah (terapi pilihan untuk sekitar 10% pasien). Indikasi akut adalah: hemoptisis, prolong sepsis, fistula bronkopleural, ruptur abses di rongga pleura dengan pyopneumothorax / empyema. Indikasi kronis adalah: abses paru yang tidak berhasil diobati lebih dari 6 minggu, kecurigaan terhadap kanker, kavitas lebih besar dari 6 cm, leukositosis walaupun dengan antibiotik. Lobektomi adalah reseksi pilihan untuk posisi abses luas atau sentral. Terapi pendukung lainnya rehabilitasi medik dengan postural drainage.^{2,4}

KESIMPULAN

Abses paru merupakan salah satu penyakit infeksi pada parenkim paru berupa nekrosis liquefaktif berbentuk rongga (lebih dari 2 cm) mengandung puing-puing atau cairan nekrotik yang disebabkan oleh infeksi mikroba. Abses paru lebih cenderung berkembang di segmen posterior lobus kanan atas dan lobus tengah dan segmen superior lobus kanan bawah. Pada foto toraks ditemukan kavitas yang ukuran dari abses bervariasi namun secara umum memiliki bentuk yang bulat. Dinding abses umumnya tebal dan permukaan dalamnya irreguler. Terapi abses paru dengan antibiotik adekuat, selain itu dengan indikasi tertentu juga bisa dengan pembedahan serta terapi pendukung lainnya rehabilitasi medik dengan postural drainage.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kuhajda I, Zarogoulidis K, Tsirgogianni K, Tsavlis D, Kioumis I, Kosmidis C et al. Lung abscess etiology, diagnostic and treatment options. *Ann Transl Med.* 2015;3 (13):183.
2. Sabbula B, Rammohan B, Akella J. Lung Abscess. *StatPearls* 2020;3 (13):183.
3. Mohapatra MM, Rajaram M, Mallick A. Clinical, Radiological and Bacteriological Profile of Lung Abscess-an Observasional Hospital Based Study. *Open Acces Maced J Medd Sci* 2018; 6(9): 1642-6.
4. Zhang JH, Yang SM, How CH, Ciao YF. Surgical Management of Lung Abscess: from Open Drainage to Pulmonary Resection. *Review Article of Thoracic Surgery.* 2018. 10.14.

LAPORAN KASUS

Nama pasien : Tn. Fauzi Zulpian Riady

Umur : 20 tahun

Riwayat berobat :

1. 30 september 2020- 02 oktober 2020 : di rawat di ruangan jasmine RSUD Arifin Achmad
2. 08 oktober 2020- 19 oktober 2020 : di rawat diruangan jasmine RSUD Arifin Achmad
3. 23 oktober 2020 : Kontrol ke poli paru RSUD Arifin Achmad
4. 20 november 2020 : Kontrol VCT RSUD Arifin Achmad
5. 18 desember 2020 : Kontrol VCT RSUD Arifin Achmad
6. 25 januari 2021 : Kontrol VCT RSUD Arifin Achmad
7. 25 februari 2021 : Kontrol VCT RSUD Arifin Achmad
8. 23 maret 2021 : Kontrol ke poli paru RSUD Arifin Achmad

1. 30 september 2020- 02 oktober 2020

Diagnosis masuk : TB Paru Klinis status baru status HIV (+) + B20

Masalah : kandidiasis oral

KU : Sesak napas

RPS :

- Sesak napas mulai dirasakan sejak 3 minggu SMRS dan semakin memberat sejak 2 hari SMRS. Sesak napas tidak berbunyi mengi, sesak napas terutama bila beraktivitas, sesak napas tidak dipengaruhi makanan, cuaca dan debu.
- Batuk berdahak sejak >3 minggu SMRS. Dahak berwarna kuning kehijauan, tidak berbau. Riwayat batuk darah (-)
- Tidak ada keluhan nyeri dada
- Demam (+) naik turun terutama malam hari. Keringat malam (+).
- Mual (+), muntah (-)
- Nafsu makan menurun (+) BB ↓ 5 kg dalam 1 bulan.
- BAK dan BAB tidak ada keluhan
- Lidah kotor (+)

RPD : OAT (-) HT(-), DM (-), Asma (-), Penyakit jantung (-), riwayat PPOK (-)

RPK : DM (-), HT (-), Penyakit jantung (-), asma (-), Tb paru (-), keganasan (-)

Riw. Sosial: Pekerjaan: Mahasiswa

Riwayat merokok (-), Alkohol (-), Seks Bebas disangkal, Napza disangkal.

