

SEORANG WANITA 40 TAHUN DENGAN PNEUMONIA KOMUNITAS LOBARIS BILATERAL, BEKAS TB DD TB RELAPS DAN HIPERTENSI

**A 40 Year Woman with Pneumonia Community Lobaris Bilateral, TB Sequelae DD
TB Relaps and Hypertension**

Klaudia Vindy Puspitasari¹, Novita Eva Sawitri²

¹Bagian Ilmu Penyakit Paru, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

²Bagian Ilmu Penyakit Paru, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

Korespondensi: Klaudia Vindy Puspitasari. Alamat email: j500160046@student.ums.ac.id

ABSTRAK

Penyakit saluran pernapasan masih menjadi suatu penyebab angka kematian di seluruh dunia.. Pneumonia adalah salah satu penyakit saluran pernapasan dan dapat didefinisikan sebagai infeksi paru yang melibatkan alveolar. Pneumonia adalah suatu infeksi pada parenkim paru yang dapat disebabkan oleh berbagai organisme dengan epidemiologi, patogenesis, presentasi, dan perjalanan klinis yang berbeda. Pneumonia dapat diklasifikasikan berdasarkan lokasinya, status imun, dan jenis mikroorganisme. Batuk merupakan salah satu gejala dan dapat digambarkan sebagai batuk produktif. Gejala lain yang sering terlihat termasuk kelelahan, anoreksia, dan nyeri dada pleuritik. Dilaporkan seorang pasien perempuan usia 40 tahun datang ke Poliklinik Paru RSUP Surakarta dengan keluhan yaitu batuk berdahak, dahak yang dikeluarkan berwarna kuning. Batuk dirasakan memberat dan bertambah ketika malam hari saat hendak tidur dan berkurang di pagi hari. Pasien memiliki riwayat pengobatan TB pada tahun 2010 dan hipertensi sejak 2 tahun yang lalu. Pada pemeriksaan tanda vital TD 159/143 mmHg. Pemeriksaan radiologi didapatkan Terdapat konsolidasi di lobus inferior dextra dan sinistra. Pada pasien ini diberikan antibiotic azithromycin, N-Acetylcystein, metylprednisolone, meptin mini, cetirizine, dan zegavit.

Kata Kunci: Pneumonia, Batuk, Mikroorganisme

ABSTRACT

Respiratory tract disease still the leading cause of death of worldwide. Pneumonia is one of respiratory disease it can be defined as an infection of the lung that involving the alveolar. Pneumonia is an infection of the pulmonary parenchym can caused by various organisms with a different epidemiology, pathogenesis, presentation and clinical course. Pneumonia can be classified according to the location, immune status, and type of microorganism. Cough is one of symptom it can be described as productive cough. Additional symptoms frequently seen include fatigue, anorexia, and pleuritic chest pain. It was reported that a 40-year-old female patient came to the Pulmonary Polyclinic of RSUP Surakarta with a complaint of coughing up phlegm, yellow phlegm issued. Cough was felt worse for 2 days and increased at night when going to sleep and reduced in the morning. The patient had a history of TB treatment in 2010 and hypertension since 2 years ago. On examination, vital signs BP 159/143 mmHg. Radiological examination revealed consolidation in the right and left inferior lobes. This patient was given antibiotics azithromycin, N-Acetylcysteine, methylprednisolone, meptin mini, cetirizine, and zegavit

Keywords: Pneumonia, Cough, Microorganisms

PENDAHULUAN

Pneumonia dapat didefinisikan sebagai infeksi pada parenkim paru. Pneumonia merupakan istilah umum untuk sekelompok sindrom yang disebabkan oleh berbagai organisme yang dapat

mengakibatkan beragam manifestasi dan gejala sisa. Pemeriksaan kultur darah merupakan salah satu tes yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosis spesifik (Mackenzie, 2016).

