
	<p>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) KSM PENYAKIT DALAM 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>
<p>KRISIS TIROID</p>		
<p>1. Pengertian</p>	<p>Keadaan emergensi dalam bidang penyakit dalam/endokrinologi, terkait dengan kelebihan hormon tiroid yang sudah tidak dapat dikompensasi lagi oleh tubuh yang disebabkan peningkatan hormon T3 dan T4 yang dalam bentuk bebas (free) di dalam darah, yang terjadi relative cepat dan tinggi. Keadaan ini hanya dapat terjadi pada penderita hipertiroid atau dikenal hipertiroid sebelumnya. Faktor pencetusnya dapat berupa Tindakan operasi atau anestesi (surgical storm), dapat juga oleh hal hal lain seperti penghentian obat tiba tiba, radioterapi, infeksi, trauma, partus, eklamsi dan lain lain (medical sroom).</p>	
<p>2. Anamnesis</p>	<p>Demam, merupakan gejala yang khas biasanya demam tinggi, kulit lembab, licin, hangat, kemerahan, sesak nafas, mual muntah, gelisah, gangguan mental dan penurunan kesadaran.</p>	
<p>3. Pemeriksaan Fisik</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gejala dan tanda khas hipertiroidisme, karena graves atau yang lain • Sistem saraf pusat terganggu ; delirium, koma • Demam tinggi sampai 40⁰ C • Takikardia sampai 130-200x/mnt • Sering fibrilasi atrial dengan respon ventricular cepat • Dapat memperlihatkan gagal jantung kongestif • Dapat ditemukan icterus • Laboratorium : TSHs sangat rendah, T4/FT4/T3 tinggi, anemia normokrom normositer, limfositosis reaktif, hiperglikemia, peningkatan enzim transaminase hati, azotemia pre renal • EKG : sinus takikardia atau fibrilasi atrial dengan respons ventrikular cepat • Tekanan darah, mulanya normal kemudian turun sampai 	

	<p>shock</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan kardiovaskuler, takikardi, atrium fibrilasi, bisa terjadi block, dekompensasio kordis kiri akut (tanda-tanda edem paru) • Gangguan gastrointestinal, seperti nausea, vomitus atau diare • Gangguan mental atau neurologi, seperti gelisah, psikosis, penurunan kesadaran sampai koma, tremor hebat sampai kejang-kejang. • Gejala penyakit penyerta/presipitasi 	
4. Kriteria Diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> • Berdasarkan gejala klinis yang ditemukan (<i>Index wayne, wartofsky, new castle</i>). • Diagnosis segera ditegakkan tanpa harus menunggu hasil laboratorium. • Pemeriksaan laboratorium yang terpenting : TSH, T3 dan FT4. • Monitoring pemeriksaan elektrolit, urea, kreatinin, faal hepar. 	
5. Diagnosis Kerja	Krisis tiroid	
6. Diagnosis Banding	-	
7. Pemeriksaan Penunjang	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorium : TSHs, T₄ atau FT₄, T₃ atau FT₃, TSH Rab, kadar leukosit (bila timbul infeksi pada awal pemakaian anti tiroid) • Sidik tiroid / <i>thyroid scan</i> : terutama membedakan penyakit Plummer dari Penyakit Graves dengan komponen nodosa • EKG • Foto torak • USG Tiroid 	
8. Tata Laksana	<p>1. Perawatan suportif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompres dingin, antipiretik (asetaminofen) • Memperbaiki gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit : infus dextrose 5% dan NaCl 0,9% • Mengatasi gagal jantung : O₂, diuretik, digitalis <p>2. Antagonis aktivitas hormon tiroid :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blokade produksi hormon tiroid : PTU dosis 300 mg tiap 4-6 jam PO. • Alternatif : Meltimazol 20-30 mg tiap 4 jam PO. Pada keadaan sangat berat : dapat per NGT, PTU 	

	<p>600-1.000 mg atau metimazol 60-100 mg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blokade ekskresi hormon tiroid : Solutio Lugol (<i>saturated solution of potassium iodida</i>) 8 tetes setiap 6 jam • Penyekat β : Propranol 60 mg tiap 6 jam PO, dosis disesuaikan respon (target : frekuensi jantung <90 x/m) • Glukokortikoid : Hidrokortison 100-500 mg IV tiap 12 jam • Bila refrakter terhadap terapi diatas : plasmaferesis, dialisis peritoneal <p>3. Pengobatan terhadap faktor presipitasi : antibiotik, dll.</p>	
9. Edukasi	<p>Konseling & Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit krisis tiroid terjadi akibat berbagai pencetus 2. Pemberian obat jangka panjang dengan kontrol teratur. 	
10. Prognosis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prognosis sangat dipengaruhi kecepatan penatalaksanaan 2. Mortalitas hingga 75% tergantung factor pencetus/penyakit yang mendasari 	
11. Tingkat Evidens	I	
12. Tingkat Rekomendasi	A	
13. Unit Terkait (Penelaah Kritis)	<ol style="list-style-type: none"> 1. KSM Penyakit Dalam 2. KSM Obgyn 3. KSM Bedah 4. KSM Anestesi 5. Instalasi Lab PK 6. Instalasi Gawat Darurat (IGD) 7. IPI 8. Instalasi Farmasi 9. Komite Medik 	
14. Indikator	Perbaikan klinis	
15. Daftar Pustaka	<ol style="list-style-type: none"> 1. Djokomoeljanto R. Kelenjar Tiroid, Hipotiroidisme dan Hipertiroidisme. Dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III, edisi V, Jakarta; 2009: hal.2006-2008. 2. Samuel A, Pandelaki K. Hipertiroidisme. In : Waspadji S, et al. Eds. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi 3. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.p 766-72. 3. Jameson JL, Weetman AP. Disorders of the Thyroid Gland. 	

	<p>In Braunwald E. Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Harrison's Principles of Internal Medicine. 15th ed. New York : McGraw-Hill : 2001.p. 2080-84</p> <p>4. Suyono S. Subekti I. Krisis Tiroid. Dalam Prosiding Simposium Penatalaksanaan Kedaruratan di Bidang Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta 15-16 April 2000 : 78-82</p> <p>5. Suyono S. Subekti I. Patogenesis dan Gambaran Klinis Penyakit Graves. Makalah Jakarta Endocrinology Meeting 2003. Jakarta. 18 Oktober 2003</p> <p>6. Waspadji S. Pengelolaan Medis Penyakit Graves. Makalah Jakarta Endocrinology Meeting 2003. Jakarta. 18 Oktober 2003</p>
--	--