



Penatalaksanaan Holistik Pasien Laki-laki Berusia 49 Tahun dengan Demam Berdarah Dengue Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Sharlene Sabrina Azzahra^{1*)}

¹ Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

ARTICLE INFO

Article history:

Received 21 January 2022

Accepted 29 March 2022

Published 25 April 2022

Keyword:

Dengue Hemorrhagic Fever
Family Physician
Holistic Management

ABSTRACT

Dengue hemorrhagic fever (DHF) is an acute viral infectious disease caused by the dengue virus which in general can be characterized by symptoms of fever for 2-7 days, accompanied by other symptoms in the form of bleeding, such as nosebleeds and red spots on the body (petechiae), bleeding gums, decreased platelets, the form of hemoconcentration in the form of plasma leakage with signs such as increased hematocrit, ascites, pleural effusion. This journal is to Implementing family doctor services by identifying risk factors, clinical problems, and patient management based on Evidence-Based Medicine that is family-approach, patient-centred and community-oriented. The study conducted is a case report. Primary data were obtained through history taking, physical examination and home visits. Secondary data were obtained from the patient's medical records at the puskesmas. Assessment is carried out based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study quantitatively and qualitatively. The patient is a 49 year old male, with complaints of fever that has been felt since 3 days ago. Complaints of fever followed by complaints of weakness, joint and muscle pain, also accompanied by bleeding gums and nausea and vomiting. Several factors can affect the patient's condition, namely internal and external risk factors. In this case, diagnosis and treatment have been carried out according to the latest theory and journals. After the intervention, there was a decrease in clinical symptoms and an increase in the knowledge of patients and their families. The diagnosis of dengue hemorrhagic fever in this patient was in accordance with the theory from several guidelines and journals, it was seen that there was a change in knowledge of the patient and his family after an intervention based on Evidence-Based Medicine that was patient-centred and a family approach.

This open access article is under the [CC-BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.



Kata kunci:

Demam Berdarah Dengue
Dokter Keluarga
Penatalaksanaan Holistik

*) corresponding author

Sharlene Sabrina Azzahra, S.Ked
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung
Jl. Prof. Dr. Ir. Sumantri Brojonegoro No. 1
Gedong Meneng, Kec. Rajabasa Kota
Bandarlampung, Indonesia

Email: sharlenesabrinath93@gmail.com

DOI: 10.47679/makein.202255

ABSTRAK

Demam berdarah dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus dengue yang secara umum dapat ditandai dengan gejala demam selama 2-7 hari, disertai pula dengan adanya gejala lain dalam bentuk perdarahan, seperti mimisan, bintik-bintik merah pada tubuh, gusi berdarah; penurunan trombosit, adanya bentuk hemokonsentrasi berupa kebocoran plasma dengan tanda-tanda seperti peningkatan hematokrit, asites, efusi pleura. Penelitian ini menerapkan pelayanan dokter keluarga dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berbasis *Evidence-Based Medicine* yang bersifat *family-approach, patient-centred dan community oriented*. Studi yang dilakukan adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien di puskesmas. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien laki-laki berusia 49 tahun, dengan keluhan demam sejak 3 hari yang lalu. Keluhan demam diikuti dengan keluhan lemas,

nyeri sendi dan nyeri otot, juga disertai perdarahan gusi dan mual muntah. Beberapa faktor dapat memengaruhi keadaan pasien yaitu faktor risiko internal dan eksternal. Pada kasus ini telah dilakukan diagnosis dan tatalaksana sesuai dengan teori dan jurnal terkini. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan penurunan gejala klinis dan peningkatan pengetahuan pasien dan keluarganya. Diagnosis demam berdarah dengue pada pasien ini sudah sesuai dengan teori dari beberapa panduan dan jurnal, terlihat adanya perubahan pengetahuan pada pasien dan keluarganya setelah dilakukan intervensi berdasarkan *Evidence-Based Medicine* yang bersifat *patient-centred* dan *family approach*.



This open access article is under the [CC-BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.

PENDAHULUAN

Demam berdarah dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus dengue yang secara umum dapat ditandai dengan gejala demam selama 2-7 hari, disertai pula dengan adanya gejala lain dalam bentuk perdarahan, seperti mimisan, bintik-bintik merah pada tubuh, gusi berdarah; penurunan trombosit, adanya bentuk hemokonsentrasi berupa kebocoran plasma dengan tanda-tanda seperti peningkatan hematokrit, asites, efusi pleura. Dapat pula disertai dengan gejala yang tidak khas seperti nyeri kepala, nyeri sendi, otot dan tulang, dan nyeri belakang bola mata (Kemenkes RI, 2017).

Demam berdarah *dengue* disebabkan oleh salah satu dari empat serotipe virus dari genus *Flavivirus*, yang datang dari famili *Flaviviridae*. Masing-masing serotipe cukup berbeda, sehingga tidak terdapat proteksi-silang atau *cross-protection*, dan wabah yang disebabkan dari beberapa serotipe (hiperendemisitas) dapat terjadi. Virus ini dapat masuk ke dalam tubuh manusia dengan nyamuk *Aedes aegypti* dan/atau nyamuk *Aedes albopictus* sebagai perantara. Jenis-jenis nyamuk tersebut terdapat hampir di seluruh pelosok Indonesia, kecuali di tempat-tempat dengan ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan laut (Sukohar, 2014).