Pneumonia dapat didefinisikan

sebagai infeksi paru yang secara khas melibatkan ruang alveolar. Terdapatnya mikroorganisme di ruang alveolar tanpa adanya respon inflamasi yang menyertainya merupakan kolonisasi dari mikroorganisme. Berbagai jenis infeksi lain juga dapat mempengaruhi paru-paru dan dapat diklasifikasikan menurut tempat asalnya infeksi. Istilah infeksi saluran pernapasan bawah (LRTI) sering dianggap mencakup bronkitis akut dan pneumonia. Namun, hal itu adalah kadang-kadang digunakan untuk menunjuk infeksi non-pneumonia pada saluran pernapasan bagian bawah saja. Pasien yang mengalami penyakit paru-paru kronis (penyakit paru obstruktif kronik (PPOK)), infeksi bronkus sering mengakibatkan eksaserbasi penyakit paru-paru. Dalam keadaan ini, penyakit biasanya ditetapkan sebagai eksaserbasi penyakit (misalnya, eksaserbasi PPOK) daripada bronkitis akut. (Lim, 2020)

Didapatkan >10 juta kasus pneumonia terjadi hampir setiap tahun di Amerika Serikat dan menyebabkan >1 juta rawat inap. Pneumonia merupakan

penyebab terbanyak kematian di seluruh dunia dan merupakan penyakit menular mematikan yang paling sering. Tingkat kematian terkait dengan pneumonia yang didapat dari komunitas yaitu < 5% pada pasien yang di rawat jalan dan yang sakit ringan hingga >12% secara keseluruhan pada pasien yang dirawat di rumah sakit. Kematian bahkan lebih besar pada pasien yang memiliki penyakit invasif, dan sering dikaitkan dengan bakteremia. Kematian akibat pneumonia dapat melebihi 40% pada pasien yang memerlukan manajemen di unit perawatan intensif (ICU). Ini membutuhkan sekitar \$7000 untuk mengelola kasus pneumonia tanpa komplikasi di rumah sakit, atau sekitar 20 kali lipat lebih banyak daripada merawatnya di rawat jalan (Limper, 2019)

Penyakit saluran pernapasan masih menjadi suatu penyebab angka kematian di seluruh dunia.. Pneumonia adalah salah satu penyakit saluran pernapasan dan dapat didefinisikan sebagai infeksi paru yang melibatkan alveolar. Pneumonia adalah suatu infeksi pada parenkim paru yang

dapat disebabkan oleh berbagai organisme dengan epidemiologi, patogenesis, presentasi, dan perjalanan klinis yang berbeda.

Pneumonia merupakan bentuk infeksi saluran napas bawah akut yang terjadi di parenkim paru dan dijumpai sekitar 15-20%. Prevalensi kejadian pneumonia di Indonesia pada tahun 2013 sebesar 4,5%.

LAPORAN KASUS

Pasien seorang perempuan berinisial H berusia 40 tahun datang ke Poliklinik Paru RSUP Surakarta pada tanggal 22 Juli 2022 dengan keluhan utama yaitu batuk ngikil dan berdahak. Batuk dirasakan kurang lebih 1 bulan sebelum masuk rumah sakit dan dirasakan terus-menerus. Batuk dirasakan memberat 2 hari sebelum masuk rumah sakit dan bertambah ketika malam hari saat hendak tidur sehingga pasien kesulitan untuk memulai tidur, namun keluhan batuk berkurang di pagi hari. Dahak yang dikeluarkan berwarna kuning kehijauan berbau amis dan sebanyak $\frac{1}{4}$ gelas belimbing. Pasien

