

Penatalaksanaan Holistik Infeksi Dengue pada Pria Pra Lansia dengan Pengetahuan Preventif Kurang Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Annisa Yulida Syani¹, Sahab Sibuea²

¹Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas dan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Demam Dengue (DD) dan Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang ditularkan melalui *Aedes sp.* Infeksi ini sering terjadi di daerah beriklim tropis dan subtropis. Pencegahan dapat dilakukan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) serta menjaga kebersihan lingkungan. Peran dokter keluarga penting selain mengobati penderita, dokter harus memperhatikan lingkungan dan perilaku sehari-hari penderita serta keluarga yang berdampak pada proses kekambuhan atau menularnya penyakit DBD di lingkungan. Studi kasus ini dilakukan untuk mengidentifikasi faktor risiko hingga tatalaksana berdasarkan kerangka penyelesaian masalah melalui pendekatan kedokteran keluarga. Data primer studi kasus ini diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik secara kualitatif dan kuantitatif. Hasil yang didapat pasien derajat fungsional 2 dengan DBD yang memiliki faktor risiko internal yaitu pengetahuan yang kurang mengenai penyakit dan pencegahannya. Faktor risiko eksternal adanya tumpukan barang di sebelah rumah pasien dan tumpukan pakaian di dalam rumah yang tidak disusun, sumur dan bak mandi di dalam rumah yang tidak ditutup. Intervensi dilakukan dengan konseling mengenai penyakit DBD beserta perilaku hidup bersih dan sehat. Setelah dilakukan evaluasi telah terlihat sedikit perubahan perilaku dimana pasien, keluarga dan warga sekitar melakukan 3M (Mengubur, Menguras, dan Menutup). Kesimpulan studi kasus yaitu masalah klinis pada pasien membutuhkan perhatian dalam mengubah perilaku hidup bersih dan sehat yang membutuhkan waktu untuk mendapatkan perubahan. Petugas kesehatan bertugas menyelesaikan masalah klinis juga mencari dan memberi solusi atas permasalahan dalam lingkungan yang mempengaruhi kesehatan pasien dan keluarga.

Kata kunci: demam berdarah dengue, penatalaksanaan holistik, kedokteran keluarga.

Holistic Management of Dengue Infection in Pre-Elderly Men with Less Preventive Knowledge through Family Medicine Approach

Abstract

Dengue Fever (DF) and Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) are diseases transmitted through *Aedes sp.* This infection in tropical and subtropical climates. Prevention with hygiene and healthy living habits and maintaining a clean environment. Family doctors is important to treating sufferers, doctors must pay attention to the environment and daily behavior of sufferers and their families that have an impact on the recurrence process or spread of dengue disease. This study was to identify risk factors to management based on a problem solving framework through a family medicine approach. Primary data by history taking, physical examination and home visits. Secondary data from patient medical records. Assessment based on a holistic diagnosis in a qualitative and quantitative. The results is functional grade 2 patients with DHF, internal risk factors namely lack of knowledge about the disease and prevention. External risk factors are piles of goods next to the patient's house and piles of clothes in the house that are not arranged, wells and bathtubs in the house that are not closed. Intervention by counseling regarding dengue disease with hygiene and healthy live habits. Evaluation, there has been a slight change in behavior where patients, families and local residents do Burying, Draining, and Closing. Conclusion is that clinical problems in patients require attention in changing hygiene and healthy living behavior which takes time to get a change. Health workers are tasked with solving clinical problems ,finding, and providing solutions to problems in the environment that affect the health of all.

Keywords: Dengue Hemorrhage Fever, Holistic Management, Family Medicine

Korespondensi: Annisa Yulida Syani, alamat Perumahan Bumi Puspa, Pramuka, Bandar Lampung, e-mail anijyulida@gmail.com.