Pemeriksaan Fisis :

Kedadaan Umum : Tampak sakit sedang

Kesadaran : Compos mentis

Tekanan Darah : 110/80 mmHg

Frekuensi Nadi : 110 x/menit

Frekuensi Napas : 24 x/menit

SpO₂ : 97 %

Temperatur : 36,5 ° C

BB : 38 kg TB : 160 cm

IMT : 14,84 (Underweight)

Kepala : bentuk normal

Mata : konjungtiva anemis (+), sklera ikterik (-)

Mulut: kotor (+)

Leher : JVP 5+2 cmH₂O, Pembesaran KGB (-)

Jantung : I: iktus tidak tampak P: iktus teraba di ICS V linea midclavikula sin. P: batas jantung kiri ICS V linea midclav sin. A: BJ I=BJ II, murni, reguler, gallop (-)

Paru : Insp. : Statis asimetris, Dinamis asimetris : kiri tertinggal Venektasi pada dinding dada (+)

Palp. : fremitus kanan melemah dari pada kiri

Perk. : kanan atas Sonor bawah redup/ kiri sonor

Ausk. : vesikular ↓ / + , ronki -/-, mengi -/-

Abdomen : Supel, Hepar dan Lien tidak teraba, nyeri tekan epigastrik (+), BU (+) Normal.

Ekstremitas : tidak terdapat edema, akral hangat, CRT

Pemeriksaan foto toraks di RSUD Arifin Achmad 28 september 2020

Kesan : pneumonia dextra curiga disertai dengan massa di pulmo dextra.



Pemeriksaan HIV, sputum BTA dan Genexpert serta mikrobiologi sputum di RSUD Arifin Achmad 02 oktober 2020

HIV : reaktif

PEMERINTAH PROVINSI RIAU
RSUD ARIFIN ACHMAD
 Jl. Diponegoro No.2 Telp. (0781) 23418, 21618, 21657 Fax (0781) 20253
 Pekanbaru - 28133

LABORATORIUM KLINIK

Dokter : Devi Nalati Manis, dr. Sp.P
 No. Dir : 01020410
 Nama : FAUZI ZULPIAN RIADY, KH
 J. Kelamin : Laki-laki
 T. Lahir : 24-09-2000 / 20th Bulan 9th
 Alamat : DUREN MARDIHA
 Dokter Penanggung Jawab : Devi Susanti, dr. SpFK

Hasil Pemeriksaan Mikrobiologi

| Metode | Spesimen | Hasil |
|-----------|----------|------------------|
| Genexpert | Sputum | MTB Not Detected |
| BTA | Sputum | Negatif |

Di print pada Tanggal : 02-10-2020 13:22

803575 - RSUD ARIFIN ACHMAD - PEKANBARU - IDN
 02/10/20 12:39:54

Test Report

Patient ID: FAUZI ZULPIAN RIADY (JASMIN)
 Sample ID: 2028180920
 Test Type: Specimen
 Sample Type:

Assay Information

| Assay | Assay Version | Assay Type |
|------------------------|---------------|---------------------|
| Xpert MTB-RIF Assay G4 | 5 | In Vitro Diagnostic |

Test Result: **MTB NOT DETECTED**

Analyte Result

| Analyte Name | Analyte Result | Probe Check Result |
|--------------|----------------|--------------------|
| Probe D | NEG | PASS |
| Probe C | NEG | PASS |
| Probe E | NEG | PASS |
| Probe B | NEG | PASS |
| SPC | PASS | PASS |
| Probe A | NEG | PASS |
| QC-1 | NEG | PASS |
| QC-2 | NEG | PASS |

User: elvins
 Status: Done
 Expiration Date*: 01/08/21
 S/W Version: 4.8
 Cartridge S/N*: 208982385
 Reagent Lot ID*: 58224

Start Time: 02/10/20 10:59:27
 End Time: 02/10/20 12:40:41
 Instrument S/N: 803575
 Module S/N: 704798
 Module Name: D3



Errors
 <None>

For In Vitro Diagnostic Use Only.