masih dapat melakukan aktivitas sehari-hari namun terganggu oleh batuknya. Keluhan disertai dengan tenggorokan yang gatal dan suara serak hingga pasien kesulitan untuk berbicara. Pasien juga mengeluhkan sesak apabila batuk dan ketika pasien kelelahan terutama ketika sedang beraktivitas seperti berjalan dan berkurang ketika istirahat, nafsu makan pasien berkurang sehingga saat ini pasien mengalami penurunan BB yaitu dari 42 kg – 38 kg selama 2 bulan terakhir. Pasien juga mengatakan kadang terdapat keringat dingin saat malam hari. Keluhan seperti demam juga kadang-kadang dirasakan oleh pasien dan dirasakan naik turun beberapa hari dalam seminggu ini. Keluhan batuk berdahak, mual dan muntah serta nyeri kepala disangkal oleh pasien, nyeri dada (-). BAK dan BAB dalam batas normal. Pasien mengaku pernah menjalani pengobatan tuberculosis pada tahun 2010 dan minum OAT hingga tuntas, pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit darah tinggi sejak 2 tahun sebelum masuk rumah sakit dan tidak rutin kontrol.

Sebelumnya pasien bekerja sebagai buruh pabrik selama 3 tahun namun berhenti dan melanjutkan bekerja di penyablonan pakaian. Pemeriksaan tanda vital pasien didapatkan tekanan darah pasien yaitu 159/143 mmHg, frekuensi nadi 136 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 38.2, dan saturasi oksigen 94 % (Room Air).

Pemeriksaan fisik umum dalam batas normal, pemeriksaan status lokalis pada thorax didapatkan adanya suara dasar vesikuler yang normal, rhonki pada bagian basal paru. Pada pemeriksaan penunjang rontgen thorax yang dilakukan pada tanggal 22 Juli 2022 didapatkan adanya kesan pneumonia lobaris dextra et sinistra dengan adanya gambaran infiltrat dan konsolidasi di lobus inferior paru dextra dan sinistra, corakan vaskular kasar, diafragma dan sinus dalam batas normal.

Hasil dari anamnesia, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang didapatkan diagnosis pneumonia lobaris dextra et sinistra, hipertensi derajat I, dan bekas TB dd TB relaps . Pasien selanjutnya

menerima terapi farmakologi berupa antibiotik Azithromycin 500 mg dengan aturan pakai 1x1 tablet, N-Asetylcystein 200 mg dengan aturan pakai 2x1 kapsul, Meptin mini tab 25 mcg dengan aturan pakai 2x1, Metylprednisolon 4 mg dengan aturan pakai 3x1 tablet, cetirizine 10mg dengan aturan pakai 1x1 tablet, dan zegavit 1x1 tablet.

DISKUSI

Definisi

Pneumonia dapat didefinisikan sebagai infeksi pada parenkim paru yang dapat disebabkan oleh berbagai jenis mikroorganisme. Etiologi spesifik dari mikroorganisme secara pasti tidak diketahui di > 1/3 dari pasien. Kultur darah merupakan salah satu tes yang dilakukan untuk menegakkan diagnosis spesifik. (Mackenzie, 2016).

Pneumonia dapat didefinisikan sebagai infeksi paru yang secara khas melibatkan ruang alveolar. Terdapatnya mikroorganisme di ruang alveolar tanpa adanya respon inflamasi yang menyertainya merupakan kolonisasi dari

mikroorganisme (Lim, 2020)

Epidemiologi

Penyakit pada saluran pernapasan masih menjadi penyebab kematian dan kecacatan yang tinggi dicdunia. Di Amerika Serikat kasus baru dari *Community-acquired pneumonia* (CAP) diperkirakan yaitu sekitar 1.600 kasus per 100.000 populasi dan di Eropa 1.100-1.600 kasus per 100.000 populasi (Mackenzie, 2016)

Kasus menular pneumonia terjadi lebih dari 10 juta setiap tahun di Amerika Serikat dan menyebabkan > 1 juta pasien memerlukan rawat inap. Pneumonia merupakan penyakit menular mematikan yang paling umum terjadi. Tingkat kematian terkait dengan pneumonia yang didapat dari komunitas yaitu < 5% pada pasien yang rawat jalan dan yang sakit ringan hingga > 12% terjadi secara keseluruhan pada pasien yang dirawat di rumah sakit (Limper, 2019)

tahun dan meningkat pada kelompok umur 45-54 tahun dan kelompok umur yang lebih tua (RISKESDAS, 2013)

