



ULKUS DIABETIKUM PADA WANITA DENGAN POLA HIDUP YANG BURUK PADA PENDERITA DM TIPE II DAN HIPERTENSI GRADE II

Maharani MA

Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Email: thiamaharani23@yahoo.co.id

Abstrak

Latar belakang. Diabetes Melitus (DM) merupakan masalah kesehatan yang perlu mendapatkan penanganan yang seksama. Prevalensi DM semakin tahun semakin meningkat, terutama pada kelompok yang berisiko tinggi untuk mengalami penyakit DM. **Kasus.** Ny. H, 58 tahun datang dengan keluhan luka pada kaki kanan sejak 3 minggu yang lalu. Pasien telah menderita kencing manis sejak 5 tahun yang lalu dan jarang kontrol. Riwayat pola hidup jarang berolahraga, makan karbohidrat dalam jumlah banyak, terutama nasi, serta sering mengonsumsi makanan dan minuman yang mengandung banyak gula, baik gula alami maupun pemanis buatan. Tekanan darah 180/90mmHg, ekstremitas terdapat ulkus diabetikum pada regio pedis dextra. Hemoglobin 10,4 gr/dl, LED 45%, leukosit 12.700/ μ l, Gula Darah Sewaktu 400 mg/dl, Gula Darah *Nocturnal* 202 mg/dl, Gula Darah 2 jam *Post Prandial* 233 mg/dl. **Diagnosis.** Ulkus diabetikum dengan diabetes mellitus tipe 2 dan hipertensi grade II dan pola hidup buruk. Pasien ditatalaksana dengan infus *Ringer Lactate* (makro) 20 tetes/menit, *ceftriaxon* 1gr/12 jam, *metronidazole*/8 jam, *Glibenclamide* 3x500mg, ketorolac 30mg/8 jam, Captopril 3x12,5 mg, diet rendah garam, diet rendah karbohidrat, ganti balutan luka setiap 2 hari. **Simpulan.** Ulkus diabetikum dan hipertensi pada pasien ini dipengaruhi oleh pola hidup yang buruk. [Medula Unila.2014;2(1) : 8-13]

Kata Kunci: DM tipe II, pola hidup, ulkus diabetikum

DIABETIC ULCER IN TYPE II DIABETES MELLITUS AND HYPERTENSION GRADE II WOMEN WITH POOR LIFESTYLE

Maharani MA

Medical Faculty University of Lampung

Email: thiamaharani23@yahoo.co.id

Abstract

Background: diabetes mellitus (DM) is a health problem should have a thorough care. The DM prevalence is increasing each year, especially for those persons in high risks of DM. **Cases.** Mrs. H, 58 years old, came with complain of her wound in her right foot since three weeks. The patient has been suffering diabetes mellitus since 5 years ago and seldom visiting physician for medication. Her history revealed she seldom exercised, ate a lot of carbohydrate especially rice, consumed drinks with high sugar content both natural and artificial sugar. Her blood pressure was 180/90 mmHg. There was diabetic ulcer in extremity in pedis dextra region. Hemoglobin was 10.4 gr/dl, led 45%, leucocyte 12,700/ μ l, current blood sugar 400 mg/dl, nocturnal blood sugar 202 mg/dl, 2 hours post-prandial blood sugar 233 mg/dl. **Diagnosis.** Diabetic ulcer with type II diabetes mellitus and hypertension grade II with poor lifestyle. Patients was treated with injection of ringer lactate (macro) 20 drops/minute, ceftriaxone 1 gr/12 hours, metronidazole/8 hours,



gilibenclamide 3 x 500 mg, ketorolac 30 mg/8 hours, captopril 3 x 12.5 mg, low salt diet, low carbohydrate diet, wound bandage was changed each 2 days. **Conclusion.** Diabetic ulcer and hypertension in this patient was influenced by a poor life style. [Medula Unila.2014;2(1) : 8-13]

Keywords: diabetic ulcer, DM type II, life style

Pendahuluan

Diabetes melitus (DM) merupakan masalah kesehatan yang perlu mendapatkan penanganan yang seksama. Jumlah penderita diabetes di Indonesia setiap tahun meningkat. *World Health Organization* (WHO) memprediksi adanya peningkatan jumlah penyandang diabetes yang cukup besar pada tahun-tahun mendatang (Gustaviani, 2007). Pada akhir tahun 1970 WHO dan National diabetes data group menetapkan kriteria baru untuk diagnosa DM yang disebut *metabolic syndrome* dengan karakteristik hiperglikemia (WHO, 1999). Diabetes melitus adalah kelainan yang ditandai dengan kadar glukosa darah yang melebihi normal (hiperglikemia) dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan oleh kekurangan hormone insulin secara relatif maupun absolut, apabila dibiarkan tidak terkendali dapat terjadinya komplikasi metabolik akut maupun komplikasi vaskuler jangka panjang yaitu mikroangiopati dan makroangiopati (Rini, 2008). Diabetes melitus dapat menyerang semua usia. Jenis DM yaitu tipe 1, tipe 2, dan diabetes gestasional (NIDDK, 2008)