Pendahuluan

Demam *Dengue* (DD) dan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) adalah penyakit yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes sp.* Virus *dengue* dapat menyebabkan keadaan yang bermacam, mulai dari asimtomatik, atau bentuk yang lebih berat yaitu Sindrom Syok

Dengue (SSD). Penyakit ini masih menjadi masalah global yang utama pada wilayah tropis dan subtropis.¹ Pada DD tanda dan gejala yang muncul tidak khas seperti demam, nyeri kepala dan tulang, serta ruam. Temuan pemeriksaan laboratorium tampak leukopeni dan terkadang dijumpai trombositopenia. Pada DBD keadaan

tersebut diperburuk dengan kebocoran plasma yang ditandai dengan peningkatan hematokrit atau penumpukan cairan di rongga tubuh. DBD yang ditandai dengan adanya renjatan/syok disebut sebagai sindrom renjatan *dengue* atau sindrom syok *dengue*.²

Infeksi virus *dengue* paling sering terjadi di daerah dengan iklim tropis dan subtropis, dimana Asia menduduki peringkat pertama sebagai wilayah dengan jumlah penderita DBD terbanyak setiap tahunnya.³ Sementara itu, menurut data *World Health Organization* (WHO) Indonesia dilaporkan sebagai negara ke-2 dengan kasus DBD terbesar diantara 30 negara endemis. Data Depkes RI tahun 2017 menunjukkan jumlah penderita DBD di Indonesia sebanyak 68.407 sedangkan pada tahun sebelumnya sebanyak 204.171. Provinsi dengan kasus tertinggi tahun 2017 yaitu Pulau Jawa. Provinsi Lampung sendiri menduduki peringkat ke 6 dengan jumlah kasus 2908.⁴

Program *Millenium Development Goals* telah berakhir pada tahun 2015 dilanjutkan dengan program *Sustainable Development Goals* (SDGs) sampai tahun 2030 sebagai tujuan pembangunan dan kesehatan dunia. SDGs mempunyai 17 tujuan, salah satunya adalah tujuan yang ke-3 yaitu memastikan hidup yang sehat dan memajukan kesejahteraan bagi semua orang di semua usia. Terdapat 13 target, dimana pada target yang ketiga disebutkan pada tahun 2030 mengakhiri epidemi *AIDS*, tuberkulosis, malaria, hepatitis, penyakit yang terbawa air, penyakit menular dan penyakit tropis yang terabaikan seperti DBD.⁵

Dalam tata laksana kasus *dengue* terdapat sistem triase yaitu terapi yang tepat dipilihkan untuk pasien *dengue* dengan *warning signs* dan pasien yang dapat rawat Jalan.⁶ Dokter keluarga sangat berperan penting dalam mengatasi kasus DBD. Dokter sebagai pintu pertama dalam menolong penderita, harus selalu meningkatkan pelayanan. Selain mengobati penderita dokter juga memperhatikan lingkungan dan perilaku sehari-hari penderita dan keluarga yang berdampak pada proses kekambuhan berulang atau menularnya penyakit tersebut di lingkungan dan keluarga. Peran dokter keluarga yang holistik, berkesinambungan serta kolaboratif akan membantu dalam penyembuhan penyakit pasien serta

meningkatkan pendidikan kesehatan kepada penderita dan keluarganya. Pendidikan kesehatan akan sangat berarti bagi penderita, terutama bagaimana sikap dan tindakan, serta cara untuk pencegahan penyakitnya.

Ilustrasi Kasus

Pasien Tn. N, usia 56 tahun, datang ke Puskesmas rawat inap diantar oleh anaknya pada tanggal 29 Februari 2020 dengan keluhan demam sejak empat hari yang lalu. Demam dirasakan terus menerus, mendadak dan tidak disertai menggigil. Demam berkurang setelah pasien meminum obat penurun demam dari warung, namun keluhan kembali dirasakan setelah beberapa jam kemudian. Selain itu, pasien juga merasakan nyeri otot sekitar lengan. Satu hari sebelum masuk puskesmas rawat inap pasien mulai merasa mual kemudian muntah ± 5 kali. Nafsu makan pasien juga menurun. Anak pasien mengatakan tidak ada keluhan mimisan, gusi berdarah ataupun bintik-bintik merah.

Pasien belum pernah mengalami keluhan serupa sebelumnya. Pasien juga belum pernah dirawat di Puskesmas ataupun Rumah Sakit. Keluarga yang tinggal bersama pasien tidak ada yang memiliki gejala serupa. Di sekitar lingkungan tempat tinggal pasien (RT sebelah), terdapat tetangga yang terjangkit DBD dan telah dilakukan *fogging*, namun RT tempat tinggal pasien belum dilakukan *fogging*. Riwayat bepergian ke daerah tertentu disangkal pasien.