Etiologi

Etiologi atau penyebab pneumonia sangat penting untuk diidentifikasi untuk menentukan pengobatan yang spesifik. Etiologi paling sering menyebabkan pneumonia dapat dibagi menjadi etiologi pneumonia komunitas dan nosokomial:

- a. Pneumonia komunitas: Streptococcus, Mycoplasma, Hemophilus influenza, Legionella pneumophila, Chlamydia, Adenovirus, influenza tipe A dan B.
- b. Pneumonia nosokomial: basil gram negatif (seperti, E. coli, Klebsiella pneumonia), Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus (Wilson, 2012)

Klasifikasi

Pneumonia diklasifikasikan lebih lanjut dalam berbagai cara yang berbeda. Ini terutama klasifikasi klinis yang secara luas menggambarkan perbedaan kemungkinan kisaran patogen. Pengelompokan yang paling umum adalah menurut lokasi pasien di waktu perolehan infeksi. Infeksi yang timbul di lingkungan rumah sakit mungkin melibatkan lebih banyak patogen yang resistan terhadap obat

dibandingkan dengan infeksi yang timbul di masyarakat. Dalam pengelompokan *Hospital-Acquired Pneumonia* (HAP), perbedaan lebih lanjut biasanya dibuat menurut apakah pasien berada di unit perawatan intensif, atau diintubasi (*Ventilator-Acquired Pneumonia* (VAP)). (Lim, 2020)

Berdasarkan klinis dan epidemiologis dapat diklasifikasikan :

a. *Community - Acquired Pneumonia* (CAP) pneumonia ini sering menular karena melalui airborne diluar perawatan rumah sakit. Organisme penyebab akan masuk ke segmen-segmen paru atau lobus paru-paru. Pada pemeriksaan rontgen thorax apabila terjadi konsolidasi akan terjadi peningkatan taktil fremitus, napas bronkial. Komplikasi pneumonia ini dapat berupa efusi pleura akibat infeksi *H. Influenza*, emphyema terjadi akibat infeksi *Klebsiella*, *Streptococcus grup A*, *S. Pneumonia*. Angka kesakitan dan kematian infeksi CAP tertinggi pada lanjut usia dan pasien dengan

imunokompromis (Djojodibroto, 2014)

b. *Hospital Acquired Pneumonia* (HAP)

Peumonia nosokomial lebih sering dikenal sebagai *Hospital-acquired pneumonia* didefinisikan sebagai pneumonia dengan gejala yang timbul setelah >48 jam perawatan di rumah sakit tanpa adanya pemasangan intubasi endotrakeal. Pneumonia ini terjadi akibat tidak seimbangnya imunitas host dan adanya kolonisasi bakteri yang dapat melewati traktus respiratorius bagian bawah (Djojodibroto, 2014).

c. *Ventilator Acquired Pneumonia* (VAP)

Pneumonia jenis ini berkaitan dengan penggunaan ventilator dan timbul setelah 48 sampai 72 jam atau lebih setelah pemasangan intubasi trakea. Ventilator merupakan sebuah alat yang dimasukan melalui mulut, hidung, atau melalui lubang di depan leher. Infeksi pneumonia ini dapat muncul jika bakteri masuk melalui lubang intubasi dan masuk ke paru-paru (Djojodibroto, 2014).

