

[Case Report]

SEORANG PRIA USIA 74 TAHUN DENGAN CKR, VULNUS LACERATUM DAN VARISES: LAPORAN KASUS

A 74-Year-Old Man With Minor Head Injury, Vulnus Laceratum and Varicose Veins: A Case Report

Azahra Khansa Muza¹, Budi Yuwono²

¹Departemen Ilmu Bedah, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

²Departemen Ilmu Bedah, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

Korespondensi: Azahra Khansa Muza. Alamat email: J510225031@student.ums.ac.id

ABSTRAK

Varises ini merupakan suatu manifestasi dari sindrom insufisiensi vena dimana pada sindrom ini aliran darah dalam vena mengalami aliran retrograde atau aliran balik menuju tungkai yang kemudian mengalami kongesti. Angka kejadian varises di Indonesia saat ini diperkirakan sekitar 25% sampai 30% pada wanita dan 10% sampai 20% pada pria. Dilaporkan pada salah satu kasus pada seorang pria usia 74 tahun dengan keluhan keluhan nyeri pada luka robek di kepala sebelah kanan post KLL, pusing dan nyeri pada tungkai bawah. Pasien terdiagnosis CKR, vulnus laceratum dan varises dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan penunjang. Pada pemeriksaan fisik berupa inspeksi didapatkan vulnus laceratum regio temporo occipital dextra dan vena yang menonjol dan berkelok-kelok. Pada palpasi didapatkan keadaan vena yang abnormal dengan ukuran 6 cm pada tungkai dextra dan 3 cm pada tungkai sinistra. Pada pemeriksaan penunjang CT scan didapatkan soft tissue swelling extracranial ringan regio parietalis dextra dan infarct kecil di centrum semiovale sinistra. Tatalaksana yang diberikan infus asering 20 tpm, injeksi antalgin 1 gr/12 jam kp nyeri, injeksi citicolin 500mg /12 jam, injeksi ranitidine 50 mg /12 jam, injeksi ampicillin 1 gr/ 8 jam.

Kata Kunci: CKR, Vulnus laceratum, Varises

ABSTRACT

Varicose veins are a manifestation of venous insufficiency syndrome where in this syndrome the blood flow in the veins experiences retrograde flow or backflow to the legs which then experiences congestion. The incidence of varicose veins in Indonesia is currently estimated at around 25% to 30% in women and 10% to 20% in men. Reported in one case in a 74-year-old man with complaints of pain in a laceration on the right side of the head post KLL, dizziness and pain in the lower legs. The patient was diagnosed with CKR, vulnus laceratum and varicose veins from anamnesis, physical examination, and supporting. On physical examination in the form of inspection, vulnus laceratum was found in the right temporo occipital region and prominent and tortuous veins. On palpation, an abnormal vein condition was found with a size of 6 cm on the right leg and 3 cm on the left leg. In the supporting examination of CT scan, mild extracranial soft tissue swelling was found in the right parietal region and a small infarct in the left semiovale centrum. The management given was 20 tpm of asering infusion, 1 gr/12 hours of antalgin injection for pain, 500 mg/12 hours of citicoline injection, 50 mg/12 hours of ranitidine injection, 1 gr/8 hours of ampicillin injection.

Keywords: CKR, Vulnus Laceratum, Varicose Veins

PENDAHULUAN

Varises ini merupakan suatu manifestasi dari sindrom insufisiensi vena dimana pada sindrom ini aliran darah dalam vena mengalami aliran retrograde atau aliran balik menuju tungkai yang kemudian mengalami kongesti¹. Angka kejadian varises di Indonesia saat ini diperkirakan sekitar 25% sampai 30% pada wanita dan 10% sampai 20% pada pria^{1,3}. Hal lain yang diduga dapat menjadi faktor risiko varises tungkai adalah tinggi badan, kebiasaan merokok, dan kadar zat besi plasma.¹⁷

Kami melaporkan cara penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada kasus CKR, vulnus laceratum, dan varises.