Pasien tinggal di rumah berdinding tembok bata dan berlantai keramik, teras berlantai semen. Atap rumah menggunakan genteng, langit-langit tidak ditutup apapun. Terdapat dua kamar tidur, dua kamar mandi, satu dapur, dan satu ruang keluarga serta memiliki halaman rumah. Pasien memiliki kandang sapi yang langsung berdampingan dengan belakang rumah, kebun sayur dan sungai berada tidak jauh dari belakang rumah.

Pasien hanya tinggal bersama istrinya namun sering dititipi kedua cucunya yang bertempat tinggal disebelah rumahnya. Interaksi antar anggota keluarga berjalan baik. Pasien memiliki hubungan erat dengan istri dan cucunya. Hubungan dengan tetangga tidak ada konflik dan sering berinteraksi.

Metode

Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis dan alloanamnesis), pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif.

Hasil

Anamnesis

Pasien Tn N usia 56 tahun, datang dengan keluhan utama demam sepanjang hari sejak 4 hari yang lalu. Keluhan disertai rasa pusing, mual, muntah lima kali sejak satu hari yang lalu, nafsu makan menurun, dan nyeri pada otot kedua lengan atas.

Pemeriksaan Fisik :

Kedaaan umum tampak lemas. Kesadaran *compos mentis*. Berat badan 60 kg, tinggi 160 cm, dengan kesan gizi normal. Tekanan darah 120/80 mmHg, Suhu 38,9°C, Nadi 90x/menit, laju pernafasan 24x/menit.

Status Generalis:

Mata, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik. Telinga dan hidung dalam batas normal. Bibir tampak kering. Leher tidak ada pembesaran KGB dan tiroid. Pemeriksaan paru dan Jantung dalam batas normal. Pemeriksaan abdomen, tampak datar, lesi (-), terdapat nyeri tekan epigastrium, tidak ada pembesaran organ. bising usus dalam batas normal. Ekstremitas superior dan inferior dalam batas normal, tidak terdapat *ptekie*, akral teraba hangat dengan *capillary refill time (CRT)*<2 detik. Didapatkan tes *rumpel leed* positif.

Pemeriksaan Penunjang :

Dilakukan pemeriksaan darah rutin pada tanggal 29 Februari 2020 dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

No	Pemeriksaan	Hasil
1	Hemoglobin	13,7 mg/dL
2	Leukosit	5.600/μL
3	Trombosit	90.000/μL
4	Hematokrit	43%

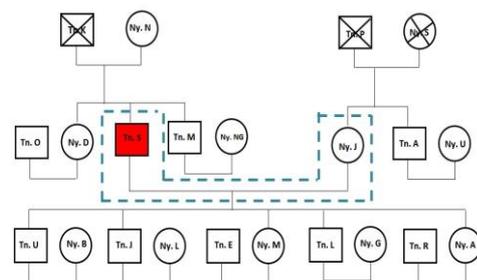
Data Keluarga

Pasien merupakan anak kedua dari tiga bersaudara. Pasien tinggal bersama istri. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga pasangan lansia. Pasien adalah seorang laki-laki berusia 56 tahun, merupakan petani. Istri pasien berusia 54 tahun merupakan ibu rumah tangga.

Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga dimusyawarahkan bersama dan diputuskan oleh pasien sebagai kepala rumah tangga. Hubungan antar anggota keluarga terjalin cukup erat. Pasien dan istrinya biasanya beribadah di rumah. Keluarga pasien sangat mendukung untuk berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit, Jarak rumah ke puskesmas ± 10 kilometer dengan akses jalan yang sulit.

