

Model Perawatan Pasien Demam Berdarah Dengue Di RSUD Koja Periode Juni 2002 – 2005

Evan,* Suzanna Ndraha,** Mardi Santoso***

Abstrak: Demam berdarah dengue (DBD) adalah penyakit endemik dan dapat menjadi epidemik atau kejadian luar biasa yang menyebabkan kematian. Penyakit DBD disebabkan oleh virus dengue dan penyebaran oleh nyamuk *Aedes Aegypti*. Data yang dilaporkan pada akhir Mei 2004 (WHO) dari 59 321 penderita DHF jumlah kasus meninggal 669 penderita. Pemerintah telah memberikan pembebasan biaya pada penderita yang dirawat di rumah sakit yang ditujukan termasuk RS Koja. Di Rumah Sakit ini dilakukan penelitian terhadap penderita DHF yang dirawat bebas biaya dengan tiga model terapi, dilakukan pencatatan gender, jumlah kematian dan jumlah pasien yang responsif baik dengan terapi tersebut.

Metode penelitian cross setional. Data dikumpulkan dari rekan medik. Terkumpul 2012 rekan medik, hanya 75 sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Pada periode tahun 2002-2005 penderita DHF laki-laki 309 dan 406 orang penderita perempuan. Dari jumlah 715 penderita DHF, 6 penderita meninggal dan 709 pulang.

Populasi penderita dengan model terapi A 115 penderita, tipe B 450 penderita dan tipe C 150 penderita. Berdasarkan simpton penderita terdapat panas pada 31,44% kasus: panas, nausea vomitus 14,18 % dan dengan simpton sakit kepala, nausea vomitus 11,87%; dengan sakit kepala, nausea, vomitus, nyeri...., petechiae 8,6%; dengan nausea vomitus, petechiae 7,75%. Terapi DHF dapat diberikan dengan variasi 3 tipe/ model tersebut tanpa meninggalkan terapi standar DHF yang telah ada.

Kata Kunci: DHF bebas biaya, model terapi

Abstract: Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) is an endemic disease and also emerging epidemic that causing death. The disease is caused by virus named Dengue Virus and spread by a mosquito called *Aedes aegypti*. Based on the reported data, in the end of May 2004, there are 59321 DHF cases and the mortality number is 669 people. The government has been striving to restrain this disease by giving free cost treatment for every DHF patients in certain hospital such as Koja. The expert made some research based on the gender, total of the death medical patients and cured patients. The treatment model is divided into three types based on therapy.

This research using descriptive cross sectional. The data is taken from medical record and there are 2012 population that appropriate with inclusion and exclusion criteria. The total sample is 715.

Total of DHF male patients in 2002-2005 period is about 309 people and 406 people for female patients. Total patients who leave the hospital is 709 people and six people were dead. Those three models of treatment are type A 115 people, type B 450 people and type C 150 people. Based on the symptoms, reported patient with fever (31.44%), with fever, nausea, vomitus (14.18%), with headache, nausea, vomitus (11.87%), with headache, nausea, vomitus, epigastric pain, petechiae (8.6 %), and with nausea, vomitus, petechiae (7.75 %).

The treatment of DHF patients can done by many variation without leaving the standard DHF therapy.

Keyword : Dengue Haemorrhagic Fever, treatment model, free cost

* Evan : Mahasiswa Program Profesi Dokter FK Ukrida

** Dr. Suzanna Ndraha, SpPD: SMF Penyakit Dalam RSUD Koja

***DR. Dr. Mardi Santoso, DTM&H, SpPD-KEMD : Dosen Bagian Penyakit Dalam FK Ukrida

Pendahuluan

Penderita demam berdarah dengue (DBD) atau *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) pada lima tahun terakhir ini sering menimbulkan wabah, bahkan di luar dugaan pada musim panas penderita DBD masih banyak. Penderita DBD banyak terjadi pada daerah perkotaan terutama di daerah yang padat penduduknya. Telah banyak upaya dari pemerintah untuk menangani penyakit yang dapat menimbulkan wabah dan menimbulkan kematian ini, salah satunya adalah pengobatan gratis khusus untuk pasien DBD di beberapa rumah sakit yang telah dipilih oleh pemerintah, dan RSUD Koja adalah salah satu dari beberapa rumah sakit tersebut.