Berdasarkan letak predileksi pneumonia dapat diklasifikasikan:

- a. Pneumonia lobaris:
Pneumonia ini sering terjadi pada pneumonia bacterial, jarang pada bayi dan orang tua. Pneumonia yang terjadi pada satu lobus atau segmen kemungkinan sekunder disebabkan oleh obstruksi bronkus misalnya: pada aspirasi benda asing atau proses keganasan
- b. Pneumonia lobularis (bronkopneumonia):
Pneumonia ini dapat ditandai dengan adanya bercak infiltrat pada lapang paru. Pneumonia ini dapat disebabkan oleh bakteri ataupun virus. Pneumonia ini sering terjadi pada bayi dan orang tua.
- c. Pneumonia interstisial: pneumonia ini merupakan adanya suatu inflamasi di dinding alveolar dan peribronkial serta interlobular (PDPI, 2003).
- kemampuan untuk menginvasi seseorang yang rentan, misalnya Klebsiella pada ketergantungan alkohol, Staphylococuss pada penderita setelah infeksi influenza.
- b. Pneumonia atipikal::
Pneumonia ini biasanya disebabkan oleh bakteri *Mycoplasma*, *Legionella* dan *Chlamydiaa*
- c. Pneumonia virus
Virus yang dapat menyebabkan pneumonia seperti : virus Influenza, virus para Influenza, Respiratory Syncytial Virus, virus corona: MERS CoV, SARS, dll.
- d. Pneumonia jamur
Pneumonia ini sering akibat infeksi sekunder. Pneumonia ini menyerang terutama pada penderita dengan daya tahan lemah (immunocompromise) (PDPI, 2003).

Berdasarkan kuman penyebab dapat diklasifikasikan:

- a. Pneumonia bakterial atau tipikal:
pneumonia ini dapat terjadi pada semua usia. Beberapa bakteri mempunyai

Patogenesis

Patogenesis pneumonia berkaitan dengan adanya tiga faktor yaitu daya tahan tubuh (imunitas) pasien, mikroorganisme penyebab dan lingkungan. Kondisi ini

disebabkan oleh adanya mekanisme imunitas seseorang untuk sistem pertahanan pada paru. Adanyanya mikroorganisme yang masuk ke paru adalah akibat dari ketidakseimbangan antara imunitas, mikroorganisme penyebab dan lingkungan (PDPI, 2014)

Mikroorganisme dapat mencapai parenkim paru melalui beberapa cara yaitu:: 1) Perpindahan atau inokulasi kuman secara langsung; 2) Menyebar melewati darah; 3) Inhalasi bahan-bahan gas ataupun aerosol, dan 4) Kolonisasi mikroorganisme di mukosa. Cara terbanyak yaitu kolonisasi. Apabila kolonisasi terjadi pada saluran pernapasan bagian atas (hidung, orofaring) kemudian terjadi aspirasi saluran napas bawah dan akan menyebabkan inokulasi mikroorganisme, hal tersebut adalah awal infeksi dari sebagian besar infeksi paru (Setiati *et al.*,2014)

Basil dari bakteri yang masuk bersama dengan sekret bronkus ke dalam alveoli akan menimbulkan reaksi peradangan berupa edema alveoli yang

diikuti dengan infiltrasi sel-sel PMN sehingga akan menyebabkan terjadinya proses fagositosis. Sel-sel PMN mendesak bakteri ke permukaan alveoli dan leukosit yang lain mengelilingi bakteri tersebut kemudian terjadi proses fagositosis (Setiati *et al.*,2014)

Waktu terjadinya perlawanan antara inang atau host dengan mikroorganisme akan terjadi empat zona yaitu:: 1) Zona luar (oedema): alveoli tersisi dengan mikroorganisme dan cairan sel radang; 2) Zona awal konsolidasi terdiri dari sel polimorfonuklear dan adanya beberapa eksudasi eritrosit; 3) Zona konsolidas luas:: zona ini terjadi proses fagositosis yang aktif dengan jumlah sel polimorfonuklear yng banyak; 4) Zona resolusi: terjadi penyembuhan dengan banyak mikroorganisane yang mati, leukosit dan alveolar makrofag. (Setiati *et al.*,2014).