Genogram

Genogram keluarga Tn. N dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Genogram Keluarga Tn. N

Keterangan:

- : Laki laki
- : Perempuan
- ⊗ : Meninggal Dunia
- ┌──┐ : menikah
- : Serumah
- : Pasien

Genogram Keluarga Tn. N
 Tanggal Pembuatan 28 Maret 2020
 Oleh : Annisa Yulida Syani

Hubungan antar anggota keluarga

Hubungan antar anggota keluarga Tn. N dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Family Map Keluarga Tn. N

Keterangan:



Hubungan Antar Keluarga Tn. N
 Tanggal Pembuatan 28 Maret 2020
 Oleh : Annisa Yulida Syani

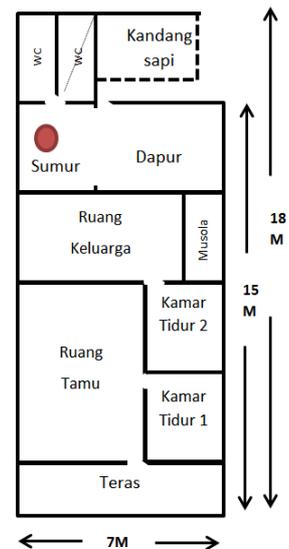
Family APGAR Score

- Adaptation : 2
- Partnership : 2
- Growth : 1
- Affection : 2
- Resolve : 1
- Total Family APGAR Score : 8 (fungsi keluarga baik)

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal bersama istri di dalam satu rumah ukuran 18mx7m. Rumah pasien memiliki 2 kamar tidur, ruang tamu, ruang keluarga, mushola, dapur, dan 2 kamar mandi. Pasien dan istri tidur dalam satu kamar. Lantai rumah keramik, namun teras berlantai semen dan dinding seluruhnya telah dilapisi semen dan di cat. Atap rumah menggunakan genteng tanpa plafon. Penerangan pada siang hari baik, pencahayaan di rumah mencapai ruang tamu dengan baik, namun di ruang keluarga dan dapur perlu menyalakan lampu untuk sumber penerangan. Ventilasi baik, sebagai penerangan, maupun sebagai saluran udara.

Sisi kanan rumah pasien bersinggungan langsung dengan rumah lainnya. Sisi kiri rumah yaitu halaman dan terdapat tumpukan kayu dan barang tidak terpakai. Bagian belakang rumah langsung berdampingan dengan kandang sapi milik pasien. Sumber air berasal dari dari sumur bor milik sendiri yang sebagian tertutup kayu dan digunakan untuk mandi dan mencuci. Terdapat 2 kamar mandi terdiri dari 1 kamar mandi tanpa toilet dan 1 kamar mandi beserta toilet (bentuk kloset jongkok) juga bak tampung air yang terbuka. Limbah rumah tangga dibuang di belakang rumah yang dibuatkan saluran menuju *septic tank*.



Gambar 3. Denah Rumah Keluarga Tn. N

DIAGNOSTIK HOLISTIK AWAL

Aspek 1. Aspek personal

- Alasan kedatangan : Ingin berobat karena sudah demam empat hari
- Persepsi : Keluarga pasien takut bahwa keadaan pasien berbahaya dan dapat mengancam jiwa.
- Harapan : Penyakit yang dialami dapat sembuh dan pasien dapat beraktivitas seperti sedia kala sebelum sakit.

Aspek 2. Diagnosis klinis awal

- Demam Berdarah *Dengue* (ICD X: A.91; ICPC 2: A.77)

Aspek 3. Risiko Internal

- Pengetahuan yang kurang tentang penyakit serta pencegahan penularan infeksi *dengue* ke keluarga maupun lingkungan sekitar.

Aspek 4. Risiko Eksternal dan Psikososial

- Psikososial keluarga: keluarga belum memahami secara penuh tentang penyakit pasien namun memberi dukungan yang baik.
- Lingkungan tempat tinggal: adanya tumpukan kayu dan barang tidak dipakai di samping rumah pasien, Terdapat sumur dan bak tampung air tidak tertutup dengan baik di dalam rumah, Banyak gantungan pakaian atau tumpukan pakaian di dalam rumah yang tidak disusun rapi.

Derajat fungsional:

Derajat fungsional 2. Aktivitas fisik tidak seaktif saat sehat, hanya sebatas duduk dan berbaring, badan lemas dan nafsu makan berkurang.