METODE

Seorang pria usia 74 tahun dengan datang ke IGD RSUD Ir. Soekarno dengan keluhan nyeri pada luka robek di kepala sebelah kanan post KLL ditabrak motor dari belakang. Keluhan lain pusing terdapat vulnus laceratum pada tangan kanan. Terdapat varises di kaki kanan dan

kiri sejak 4 tahun yang lalu, nyeri hilang timbul, saat aktivitas cenderung muncul lebih membesar, saat istirahat cenderung mengecil. Pasien ingat kejadian saat KLL.

Riwayat penyakit dahulu seperti hipertensi, diabetes melitus, jantung, asma, trauma disangkal. Riwayat penyakit keluarga seperti hipertensi, diabetes melitus, jantung, asma, trauma disangkal.

Pemeriksaan tanda vital pasien keadaan umum pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, nadi 89 kali/menit, respiratory rate 20kali/menit, suhu tubuh 36.2 C, dan saturasi oksigen 98% free air. Berat badan yaitu 50 kg. Pemeriksaan fisik bagian kepala didapatkan normocephal, rambut hitam tidak mudah dicabut, mata cekung(-/-), edem palpebra (-/-), vulnus laceratum (-), air mata (+) tampak sedikit, konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-), epistaksis (-), mukosa mulut dan bibir kering (-), lidah kotor (-), gusi berdarah (-), pembesaran KGB (-

). Thoraks inspeksi didapatkan dada simetris (+), retraksi intercostae (-/-), fremitus normal (+/+), perkusi sonor di seluruh lapang paru, suara dasar vesikuler (+/+), wheezing (-/-), rhonki (-/-). Abdomen inspeksi distended (-/-), auskultasi peristaltic (+), perkusi timpani (+), palpasi supel (+), ascites (-), turgor kulit kembali cepat. Ekstremitas didapatkan akral hangat, CRT <2 detik, edema (-), petekie (-), sianosis (-), varises dextra 6 cm, varises sinistra 3 cm, anogenitalia dan status neurologis dalam batas normal.



Gambar 1. Vulnus Laceratum



Gambar 2. Varises pada ekstremitas inferior dextra

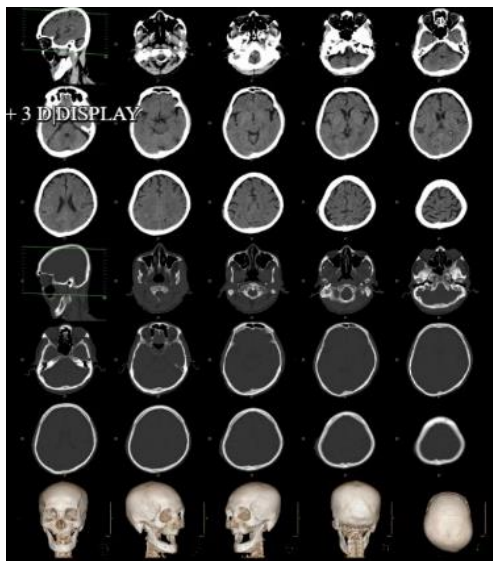


Gambar 3. Varises pada ekstremitas inferior sinistra

Pemeriksaan laboratorium darah lengkap pasien pada 14 Juli 2024 pukul menunjukkan hasil: Leukosit $17.7 \times 10^3/\text{UI}$, Eritrosit $4.76 \times 10^6/\text{UI}$, Hb 14.2 g/dL, HCT 42.3%, Trombosit $216 \times 10^3/\text{UI}$, MCV 81.2 fL, MCH 26.2 pg, MCHC 32.3 g/dl, RDW-CV 12.4%, Neutrofil 90.5% (H), Limfosit 6.0 (L), Monosit 2.90%,

Eosinofil 0.40% (L), Basofil 0.2%, rasio N/L 25.3 (H) didapatkan peningkatan rasio N/L, neutrophil, hematocrit, dan penurunan limfosit, eosinophil.

Pemeriksaan MSCT Scan dan 3D didapatkan Infarct kecil di centrum semiovale sinistra tak tampak tanda-tanda perdarahan intrakranial, proses SOL maupun oedema cerebri bermakna, tak tampak fraktur pada neurocranium maupun viscerocranium, SPN normodens, air cellulae mastoidea bilateral minimal, soft tissue swelling extracranial ringan regio parietalis dextra.