Kejadian luar biasa (KLB) berkaitan dengan DBD hampir terjadi setiap tahun. Kasus pertama DBD di Indonesia awalnya dicurigai terjadi di Surabaya pada tahun 1968, dimana baru diperoleh konfirmasi secara virologis pada tahun 1970. Pada saat kejadian luar biasa (KLB) berlangsung pada tahun 1988, 1039 pasien dirawat di RS. Cipto Mangunkusumo dengan *case-fatality rate* (CFR) mencapai angka 13% (Sukohar, 2014). Pada KLB selanjutnya pada tahun 2004, dilaporkan 64.000 kasus terjadi di Indonesia dengan *incidence rate* 29,7 per 100.000 penduduk, dengan angka kematian sebanyak 724 kasus (*case fatality rate*/CFR mencapai 1,1%. Bandar Lampung sendiri merupakan salah satu daerah endemis DBD, dengan data yang menyatakan pada tahun 2010 terdapat 763 orang penderita DBD di Bandar Lampung dengan 16 kasus meninggal. Pada tahun 2011, jumlah penderita DBD mencapai 413 orang dengan 7 orang meninggal dunia (WHO, 2012). Selanjutnya, pada tahun 2012, terjadi peningkatan jumlah penderita DBD, yaitu menjadi 1111 penderita dengan 11 kasus meninggal, yang merupakan tertinggi dibandingkan dengan daerah lainnya (IKA, 2012). Secara global, *World Health Organization* (WHO) mengatakan bahwa pada tahun 2020, morbiditas DBD harus diturunkan sebanyak 25% dan tingkat kematian harus diturunkan sebanyak 50%. Kemenkes RI (2018) mencatat di tahun 2018 pada bulan oktober ada 3.219 kasus DBD dengan kematian mencapai 32 jiwa, sementara November ada 2.921 kasus 37 dengan angka kematian, dan Desember 1.104 kasus dengan 31 kematian.

Dibandingkan dengan tahun 2014 pada Oktober tercatat 8.149 kasus dengan 81 kematian, November 7.877 kasus dengan 66 kematian, dan Desember 7.856 kasus dengan 50 kematian (Depkes, 2018).

Data terakhir yang dibagikan oleh Kementerian Kesehatan RI melalui laporan Dirjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor dan Zoonosis (P2PTVZ) pada Juli 2021 menyatakan bahwa lonjakan angka penderita DBD pada tahun 2021 berlangsung pada pekan ke-21 mencapai 3.468 kasus dan kemudian melandai di pekan ke-23, dengan keseluruhan kasus hingga pekan ke-25 mencapai 16.156 kasus yang dilaporkan 405 dari total 447 kabupaten/kota di Indonesia. Sebanyak 160 pasien diantaranya dilaporkan meninggal dunia (Kemenkes RI, 2021).

Demam berdarah *dengue* dapat didiagnosis melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan juga pemeriksaan penunjang. DBD harus dicurigai apabila ada keluhan demam tinggi (40C) yang timbul mendadak selama 2-7 hari, tinggi dan terus menerus disertai dengan 2 dari gejala berikut: sakit kepala, nyeri di belakang mata, nyeri otot dan sendi, mual yang disertai/tidak disertai dengan muntah, pembengkakan kelenjar, dan/atau disertai pula dengan manifestasi perdarahan seperti *ptekiae* atau *purpura*, epistaksis, perdarahan gusi, maupun uji torniquet yang positif. Pada DBD, selain gejala dan manifestasi klinis yang didapat dari pemeriksaan fisik, DBD juga disertai dengan adanya gmanifestasi kebocoran plasma akibat peningkatan permeabilitas vascular yang ditandai oleh: peningkatan hematokrit, atau adanya gambaran efusi pleura atau asites (Kemenkes RI, 2017).

Pemeriksaan diagnostic dilakukan untuk menunjang diagnosis demam berdarah *dengue*. Pemeriksaan yang dapat dilakukan ialah pemeriksaan darah, dimana akan didapatkan gambaran perdarahan berupa penurunan jumlah trombosit (trombositopenia) dan gambaran kebocoran plasma yang dapat dilihat dari peningkatan kadar hematokrit (Kemenkes RI, 2017). Pemeriksaan lain yang dapat mengonfirmasi kasus DBD salah satu lainnya adalah pemeriksaan antibodi dengue spesifik, yaitu antibodi IgM *dengue* dan/atau pemeriksaan NS-1 yang dapat dideteksi melalui pemeriksaan darah dengan ELISA maupun PCR (Sukohar, 2014). Dapat pula dilakukan pemeriksaan radiologi foto toraks dengan posisi *right lateral decubitus* untuk mendeteksi keberadaan efusi pleura ataupun USG untuk mendeteksi asites (CDC, 2009).

Penatalaksanaan sebagai pertolongan pertama penderita DBD berupa tirah baring selama demam, pemberian antipiretik, kompres hangat, dan memperbanyak *intake* cairan. Penatalaksanaan farmakologi pada penderita DBD adalah pemberian obat-obatan simtomatik, seperti antipiretik untuk demam, antiemetic untuk mual dan muntah, juga dapat diberikan anti nyeri untuk membantu meredakan nyeri

kepala juga nyeri sendi otot (Kemenkes RI, 2017). Dapat pula diberikan cairan pengganti volume plasma mengingat terdapat manifestasi kebocoran plasma pada DBD. Cairan yang umumnya diberikan pada pasien DBD adalah kristaloid, seringnya adalah cairan *ringer laktat* atau RL (CDC, 2009).

