



TUBERKULOSIS PARU BASIL TAHAN ASAM POSITIF POSITIF DENGAN SKLOFULODERMA PADA PASIEN LAKI-LAKI DEWASA YANG MALNUTRISI

Ahyar R¹⁾

¹⁾Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Latar Belakang. Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Skrofuloderma merupakan kelainan kulit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. **Kasus.** Tn. Yy, laki-laki, 32tahun, batuk 1 bulan, keringat dingin, borok di leher dan dada. Pada pemeriksaan fisik didapatkan status gizi penderita kurang, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 72 x/menit regular, isi cukup, respirasi 22 x/mnt, dengan temperatur aksila 36,7 C. Terdapat ulkus yang meluas di leher kanan. **Simpulan.** Telah ditegakkan diagnosis tuberkulosis paru BTA positif dengan sklofuloderma pada Tn. Yy, laki-laki, 32 tahun atas dasar anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, serta telah ditatalaksana dengan pemberian edukasi dan pengobatan. [Medula Unila.2013;1(2):108-114]

Kata Kunci: *sklofuloderma*, tuberkulosis, tb paru,

SMEAR POSITIF LUNG TUBERCULOSIS WITH SCLOFULODERMA ON MALNUTRITION MEN

Ahyar, R

Student of Medical Faculty Lampung University

Abstract

Background. Tuberculosis (TB) is an infectious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*. Skrofuloderma is a skin disorder caused by tuberculosis mycobaterium. **Case.** Tn. Yy, men, 32tahun, 1 month cough, cold sweat, ulcers in the throat and chest. On physical examination found the nutritional status of patients is less, blood pressure 110/70mm Hg, pulse 72 x / min, regular, quite content, respiration 22 x / min, with the temperature Axillary 36.7 C. There is a widespread ulcer in the right neck. **Conclusion.** Has been established diagnosis of smear-positive pulmonary tuberculosis with sklofuloderma on Tn. Yy, male, 32 years on the basis of history, physical examination, investigation, and has been treated by providing education and treatment. [Medula Unila.2013;1(2):108-114]

Keywords: lung tb, sclofuloderma, tuberculosis



Pendahuluan

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Kuman batang aerobik dan tahan asam ini, dapat merupakan organisme patogen maupun sprofit. Ada beberapa mikobakteri patogen, tetapi hanya strain bovin dan manusia yang patogenik terhadap manusia. *Basil tuberkel* ini berukuran 0,3x2 sampai 4 mm, ukuran ini lebih kecil daripada sel darah merah⁽⁷⁾. *Skrofuloderma* merupakan kelainan kulit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang mengenai subkutan dan merupakan perluasan langsung dari tuberkulosis pada jaringan kulit yang kemudian membentuk abses dingin yang makin lama makin membesar dan pecah kulit diatasnya (WHO, 2012).

Tuberkulosis (TB) adalah yang kedua setelah HIV/AIDS sebagai pembunuh terbesar di seluruh dunia disebabkan oleh agen infeksi tunggal. Pada tahun 2010, 8,8 juta orang jatuh sakit akibat TB, 1,4 juta meninggal karena TB dan merupakan penyebab kematian ketiga pada wanita usia 1 hingga 44 tahun. Lebih dari 95% kematian akibat TB tersebut terjadi di negara berkembang Pada tahun 2009, ada sekitar 10 juta anak-anak yatim sebagai akibat dari kematian TB pada orang tua. TB merupakan pembunuh utama ODHA menyebabkan seperempat dari seluruh kematian. Multi-obat TB resisten (MDR-TB) hadir di hampir semua negara yang disurvei. Perkiraan jumlah morbiditas pada TB setiap tahun menurun, meski sangat lambat, yang berarti bahwa masih menjadi tujuan pencapaian Pembangunan Milenium pada tahun 2015. Tingkat kematian TB turun 40% antara 1990 dan 2010 (WHO, 2012).

