

	<p>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) KSM ANAK RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU</p>	<p>Pekanbaru, April 2024 Ditetapkan,</p> <p>DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU</p> <p><u>drg. Wan Fajriatul Mamnunah, Sp.KG</u> NIP. 19780618 200903 2 001</p>
DIFTERI		
1. Pengertian	suatu penyakit infeksi akut yang sangat menular, disebabkan oleh <i>Corynebacterium diphtheriae</i> , ditandai pembentukan pseudomembran pada mukosa	
2. Anamnesis	Demam jarang melebihi 38,9°C dan keluhan serta gejala lain tergantung pada lokalisasi penyakit difteria	
3. Pemeriksaan Fisik	<p>Difteri Hidung</p> <p>common cold, pilek ringan , sekret hidung berangsur menjadi serosanguinus dan kemudian mukopurulen, pada pemeriksaan tampak membran putih pada daerah septum nasi.</p> <p>Difteria Tonsil Faring</p> <p>Anoreksia, malaise, demam ringan dan nyeri menelan. Dalam 1-2 hari kemudian timbul membran yang melekat berwarna putih-kelabu dapat menutup tonsil dan dinding faring, meluas ke uvula dan <i>palatum molle</i> atau ke bawah ke laring dan trakea, biasanya terjadi demam tidak tinggi, nyeri tenggorokan, dengan membran yang awalnya putih lalu menjadi abu-abu dengan bercak hijau atau hitam. Dapat terjadi limfadenitis servikalis dan submandibular. Pada kasus berat, dapat terjadi kegagalan pernafasan atau sirkulasi. Dapat terjadi paralisis <i>palatum molle</i> baik uni maupun bilateral disertai kesukaran menelan dan regurgitasi. Stupor, koma, kematian bisa terjadi dalam 1 minggu sampai 10 hari</p> <p>Difteri Faring Laring</p> <p>Difteri laring biasanya merupakan perluasan difteri faring, disebut juga difteri faring laring. Pada obstruksi laring yang berat terdapat retraksi suprasternal, interkostal dan supraklavikular. Bila terjadi pelepasan membran yang menutup jalan nafas bisa terjadi kematian mendadak.</p> <p>Difteria Kulit, Vulvovaginal, Konjunktiva dan Telinga</p> <p>tipe difteri yang jarang ditemukan</p>	
4. Kriteria Diagnosis	Anamnesis Kontak dengan penderita difteri	

	<p>Suara serak</p> <p>Stridor dan tanda lain obstruksi jalan nafas</p> <p>Pemeriksaan Fisik</p> <p>Tonsillitis, faringitis, rhinitis</p> <p>Limfadenitis servikal+edema jaringan lunak leher (bullneck)</p> <p>Sangat penting untuk diagnosis ditemukannya membrane pada tempat infeksi yang berwarna putih keabu-abuan, mudah berdarah bila diangkat</p> <p>Laboratorium</p> <p>Hitung leukosit darah tepi dapat ↑</p> <p>Kadang-kadang timbul anemia</p> <p>Protein liquor pada neuritis difteria sedikit ↑</p> <p>Urea N darah pada nekrosis tubular akut dapat ↑</p> <p>Diagnosis pasti: kuman difteria pada sediaan langsung / biakan (+)</p> <p>EKG</p> <p>Dapat terjadi aritmia, perubahan segmen S-T dan gelombang T bila terjadi miokarditis</p>													
5. Diagnosis kerja	Difteri													
6. Diagnosis Banding	<ul style="list-style-type: none">• Difteria hidung• Difteria faring• Difteria Laring• Difteria kulit													
7. Pemeriksaan Penunjang	Diagnostik pasti dengan isolasi <i>C. diphtheriae</i> dengan pembiakan pada media loeffler dilanjutkan dengan tes toksinogenisitas secara invitro dan in vivo													
8. Terapi	<p>Umum</p> <p>Pasien diisolasi sampai masa akut terlampaui dan biakan hapusan tenggorok negatif 2 kali berturut-turut</p> <p>Khusus</p> <p>1.Anti toksin : Anti Diphteria Serum (ADS)</p> <p>Sebelum pemberian ADS harus dilakukan uji kulit atau uji mata terlebih dahulu (penyuntikan 0,1 mL ADS dalam larutan garam fisiologis 1:1000 secara intra kutan)</p> <p>Dosis ADS menurut lokasi membran dan lama sakit</p> <table><tr><th>Tipe Difteria</th><th>Dosis ADS (KI)</th><th>Cara pemberian</th></tr><tr><td>Difteria hidung</td><td>20.000</td><td>Intramuskular</td></tr><tr><td>Difteria tonsil</td><td>40.000</td><td>Intramuskular atau intravena</td></tr><tr><td>Difteria faring</td><td>40.000</td><td>Intramuskular atau</td></tr></table>	Tipe Difteria	Dosis ADS (KI)	Cara pemberian	Difteria hidung	20.000	Intramuskular	Difteria tonsil	40.000	Intramuskular atau intravena	Difteria faring	40.000	Intramuskular atau	
Tipe Difteria	Dosis ADS (KI)	Cara pemberian												
Difteria hidung	20.000	Intramuskular												
Difteria tonsil	40.000	Intramuskular atau intravena												
Difteria faring	40.000	Intramuskular atau												