Peran petugas kesehatan khususnya dokter adalah mengidentifikasi dan mengobati masalah yang dapat diobati serta memfasilitasi perubahan lingkungan untuk memaksimalkan fungsi dalam menghadapi masalah yang menetap. Dilakukan pendekatan secara holistic pada pasien dengan tujuan untuk mencegah kejadian ulangan kasus demam berdarah *dengue* dengan menilai keadaan dan kebersihan lingkungan sebagai salah satu faktor resiko kejadian DBD, untuk mencegah kejadian serupa terjadi pada keluarga dan lingkungan sekitar, juga untuk mengedukasi pasien dan keluarga mengenai penyakit pasien, berikut dengan tatalaksana dan pencegahannya.

METODE

Analisis studi ini merupakan suatu laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis), pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif.

HASIL DAN DISKUSI

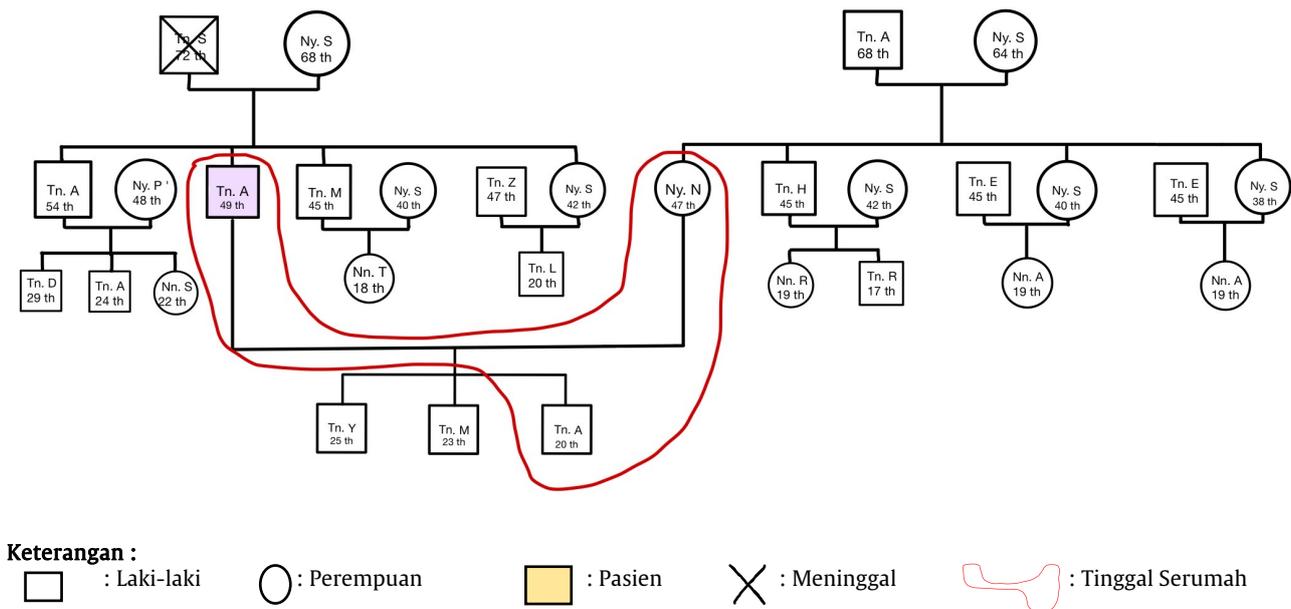
Data Klinis

Pasien datang dengan keluhan demam yang telah dirasakan 3 hari sebelum datang ke Puskesmas Rawat Inap

Tanjung Sari, Natar. Pasien mengatakan keluhan demam dirasakan tiba-tiba, dengan suhu yang meninggi saat malam hari, terus-menerus tinggi hingga pagi yang akan kembali naik saat malam hari. Keluhan lain yang pasien rasakan adalah lemas, nyeri otot dan sendi yang dirasakan di seluruh tubuh pasien, diikuti dengan keluhan sakit kepala juga mual, yang disertai dengan satu kali muntah berisikan makanan. Keluhan lain yang menyertai antara lain nyeri di belakang bola mata dan penurunan nafsu makan. Pasien juga mengatakan terdapat keluhan perdarahan gusi yang dirasakan dua kali dalam waktu dua hari.

Pasien belum pernah merasakan keluhan seperti ini sebelumnya, dan pasien mengatakan merasa khawatir jika keadaannya memburuk sehingga pasien tidak dapat beraktivitas sebagai kepala desa ataupun meladang seperti biasa, sehingga pasien memutuskan untuk dirawat di Puskesmas Rawat Inap Tanjung Sari hingga keluhan membaik. Pasien juga mengatakan bahwa di keluarga maupun tetangga rumah pasien tidak ada yang memiliki keluhan yang sama.