INTERVENSI

Intervensi yang dilakukan pada pasien ini berupa konseling mengenai perilaku hidup bersih dan sehat serta pencegahan 3M. Pada pasien dilakukan tiga kali kunjungan. Kunjungan pertama untuk melengkapi data pasien. Kunjungan kedua melakukan intervensi dan kunjungan ketiga melakukan evaluasi terhadap intervensi yang telah dilakukan.

Patient Centered:

1. Non Farmakologi:
 - Melakukan edukasi dan konseling mengenai perilaku hidup bersih dan sehat seperti menjaga lingkungan rumah bebas dari jentik nyamuk.
2. Farmakologi
Perawatan di Puskesmas Rawat Inap
 - Ringer Laktat (RL) 20 tpm IV
 - Paracetamol 3 x 500 mg PO
 - Omeprazole 1 x 20 mg PO

Family focus:

1. Edukasi dan konseling mengenai penyebab, risiko, dan pencegahan penyakit.
2. Edukasi mengenai standar rumah sehat dan risiko yang mengancam.
3. Edukasi mengenai penyakit infeksi *dengue* yang dapat menular dengan anggota keluarga lainnya melalui gigitan nyamuk yang dapat dicegah dengan pemberantasan jentik nyamuk.
4. Melakukan edukasi dan motivasi mengenai perlunya perhatian dan dukungan dari semua anggota keluarga terhadap perbaikan penyakit pasien.

Community Oriented:

1. Konseling mengenai pencegahan dan penularan penyakit infeksi *dengue* dengan langkah 3 M (Menguras, Menutup, Memantau).
2. Edukasi mengenai perilaku hidup bersih dan sehat untuk menjaga lingkungan bersih.

DIAGNOSTIK HOLISTIK AKHIR

1. Aspek Personal
 - Kekhawatiran pasien mengenai demam dapat menjadi lebih berat dan menyebabkan kematian berkurang.
 - Harapan mulai tercapai yaitu demam dapat disembuhkan dan tidak menimbulkan kegawatdaruratan.
 - Persespi mengenai demam yang diderita pasien dapat disembuhkan dengan pengobatan yang telah dianjurkan dokter.
2. Aspek Klinis
Demam Berdarah *Dengue* (ICD X: A.91; ICPC 2: A.77)
3. Aspek Risiko Internal
Pasien mendapatkan informasi mengenai penyakit sehingga pengetahuan tentang penyakit dan pencegahan penularannya lebih baik.
4. Aspek Risiko Eksternal
 - Psikososial keluarga: keluarga lebih memahami secara penuh tentang penyakit pasien dan memberi dukungan yang baik terhadap kesembuhan pasien
 - Lingkungan tempat tinggal: Keluarga pasien bersedia mengurangi barang yang tidak terpakai disamping rumah, menutup sumur, menguras bak tampung air, tidak menumpuk atau menggantung pakaian di ruangan sebagai tindakan pencegahan infeksi *dengue*.

Derajat Fungsional

Derajat fungsional satu, yaitu mampu melakukan kegiatan seperti sebelum sakit (tidak ada kesulitan).

Pembahasan

Diagnosis demam *dengue* ditegakkan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang. Pemeriksaan serologi antibodi IgM spesifik *dengue* merupakan salah satu pemeriksaan yang penting dilakukan, namun di pelayanan kesehatan primer, pemeriksaan tersebut belum dapat dilakukan sehingga diagnosis hanya ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang berupa darah rutin.²

Diagnosis klinis demam *dengue* didasarkan pada dua atau lebih tanda dan gejala lain dari² :

- Demam 2-7 hari yang timbul mendadak, tinggi, terus-menerus, bifasik.
- Mialgia, artralgia, nyeri retroorbita dan nyeri kepala.
- Manifestasi perdarahan baik spontan seperti petekiae, purpura, ekimosis, epitaksis, perdarahan gusi, hematemesis dan atau melena; ataupun berupa uji tourniquet positif.
- Dijumpai kasus DBD baik di lingkungan sekolah, rumah atau di sekitar rumah
- Leukopenia $< 4.000/mm^3$
- Trombositopenia $< 100.000/mm^3$

Diagnosis pada pasien ditegakkan berdasarkan anamnesis secara alloanamnesis dan autoanamnesis didapatkan keluhan demam terus menerus sejak 4 hari yang lalu. Keluhan disertai pusing, mual dan muntah. Menurut keluarga, pasien belum pernah mengalami hal yang serupa sebelumnya. Tetangga pasien yang berbeda RT juga mengalami keluhan serupa dengan pasien dan dinyatakan menderita DBD.