Dalam kebanyakan kasus, sel inflamasi yang dominan terlibat memfagosit patogen penyebab; neutrofil pada infeksi bakteri, limfosit pada infeksi

virus dan granulomatosa peradangan pada infeksi Mycobacterium dan jamur. Respons sitokin sistemik menimbulkan banyak karakteristik infeksi, seperti demam, mialgia, dan peningkatan kadar protein C-reaktif. Masuknya mikroorganisme ke paru-paru paling sering melalui mikro-aspirasi. Penyebaran hematogen dari bagian yang lain di tubuh, dan penyebaran langsung dari sumber yang berdekatan kurang umum terjadi (Limper, 2019)

Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pneumonia yang paling sering adalah demam, menggigil, *sweating*, batuk, dapat batuk yang menghasilkan sputum, kental kuning atau purulen, atau seperti, bercak darah, dapat juga ditandai dengan nyeri dada karena pleuritis dan sesak nafas. Gejala umum lainnya pasien nyaman dengan posisi berbaring pada dada yang sakit dengan lutut tertekuk. Pemeriksaan fisik thorax dapat didapatkan adanya retraksi atau atau penarikan dinding dada bagian bawah pada saat bernapas, dapat disertai dengan takipneu, kenaikan atau penurunan taktil

fremitus, pada pemeriksaan perkusia didapatkan suara redupp sampai dengan pekakk yang menandakan adanya pengumpulan atau konsolidasi atau terdapat cairan pleura, dapat disertai suara ronki, suara pernapasan bronkial ataupun suara pleurall friction rub (Setiati *et al.*,2014)

Pasien dengan pneumonia biasanya datang dengan kombinasi berbagai gejala pernapasan, khususnya batuk (75%), sesak napas (65%), produksi sputum atau dahak (30%), dan sakit atau nyeri dada (30%), dan terdapatnya demam, kekakuan, mialgia dan kebingungan. Kebingungan lebih sering terjadi pada pasien yang lebih tua dan mereka yang sakit parah. pasien immunocompromise, dan untuk yang lebih rendah tingkat, pasien yang lebih tua, mungkin tidak meningkat sebagai respon imun yang ketat dan karena itu dapat hadir dengan gejala yang lebih halus. Sekitar 10% pasien dengan CAP datang ke rumah sakit dengan gambaran ekstra-paru.

Diagnosis

Diagnosis dapat ditegakkan berdasarkan:

a. Anamnesis

Pasien mengeluhkan dengan adanya batuk berdahak ataupun tidak berdahak secara terus menerus. Batuk dapat purulen, mukoid, atau kadang disertai dengan darah. Batuk dapat disertai dengan keluhan sesak napas, demam menggigil, nyeri dada (PDPI, 2003)

b. Pemeriksaan fisik

a. Pemeriksaan fisik thorax meliputi inspeksi dapat terlihat adanya bagian dada yang sakit akan tertinggal waktu bernapas. Pemeriksaan palpasi akan didapatkan fremitus yang mengeras pada bagian yang sakit, ataupun tertinggal pada bagian yang sakit. Perkusi akan didapatkan suara yang redup pada bagian yang sakit. Auskultasi akan terdengar suara napas bronkovesikuler, bronkial dan mungkin disertai dengan ronki basah halus, dan kemudian dapat menjadi ronki basah kasar. (PDPI, 2003)

c. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan foto polos thorax adanya

gambaran radiologis infiltrat interstitial. konsolidasi jarang terjadi. Pemeriksaan labolatorium terdapat leukositosis. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan seperti: pewarnaan gramm, pemeriksaan leukositt, pemeriksaan foto polos thorax, analisis gas darah, kultur dahak/sputum, dan kultur darahh jika terdapat fasilitas. (PDPI, 2003)

d. Diagnosis Klinis Pneumonia

a. Pada pneumonia komuniti ditegakkan berdasarkan foto polos thorax terdapat infiltrat/ air bronkogram dengan gejala berupa: batuk, dahak purulen, suhu tubuh diatas 38°C, sesak napas, nyeri dada, suara napas bronkial, ronki pada pemeriksaan fisik thorax, leukosit lebih dari 10.000 atau kurang dari 4.500 (PDPI, 2014)

Diagnosis pneumonia selain ditemukan mikroorganisme penyebab jenis bekteri tipikal dapat juga dijumpai bakteri atipik. Bakteri atipik yang sering adalah: *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella* spp. Penyebab lain

Coxiellaa burnettii, virus Influenza tipe A dan B, Adenovirus dan Respiratori syncitiall virus. Gejala tersebut ditndai dengan gejala sistemik berupa demam, nyeri kepala, myalgia, batuk nonproduktif.