Gambar 4. MSCT Scan dan 3D

Berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang tersebut, diagnosis masuk pasien adalah CKR, vulnus laceratum, dan varises. Pasien selanjutnya diobservasi di IGD dengan terapi infus asering 20 tpm, injeksi antalgin 1 gr/12 jam kp nyeri, injeksi citicolin 500mg /12 jam, injeksi ranitidine 50 mg /12 jam, injeksi ampicillin 1 gr/ 8 jam.

PEMBAHASAN

Definisi Varises

Varises (vena varikosa) adalah pelebaran dari vena superfisial yang menonjol dan berliku-liku pada ekstremitas bawah, sering pada distribusi anatomis dari vena safena magna dan parva. Varises ini merupakan suatu manifestasi dari sindrom insufisiensi vena dimana pada sindrom ini aliran darah dalam vena mengalami aliran retrograde atau aliran balik menuju tungkai yang kemudian mengalami kongesti¹.

Epidemiologi Varises

Penyakit ini merupakan penyakit yang sering ditemui di klinik dan masih dianggap sebagai penyakit biasa dan tidak perlu dilakukan pengobatan. Wanita adalah penderita utama untuk penyakit VVTB (Varises Vena Tungkai Bawah) dan 50 % terjadi pada orang dewasa. Umumnya terjadi pada wanita dan orang dewasa yang lebih tua, Varises vena mempengaruhi 22 juta wanita dan 11 juta pria berusia antara 40 hingga 80 tahun^{1,2}.

Prevalensi varises vena tungkai di Inggris pada usia 18 – 64 tahun adalah 40% pada pria dan 32% pada wanita. Prevalensi di Amerika Serikat adalah 15% (berkisar dari 7 % menjadi 40 %) pada pria dan 27,7% (25 % sampai 32 %) pada wanita. Angka kejadian varises di Indonesia saat ini diperkirakan sekitar 25% sampai 30% pada wanita dan 10% sampai 20% pada pria^{1,3}.

Etiologi Varises

Berbagai faktor intrinsik berupa kondisi patologis dan ekstrinsik yaitu faktor lingkungan bergabung menciptakan spektrum yang luas dari penyakit vena.

Penyebab terbanyak dari varises vena adalah oleh karena peningkatan tekanan vena superfisial, namun pada beberapa penderita pembentukan varises vena ini sudah terjadi saat lahir dimana sudah terjadi kelemahan pada dinding pembuluh darah vena walaupun tidak adanya peningkatan tekanan vena¹.

Varises vena juga dapat terjadi apabila penekanan akibat adanya obstruksi. Obstruksi akan menciptakan jalur bypass yang penting dalam aliran darah vena ke sirkulasi sentral, maka dalam keadaan vena yang mengalami varises tidak dianjurkan untuk di ablas¹.

Faktor Resiko Varises

Beberapa faktor risiko varises tungkai termasuk jenis kelamin wanita, multiparitas, berat badan, konstipasi, pola posisi tubuh saat bekerja dalam jangka lama dan berulang ulang, serta adanya riwayat trombosis vena tungkai. Hal lain yang diduga dapat menjadi faktor risiko varises tungkai adalah tinggi badan, kebiasaan merokok, dan kadar zat besi plasma.¹⁷

Beberapa predictor juga dilaporkan berhubungan dengan varises tungkai, seperti hipertensi, usia saat menopause, kebiasaan konsumsi kopi, kadar magnesium, dan vitamin B12 plasma. Sumber lain menyebutkan faktor yang paling berpengaruh yaitu hormonal, gaya hidup, usia, dan kongenital. Kelainan genetik yang berpengaruh pada kejadian varises tungkai adalah sindrom Klippel-Trenaunay. Mutasi pada FOXC2, trombomodulin (THBD), dan desmuslin (SYNM).¹⁷

Faktor Resiko Varises

Secara klinis varises tungkai dikelompokkan berdasarkan jenisnya, yaitu¹⁴:

a. Varises trunkal

Merupakan varises v. saphena magna dan v. saphena parva, diameter lebih dari 8 mm, warna biru - biru kehijauan.

b. Varises retikuler

Varises yang mengenai cabang v. saphena magna atau v. saphena parva yang umumnya

kecil dan berkelok-kelok, diameter 2 - 8 mm. warna biru - biru kehijauan.

c. Varises kapiler

Merupakan vena subkutis yang tampak sebagai kelompok serabut halus dari pembuluh darah, diameter 0,1 – 1 mm, warna merah, atau sianotik (jarang).