Dari pemeriksaan fisik didapatkan pasien febris dengan suhu $38,9^{\circ}C$ dan tes *rumple leed* positif. Pada pasien dilakukan pemeriksaan penunjang yaitu darah rutin. Pada hasil pemeriksaan darah rutin didapatkan trombositopenia dan peningkatan hematokrit, pemeriksaan serologi antibodi IgM spesifik *dengue* tidak dilakukan karena ketidakterediaan alat.

Prinsip utama dalam penanganan DD adalah terapi suportif, terapi suportif yang adekuat dapat menurunkan angka kematian $\leq 1\%$. Dalam penanganan DD, pemeliharaan volume cairan sirkulasi merupakan tindakan paling penting.² Di Puskesmas dianjurkan untuk dilakukan observasi atau perawatan di puskesmas sampai kadar trombosit meningkat dan keadaan umum membaik. Terapi awal diberikan adalah infus ringer laktat (RL) untuk koreksi cairan diberikan infus RL 4x500cc 30 tetes per menit berdasarkan kebutuhan cairan rumatan pasien. Pemberian paracetamol, dan omeprazole sebagai terapi simptomatis berdasarkan gejala yang muncul pada pasien.

Pada hari keperawatan ke-2, demam, keluhan nyeri otot, dan mual berkurang

dibandingkan hari sebelumnya. Pada pemeriksaan fisik ditemukan uji *rumple leed* (+), perdarahan spontan (-). TD: 120/80 mmHg, nadi: 84x/menit, pernapasan: 20x/menit, suhu: $37,6^{\circ}C$, Hb: 13,7 gr/dL, leukosit: $4320 \mu/dl$, trombosit: $79.000 \mu/dl$, hematokrit: 37%. Pasien setelah pemberian terapi awal tampak adanya penurunan hematokrit sebanyak $\pm 10\%$ hematokrit: 37%. Sehingga diagnosis DBD menjadi diagnosis pasti dan terapi dilanjutkan.

Kasus DBD merupakan endemis di negara Indonesia karena letaknya yang berada di khatulistiwa membuat Indonesia beriklim tropis. Tingginya angka kejadian DBD setiap tahunnya terjadi akibat perubahan iklim yang selanjutnya menyebabkan perubahan curah hujan, suhu, kelembaban, dan arah udara. Perubahan iklim mempengaruhi perkembangbiakan vektor nyamuk. Selain itu, faktor perilaku dan partisipasi masyarakat masih kurang dalam kegiatan PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) serta faktor pertambahan jumlah penduduk dan peningkatan mobilitas penduduk yang diiringi oleh peningkatan sarana transportasi menyebabkan penyebaran virus DBD semakin mudah dan semakin luas.⁴

Gerakan pencegahan infeksi *dengue* yang umum dikenal masyarakat ialah 3M (Mengubur, Menguras, dan Menutup), berhasilnya gerakan tersebut sangat bergantung dengan pengetahuan, kepedulian, dan kesadaran masyarakat itu sendiri. Salah satu tindakan pencegahan yang dapat dilakukan pihak puskesmas ialah melakukan *fogging*. *Fogging* merupakan serangkaian kegiatan dalam pemberantasan nyamuk *Aedes aegypti* dewasa untuk memutus rantai penularan. *Fogging* dilakukan pada kasus-kasus dengan PE positif, 2 penderita positif atau lebih, ditemukan 3 penderita demam dalam radius 100 m dari tempat tinggal penderita positif atau ada 1 penderita dengan infeksi *dengue* meninggal.

Pelaksanaan pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan mengintervensi pasien beserta keluarga sebanyak tiga kali kunjungan ke rumah pasien. Pada kunjungan pertama tanggal 03 maret 2020 dilakukan kunjungan rumah untuk melakukan *follow up* terhadap kondisi pasien setelah perawatan, menilai kondisi lingkungan rumah dan menanyakan

lebih lanjut untuk melengkapi *family folder*. Selain itu, dari data yang dikumpulkan, dapat dinilai diagnosis holistik awal dan berdasarkan konsep *mandala of health*, dari segi perilaku kesehatan keluarga pasien masih mengutamakan kuratif daripada preventif dan memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita.