Pada pemeriksaan fisik keadaan umum tampak sakit ringan, tingkat kesadaran compos mentis, tekanan darah: 128/77 mmHg, frekuensi nadi: 101x/menit, frekuensi nafas: 20x/menit, suhu: 37,6°C, berat badan: 65 kg, tinggi badan: 165 cm, IMT: 23,87 kg/m² (Normal).Rambut, telinga, hidung dan tenggorokan kesan dalam batas normal. Faring dan tonsil tidak ada kelainan. Tidak ada pembesaran KGB leher. Pada thoraks, gerakan dinding dada dan fremitus taktil simetris, tidak didapatkan rhonki atau *wheezing*, kesan dalam batas normal. Jantung, *ictus cordis* tidak terlihat, pada palpasi teraba *ictus cordis* pada linea midclavicularis sinistra ICS V. Pada perkusi, batas jantung normal. Abdomen sedikit cembung, tidak tampak lesi, tidak didapatkan organomegali ataupun asites, kesan dalam batas normal. Ekstremitas superior dan inferior, teraba hangat, tidak tampak defomitas, dan tidak didapatkan edema. Hasil pemeriksaan laboratorium yang didapatkan adalah Hb 15gr/dL, leukosit 6.700/uL, trombosit 115.000/uL dan hematokrit 42%.



Gambar 1. Genogram keluarga Tn .A

Data Keluarga

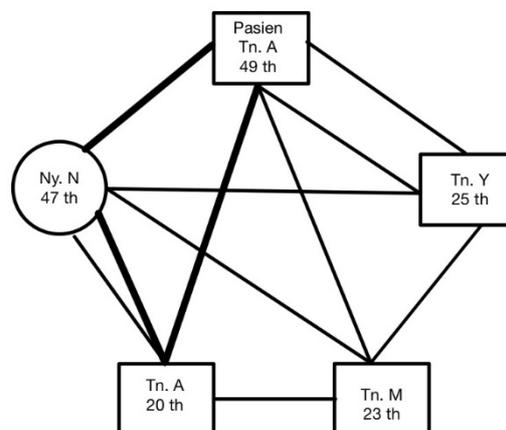
Pasien memiliki 1 orang istri dan 3 orang anak, namun yang saat ini tinggal 1 rumah dengan pasien adalah istri yaitu Ny. N (47 tahun), beserta satu anak nya yang merupakan anak ketiga yaitu Tn. A. Istri pasien tidak bekerja, begitu juga anak ketiga dari pasien. Sementara anak pertama pasien tinggal di luar kota dikarenakan ditugaskan sebagai Anggota TNI, sementara anak kedua pasien juga tinggal di luar kota dikarenakan ditugaskan sebagai Anggota Kepolisian. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga *extended* yaitu terdiri dari ayah, ibu, dan tiga orang anak yang masing-masing belum berkeluarga.

Hubungan antar anggota keluarga terjalin cukup erat. Keluarga yang tinggal di dalam satu rumah masih menyempatkan diri untuk berkumpul bersama dalam sehari, yakni biasanya untuk mengobrol saat sore atau malam hari setelah pasien, istri, dan anak sudah di rumah setelah melakukan aktivitas masing-masing. Dengan anak-anak yang bertugas di luar kota pun, pasien sering bertukar sapa menggunakan pesan singkat ataupun telfon. Keluarga pasien juga biasanya beribadah bersama di rumah. Perilaku berobat keluarga masih mengutamakan kuratif, yakni memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila ada keluhan mengganggu kegiatan sehari-hari.

Pasien sehari-hari bekerja sebagai kepala desa Krawang Sari, yang merupakan salah satu desa cakupan wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari. Selain itu, pasien juga sering pergi ke ladang, untuk menanam atau panen hasil ladang, atau hanya sekadar memantau ladang dan rekan pekerjaanya. Sementara itu, istri pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga yang hanya berada di rumah sehari-harinya. Anak pertama dan anak kedua pasien bekerja sebagai anggota TNI dan anggota Polisi,

kecuali anak terakhir pasien yang tinggal di rumah. Genogram keluarga Tn. A yang dibuat pada tanggal 11 November 2021 oleh penulis dapat dilihat pada Gambar 1.

Family mapping keluarga Tn. A dapat dilihat pada Gambar 2.



Keterangan:

- = Hubungan sangat erat
- = Hubungan erat

Gambar 2. Family Mapping Tn. A

	Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit	SS	S	TS	STS
S1	Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami		v		
S2	Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami				v
C1	Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami		v		
C2	Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kami sangat membantu keluarga kami				v
R1	Imam dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami	v			
R2	Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami		v		
E1	Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami		v		
E2	Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami		v		
E'1	Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit			v	
E'2	Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga kami		v		
M1	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami		v		
M2	Dokter, perawat, dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami		v		
	Total		20		

Gambar 3. Family SCREAM Score

Dari hasil skoring SCREEM mendapatkan hasil 20, dapat disimpulkan fungsi keluarga Tn. A memiliki sumber daya keluarga yang cukup memadai.