Penegakan Diagnosis Varises

1. Anamnesis

Keluhan tersering pasien VTB yaitu nyeri di tungkai bawah, terutama di betis. Rasa ini bersifat tumpul, terutama timbul bila duduk/berdiri lama dan berkurang/menghilang bila berbaring dengan tungkai ditinggikan. Keluhan lain yang cukup sering adalah penampilan kosmetik yang buruk, terutama pada perempuan. Selain itu, anamnesis yang terarah dan harus ditanyakan meliputi hal-hal berikut ini⁷:

- a. Riwayat insufisiensi vena (kapan onset terlihatnya pembuluh darah abnormal, onset dari gejala yang muncul, penyakit vena sebelumnya, adanya riwayat menderita varises sebelumnya)
- b. Ada atau tidak adanya faktor predisposisi (misalnya keturunan, trauma pada kaki, pekerjaan berdiri lama, olahraga)
- c. Riwayat edema (onset, predisposisi, lokasi edema, intensitas, jenis edema, perubahan setelah beristirahat pada malam hari)
- d. Riwayat pengobatan penyakit vena sebelumnya (obat, injeksi, pembedahan, kompresi)
- e. Riwayat menderita tromboflebitis vena superficial atau vena profunda
- f. Riwayat menderit penyakit vaskuler lainnya (penyakit arteri perifer, penyakit arteri coronaria, lymphadema, lymphangitis)

2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik sistem

vena penuh dengan kesulitan karena sebagian besar sistem vena profunda tidak dapat dilakukan pemeriksaan langsung seperti inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. Pada sebagian besar area tubuh, pemeriksaan pada system vena superfisial harus mencerminkan keadaan sistem vena profunda secara tidak langsung⁷

a. Inspeksi

Inspeksi dilakukan dengan cahaya terang dan pasien dalam posisi berdiri. Dari lipit paha sampai ke jari kaki harus diperiksa dengan seksama. Vena yang mengalami varises diperhatikan apakah superfisialis atau cabanganya. Biasanya vena tersebut tampak jelas melebar, berkelok-kelok dan berwarna kebiruan⁴.

Varises pada cabang vena superfisialis biasanya lebih berkelok-kelok dibanding varises pada vena superfisialis.

Kelainan kulit disekitar pergelangan kaki biasanya ditemukan pada kasus lanjut berupa hiperpigmentasi, dermatitis, koreng atau tukak. Kulit disekitar varises yang berwarna kemerahan dan terasa nyeri merupakan tanda-tanda flebitis perifer sebagai komplikasi. Varises primer biasanya dimulai dari proksimal kemudian berkembang ke bagian bawah tungkai⁸

b. Palpasi

Palpasi merupakan bagian penting pada pemeriksaan vena. Seluruh permukaan kulit dilakukan palpasi dengan jari tangan untuk mengetahui adanya dilatasi vena walaupun tidak terlihat ke permukaan kulit. Palpasi membantu untuk menemukan keadaan vena yang normal dan

abnormal. Setelah dilakukan perabaan pada kulit, dapat diidentifikasi adanya kelainan vena superficial. Penekanan yang lebih dalam dapat dilakukan untuk mengetahui keadaan vena profunda. Lokasi, ukuran, bentuk, dan arah semua varises dicatat dan diameter terbesar vena diukur seakurat mungkin^{1,7}.

c. Perkusi

Perkusi dilakukan untuk mengetahui keadaan katup vena superficial. Tes perkusi / *Schwartz* dilakukan dengan meletakkan satu tangan di atas saphenofemoral junction atau *saphenopopliteal junction* sementara tangan lainnya digunakan untuk menekan bagian distal dari vena

saphenous panjang atau pendek. Kehadiran impuls menyiratkan ketidakcukupan katup di segmen antara kedua tangan. Katup yang terbuka atau inkompeten pada pemeriksaan perkusi akan dirasakan adanya gelombang tersebut^{4,7}.