Diagnosis Banding

Diagnosis banding pneumonia dapat berupa: tuberculosiss (TB), bronkitis, covid-19, PPOK, asma bronkial (Setiati *et al.*,2014)

Penatalaksanaan

a. Pasien rawat jalan dapat diberikan tatalaksana berupa: pengobatan suportif/simptomatik yaitu seperti: istirahat yang cukup atau tirah baring, minum air putih minimal 8 gelas perhari untuk mengatasi dehidrasi. Apabila terjadi panas tinggi dapat dilakukan kompres atau diberikan obat penurun panas. Pemberian antibiotik harus segera diberikan.

Pasien rawat inap di ruang rawat biasa

- 1) Pengobatan suportif/simptomatik
 - Terapi oksigen

- Pemasangan infus untuk dehidrasi dan koreksi kalori elektrolit

- Pemberian simtomatik antara lain antipiretik, mukolitik

- 2) Pemberian antibiotik harus diberikan sesegera mungkin

b. Pasien rawat inap ICU

Tatalaksana pengobatan suportif/simptomatik pemberian terapi oksigen apabila saturasi oksigen dibawah 95 %. Dilakukan pemasangan infus untuk dehidrasi dan koreksi kalori elektrolit. Diberikan obat simtomatik seperti antipiretik, mukolitik apabila diperlukan. Pemberian antibiotik harus diberikan segera.

Komplikasi

Pneumonia menyebabkan bebrpa komplikasi beurpa bakteremia (sepsis), abses paru, efusi pleura, gagal napas. Baktermia dapat terjadi pada pssien apabila bakteri yang menginfeksi paru masuk ke dalam aliran darah dana akan menyebarkan infeksi ke organ-organ lainnya. Pneumonia pneumokokkus 10 % akan mengalami

bakteremia berupa meningitis, arthritis, endokarditis, perikarditis, peritonitis, dan empyema (Barbara Jones MD, 2016) Pneumonia dapat menyebabkan komplikasi efusi pleura yang bersifat eksudatif (Barbara Jones MD, 2016)

Prognosis

Prognosis pada sebagian besar pneumonia adalah bonam dan tergantung faktor dari penderita, bakteri penyebab dan penggunaan antibiotik secara tepat dan adekuat, perawatan yang baik juga akan mempengaruhi prognosis.

Pencegahan

Pencegahan yang dapat dilakukan berupa vaksinasi pneumokokal dan influenza, tidak merokok, menerapkan perilaku hidup sehat dan bersih, menerapkan etika batuk dan menggunakan masker.

PEMBAHASAN

Pasien mengeluhkan sesak apabila batuk dan ketika pasien kelelahan terutama ketika sedang beraktivitas seperti berjalan pasien keluhan sesak dirasa bertambah dan berkurang ketika istirahat, nafsu makan pasien berkurang sehingga saat ini pasien

mengalami penurunan BB yaitu dari 42 kg – 38kg selama 2 bulan terakhir. Pasien juga mengatakan kadang terdapat keringat dingin saat malam hari. Keluhan seperti demam juga kadang-kadang dirasakan oleh pasien dan dirasakan naik turun beberapa hari dalam seminggu ini. Keluhan batuk berdahak, mual dan muntah serta nyeri kepala disangkal oleh pasien, nyeri dada (-). BAK dan BAB dalam batas normal. Anggota keluarga pasien tidak ada yang mengalami keluhan sama dengan pasien. Riwayat asma, diabetes melitus, penyakit jantung, rhinitis alergi, alergi makanan dan obat-obatan dalam keluarga disangkal. Hipertensi diakui dan tidak terkontrol. Pasien mengaku pernah memiliki riwayat pengobatan TB di tahun 2010 dan telah dinyatakan sembuh.