Lingkungan psikososial, pasien nyaman bersama keluarganya, hubungan antar anggota keluarga baik. Keluarga memberikan dukungan serta perhatian terhadap kesembuhan pasien saat di rawat maupun di rumah. Dalam hal lingkungan rumah, hubungan pasien dengan tetangga sekitar rumah terjalin baik tanpa konflik. Pada bagian kanan rumah pasien cukup padat, namun dibagian kiri rumah tidak.

Pada beberapa ruangan dirumah ventilasi dan pencahayaan didapati dari ruangan sebelahnya sehingga ruangan lembab. Terdapat sumur dalam rumah, bak tampung air yang dibiarkan terbuka serta Banyak tumpukan pakaian di beberapa tempat yang dapat mengundang nyamuk. Di luar bagian kiri rumah juga banyak barang yang tidak terpakai dan ditumpuk sehingga rumah terkesan kumuh dan padat.

Rumah Tn. N dihuni oleh dua orang dengan luas rumah 7 m X 18 m terdapat dua kamar tidur. Dua kamar memiliki luas sekitar 3 m x 2,5 m, dengan lantai keramik. Menurut Kemenkes RI No.829/Menkes/ SK/VII/1999 luas ruang tidur minimal 8 m² dan tidak dianjurkan digunakan lebih dari 2 orang tidur dalam satu ruang tidur, kecuali anak dibawah umur 5 tahun.⁷ Berdasarkan hasil pengamatan rumah pasien ini, kepadatan hunian kamar Tn. N tidak memenuhi syarat. Menurut KEMENKES RI Nomor: 829/Menkes/SK/VII/1999 luas kamar minimal 8m² dan tidak dihuni lebih dari dua orang. Semakin banyak jumlah penghuni dan semakin kecil ruangan akan mengakibatkan udara di dalam ruangan cepat mengalami pencemaran dan jumlah bakteri di udara akan bertambah. Hal ini dapat menyebabkan mudahnya penularan penyakit tertentu yang ditularkan melalui udara.

Pada kunjungan kedua dilakukan pada tanggal 07 maret 2020 dengan tujuan intervensi terhadap pasien dan keluarga. Intervensi yang diberikan berupa konseling mengenai demam berdarah *dengue* kepada

pasien dan istrinya. Hasil konseling ini selanjutnya akan dinilai pada kunjungan ketiga.

Ada beberapa langkah atau proses sebelum orang mengadopsi perilaku baru. Pertama adalah kesadaran (*awareness*), dimana orang tersebut menyadari stimulus tersebut. Kemudian dia mulai tertarik (*interest*). Selanjutnya, orang tersebut akan menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut (*evaluation*). Setelah itu mencoba melakukan apa yang dikehendaki oleh stimulus (*trial*). Pada tahap akhir adalah *adoption*, berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya.⁸ Edukasi yang diberikan berupa pola hidup bersih dan sehat, rumah yang bersih, makanan yang sehat. Edukasi pencegahan penyakit diderita pasien. Edukasi ini disampaikan dengan bantuan media poster yang berisi informasi mengenai penyakit demam berdarah dan PHBS yang diberikan kepada pasien, keluarga pasien, dan juga tetangga sekitar rumah pasien.

Kunjungan ketiga dilakukan pada tanggal 14 maret 2020 bertujuan mengevaluasi hasil intervensi. Pasien kondisinya sudah baik serta sudah beraktivitas seperti sediakala. Pasien sudah tidak ada keluhan dan dilakukan observasi mengenai kondisi rumah pasien. Mengenai ventilasi memang tidak bisa diubah saat ini, namun kondisi dalam rumah sudah lebih tertata rapi. Tumpukan barang yang tidak digunakan disamping rumah mulai dikurangi. Pakaian yang menumpuk telah tersusun rapi dan dijemur di luar rumah. Bila hujan pakaian baru dimasukkan ke dalam rumah. Saat pasien menuju ladang sayuran pasien memakai lotion anti nyamuk. Pasien dan keluarga menutup sumur dan menguras mengosongkan bak tampung air apabila tidak digunakan. Hal tersebut telah disadar pasien dan keluarga sebagai tindak pencegahan penyakit.