GeneXpert Dx System Version 4.8

Page 1 of 2

PEMERINTAH PROVINSI RIAU
RSUD ARIFIN ACHMAD
Jl. Diponegoro No.2 Telp. (0761) 23418, 21618, 21657 Fax. (0761) 20253
Pekanbaru - 28133

LABORATORIUM KLINIK

| | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Lab No. : 20063234 | Dokter : Sri Melati Munir, dr. Sp.P |
| No. RM : 01050410 | Ruangan : RUANG JAMIN |
| Nama : FAUZI ZULPIAN RIADY, TN | Status : BPJS |
| J. Kelamin : Laki-laki | Tgl. Order : 02-10-2020 09:42:00 |
| T. Lahir : 24-09-2000/ 20Th OBIn 8Hr | Tgl. Periksa : 02-10-2020 11:09:00 |
| Alamat : DUSUN KANDISTA | Hasil Selesai : 05-10-2020 09:58:00 |

Dokter Penanggung Jawab : Devi Susanti, dr., SpFK Halaman 1/1

Hasil Pemeriksaan Mikrobiologi

MIKROBIOLOGI
Bahan/Wasist. MO (Aerob)
Spesimen

IDENTIFIKASI

SPECIMEN : Sputum
ISOLATE 1 : Klebsiella pneumoniae ss.pneumoniae

| Susceptibility | Isolate 1 |
|----------------------------------|-----------|
| Ampicillio/Gulbactam..... | R |
| Ceftiazidom..... | R |
| ESBL..... | R |
| Imipenem..... | R |
| Amikacin..... | I |
| Ampicillin..... | R |
| Piperacillin/Tazobactam..... | R |
| Ceftazidim..... | R |
| Cefepime..... | R |
| Ciprofloxacin/Sulfamoksasid..... | R |
| Trimetoprim/Sulfametoksasid..... | R |
| Tigecycline..... | S |
| Ritetransarin..... | I |
| Artemisin..... | R |
| Erythrom..... | S |
| Moxifloxacin..... | S |

Kesimpulan / saran :

Dokter : Sri Melati Munir, dr. Sp.P
Tophi, A. And. AK

Di print pada Tanggal : 05-10-2020 09:58

Tatalaksana :

- IVFD Aminofluid 500cc/ 8 jam
- Omeprazole inj 2x40 mg (iv)
- OAT 4FDC 1x2 tab
- KSR 2x600 mg
- Cotrimoxazole 2x960 mg
- Inbumin 3x1
- Nystatin drop 3x1 gtt

Rencana :

- Konsul vct

2. 08 oktober 2020- 19 oktober 2020

Diagnosis masuk : TB Paru Klinis status baru status HIV (+) + B20

Masalah : kandidiasis oral

KU : Sesak napas

RPS :

- Sesak napas dirasakan semakin memberat sejak 2 hari SMRS. Sesak napas tidak berbunyi mengi, sesak napas terutama bila beraktivitas, sesak napas tidak dipengaruhi makanan, cuaca dan debu.
- Batuk berdahak sejak >3 minggu SMRS. Dahak berwarna kuning kehijauan, tidak berbau. Riwayat batuk darah (-)
- Tidak ada keluhan nyeri dada
- Demam (+) naik turun terutama malam hari. Keringat malam (+).
- Mual (+), muntah (-)
- Nafsu makan menurun (+) BB ↓ 5 kg dalam 1 bulan.
- BAK dan BAB tidak ada keluhan
- Lidah kotor (+)

RPD : OAT (-) HT(-), DM (-), Asma (-), Penyakit jantung (-), riwayat PPOK (-)

RPK : DM (-), HT (-), Penyakit jantung (-), asma (-), Tb paru (-), keganasan (-)

Riw. Sosial: Pekerjaan: Mahasiswa

Riwayat merokok (-), Alkohol (-), Seks Bebas disangkal, Napza disangkal.