Indonesia menduduki peringkat ke-3 dengan jumlah penderita TB terbanyak di dunia setelah India dan China. Jumlah pasien TB di Indonesia adalah sekitar 5,8 % dari total jumlah pasien TB dunia. Di Indonesia, diperkirakan setiap tahun terdapat 528.000 kasus TB baru dengan kematian sekitar 91.000 orang. Angka prevalensi TB di Indonesia pada tahun 2009 adalah 100 per 100.000 penduduk dan TB terjadi pada lebih dari 70% usia produktif. Oleh karena itu kerugian ekonomi akibat TB juga cukup besar (Depkes RI, 2012; Werdhani, 2003).



Kasus

Tn. Yy, laki-laki, 32 tahun, datang ke Rumah Sakit Umum Daerah Jenderal Ahmads Yani Kota Metro dengan keluhan batuk-batuk sejak 2 bulan yang lalu. Batuk berdahak berwarna putih yang sangat sulit dikeluarkan. Batuk tidak disertai lendir dan darah. Batuk dirasakan terus menerus sepanjang hari dan saat malam hari pasien merasakan keringat dingin sehingga sulit tidur. Tidak ada keluhan sesak dan nyeri dada yang menyertai. Pada awal-awal batuk pasien merasakan badannya demam, namun sekarang keluhan demam tidak ada lagi. Pasien sudah berobat ke dokter dan alternatif, namun saat dikonfirmasi jenis obatnya pasien menolak untuk menjelaskannya. Pasien merasakan berat badannya menurun dan nafsu makan berkurang. Riwayat pengobatan TB disangkal.

Pasien mengatakan terdapat benjolan seperti bisul di leher sebelah kanan yang timbul sekitar lebih dari 2 tahun yang lalu. Awalnya benjolan muncul satu sebesar biji kacang, terasa kenyal, dan sedikit nyeri. Kemudian benjolan semakin membesar dan pecah yang mengeluarkan nanah, darah, dan menimbulkan luka. Kemudian muncul benjolan berikutnya hingga lebih dari sembilan yang tidak jauh dari benjolan sebelumnya yang lama-kelamaan pecah dan menimbulkan luka. Luka semakin meluas dan berkembang menjadi borok. Luka tidak hanya meluas di area leher, namun menjalar ke bagian dada depan. Luka yang pecah semakin melebar dan pinggirnya mengering berwarna hitam namun tengahnya basah. Pasien tidak mengetahui apa sebenarnya yang dialami, dokter yang dikunjungi hanya mengatakan bahwa borok tersebut adalah penyakit kulit. Pasien pun pernah berobat ke alternatif. Pasien tidak mengetahui cara merawat luka, sehingga luka semakin parah. Riwayat hipertensi, kencing manis, penyakit hati dan riwayat meminum alkohol disangkal pasien.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan penderita dengan kesadaran kompos mentis, keadaan umum baik, status gizi penderita kurang, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 72 x/menit regular, isi cukup, respirasi 22 x/mnt, dengan temperatur aksila 36,7 C. Pada pemeriksaan mata didapatkan konjungtiva anemis, sklera anikterik. Pada pemeriksaan Telinga Hidung Tenggorokan (THT) tidak ditemukan



kelainan. Pada pemeriksaan dada didapatkan ulkus yang melebar hingga ke leher depan, suara nafas vesikuler, *ronchi* ada, *wheezing* tidak ada. Suara jantung *S1* dan *S2* reguler, murmur tidak ada. Pada pemeriksaan abdomen tidak didapatkan nyeri tekan epigastrium, hepar dan lien tidak teraba, tidak ada asites, bising usus normal. Pada pemeriksaan ekstremitas didapatkan hangat, tidak ditemukan edema dan sianosis.