Untuk menilai fungsi keluarga dapat dilakukan dengan menghitung APGAR Score. Berikut APGAR keluarga Tn.A:

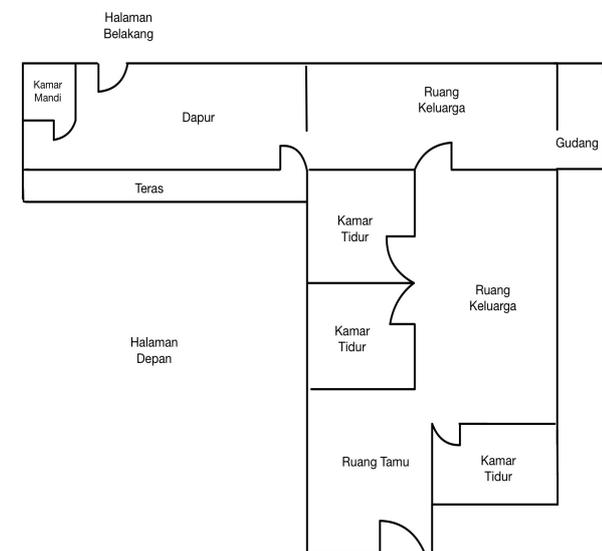
1. *Adaptation*
2. *Partnership*
3. *Growth*
4. *Affection*
5. *Resolve*

Total *Family Apgar Score* keluarga Tn. A adalah 8 (delapan) yang berarti fungsi keluarga pasien termasuk dalam jenis fungsi keluarga baik (nilai 8-10 fungsi keluarga baik).

Tabel 1.
APGAR score

APGAR	Score
A Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	2
P Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya	1
G Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan-keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya	2
A Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta	2
R Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama	1
Total	8

Pasien tinggal dengan istri, satu anak laki-laki yang belum menikah, dikarenakan anak pertama dan anak keduanya tinggal di kota yang berbeda. Tinggal di dalam satu rumah berukuran 12 meter x 7 meter, yang memiliki tiga kamar tidur, seluruh anggota keluarga tidur dalam kamar masing-masing. Kamar tidur tidak dilengkapi dengan kelambu. Lantai keramik pada bagian ruang tamu, ruang kamar dan ruang keluarga dan semen pada bagian yang lainnya yang dialasi dengan alas lantai terbuat dari plastik, dinding tembok, dengan atap genteng pada seluruh bagian rumah. Penerangan dan ventilasi cukup. Terdapat halaman depan juga halaman



Gambar 4. Denah Rumah Tn. A

belakang, di mana di halaman belakang terdapat kolam kecil berukuran 3 x 1 meter berisi ikan lele.

Kebersihan di dalam rumah cukup bersih dan terawat di bagian ruang tamu dan ruang makan, namun perabotan rumah tangga terlihat kurang tertata rapi. Rumah sudah menggunakan listrik. Jarak antara rumah pasien dengan rumah lainnya saling berdekatan.

Sumber air minum terkadang dari air mineral ataupun air yang dimasak sendiri, memiliki 1 kamar mandi dengan jamban. Bentuk jamban jongkok. Tempat sampah berada di luar rumah maupun dapur. Lingkungan tempat tinggal pasien cukup padat.

Diagnostik Holistik Awal

Aspek 1. Aspek personal :

- Alasan kunjungan: Keluhan demam, lemas, dan nyeri pada seluruh tubuh.
- Kekhawatiran: Keluhan berlanjut, pasien tidak bisa bekerja untuk waktu yang cukup lama.
- Harapan: Keluhan berkurang dan dapat bekerja seperti biasanya.
- Persepsi: Pasien tidak mengetahui informasi mengenai penyakit yang diderita, juga sebab dan akibat penyakitnya.

Aspek 2. Diagnosis klinis awal:

- Demam Berdarah *Dengue* (ICD X: A91)

Aspek 3. Risiko Internal

- Pengetahuan yang kurang tentang penyakit demam berdarah *dengue*.
- Pola makan yang tidak teratur, pasien makan 3-4x sehari tergantung rasa lapar. Mayoritas lauk makanan digoreng dan jarang sekali makan sayur-sayuran dan buah-buahan.
- Sehari-hari beraktifitas dari pagi ke siang hari sebagai kepala desa maupun sebagai petani ladang.

Aspek 4. Risiko Eksternal

- Pasien yang sering berkunjung ke rumah-rumah sesama petinggi desa, dan pasien yang sering bolak-balik ladang.
- Lingkungan mukim dan lingkungan kerja yang memungkinkan terjadinya penularan.
- Dukungan keluarga terhadap pengobatan yang harus dijalani pasien masih kurang, dikarenakan pasien selalu berobat sendirian apabila memiliki keluhan berkait dengan suatu penyakit.

Aspek 5. Skala fungsional

Derajat 2 (dua) yaitu masih mampu melakukan aktivitas ringan sehari-hari.

Rencana Intervensi

Intervensi yang dilakukan pada pasien dan anggota keluarga berupa edukasi dan konseling mengenai demam berdarah *dengue*, dimulai dari penyebab penyakit, terapi dan pencegahan penyakit yang serupa kembali terjadi. Intervensi bertujuan untuk memberi informasi mengenai penyakit terkait dengan pasien, juga bertujuan untuk memberikan cara mencegah penyakit serupa terjadi pada pasien, keluarga pasien maupun warga sekitar, juga dengan pemberian bubuk Abate untuk mencegah vektor penyakit kembali. Pertemuan akan dilakukan sebanyak tiga kali. Pertemuan pertama dilakukan untuk kelengkapan data pasien dan kunjungan kerumah pasien. Pertemuan kedua dilakukan untuk

intervensi secara langsung yang dibagi atas *patient center* dan *family focused*. Pertemuan ketiga dilakukan untuk mengevaluasi hasil intervensi secara langsung.