Demam berdarah *dengue* merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang cenderung semakin luas penyebarannya dan semakin meningkat jumlah kasusnya. Sampai dengan akhir Mei 2004 jumlah kasus DBD yang dilaporkan sebanyak 59 321 kasus dengan jumlah kematian sebanyak 669 orang. Angka kematian atau *Case Fatality Rate* (CFR) selama periode kejadian luar biasa (KLB) DBD tahun 2004 sebesar 1,1%, sedangkan CFR pada KLB DBD tahun 1998 sebesar 1,8%.^{1,2} Demam berdarah *dengue* adalah suatu penyakit menular yang sering menimbulkan wabah dan menyebabkan kematian, yang disebabkan oleh virus *Dengue* dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*. Penyakit ini terutama menyerang anak-anak yang dapat menyebabkan kematian.^{3,4} Tanda-tanda dan gejala DBD pada hari pertama mula-mula timbul panas mendadak (suhu badan 38° - 40°C), badan lemah dan lesu, pada hari

kedua atau ketiga perut atau ulu hati terasa nyeri, *petechiae* (bintik-bintik merah di kulit) pada muka, lengan, paha, perut, atau dada, kadang-kadang terjadi perdarahan hidung (mimisan), mulut, atau gusi dan muntah darah atau berak darah.⁵⁻⁷

Pada hari keempat sampai dengan ketujuh bila keadaan penyakit menjadi parah, penderita gelisah, berkeringat banyak, ujung-ujung tangan dan kaki dingin (*presshock*). Bila keadaan ini berlanjut, maka penderita dapat mengalami *shock* (lemah tak berdaya, denyut nadi cepat atau sukar diraba), atau disebut dengan *Dengue Shock Syndrome* (DSS), dan bila tidak segera ditolong dapat meninggal.⁸⁻¹⁰

Terapi dasar pada pasien DBD adalah terapi cairan yang baik, pemberian antipiretik, pemeriksaan tanda-tanda vital, nilai trombosit serta hematokrit tiap enam jam. Pemberian koloid jika hematokrit naik, sudah ada tanda-tanda *shock*, serta pemberian trombosit jika trombosit sudah kurang dari 5000 dan ada tanda-tanda *shock* tetapi hematokrit turun.^{3-5,11}

Berdasarkan perawatan yang diberikan, pasien yang bebas biaya mendapatkan perawatan tipe B. Untuk pasien yang membayar mendapat perawatan tipe A dan tipe C.

Perawatan tipe A: infus asering, antibiotik golongan cefalosporin generasi 3, paracetamol, H2 antagonis reseptor, vitamin B kompleks, serta pemeriksaan

hemoglobin, hematokrit, trombosit, dan leukosit tiap hari.

Perawatan tipe B: Infus ringer laktat, paracetamol, antibiotika golongan amoxicilin, Vitamin B kompleks (diberikan kalau pasien sudah akan pulang), serta pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, trombosit dan leukosit tiap hari.

Perawatan tipe C: infus asering, antibiotika golongan cefalosporin generasi 3, paracetamol, H2 antagonis reseptor, vitamin B kompleks, kortikosteroid serta pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, trombosit, dan leukosit per hari.

Metode Penelitian

Metode penelitian menggunakan teknik deskriptif *cross sectional*, pada kasus yang ada di bangsal perawatan RSUD Koja dalam kurun waktu Juni 2002 – Juni 2005. Pengambilan data melalui penelusuran rekam medik. Yang didapat pada rekam medik adalah jumlah pasien DBD yang dirawat dari kelas 1,2,3 dan pasien gratis, serta model perawatan pada masing-masing kelas. Peneliti juga mengumpulkan data mengenai gejala-gejala klinis yang ada pada pasien DBD.

Kriteria sampel :

1. Pasien DBD yang menjalani perawatan di bangsal RSUD Koja.
2. Pasien DBD yang berumur lebih dari 13 tahun.
3. Pasien DBD dengan gejala klinis dan hasil pemeriksaan yang jelas.

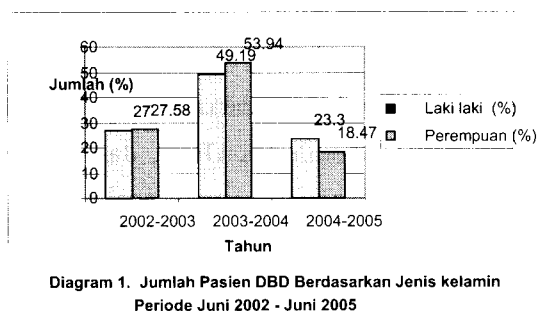


Diagram 1. Jumlah Pasien DBD Berdasarkan Jenis kelamin Periode Juni 2002 - Juni 2005

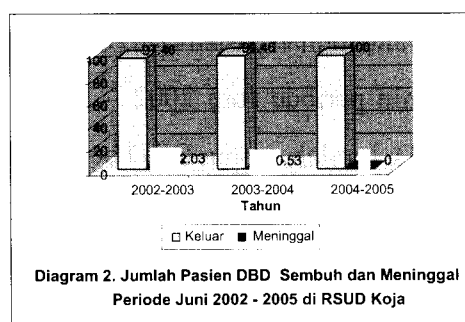


Diagram 2. Jumlah Pasien DBD Sembuh dan Meninggal Periode Juni 2002 - 2005 di RSUD Koja