			intravena
	Difteria laring	40.000	Intramuskular atau intravena
	Kombinasi lokasi diatas	80.000	Intravena
	Difteria+penyulit, bullneck	80.000 – 120.000	Intravena
	Terlambat berobat (>72jam) Lokasi dimana saja	80.000 – 120.000	intravena
	2. Antibiotik Penisilin prokain 50.000-100.000 IU/kgBB/hari selama 10 hari . Pada literatur lainnya dipakai dosis 25.000-50.000 IU/kgBB . Bila terdapat riwayat hipersensitivitas terhadap penisilin diberikan eritromisin 40mg/kgBB/hari maksimum 2gram/hari 3.Kortikosteroid Dianjurkan pemberian kortikosteroid pada kasus difteri yang disertai gejalaObstruksi saluran nafas bagian atas, dan bila terdapat penyulit miokarditis. Dosi Prednison 2mg/kgBB/hari selama 2 minggu kemudian diturunkan dosisnya bertahap. 4. Pengobatan Penyulit Bila tampak kegelisahan, iritabilitas serta gangguan pernafasan yang progresif merupakan indikasi tindakan trakeostomi 5. Pengobatan kontak 6. Pengobatan karier Pengobatan yang dapat diberikan adalah penisilin 100mg/kgBB/hari oral/suntikan, atau eritromisin 40 mg/kgBB/hari selama 1 minggu. Mungkin diperlukan tindakan tonsilektomi/adenoidektomi		
9. Edukasi	Pencegahan secara umum dengan menjaga kebersihan dan memberikan pengetahuan tentang bahaya difteria bagi anak. Pencegahan secara khusus terdiri dari imunisasi DPT dan pengobatan karier		
10. Prognosis	Prognosis difteria setelah ditemukannya ADS dan antibiotik lebih baik daripada sebelumnya. Kematian mendadak pada kasus difteria dapat disebabkan oleh karena: <ol style="list-style-type: none"> 1. Obstruksi jalan nafas mendadak diakibatkan oleh terlepasnya membran difteria 2. Adanya miokarditis dan gagal jantung 3. Paralisis diafragma sebagai akibat neuritis nervus phrenikus 		
11. Tingkat Evidens	IV		

12. Tingkat Rekomendasi	C	
13. Penelaah Kritis		
14. Indikator Medis		
15. Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Overtruf GD. <i>Corynebacterium diphtheriae</i>. Dalam: <i>Principles and Practice of Pediatric Infectious Disease</i>. Third Edition Revised Reprint. Long SS, Pickening LK, Prober CG, Editor. Churchill Livingstone; 2008: 754-761. 2. Long SS. Difteri. Dalam: <i>Nelson Ilmu Kesehatan Anak</i>. Edisi 15. Behrman, Kliegman, Arvin, Editor. Jakarta : EGC; 2000; 955-959. 3. Sudarmo SS, Gama H, Hadinegoro SR, Satari. Difteri. Dalam: <i>Buku Ajar Infeksi dan Pediatri Tropis Edisi Kedua</i>. Jakarta: Badan Penerbit IDAI; 2002;312-320. 4. Feigin RD, Stechenberg W.B, Nag PK. Diphtheria. Dalam: <i>Textbook of Pediatric Infectious Disease</i>. Sixth Edition. Feigin RD, Cherry JD, Harrison GJD, Kaplan SL, Editor. Saunders Elsevier; 2009: 1393-1401 5. MacGregor RR. <i>Corynebacterium diphtheriae</i>. Dalam: <i>Principles and Practice of Infectious Disease</i>. Seventh Edition. Mandel GL, Banet JE, Dolin Raphel, Editor. Churchill Livingstone; 2010: 2687-2693. 6. Maldonado YV. Diphtheria. Dalam: <i>Current Diagnosis and Treatment Pediatrics</i>. 19th Edition. Hay WW, Levin MJ, Sondheimer JM, Deterding RR, Editor. Mc. Graw Hill; 2009: 7149-7150. 7. Ogle JW, Anderson MS. Diphtheria. Dalam: <i>Current Diagnosis and Treatment</i>. 9th Edition. Hay WW, Levin MJ, Sondheimer JM, Deterding RR, Editor. San Francisco: Mc Graw Hill; 2009: 1147-1148. 	