Patient centered

Nonfarmakologi :

1. Edukasi kepada pasien mengenai penyebab, faktor risiko yang dapat memperberat penyakit pasien serta komplikasi yang dapat terjadi.
2. Edukasi mengenai pola aktifitas dan olahraga yang dapat dilakukan atau harus dihindari oleh pasien.
3. Edukasi kepada pasien mengenai pola hidup yang tepat agar tidak memperparah kondisi pasien.
4. Edukasi kepada pasien mengenai pola hidup sehat dan menunjang lingkungan yang bersih untuk menghambat penyakit serupa terjadi kembali.

Farmakologi (WHO, 2020):

1. IVFD Ringer Laktat 30 tpm
2. Paracetamol 3x500mg
3. Domperidone 3x10mg

Family Focused

- a. Edukasi kepada keluarga pasien mengenai penyebab, faktor risiko yang dapat memperberat penyakit pasien serta komplikasi yang dapat terjadi.
- b. Edukasi kepada keluarga pasien tentang faktor risiko eksternal terutama lingkungan dan kondisi rumah.
- c. Edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya menjaga kesehatan dan lingkungan sekitar rumah untuk mencegah terjadinya penyakit ini terulang atau pada anggota keluarga lain.
- d. Edukasi kepada keluarga pasien tentang pentingnya peran keluarga dalam mendorong pasien untuk kembali sehat dan dapat beraktivitas seperti biasanya.

Community Oriented

Memotivasi pasien untuk menginisiasi gotong royong untuk membersihkan lingkungan rumah, terutama genangan air, tumpukan rongsok sampah.

Diagnostik Holistik Akhir

1. Aspek Personal
 - Kekhawatiran: Rasa cemas dan kekhawatiran pasien berkurang dengan meningkatnya pengetahuan pasien mengenai penyakit yang dideritanya.
 - Persepsi: Pasien telah mengetahui informasi mengenai penyakit yang diderita pasien, pencegahan dan penatalaksanaan yang baik dan benar, sehingga dapat mencegah kejadian ulangan yang dapat terjadi di lingkungan sekitar maupun keluarga.
 - Harapan: Keluhan yang dialami berkurang dan dapat semakin leluasa dalam beraktifitas.
2. Aspek Diagnosis klinis
 - Demam Berdarah *Dengue* (ICD X: A91)
3. Aspek Risiko Internal
 - Meningkatnya pengetahuan pasien mengenai resiko apa saja yang dapat menyebabkan keluhan pasien dan faktor yang dapat memperberat keluhan pasien.

- Pola makan yang membaik, mengonsumsi makanan bergizi juga buah-buahan dan vitamin, dibarengi asupan cairan yang cukup.
- Mengetahui faktor resiko penularan akibat aktivitas pasien bepergian ke daerah beresiko tinggi.

4. Aspek Risiko Eksternal

- Meningkatnya pemahaman pasien akan pengetahuan mengenai penyakitnya sehingga dapat mengurangi resiko terinfeksi dengan menggunakan lotion anti nyamuk Ketika bepergian.
- Berkurangnya faktor resiko dengan penutupan kolam ikan lele yang pasien miliki.
- Dukungan keluarga terhadap pasien membaik, saat pasien kembali ke Puskesmas untuk menjalani evaluasi pengobatan, istri pasien ikut dan telah memahami hal-hal mengenai penyakit pasien.

5. Derajat Fungsional : 1 (satu) yaitu mampu melakukan pekerjaan sehari-hari seperti halnya sebelum sakit.

Pada pasien Tn. A, ditetapkan diagnosis setelah dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pada anamnesis didapatkan pasien datang ke Puskesmas Tanjung Sari dengan keluhan demam yang sudah dirasakan sejak 3 hari yang lalu. Pasien mengatakan keluhan demam dirasakan tiba-tiba, dengan suhu yang meninggi saat malam hari, terus-menerus tinggi hingga pagi yang akan kembali naik saat malam hari. Keluhan lain yang pasien rasakan adalah lemas, nyeri otot dan sendi yang dirasakan di seluruh tubuh pasien, diikuti dengan keluhan sakit kepala juga mual, yang disertai dengan satu kali muntah berisikan makanan. Keluhan lain yang menyertai antara lain nyeri di belakang bola mata dan penurunan nafsu makan. Pasien juga mengatakan terdapat keluhan perdarahan gusi yang dirasakan dua kali dalam waktu dua hari. Pasien mengatakan tidak mengonsumsi obat-obatan apapun untuk meredakan keluhan, dan pasien baru berkunjung ke Puskesmas setelah 3 hari gejala. Pemeriksaan fisik didapatkan TD 128/77 mmHg, frekuensi nadi: 101x/menit, frekuensi nafas: 18x/menit, suhu: 37,6°C, berat badan: 65 kg, tinggi badan: 165 cm, IMT: 23,87 kg/m² (Normal).

Diagnosis demam berdarah *dengue* ditegakkan melalui keluhan pasien berupa demam, nyeri sendi dan otot pada seluruh tubuh, rasa lemas, nyeri kepala juga adanya keluhan mual muntah. Diagnosis juga ditunjang dengan keluhan rasa lemas, penurunan nafsu makan dan riwayat adanya 2 kali timbul gusi berdarah selama keluhan lainnya berlangsung. Berdasarkan studi pasien dengan kecurigaan DBD akan menunjukkan beberapa tanda dan gejala, seperti demam yang berlangsung terus menerus selama 2-7 hari, dan adanya tanda-tanda perdarahan seperti gusi bintik-biktik merah, hingga perdarahan gusi. Disertai juga dengan tanda-tanda nonspesifik, seperti rasa nyeri kepala, terutama pada daerah belakang mata, nyeri sendi dan otot, rasa lemas dan penurunan nafsu makan (Sagala, 2021).