Pemeriksaan Fisis :

Kedadaan Umum : Tampak sakit sedang

Kesadaran : Compos mentis

Tekanan Darah : 110/80 mmHg

Frekuensi Nadi : 110 x/menit

Frekuensi Napas : 24 x/menit

SpO2 : 97 %

Temperatur : 36,5 ° C

BB : 38 kg TB : 160 cm

IMT : 14,84 (Underweight)

Kepala : bentuk normal

Mata : konjungtiva anemis (+), sklera ikterik (-)

Mulut: kotor (+)

Leher : JVP 5+2 cmH2O, Pembesaran KGB (-)

Jantung : I: iktus tidak tampak P: iktus teraba di ICS V linea midclavikula sin. P: batas jantung kiri ICS V linea midclav sin. A: BJ I=BJ II, murni, reguler, gallop (-)

Paru : Insp. : Statis asimetris, Dinamis asimetris : kiri tertinggal Venektasi pada dinding dada (+)

Palp. : fremitus kanan melemah dari pada kiri

Perk. : kanan atas Sonor bawah redup/ kiri sonor

Ausk. : vesikular ↓ / + , ronki -/-, mengi -/-

Abdomen : Supel, Hepar dan Lien tidak teraba, nyeri tekan epigastrik (+), BU (+) Normal.

Ekstremitas : tidak terdapat edema, akral hangat, CRT

Pemeriksaan foto toraks di RSUD Arifin Achmad 08 oktober 2020

Kesan : abses di pulmo dextra.



Pemeriksaan laboratorium di RSUD Arifin Achmad 08 oktober 2020

| Hasil Laboratorium RSUD AA/08-10-2020 | | | Tn F, 20 thn | | |
|---------------------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------|--------------|---------------|
| DPL | HASIL | NORMAL | KIMIA KLINIK | HASIL | NORMAL |
| Hb | 8,2 | 12-16 g/dl | GDS | 95 | 70,0-199,0 |
| Leukosit | 2.380 | 4.80-10.80 g/ dL | Ureum | 15 | 17,1-49,2 |
| Hematokrit | 25,3 | 37-47 % | Creatinin | 0,61 | 0,55-1,3 |
| Trombosit | 304.000 | 150-450 x 10 ³ | AST | 22 | 10-40 |
| Eritrosit | 3,80 | 4,70 - 6,10 ⁶ | ALT | 17 | 10-40 |
| MCV | 82,1 | 80-100 fL | Albumin | 2,8 | 3,2-4,6 |
| MCH | 26,6 | 26-34 % | CRP | 12.2 | 0.0 – 5.0 |
| MCHC | 32,4 | 32-36 % | | | |
| B/E/N/L/M | 0,0/0,0/78,1/12,2/9,7 | | Imunologi | HASIL | NORMAL |
| Neutrofil Limfosit ratio | 3,28 | < 3,13 | HbSAg Kualitatif | Non reaktif | Non Reaktif |
| Absolut Limfosit | 1,92 | > 1,5 | HIV | Reaktif | Non reaktif |
| | | | Anti SarsCov2 IgG | Non Reaktif | Non Reaktif |
| HEMOSTASIS | HASIL | NORMAL | Anti SarsCov2 IgM | Non Reaktif | Non Reaktif |
| PT | 15.0 | 11.6 - 14.5 | | | |
| INR | 1.06 | < 1.2 | | | |
| APTT | 34.4 | 28.6 - 42.2 | | | |
| D-dimer | 1.1 | 0-0.5 | | | |

Analisis Gas Darah (08/10/2020)