Dari pemeriksaan laboratorium didapatkan hematologi hemoglobin 5,9 gr/dl, Ht 18,1%, leukosit 26.400/uL, trombosit 715.000/uL. Faal hati *Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase (SGOT)* 29,2 U/L, *Serum Glutamic PiruvicTransaminase (SGPT)* 16,7 U/L, fungsi ginjal ureum 18,3 mg/dL, creatinin 0,85 mg/dL, asam urat 4,0 mg/dL, protein 6,15 g/dL, albumin 2,55g/dL dan gula darah sewaktu 78 mg/dL. Dari pemeriksaan sputum BTA sewaktu-pagi-sewaktu didapatkan semuanya hasil positif. Dari hasil pemeriksaan foto thoraks didapatkan hasil konsolidasi membulat batas tegas, tepi irreguler di lobus superior paru sinistra segmen posterior, Pneumonia Lobus superior paru sinistra dengan cavitas e.c TB paru aktif. Hasil elektrokardiogram dalam batas normal.

Penderita ditatalaksana secara non-medikamentosa dan medikamentosa. Penatalaksanaan non-medikamentosa antara lain bed rest, diet tinggi kalori tinggi protein, perawatan ulkus. Penatalaksanaan medikamentosa dengan cairan infus NaCl 0,9% 20 tetes/menit, OAT (Rifampisin 40mg, Isoniazid 300mg, Pirazinamid 1000mg, Etambutol 100mg), B6 50mg, asam folat, OBH, ceftriaxone 1gr, metronidazole 500mg.

Pembahasan

Pada pasien ini didiagnosis tuberkulosis paru BTA positif dengan sklofuloderma berdasarkan data yang merujuk kepada literatur dimana pasien mengeluh batuk berdahak lebih dari 1 bulan, disertai keringat dingin saat malam hari, terdapat benjolan pada leher yang berubah menjadi ulkus yang menggaung dengan dasar menembus kulit. Pada pemeriksaan fisik didapatkan konjungtiva anemis, ronkhi di kedua lapang paru, ulkus menggaung pada leher yang meluas ke daerah dada. Dari pemeriksaan laboratorium didapatkan Hemoglobin (Hb) 5,9



gr/dl, Ht 18,1%, Leukosit 26.400/uL, Trombosit 715.000/uL, sputum BTA positif . Hasil pemeriksaan foto thoraks didapatkan hasil Konsolidasi membulat batas tegas, tepi irreguler di lobus superior paru sinistra segmen posterior, Pneumonia Lobus superior paru sinistra dengan cavitas e.c TB paru aktif.

Penegakan diagnosis sudah sesuai dengan pengertian Tuberkulosis (TB) dan klasifikasinya yaitu penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Kasus ini diklasifikasikan kepada Tuberkulosis paru BTA positif jika sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan didapatkan hasil gambaran tuberkulosis paru aktif pada foto thoraks (Price, SA., Wilson. LM., 2006). Gejala umum TB paru adalah batuk produktif lebih dari 2 minggu yang disertai gejala pernapasan (sesak napas, nyeri dada, hemoptisis) dan/atau gejala tambahan (tidak nafsu makan, penurunan berat badan, keringat malam dan mudah lelah) (PDPI, 2011.; Widodo, 2004). *Skrofuloderma* merupakan bentuk tuberkulosis kutis yang tersering di Indonesia. Tempat predileksinya di leher, aksila, dan lipat paha. Mulainya sebagai limfadenitis tuberkulosa, berupa pembesaran kelenjar getah bening (KGB) tanpa kelima tanda radang akut selain tumor, sebagian berkonfluensi. Juga terdapat periadenitis berupa perlekatan KGB dengan jaringan di sekitarnya, *abses*, *sinus*, *fistel*, dan *ulkus*. *Ulkus* memanjang, tak teratur, dinding bergaung, sekitar *livid*, pus *seropurulen*. Jika menyembuh terbentuk sikatrik yang memanjang dan tak teratur, di atasnya dapat terbentuk jembatan kulit (Daili, ESS.,2012). *Pneumonia* yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis* tidak termasuk. Sedangkan peradangan paru yang disebabkan oleh nonmikroorganisme (bahan kimia, radiasi, aspirasi bahan toksik, obat-obatan dan lain-lain) disebut pneumonitis (PDPI, 2003). Gambaran klinis didahului oleh gejala infeksi saluran pernapasan akut bagian atas, nyeri ketika menelan, kemudian demam dengan suhu sampai di atas 40°C, menggigil,. Batuk yang disertai dahak yang kental, kadang-kadang bersama pus atau darah (bloodstreak). Pada pemeriksaan fisik, terlihat ekspansi dada tertinggal pada sisi yang terkena radang, terdapat bunyi redup pada perkusi, dan pada auskultasi terdengar napas bronkial disertai ronki (Faridawati,2012)