Ulkus diabetikum adalah luka yang terjadi pada kaki penderita diabetes dan merupakan komplikasi kronik yang diakibatkan oleh penyakit diabetes itu sendiri (SWRWC, 2011). Diabetes Melitus (DM) memiliki berbagai macam komplikasi kronik dan yang paling sering dijumpai adalah kaki diabetik (*diabetic foot*). Meningkatnya prevalensi diabetes di dunia menyebabkan peningkatan kasus amputasi kaki karena komplikasi diabetes. Studi epidemiologi melaporkan lebih dari satu juta amputasi dilakukan pada penyandang diabetes setiap tahunnya. Ini berarti, setiap 30 detik ada kasus amputasi kaki karena diabetes di seluruh dunia (Drezewoski *et al.*, 2009). Prevalensi DM di RSUD dr. Hi. Abdul Moeloek Propinsi Lampung (RSAM) untuk pasien rawat inap pada tahun 2006 adalah 5,43% dan pada tahun 2007 mencapai sekitar 8,73% sedangkan untuk pasien



rawat jalan prevalensi DM pada tahun 2006 adalah 14,51% dan pada tahun 2007 mencapai 17,8%. Pada bulan Januari 2008, 78% diantara pasien DM yang dirawat di RSAM mengalami komplikasi ulkus diabetik. Jumlah kematian akibat komplikasi DM mencapai kurang lebih 9,09% terhadap jumlah penderita DM yang dirawat di RSAM 2007 (Kahuripan, 2007). Infeksi superfisial di kulit pada penderita diabetes disebut infeksi ulkus diabetikum. Apabila infeksi ulkus diabetik tidak segera di atasi dapat berkembang menembus jaringan di bawah kulit seperti otot, tendon, sendi dan tulang, atau bahkan menjadi infeksi sistemik. Secara klinis bila ulkus sudah berlangsung lebih dari 2 minggu harus dicurigai adanya *osteomyelitis*. Infeksi ulkus diabetikum jika tidak ditangani dengan serius akan berkembang menjadi gangren dan amputasi bahkan kematian apabila berkembang menjadi infeksi sistemik (Rini,2008)

Kasus

Ny. H, perempuan, 58 tahun, seorang ibu rumah tangga, berdomisili di Bandar Lampung, datang ke RSAM dengan keluhan luka pada kaki kanan karena kejatuhan pisau sejak 3 minggu sebelum masuk rumah sakit, luka semakin lama semakin membesar sampai sebesar telur bebek, luka berwarna kemerahan dan 1 minggu yang lalu pecah mengeluarkan darah bercampur nanah. Pasien juga mengeluhkan demam sejak 2 minggu yang lalu. Demam tidak tinggi, terus menerus, tidak disertai menggigil, berkeringat malam hari disangkal. Pasien telah menderita kencing manis sejak 5 tahun yang lalu dan jarang kontrol. Pasien juga mengatakan sering merasa haus-haus, lapar, banyak makan tapi berat badan terasa menurun, buang air kecil (BAK) sering, frekuensi hampir tiap jam (>5 kali di malam hari). Keluhan seperti Sakit kepala, dada berdebar-debar, batuk, sesak nafas, mual, muntah disangkal oleh pasien. BAB biasa, 1x sehari, warna kuning kecoklatan. Riwayat pola hidup jarang berolahraga, makan karbohidrat dalam jumlah banyak, terutama nasi, serta sering mengkonsumsi makanan dan minuman yang mengandung banyak gula, baik gula alami maupun pemanis buatan.

Pemeriksaan fisik pasien didapatkan kesadaran kompos mentis. Tekanan darah 180/90 mmHg, frekuensi nadi 84 x/menit, frekuensi pernapasan 24 x/menit,



suhu 36,5°C. Status generalis pasien didapatkan kepala, hidung, mulut, leher, dada (jantung dan paru) pasien dalam batas normal. Ekstremitas terdapat ulkus diabetikum pada regio pedis dextra. Dari pemeriksaan laboratorium didapatkan hemoglobin 10,4 gr/dl, laju endap darah (LED) 45%, leukosit 12.700/ μ l, gula darah sewaktu (GDS) 400 mg/dl, gula darah *nocturnal* (GDN) 202 mg/dl, gula darah 2 jam *post prandial* (GDPP) 233 mg/dl.