Tn F, 20 thn

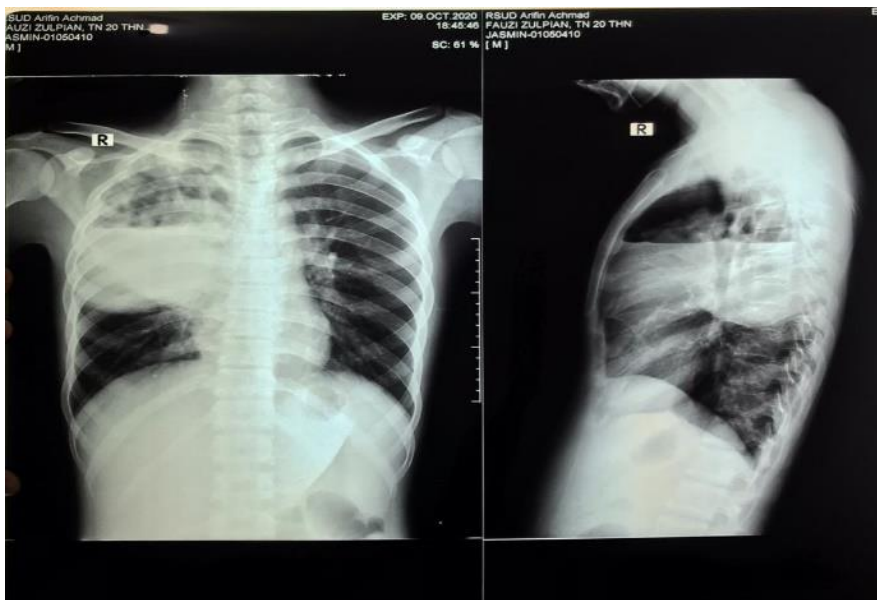
| AGD | Hasil | Nilai Normal |
|-------------------|-------|----------------|
| pH | 7,48 | 7,31 – 7,41 |
| pCO ₂ | 29 | 41 – 51 mmHg |
| pO ₂ | 99 | 80 – 100 mmHg |
| HCO ₃ | 22 | 22 – 26 mmol/L |
| BE | -1 | (-2) – (+2) |
| SO ₂ c | 98 | > 95 % |

| Electrolyte | Result | Normal Range |
|-----------------|--------|--------------|
| Na ⁺ | 122 | 135-145 |
| K ⁺ | 3,2 | 3,5-5,5 |
| Ca | 0,94 | 0,90-1,08 |
| Lactat | 2,00 | 0,36-1,70 |

Kesan :
Hiponatremia
Hipokalemia

Pemeriksaan foto toraks di RSUD Arifin Achmad 09 oktober 2020

Kesan : abses di pulmo dextra.



Hasil Laboratorium RSUD AA/11-10-2020

Tn F, 20 thn

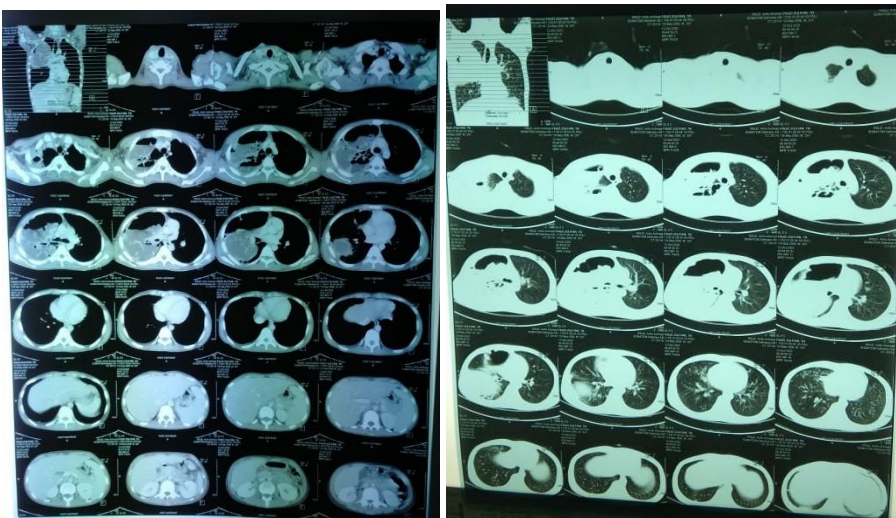
| DPL | HASIL | NORMAL |
|--------------------------|------------------------|---------------------------|
| Hb | 10.8 | 12-16 g/dl |
| Leukosit | 1.770 | 4.80-10.80 g/ dL |
| Hematokrit | 32,1 | 37-47 % |
| Trombosit | 280.000 | 150-450 x 10 ³ |
| Eritrosit | 3,86 | 4,70- 6,10 ⁶ |
| MCV | 83,2 | 80-100 fL |
| MCH | 28,0 | 26-34 % |
| MCHC | 33,6 | 32-36 % |
| B/E/N/L/M | 0,0/0,0/71,2/17,5/11,3 | |
| Neutrofil Limfosit ratio | 4,07 | < 3,13 |
| Absolut Limfosit | 0,31 | > 1,5 |

| Elektrolit | Hasil | Nilai Normal |
|------------|-------|--------------|
| Na+ | 128 | 135-145 |
| K+ | 2,9 | 3,5-5,5 |
| Cl | 104 | 97-107 |