Pemeriksaan Penunjang Varises

Pemeriksaan menggunakan *Doppler* digunakan untuk mengetahui arah aliran darah vena yang mengalami varises, baik itu aliran *retrograde*, *antegrade*, atau aliran dari mana atau ke mana. *Ultrasonografi Doppler* dapat menunjukkan dengan tepat lokasi katup yang abnormal. Adapun *Duplex Ultrasonography (USG Duplex)* yang merupakan modalitas pencitraan standar untuk diagnosis insufisiensi varises dan untuk perencanaan pengobatan dan pemetaan pra operasi. Perincian struktural yang dapat diamati meliputi katup vena yang paling halus, vena

perforantes kecil, vena retikler setebal 1 mm, dan (dengan probe 13 MHz khusus) bahkan saluran limfatik sekecil sekalipun^{4,9}

Tatalaksana Varises

1. Terapi Non Operatif

a. Terapi kompresi (*Stocking*)

Terapi Kompresi menggunakan balutan elastik dari ujung kaki hingga paha dengan maksud memberikan penekanan yang merata untuk membantu aliran darah vena. Hasilnya akan bertambah baik bila penderita diminta banyak berjalan. Pemakaian *stocking* kompresi akan memberikan penekanan yang lebih merata dan mudah diganti⁴. Terapi kompresi dapat berupa *compression stockings*, *compression bandages*, dan *pneumatic compression pumps*.⁶

2. Terapi Minimal Invasif

a. Radiofrekuensi Ablasi (RF)

Teknik ini biasanya digunakan pada refluks vena safena dengan memanfaatkan panas untuk menimbulkan injuri termal lokal yang akhirnya menimbulkan thrombosis dan fibrosis. Radiofrekuensi adalah teknik ablasi vena menggunakan kateter radiofrekuensi yang diletakkan di dalam vena untuk menghangatkan dinding pembuluh darah dan jaringan sekitar pembuluh darah. Pemanasan ini menyebabkan denaturasi protein, kontraksi kolagen dan penutupan vena¹⁰.

¹⁰.

b. *Endovenous Laser Therapy*
(EVLT)

Teknik ini digunakan sebagai pengobatan varises vena dengan memanfaatkan sinar laser untuk menimbulkan obliterasi vena. Penelitian oleh

Uruski et al pada tahun 2016 yang membandingkan EVLT dengan tindakan stripping menemukan bahwa tindakan ini lebih superior karena meningkatkan proliferasi sel dan mengurangi adanya radikal bebas pada sel endotel pembuluh darah¹¹.

Vena yang direkomendasikan untuk tindakan ini di antaranya vena safena magna, vena safena parva, vena safena aksesorius, vena giacomini, vena superfisialis subkutan, *insufficient perforating veins*, residual vena intrafascia setelah tatalaksana, dan malformasi vena¹².

3. Terapi Pembedahan

a. *Ambulatory phlebectomy*
(*Stab Avulsion*)

Teknik yang digunakan adalah teknik *Stab-avulsion* dengan menghilangkan

segmen varises yang pendek dan vena retikular dengan jalan melakukan insisi ukuran kecil dan menggunakan kaitan khusus yang dibuat untuk tujuan ini, prosedur ini dapat digunakan untuk menghilangkan kelompok varises residual setelah dilakukan *sphenectomy*¹.

b. *Saphectomy*

Teknik saphenektomi yang paling populer saat ini adalah teknik menggunakan peralatan stripping internal dan teknik invaginasi dengan jalan membalik pembuluh darah dan menariknya menggunakan traksi endovenous, teknik tersebut dapat menurunkan terjadinya cedera pada struktur di sekitarnya.¹

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada kasus CKR, vulnus laceratum, dan varises terapi yang diberikan hanya

berfokus pada CKR dan vulnus laceratum. Pada kasus varises tidak diberikan terapi. Saran untuk kasus selanjutnya pada varises dapat diberikan terapi non bedah berupa terapi kompresi menggunakan stocking paha dengan maksud memberikan penekanan yang merata untuk membantu aliran darah vena. Hasilnya akan bertambah baik bila pasien diminta banyak berjalan. Pemakaian *stocking* kompresi akan memberikan penekanan yang lebih merata dan mudah diganti⁴. Terapi kompresi dapat berupa *compression stockings, compression bandages, dan pneumatic compression pumps*.