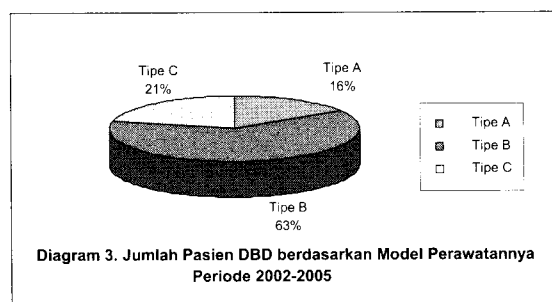


Diagram 3. Jumlah Pasien DBD berdasarkan Model Perawatannya Periode 2002-2005

4. Hasil laboratorium yang mendukung kriteria diagnosis DBD.
5. Pasien dengan data rekam medik cukup lengkap.

Berdasarkan penelusuran data dari rekam medik didapat 2012 penderita DBD, dan yang memenuhi syarat menjadi sampel adalah 715.

Hasil Penelitian

Dari data yang didapat, peneliti mendapatkan lima kelompok yaitu jumlah pasien DBD berdasarkan jenis kelamin periode Juni 2002 – Juni 2005 (Diagram 1), jumlah pasien DBD berdasarkan yang keluar dengan yang meninggal periode Juni 2002 – Juni 2005 (Diagram 2), jumlah pasien DBD berdasarkan model perawatannya periode Juni 2002 – Juni 2005 (Diagram 3), gejala klinis yang ditemukan pada pasien DBD periode Juni 2002- Juni 2005 (Tabel 1).

Gejala klinis	Jumlah pasien	Persentase(%)
lemas	34	2,37
sesak napas	24	1,67
sakit kepala	105	7,33
mual	25	1,74
muntah	32	2,23
nyeri ulu hati	20	1,39
sakit kepala, mual, muntah	170	11,87
sakit kepala, mual, muntah, nyeri uluhati	110	7,68
Mual, muntah	23	1,60
Mual, muntah, bintik merah dikulit	111	7,75
sakit kepala, mual, nyeri uluhati, muntah, petechine	124	8,66
demam	450	31,44
demam, mual, muntah	203	14,18
Jumlah	1431	100

Pembahasan

Berdasarkan diagram 1, jumlah pasien DBD pada perempuan lebih banyak dibandingkan dengan laki-laki. Belum ada penelitian yang membuktikan secara ilmiah mengenai alasannya penderita DBD lebih sering pada perempuan, hal ini mungkin disebabkan oleh karena laki-laki lebih sering berada di luar rumah dibandingkan perempuan.

Berdasarkan diagram 2, jumlah pasien yang keluar (yang keluar dengan sembuh ataupun

pulang paksa) lebih banyak dibandingkan dengan yang meninggal, hal ini terjadi karena pada prinsipnya penderita DBD yang ditangani dengan baik dan tidak terjadi komplikasi yaitu *shock* yang dapat menimbulkan anoksia dan asidosis, maka tidak akan terjadi kematian. Kematian yang terjadi pada pasien DBD yang diteliti disebabkan pasien datang sudah dalam keadaan *shock*.

Berdasarkan diagram 3, pasien yang menjalani perawatan baik yang gratis maupun yang membayar maka perawatan yang diberikan dapat dibagi menjadi 3 tipe yaitu tipe A, B, dan C. Ternyata yang paling banyak dilakukan adalah perawatan tipe B (63%), kemudian tipe C (21%), dan yang terakhir tipe A (16%). Tipe B kebanyakan diberikan pada pasien yang gratis, tipe A dan C diberikan pada pasien yang membayar. Perbedaan yang terdapat pada tipe A dan B sangat mencolok terutama pada pemberian jenis antibiotika. Pemberian antibiotika pada pasien DBD masih menjadi permasalahan, dimana pada beberapa buku mengatakan harus diberi antibiotika dan pada buku yang lain tidak perlu diberi antibiotika. Selain antibiotika terdapat juga perbedaan mengenai jenis cairan yang diberikan, dan pada tipe A dan C diberikan vitamin sedangkan pada tipe B diberikan saat pasien akan dipulangkan.