Pemeriksaan CT Scan toraks di RSUD Arifin Achmad 12 oktober 2020

- Tampak gambaran massa hipodens, bentuk bulat, batas tegas, bersepta –septa dengan air fluid level ukuran 13,53 x 9,47 x 9,29 cm pada paru dextra lobus superior
- Pada pemberian kontras tampak enhanced pada dinding dan septa
- Tampak infiltrat pada sekitar massa
- Tidak tampak pendesakan pada bronkus utama
- Tidak tampak ateletakse paru
- Tidak tampak pembesaran kelenjar limfe peri hilar dan para trakea
- Tidak tampak pleural effusion
- Tidak tampak nodul pada paru dextra dan sinistra

Kesan : abses di pulmo dextra.



Pemeriksaan mikrobiologi sputum di RSUD Arifin Achmad 12 oktober 2020

RSUD ARIFIN ACHMAD
 Jl. Diponegoro No.2 Telp. (0761) 23418, 21618, 21657 Fax. (0761) 20253
 Pekanbaru - 28133

LABORATORIUM KLINIK

| | |
|--|-------------------------------------|
| Lab. No. : 20064869 | Dokter : - |
| No. RM : 01050410 | Ruangan : RUANG JAMIN |
| Nama : PAZZI SULFIAN RIADY, TH | Status : BPJS |
| J. Kelamin : Laki-Laki | Tgl. Order : 09-10-2020 09:31:00 |
| T. Lahir : 24-09-2000 / 20th OBln 15hr | Tgl. Periksa : 09-10-2020 18:15:00 |
| Alamat : DUSUN KAMPESKA | Hasil Selesai : 12-10-2020 10:41:00 |

Dokter Penanggung Jawab : Devi Susanti, dr, SpFK Halaman 1/1

Hasil Pemeriksaan Mikrobiologi

MIKROBIOLOGI
 Bakteri+Resist. MO (Aerob)
 Spesimen

IDENTIFIKASI

SPECIMEN : Sputum
 ISOLATE 1 : *Streptococcus pneumoniae* ss.pneumoniae
 ISOLATE 2 : *Acinetobacter baumannii*

| Susceptibility | Isolate 1 | Isolate 2 |
|------------------------------------|-----------|-----------|
| Ampicillin/Sulbactam..... | R | R |
| Ceftriaxone..... | R | R |
| ESBL..... | + | + |
| Gentamycin..... | R | R |
| Amikacin..... | S | R |
| Ampicillin..... | R | R |
| Piperacillin/Tazobactam..... | R | R |
| Cefazolin..... | R | R |
| Ceftazidime..... | R | R |
| Cefepime..... | R | R |
| Ciprofloxacin..... | R | R |
| Trimethoprim/Sulfamethoxazole..... | R | R |
| Tigecycline..... | S | I |
| Micofuranolol..... | I | |
| Aksosom..... | R | |
| Ertapenem..... | S | |
| Meropenem..... | S | R |

kesimpulan / saran :

Hasil di Authorize Oleh :
 Elvin Simamora, AmI, AK

Print pada Tanggal : 12-10-2020 14:08

Konsul VCT (12/10/2020)

- S : Batuk, sudah transfusi darah, Hb 10.8
- O : KU baik
CD4 : 9 sel/ mcl
- A : B20 + TB Paru + Anemia ringan
- P :
- Mulai terapi ARV → atrevia 1x1 tab (malam)
- Cotrimoksazol 1x960mg (po)

Konsul gizi klinik (13/10/2020)

- S : Batuk, sudah transfusi darah, Hb 10.8
- O : KU baik
- BB : 38 kg TB : 160 cm Imt : 14.84
CD4 : 9 sel/ mcl Hb 10.8 albumin 2.8
- A : B20 + TB Paru + Anemia ringan
- P :
- Diet ML 1500 kkal ekstra 3 butir telur/ hari + 2x susu blender/ hari

Konsul BTKV (13/10/2020)

- S : Batuk, sudah transfusi darah, Hb 10.8
- O : KU baik
- CD4 : 9 sel/ mcl leukosit 2.850
- A : B20 + TB Paru + Anemia ringan
- P :
- Lung puncture jika leukosit > 4000
- CD4 > 200
- Lung puncture tidak dilakukan