DAFTAR PUSTAKA

- Kuncoro, Adi et al. Faktor Resiko Terjadiya Varises Vena Tungkai Bawah (VVTB) Pada Pramuniaga Di Kota Semarang. Jurnal Kedokteran Diponegoro Vol.5 No.1. 2016.
- Piazza, Gregory. Varicose Veins. Cardiovascular Division, Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School. American Heart Association. 2014.

- Sabputra, Siyan et al. Faktor Yang Mempengaruhi Varises Vena Tungkai Bawah (VVTB) Pada Guru Sekolah Dasar (SD) Di Desa Securai Selatan Kecamatan Babalan Kabupaten Langkat Tahun 2019. *Jurnal Kesehatan Masyarakat & Gizi* Vol. 2 No.1. 2019.
- Akbar, Faizal. Analisis Faktor Risiko Varises Tungkai Bawah Pada Buruh Perempuan Pemetik Tembakau Kecamatan Ajung Kabupaten Jember. *Fakultas Kedokteran Universitas Jember*. 2018
- Craig F. Varicose Veins. *Medscape*. Diakses melalui <http://www.emedicine.com/> pada tanggal 16 Mei 2024.
- Adriana, Carina. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Varises Vena Tungkai Bawah Pada Wanita Usia Produktif. *Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro*. 2012.
- Weis, Robert et al. Varicose Veins and Spider Veins Clinical Presentation. 2018. Diakses melalui <https://medicine.medscape.com/> pada tanggal 16 Mei 2024.
- Bagian Ilmu Bedah FKUI/RSCM. *Kumpulan Kuliah Ilmu Bedah*. Jakarta: Binarupa Aksara. 2010
- Lew, W.K. Varicose Vein Surgery. 2015. Diakses melalui <http://medicine.medscape.com/> pada tanggal 15 Mei 2024.
- Rabe E, Pannier-fischer F, Gerlach H, et al. Guidelines for Sclerotherapy of Varicose Veins. *Dermatologic Surgery*, 2004. 30(5): 687–693. doi:10.1111/j.1524-4725.2004.30201.
- Uruski Paweb, Anukiewicz Krzysztof, Miku Ba-Pietrasik Justyna, Sosinska Patrycja, Tykarski Andrzej, et al. "Endovenous Laser Ablation of Varicose Veins Preserves Biological Properties of Vascular Endothelium and Modulates Proinflammatory Agent Profile More Favorably Than Classic Vein Stripping." *BioMed Research International*. 2017.
- Pavlović MD, Schuller-Petrović S, Pichot O, et al. Guidelines of the First International Consensus Conference on Endovenous Thermal Ablation for Varicose Vein Disease – ETAV Consensus Meeting 2012. *Phlebology: The Journal of Venous Disease*, 2014. 30(4): 257–273
- Leon, Luis R. "Varicose veins." *BMJ Best Practice* (2017): 1-30
- Faiz O, Moffat D. *At a glance anatomy*. Jakarta: Erlangga; 2004.
- Sadick NS. Sclerotherapy and ambulatory phlebectomy. Dalam: Bologna JL, Larizzo JL, Rapini RP, eds. *Dermatology*. 2nd. Spain: Mosby Elsevier; 2003.
- Cutaneous changes in venous and lymphatic insufficiency. Dalam: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ. eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Vol 1. 7th ed. New York: Mc Graw-Hill; 2008: 1679-1686

Setiawan, K., & Hengky, T. (2024).
Diagnosis and Management of
Limb Varicose Veins. *Cermin
Dunia Kedokteran*, 51(5), 261-166.
ISO 690.