Gejala sesak napas pada pasien pneumonia dapat terjadi karena adanya penumpukan sekret atau dahak pada saluran pernafasan sehingga adanya hambatan udara yang masuk dan keluar paru-paru (Mulyana, R., 2019)

Pasien juga mengeluhkan muncul

batuk berdahak, dahak berwarna kuning kehijauan berbau amis. Pasien pneumonia dengan gejala batuk yang merupakan gejala suatu penyakit yang menyerang saluran napas, hal ini dapat disebabkan karena adanya mikroorganisme yang masuk ke saluran pernapasan sehingga akan diteruskan ke paru-paru dan bagian bronkus maupun alveoli, hal ini akan menyebabkan keluarga makrofag yang akan menginisiasi proses infeksi, apabila infeksi tersebut tidak ditangani sedini mungkin maka dapat menyebabkan proses inflamasi yang ditandai odema pada paru dan menghasilkan akumulasi sekret yang banyak (Mulyana, R., 2019)

Tanda tanda vital pada pasien yaitu TD 159/143 mmHg, HR 136 x/menit, reguler, RR 20 x/menit, reguler, suhu 38,4° C, SpO2 94%. Pemeriksaan foto thoraks pada pasieng adanya gambaran dengan kesan pneumonia dengan adanya infiltrat dan konsolidasi di lobus inferior paru dextra dan sinistra. Pada pasien pneumonia biasanya ditemukan adanya infiltrate atau air bronchogram pada foto toraks pasien

(Sari *et al.*, 2016)

Tatalaksana awal pada pasien pneumonia diberikan secara empiris. Pemilihan antibiotik harus dipertimbangkan berdasarkan derajat kerentanan, penyebab iinfeksi, adanya faktor resiko infeksi terhadap mikroorganisme resisten, serta tingkat keparahan pneumonia. Dosis pertama antibiotik harus diberikan segera. Terapi yang diberikan kepada pasien yaitu antibiotik golongan obat macrolide seperti azithromycin 1x500mg.

SIMPULAN DAN SARAN

Pada kasus diatas diagnosis pasien yaitu pneumonia pneumonia komunitas lobaris bilateral, bekas tb dd tb relaps dan hipertensi, untuk mengetahui secara spesifik jenis dan klasifikasinya perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut seperti sitologi dahak. Pada penegakkan diagnosis pneumonia dapat ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan juga pemeriksaan radiologi.

Terapi yang diberikan pertama kali pada pasien pneumonia ini yaitu terapi

empiris yang merupakan terapi yang menggunakan antibiotik pada kasus infeksi yang belum diketahui jenis bakteri penyebabnya.

DAFTAR PUSTAKA

Barbara Jones MD, et al. 2016. What is Pneumonia?. *AMJ Respir Crit Care Med*, 5(2), pp. 2-10.

Djojodibroto, R.D. 2014. *Respirologi (Respiratory Medicine)*. Edisi 2. Jakarta: EGC

Lim, W.S., 2020. Pneumonia. Elsevier, 2(3), pp. 672-688.

Limper, A.H., 2019. Overview of Pneumonia. Elsevier, 5(2), pp. 587-

595.

Mackenzie, G., 2016. The Definition and Classification of Pneumonia. *Mackenzie Pneumonia*, 3(14), pp. 2-10

Mulyana, R., 2019. Terapi Antibiotika pada Pneumonia Usia Lanjut. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(1), pp. 172-177

PDPI. 2003. Pneumonia komuniti-pedoman diagnosis dan penatalaksanaan di Indonesia. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia

Setiati, S., Alwi, I., Sudoyo, A., Simadribata K, M., Setiyahadi, B., & Syam, A. F. (2014). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II*. Jakarta: Interna Publishing.