Konsul dr, marlina Sp.PD KHOM (13/10/2020)

S : Batuk, sudah transfusi darah, Hb 10.8

- O : KU baik
- CD4 : 9 sel/ mcl leukosit 2.850
- A : B20 + TB Paru + Anemia ringan+ leukopenia ec infeksi
- P :
- Leukogen 1x1 SC (2 hari)

- Tatalaksana :
- IVFD NaCl 0,9% 500cc/ 8 jam
- Metronidazole inf 3x500 mg (iv)
- Inj. Meropenem 3x1 gr (5 hari)
- Omeprazole inj 2x40 mg (iv)
- OAT 4FDC 1x2 (po)
- Atrivia 1x1 tab (po)
- Caps NAC 3x200mg (po)
- Tab Hemaform 1x1 (po)
- Caps Vip albumin 3x2 (po)
- Caps NaCl 3x1 gr (po)
- Tab KSR 3x600mg (po)
- Curcuma 3x1 (po)

Rencana :

- **Rawat jalan** → **switch oral terapi**
 - Cefixime 2x200 mg
 - Metronidazole 3x500mg
 - Omeprazole 2x20 mg
 - OAT 4FDC 1x2 (po)
 - Atrivia 1x1 tab (po)
 - Caps NAC 3x200mg (po)
 - Tab Hemafort 1x1 (po)
 - Caps Vip albumin 3x2 (po)
 - Caps NaCl 3x1 gr (po)
 - Tab KSR 3x600mg (po)
 - Curcuma 3x1 (po)
 - Nystatin drop 3x1 gtt
- Evaluasi klinis dan foto torkas

3. 23 oktober 2020 : Kontrol ke poli paru RSUD Arifin Achmad

S : batuk (+)
O : paru vesikuler menurun/ + RH -/- WH -/-
A : TB Paru klinis kasus baru status HIV +
B20
M : kandidiasis oral
P : OAT 4FDC 1x 2 tab
curcuma tab 3x1
ambroxol syr 3x 15 cc
kotrimoxazole 1x960 mg
nystatin drop 3x1 gtt
Atrivia 1x1

4. 20 november 2020 : Kontrol VCT RSUD Arifin Achmad

S : batuk (+)
O : paru vesikuler menurun/ + RH -/- WH -/-
A : TB Paru klinis kasus baru status HIV +
B20
P : OAT 4FDC 1x 2 tab
curcuma tab 3x1
ambroxol syr 3x 15 cc
kotrimoxazole 1x960 mg
Atrivia 1x1

18 desember 2020 : Kontrol VCT RSUD Arifin Achmad S

: batuk (+)
O : paru vesikuler menurun/ + RH -/- WH -/-
A : TB Paru klinis kasus baru status HIV +
B20
P : OAT 2FDC 1x 2 tab 3x seminggu
curcuma tab 3x1
ambroxol syr 3x 15 cc
kotrimoxazole 1x960 mg
Atrivia 1x1

25 januari 2021 : Kontrol VCT RSUD Arifin Achmad

S : batuk (+)
O : paru vesikuler menurun/ + RH -/- WH -/-
A : TB Paru klinis kasus baru status HIV +
B20
P : OAT 2FDC 1x 2 tab 3xseminggu
curcuma tab 3x1
ambroxol syr 3x 15 cc
kotrimoxazole 1x960 mg
Atrivia 1x1

25 februari 2021

: Kontrol VCT RSUD Arifin Achmad

S : batuk (+)
O : paru vesikuler menurun/ + RH -/- WH -/-
A : TB Paru klinis kasus baru status HIV +
B20
P : OAT 2FDC 1x 2 tab 3xseminggu
curcuma tab 3x1
ambroxol syr 3x 15 cc
kotrimoxazole 1x960 mg
Atrivia 1x1

23 maret 2021

: Kontrol ke poli paru RSUD Arifin

Achmad

S : batuk (+)
O : paru vesikuler menurun/ + RH -/- WH -/-
A : TB Paru klinis kasus baru status HIV +
B20
Abses paru perbaikan
P : OAT stop
curcuma tab 3x1
ambroxol syr 3x 15 cc
kotrimoxazole 1x960 mg
Atrivia 1x1

Evaluasi klinis dan foto torkas pada tanggal 23 maret 2021