Pembahasan

Pada pasien ini diagnosis ditegakkan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium. Dari anamnesis didapatkan luka pada kaki kanan. Dari pemeriksaan fisik didapatkan sebesar telur bebek, luka berwarna kemerahan dan luka pecah mengeluarkan darah bercampur nanah. Pasien telah 5 tahun menderita DM. Dari hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan GDS) 400 mg/dl, GDN 202 mg/dl, GDPP 233 mg/dl. Dari uraian diatas dapat dikatakan diagnosis pada pasien ini sudah tepat yaitu ulkus diabetikum. Ulkus diabetikum, sesuai dengan namanya, adalah ulkus yang terjadi pada kaki penderita diabetes dan merupakan komplikasi kronik yang diakibatkan oleh penyakit diabetes itu sendiri. Diabetes Melitus memiliki berbagai macam komplikasi kronik dan yang paling sering dijumpai adalah kaki diabetik (Rini, 2008). Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang pasien ini juga menderita DM tipe II dan hipertensi *stage* II. Pada kepustakaan dinyatakan bahwa jika keluhan klasik DM ditemukan *polifagi*, *olidipsi*, dan *poliuri* ditambah GDS, pemeriksaan glukosa darah sewaktu ≥ 200 mg/dl atau keluhan klasik DM dengan kadar GDP ≥ 126 mg/dl sudah cukup untuk menegakkan diagnosis DM (Gustaviani, 2007).

Faktor resiko yang dipikirkan menjadi penyebab terjadinya DM tipe II pada pasien ini adalah pola makan makanan manis dan jarang berolahraga. Pada kepustakaan dinyatakan bahwa kelompok individu yang berisiko tinggi menderita DM tipe II diantaranya adalah faktor perilaku dan gaya hidup (Bilous, 2008). Penatalaksanaan pada pasien ini dibagi menjadi 2, yaitu non medikamentosa dan medikamentosa. Penatalaksanaan non medikamentosa meliputi tirah baring, diet rendah karbohidrat, dan anti balutan pada luka setiap 2 hari. Penatalaksanaan



medikamentosa meliputi: infus *ringer lactat* (makro) 20 tetes/menit, *ceftriaxon* 1gr/12 jam, *metronidazole*/8 jam, *glibenclamide* 3x500mg, *ketorolak* 30mg/8 jam. Pada dasarnya terapi ulkus diabetikum adalah dengan dilakukannya *debridement* dan *dressing* pada luka serta pengendalian infeksi dengan pemberian antibiotic berdasarkan hasil kultur kuman. Penatalaksanaan ulkus diabetikum terutama difokuskan untuk mencegah dan menghindari amputasi ekstremitas bawah (Wijonarko, 2013). Pencegahan DM terdiri dari menghindari faktor-faktor resiko terjadinya DM, rajin memeriksakan kadar gula darah pada seseorang yang memiliki faktor resiko DM, dan mencegah bertambah beratnya penyakit atau mencegah terjadinya kecacatan serta program rehabilitasi (Hasnah, 2009).



Daftar Pustaka

- Bilous R. 2008. Review article microvascular disease: what does the UKPDS tell us about diabetic nephropathy. *Diabetes Med Journal*.2:25-9
- Gustaviani R. 2007. Buku ajar ilmu penyakit dalam, edisi ke-4. Jakarta: Pusat penerbitan FKUI. hlm. 1857-8.
- Hasnah. 2009. Pencegahan penyakit diabetes melitus. Makassar: Balai Penerbit Fakultas Ilmu Kesehatan, Prodi Keperawatan. UIN. Hlm 31-36
- SWRWC, T. 2011. Exploring the complex care of the diabetic foot ulcer. Principles of treatment based on etiology. South west. Pp 1-4
- Kahuripan A, 2009. Analisis pemberian antibiotik berdasarkan hasil uji sensitivitas terhadap pencapaian clinical outcome pasien infeksi ulkus diabetik Di RSUD DR. H. Abdul Moeloek Lampung. *Majalah Ilmu Kefarmasian*. 6(2):1-2.
- Drzewoski J, Drozdowska A. 2009. Infected diabetic foot can be successfully treated by primary care physicians. *Diabetologia Doswiadczalna i Kliniczna*. 9(1):34-7
- NIDDK. 2008. Your guide to diabetes type 1 and type 2. Department of Health and Human Services. National institutes of health, United state. Pp 97-101
- Rini T. 2008. Faktor-faktor resiko ulkus diabetika pada penderita diabetes melitus. [diakses 3 Januari 2014]. http://eprints.undip.ac.id/18866/1/Rini_Tri_Hastuti.pdf.
- Wijonarko, 2013. Teknik dressing pada ulkus kaki diabetikum. WHO Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Report diakses 3 Januari 2014]. <http://www.scribd.com/doc/52979103/Manajemen-Ulkus-Kaki-Diabetik>.
- WHO consultation. World Health Organization Department of Noncommunicable Disease Surveillance. Geneva.