Berdasarkan tabel 1, gejala klinis pasien DBD yang datang ke RSUD Koja terdapat lima kelompok gejala klinis yang paling banyak ditemukan, yaitu pasien yang mengeluh demam yang tidak turun-turun (31,44%), pasien yang mengeluh demam yang disertai dengan mual dan muntah-muntah (14,18%), pasien datang dengan mengeluh sakit kepala, mual, dan muntah (11,87%), pasien dengan sakit kepala, muntah, mual, nyeri uluhati, dan

petechiae (8,66%), pasien datang dengan mual, muntah dan *petechiae* (7,75%). Sesuai dengan teori yang ada bahwa gejala atau keluhan yang terbanyak pada pasien DBD adalah adanya demam tinggi mendadak yang terus-menerus, tanpa sebab yang jelas, selama kurang lebih dua sampai tujuh hari. Manifestasi perdarahan hanya terdapat pada urutan keempat dan kelima, jadi lebih banyak pasien yang datang dengan gejala yang kurang khas, oleh karena itu perlu dilakukan uji *tourniquet* dan pemeriksaan laboratorium (trombosit dan hematokrit) agar dapat memenuhi kriteria klinis dan kriteria laboratoris untuk mendiagnosis DBD.

Simpulan

Penderita DBD setiap tahunnya lebih banyak pada perempuan. Kemungkinan besar karena nyamuk *Aedes aegypti* lebih sering menyerang pada sekitar pukul 09.00 sampai 10.00 dan sekitar pukul 15.00 sampai 17.00 serta perindukan nyamuk ada di sekitar rumah, sehingga perempuan yang pada jam-jam tersebut sering berada di rumah kemungkinannya lebih besar terkena daripada kaum laki-laki yang berada di luar mencari nafkah. Namun belum ada penelitian yang lebih jelas secara ilmiah.

Penderita DBD mempunyai prognosis yang baik atau *Dubia ad Bonam*, tergantung pada penatalaksanaan pada pasien DBD dapat diberikan secara variatif, tanpa melupakan atau mengesampingkan pengobatan dasar.

Penatalaksanaan pada pasien DBD yang gratis lebih sedikit dibandingkan dengan yang membayar.

Gejala klinis yang ada pada pasien DBD kebanyakan yang tidak khas dan tidak banyak yang datang dengan manifestasi perdarahan spontan, oleh karena itu perlu dilakukan uji *tourniquet* dan pemeriksaan laboratoris agar tidak terjadi *loss diagnosis*.

Masih banyaknya pasien DBD di Jakarta.

Saran

1. Diadakan penelitian lebih lanjut mengenai jumlah pasien DBD yang lebih banyak pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki.
2. Oleh karena masih banyaknya jumlah pasien

DBD, maka tingkat pencegahan harus lebih ditingkatkan baik mulai dari individu, kelompok, masyarakat, maupun pemerintahan.

3. Mengingat masih banyaknya pasien DBD yang kurang mampu, maka pengobatan gratis yang diberikan pemerintah jangan dihentikan, dan para dokter yang harus merawat pasien gratis ini dapat diberikan sesuatu yang bermanfaat, baik untuk kepentingan pribadi maupun bersama terutama bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan karier yang bersangkutan.
4. Penatalaksanaan pasien gratis diharapkan mendapat terapi yang hampir sama dengan pasien yang membayar.

Daftar Pustaka

1. www.worldhealthorganization.com
2. Mary N, Molanida CR, Guzman M, Laberuz F. Prothrombin time and partial thromboplastin time as a predictor of bleeding in patients with dengue haemorrhagic fever. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1993; 24 : 141-3.
3. Kalayanarooj S, Vaughn DW, Nimmannitya S. Early clinical and laboratory indicators of acute dengue illness. *J Infect Dis* 1997; 176 : 313-21.
4. Kasper, et.al; *Harrison's: Principles of Internal Medicine 16th edition volume II*; McGraw-Hill 2005; pp.955-6.
5. Noer K. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I. Balai Penerbit FKUI. Jakarta, 1996 : 417-26.
6. Tassniyom S, Vasanawathana S, Chirawatkul A, Rojanasuphot S. Failure of high-dose methylprednisolone in established dengue shock syndrome : a placebo-controlled, double-blind study. *Pediatrics* 1993; 92 : 111-5.
7. Nimmannitya S. Dengue fever/dengue haemorrhagic fever: case management. *Trop Med (Nagasaki)* 1994; 36 : 249-56.
8. Cobra C, Rigau-Perez JG, Kuno G, Vorndam V. Symptoms of dengue fever in relation to host immunologic response and virus serotype, Puerto Rico, 1990-1991. *Am J Epidemiol* 1995; 142 : 1204-11.
9. Wang S, He R, Patarapotikul J, Innis BL, Anderson R. Antibody-enhanced binding of dengue-2 virus to human platelets. *Virology* 1995; 213 : 254-7.
10. Mukerjee R, Chaturvedi UC, Dhawan R. Dengue virus induced human cytotoxic factor : production by peripheral blood leukocytes in vitro. *Clin Exp Immunol* 1995; 102 : 262-7.
11. Cardoso MJ, Baharudin F, Hamid S, Tio PH, Nimmannitya S. A nitrocellulose membrane based IgM capture enzyme immunoassay for etiological diagnosis of dengue virus infections. *Clin Diagn Virol* 1995; 3 : 343-50.