Penatalaksanaan pada kasus ini dibagi menjadi dua yaitu non-medikamentosa dan medikamentosa. Penatalaksanaan non-medikamentosa antara lain tirah baring, diet tinggi kalori tinggi protein, perawatan ulkus. Untuk memperbaiki status gizi pasien yang diperlukan melawan kuman tuberkulosis serta mencegah komplikasi kepada pasien dan pengontrolan obat. Penatalaksanaan medikamentosa dengan obat anti tuberkulosis yang disesuaikan dengan regimen lini pertama untuk pasien kategori 1 (Sudoyo, 2009; Tan, H dan Rahardja K, 2010)

Simpulan

Telah ditegakkan diagnosis tuberkulosis paru BTA positif dengan sklofuloderma pada Tn. Yy, laki-laki, 32 tahun atas dasar anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, serta telah ditatalaksana dengan pemberian edukasi dan pengobatan. Prognosis cukup baik apabila dilakukan penanganan yang tepat dan bergantung pada kepatuhan pasien dalam meminum obat. Mengingat tingginya angka gagal sembuh dan resisten pengobatan TB (Muller, dkk., 2008)

Daftar Pustaka

Aru, WS, Bambang Setyohadi, Idrus Alwi, Marcellus Simadibrata, Siti Setiati. 2009. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Volume 2. Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Depkes RI, 2012. Pengendalian TB di Indonesia mendekati MDG. Jakarta; Departemen Kesehatan RI.

Depkes RI, 2007. Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Daili, ESS., Menaldi, SL., Wisnu, IM., Penyakit Kulit Yang Umum Di Indonesia Sebuah Panduan Bergambar. Jakarta Pusat : Pt Medical Multimedia Indonesia Kramat Raya 31.

Faridawati, R. 2012. Penatalaksanaan Pneumonia pada Usia Lanjut. Jakarta: Bagian Pulmonologi FKUI Unit Paru RS. Persahabatan.

Misnadiarly. 2008. Penyakit Infeksi Saluran Napas Pneumonia Pada Anak, Orang Dewasa, Usia Lanjut, Pneumonia Atipik Dan Pneumonia Atypik Mycobacterium. Jakarta: Pustaka Obor Populer.



Muller, H., Eisendle, K., Zelger, B., Langerle, R., 2008. Bilateral Scrofuloderma Of The Axilla Masquerading As Hidradenitis Supputativa. Austria: Department of Dermatology and Venerology, Medical University Innsbruck, Anitchstrasse 35, AT-6020 Innsbruck.

PDPI, 2003. Pneumonia Komuniti. Pedoman diagnosis dan penatalaksanaan di Indonesia. Jakarta: Perhimpunan Dokter Paru Indonesia.

PDPI, 2011. Tuberkulosis. Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan di Indonesia. Jakarta: Perhimpunan Dokter Paru Indonesia.

Price, SA., Wilson. LM., 2006. Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Volume 1 Edisi 6. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Tan, Hoan. Kirana Rahardja.2010. Obat-obat penting. Jakarta: P.T Elex Media Komputindo.

WHO. 2012. Tuberculosis. New York: WHO Media centre.

WHO. 2012. Global Tuberculosis Control. New York: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

Werdhani, RA. 2002. Patofisiologi, Diagnosis, Dan Klafisikasi Tuberkulosis. Jakarta: Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas, Okupasi, Dan Keluarga FKUI.

Widodo, E. 2004.Upaya Peningkatan Peran Masyarakat Dan Tenaga Kesehatan Dalam Pemberantasan Tuberkulosis. Bogor: Institut Pertanian Bogor.