Pada kasus ini, diperhatikan pula beberapa faktor yang mencetus terjadinya kejadian DBD, seperti faktor lingkungan dan faktor perilaku pasien. Faktor lingkungan yang berkontribusi antara lain, curah hujan yang sedang dalam waktu panjang, dan rumah pasien berada berdekatan dengan sepetak sawah padi, juga pasien memiliki kolam ikan yang terbuka di halaman belakang rumah. Selain itu, terdapat pula beberapa faktor lingkungan lain yang bisa mempengaruhi kejadian DBD, antara lain tempat gelap, tempat kotor dan beberapa tempat dengan barang yang menumpuk dan dibiarkan begitu saja. Namun, pada lingkungan pemukiman

pasien tidak didapatkan tempat-tempat tersebut (Sagala, 2021).

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien ini adalah pemeriksaan hematologi, dimana didapatkan Hb 15gr/dL, leukosit 6.700/uL, trombosit 115.000/uL dan hematokrit 42%. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mendiagnosis DBD adalah hematologi rutin, melihat jumlah leukosit, trombosit, dan hematokrit untuk melihat adanya peningkatan permeabilitas kapiler dan perembesan plasma.¹ Dapat juga dilakukan pemeriksaan radiologi untuk melihat komplikasi perembesan plasma berupa efusi pleura, dan bisa pula dilakukan pemeriksaan serologi IgM, IgG dan NS-1 (Sagala, 2021).

Tatalaksana yang dapat diberikan ialah non-medikamentosa dan medikamentosa. Tatalaksana non-medikamentosa yang dapat dilakukan adalah meningkatkan konsumsi cairan dengan menggunakan cairan oral, asupan makanan dengan gizi cukup, dan istirahat/tirah baring, seperti halnya tatalaksana non-medikamentosa pada penyakit-penyakit *self-limiting*. Apabila cairan tidak dapat diberikan secara oral karena pasien tidak mau minum, muntah-muntah atau nyeri perut yang berlebihan, maka dapat diberikan cairan melalui intravena. Pilihan pertama pemberian cairan pada pasien DBD adalah cairan kristaloid, seperti larutan ringer laktat (RL), apabila tidak didapatkan larutan RL, dapat diberikan cairan koloid, seperti larutan Dextrose 40 (Kemenkes RI, 2017).

Pada pasien di kasus ini, tatalaksana medikamentosa yang diberikan adalah antipiretik dan antiemetik. Berdasarkan teori, pasien dengan diagnosis DBD hanya disarankan untuk mengganti cairan, tirah baring, dan memberikan antipiretik berupa parasetamol 3 kali 1 tablet untuk dewasa, 10-15mg/kgBB/kali untuk anak-anak (Vasikasin et al., 2019). Tidak diperlukan untuk penggunaan obat-obatan antibiotic dikarenakan DBD merupakan salah satu penyakit *self-limiting*. Tidak dianjurkan untuk menggunakan obat-obatan NSAID seperti ibuprofen, karena akan menyebabkan rasa nyeri ulu hati akibat gastritis (Kemenkes RI, 2017).

Tatalaksana utama pada pasien DBD adalah terapi pengganti cairan. Menurut WHO (2020), terapi pengganti cairan pada pasien dengan DBD dapat menggunakan cairan kristaloid isotonik berupa cairan ringer laktat ataupun dextrose 5% dalam larutan normal saline, dengan dibantu menggunakan cairan oral. Terapi obat-obatan dapat diberikan secara simptomatik, apabila terdapat keluhan demam dapat diberikan parasetamol, dan obat-obatan yang sesuai dengan keluhan pasien lainnya (WHO, 2020).

Selain itu, pasien dan keluarganya juga di edukasi mengenai pemeliharaan lingkungan untuk mencegah DBD. Dapat dilakukan 3Mplus, yaitu menguras dan menyikat tempat penampungan air secara rutin, menutup rapat semua tempat penyimpanan air, memanfaatkan limbah barang bekas yang bernilai ekonomis (daur ulang), plus mencegah gigitan dan perkembangbiakan nyamuk dengan memelihara ikan pemakan jentik nyamuk, menggunakan obat anti nyamuk, memasang kawat kasa pada jendela dan ventilasi, gotong royong membersihkan lingkungan, periksa tempat-tempat penampungan air, meletakkan pakaian bekas pakai dalam wadah tertutup, memberikan larvasida pada penampungan air yang susah dikuras, menanam tanaman pengusir nyamuk, dan memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar (Depkes, 2018).

Pasien dan keluarganya juga diberikan edukasi mengenai penggunaan kelambu, dan juga pengecekan pada FKTP untuk dilakukan fogging. Berdasarkan keterangan pemegang program penyakit menular di Puskesmas Tanjung Sari, setiap tercatat adanya 1 kasus DBD di lingkungan wilayah kerja

Puskesmas Tanjung Sari, akan dilakukan kegiatan fogging untuk mencegah adanya kejadian ulangan pada lingkungan pasien.

Kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 14 November 2021, dan kemudian dilakukan intervensi pada tanggal 13 Desember 2021. Kemudian dilakukan evaluasi pada tanggal 20 Desember 2021. Hal pertama yang dievaluasi berupa keluhan yang sebelumnya pasien rasakan, dan kemudian pasien menjelaskan bahwa tidak ada lagi keluhan yang dirasakan dan pasien sudah mulai beraktivitas seperti biasa. Tekanan darah pasien juga diperiksa kembali dan menunjukkan hasil 110/70 mmHg. Evaluasi mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap penyakit pada pasien dan keluarga dilakukan dengan meminta untuk menjawab 5 pertanyaan yang sama dengan kunjungan kedua. Hasil menjawab pertanyaan yang kedua kali, terlihat pengetahuan pasien serta keluarganya mengenai penyakit tersebut meningkat, pasien dapat menjawab 5 pertanyaan dengan benar.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Kesimpulan penelitian ini adalah :

1. Pasien laki-laki berusia 49 tahun, dengan keluhan demam. Diagnosis demam berdarah *dengue* pada kasus ini sudah sesuai dengan beberapa teori dan telaah kritis dari penelitian terkini.
2. Faktor risiko internal pada pasien adalah pengetahuan tentang penyakitnya kurang, aktivitas sehari-hari, pola makan tidak diatur, lebih dominan melakukan pengobatan kuratif. Faktor risiko eksternal berupa lingkungan yang masih menunjang perkembangbiakan nyamuk, juga kurangnya peran keluarga dalam mendukung pengobatan penyakit.
3. Telah dilakukan intervensi berupa edukasi menggunakan media poster dengan materi berupa pengetahuan mengenai penyakit, pencegahan dan tatalaksananya. Diberikan pula bubuk abate dan edukasi mengenai pencegahan yang bisa dilakukan di lingkungan rumah.
4. Setelah dilakukan penatalaksanaan holistik dan komprehensif pada pasien dan keluarga pasien, terdapat peningkatan pengetahuan mengenai penyakit yang diderita pasien dan terdapat perbaikan dalam lingkungan.

Saran yang dapat diberikan berupa:

Bagi Pasien dan Keluarga

1. Perlu melakukan evaluasi dan kontrol pengobatan secara rutin ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.
2. Keluarga perlu mengoptimalkan kerjasama antar anggota keluarga untuk meningkatkan kualitas kesehatan keluarga.
3. Menerapkan pencegahan penyakit untuk mencegah kasus ulangan terjadi pada pasien, keluarga ataupun lingkungan dengan melakukan pencegahan 3M+, yaitu dengan menguras dan menutup penampungan air, mendaur ulang barang bekas dan mencegah perkembangan nyamuk.
4. Melakukan perilaku kesehatan baik kuratif dan preventif ke fasilitas kesehatan.

Bagi Pelaksana Pelayanan Kesehatan

1. Perlu ditingkatkan usaha promosi kesehatan kepada masyarakat mengenai DBD dengan melakukan penyuluhan dan sosialisasi.

2. Melakukan manajemen risiko dengan melakukan penyelidikan epidemiologi selain mengatasi keluhan klinis pasien, keluarga dan lingkungan pasien.
3. Adanya sistem pemantauan dan pembahasan di fasilitas kesehatan secara periodik mengenai kasus yang dibina, bagi kesinambungan pelayanan dan pemantauan.
4. Melanjutkan kasus pembinaan keluarga ini.

WHO. (2020). *Comprehensive Guidelines for Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever. Revised and expanded edition.* World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.

Funding Statement

The authors did not receive support from any organization for the submitted work and No funding was received to assist with the preparation of this manuscript

Conflict of Interest statement

Penulis yang namanya tercantum tepat di bawah ini menyatakan bahwa tidak memiliki afiliasi atau keterlibatan dengan pihak luar manapun dan tulisan ini murni dari sumber yang dicantumkan di daftar pustaka serta tidak mengandung plagiarisme dari jurnal artikel manapun. Sumber tulisan telah dicantumkan seluruhnya di daftar pustaka.

REFERENCES

- CDC. (2009). *Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever.* CDC. [http://www.cdc.gov/Dengue/resources/Dengue&DHF Information for Health Care Practitioners_2009.pdf](http://www.cdc.gov/Dengue/resources/Dengue&DHF%20Information%20for%20Health%20Care%20Practitioners_2009.pdf)
- Depkes. (2018). *Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue.* Depkes RI.
- IKA. (2012). *Update Management of Infectious Diseases and Gastrointestinal Disorders.* FK UI.
- Kemenkes RI. (2017). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Indonesia.* In Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI. (2021). *Laporan Dirjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor dan Zoonosis (P2PTVZ).* In Kemenkes RI.
- Sagala, M. (2021). *Hubungan Sanitasi Lingkungan dan Perilaku Masyarakat dengan Kejadian DBD Di Wilayah Kerja Puskesmas Padang Bulan Selayang II Kecamatan Medan Selayang Tahun 2021.*
- Sukohar, A. (2014). *Demam Berdarah Dengue (DBD).* Medula, 2(2), 1–15.
- Vasikasin, V., Rojdumrongrattana, T., Chuerboonchai, W., Siriwiwattana, T., Thongtaeparak, W., & Niyasom, S. (2019). *Effect of standard dose paracetamol versus placebo as antipyretic therapy on liver injury in adult dengue infection: a multicentre randomised controlled trial.* *Lancet Global Health*, 7, 3664–3670.
- WHO. (2012). *Global Strategy for Dengue Prevention and Control 2012-2020.* http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/9789241504034_eng.pdf.