Mengenai edukasi tentang demam berdarah *dengue* yang telah diberikan pada kunjungan kedua ditanyakan kembali. Keluarga sudah lebih memahami apa tanda dan gejala DBD. Selain itu, keluarga juga mengatakan lebih rajin menggunakan obat nyamuk bakar di rumah untuk melakukan pencegahan. Dalam kunjungan kali ini juga tetap dilakukan motivasi kepada pasien dan keluarganya. Kunjungan ini tidak dilakukan hanya pada keluarga namun warga sekitar yang diberikan poster mengenai

penyakit DBD. Hal ini dilakukan agar pasien, keluarga, dan lingkungan sosial pasien senantiasa menerapkan gaya hidup sehat yang pada akhirnya meningkatkan kualitas hidup mereka dan anggota keluarga lainnya.

Saran yang dapat diberikan pada pasien setelah studi kasus ini selesai ialah selalu menerapkan 3M di rumah dan menggunakan *lotion* anti nyamuk apabila beraktifitas di ladang sebagai tindakan pencegahan infeksi *dengue* sedangkan. Saran untuk keluarga yaitu menata barang di dalam maupun di luar halaman rumah, menutup seluruh penampungan air (bak kamar mandi, ember, dan sumur). menaburkan bubuk abate di penampungan air mandi, juga menggunakan *lotion* anti nyamuk maupun obat bakar nyamuk didalam rumah. Pelaksana Pelayanan Kesehatan juga perlu meningkatkan usaha promosi kesehatan kepada masyarakat mengenai DD, melakukan survei dan sosialisasi PHBS di lingkungan endemis infeksi *dengue*. mengoptimalkan kerja juru pemantau jentik nyamuk, hingga bekerja sama dengan tokoh masyarakat untuk kembali menggalakan gotong royong terutama untuk melakukan 3M. Pembina selanjutnya yang akan meneruskan studi kasus ini perlu memantau dan re-evaluasi kembali tentang PHBS.

Kesimpulan

1. Faktor risiko yang ditemukan pada penelitian ini adalah kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga tentang infeksi *dengue*, serta risiko di lingkungan rumah berupa tumpukan barang tidak terpakai, sumur dan bak tampung air yang tidak tertutup yang dapat mengundang nyamuk.
2. Pemberian intervensi berupa edukasi dan konseling mengenai perilaku hidup bersih dan sehat serta pencegahan penyakit infeksi *dengue* yaitu 3M (Mengubur, Menguras, dan Menutup).
3. Pentingnya fungsi dan dukungan keluarga agar memberikan hasil yang baik terhadap pencegahan penyakit yang diderita pasien.
4. Telah terjadi peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku pada pasien dan keluarga mengenai perilaku hidup bersih dan sehat.

Daftar Pustaka

1. Wanti, Yudhastuti R, Notobroto HB, et al. Dengue hemorrhagic fever and house conditions in Kupang City, East Nusa Tenggara Province. *Kesmas*. 2019; 13(4): 177-182.
2. Suhendro, Nainggolan L, Khie C, et al. Demam Berdarah Dengue Dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I edisi VI. 2015. Jakarta: Interna Publishing.
3. Kementerian Kesehatan RI. Demam Berdarah Dengue di Indonesia. *Bul Jendela Epidemiol*. 2010.
4. Kementerian Kesehatan RI. Infodatin Situasi DBD. In: Pusat Data Dan Informasi. 2016.
5. Department of Economic and Social Affairs, United Nations SDG. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Published 2015. Diakses pada [13 april 2020]. <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
6. World Health Organization. Comprehensive Guideline for Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever. Revised and Expanded Edition. 2011.
7. Menteri Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 829/MENKES/SK/VII/1999 Tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan. 1999.
8. Gordan M. Review skinner's of reinforcement Theory of motivation. *Int J Res Educ Methodol*. 2014; 1(1): 681-8.