

Penatalaksanaan Koinfeksi Dengue dan Tifoid pada Pasien Anak melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Sayyidatun Nisa, Azelia Nusadewiarti
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Demam *Dengue* dan Tifoid adalah penyakit yang sering terjadi pada anak remaja yang berhubungan dengan perilaku hidup bersih dan sehat dengan angka mortalitas relatif tinggi. Lingkungan dan perilaku sehari-hari serta keluarga yang berdampak pada proses kekambuhan berulang atau menularnya penyakit tersebut perlu diperhatikan, sehingga diperlukan penerapan pelayanan berbasis *Evidence Based Medicine* dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan teknik *patient centred* dan *family approach*. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Pasien derajat fungsional 2 dengan demam *dengue* dan tifoid yang memiliki faktor risiko internal yaitu usianya yang masih balita sehingga perilaku kesehatan pasien sangat bergantung pada keluarga. Faktor risiko eksternal yaitu kurangnya pengetahuan keluarga mengenai perilaku hidup sehat dan tindakan kesehatan hanya sebatas kuratif, serta keadaan rumah tidak memenuhi standar rumah sehat dan lingkungan yang terlalu padat dan kumuh. Kemudian dilakukan intervensi, setelah dievaluasi keluarga mulai melakukan 3M Plus, menjaga higienitas minuman, makanan dan sanitasi, serta tidak menggantung pakaian di dalam rumah. Masalah klinis pada pasien membutuhkan perhatian dalam waktu yang lama untuk mendapatkan perubahan perilaku individu maupun kelompok. Selain itu petugas kesehatan bertugas tidak hanya menyelesaikan masalah klinis pasien, tetapi juga mencari dan memberi solusi atas permasalahan – permasalahan dalam lingkungan yang mempengaruhi kesehatan pasien dan keluarga.

Kata kunci: Demam *dengue*, DT, *evidence based medicine*, *family approach*, *patient centered*

Management of Dengue and Typhoid Coinfection in Pediatric Patient through Family Medicine Approach

Abstract

Dengue and Typhoid Fever is a disease that often occurs in adolescents who are associated with clean and healthy behavior with a relatively high mortality rate. The environment and daily behavior and family that have an impact on the recurrence or infectious process of the disease need to be considered, so that the application of Evidence Based Medicine services is needed by identifying risk factors and clinical problems as well as patient management based on the framework for solving patient problems with patient centred and family techniques approach. This study is a case report. Primary data is obtained through history, physical examination and home visits. Secondary data is obtained from medical records. Assessment based on holistic diagnosis from the beginning, process, and the end of qualitative and quantitative studies. Functional degree is 2 with dengue and typhoid fever which have internal risk factors, namely the age of a toddler so that the patient's health behavior is very dependent on the family. External risk factors, namely the lack of family knowledge about healthy living behavior and health measures are only limited to curative, and the condition of the house does not meet the standards of a healthy house and a too dense and slum environment. Then the intervention was carried out, after evaluation the family started doing 3M Plus, maintaining the hygiene of drinks, food and sanitation, and not hanging clothes inside the house. Clinical problems in patients need attention for a long time to get changes in individual and group behavior. In addition health workers are tasked not only with solving clinical problems of patients, but also seeking and providing solutions to problems in the environment that affect the health of patients and families.

Keywords: Dengue fever, evidence based medicine, family approach, patient centered, typhoid fever.

Korespondensi: Sayyidatun Nisa, S.Ked, alamat Jakabaring Palembang, HP 082282443032, e-mail estherinisa@gmail.com

Pendahuluan

Demam *Dengue* (DD) dan Demam Tifoid (DT) adalah penyakit yang terutama terdapat pada anak remaja atau usia dewasa. Angka mortalitas DD dan DT relatif tinggi. Angka Kesakitan (IR) selama tahun 2010 – 2015 berfluktuasi di Provinsi Lampung. Angka kesakitan DD di Provinsi Lampung tahun 2015

sebesar 36,91 per 100.000 penduduk (dibawah IR Nasional) dengan Angka Bebas Jentik (ABJ) kurang dari 95%.¹

Demam tifoid termasuk ke dalam demam enterik. Pada daerah endemik, 90% dari demam enterik adalah DT. Di daerah endemik, transmisi terjadi melalui air yang tercemar *S. typhi*, sedangkan makanan yang

tercemar oleh karier merupakan sumber penularan di daerah non endemik.^{1, 2,3}

Peran dokter keluarga yang holistik, berkesinambungan dan kolaboratif akan membantu dalam penyembuhan penyakit pasien serta pendidikan kesehatan kepada penderita dan keluarganya akan sangat berarti bagi penderita, terutama bagaimana sikap dan tindakan, serta cara untuk perilaku hidup sehat dan penyehatan lingkungan. Pada kasus ini diperlukan penerapan pelayanan berbasis *Evidence Base Medicine* pada pasien DD dan DT pada anak dengan mengidentifikasi faktor risiko dan masalah klinis serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan teknik *patient centred* dan *family approach*.⁴

Kasus

An. AF, usia tiga tahun tujuh bulan, datang ke Puskesmas Satelit tanggal sembilan Mei 2018 dengan keluhan demam hilang timbul dan naik menjelang malam sejak tiga hari yang lalu. Pasien mual, muntah sebanyak dua kali sejak satu hari sebelumnya dan BAB cair satu kali sebelum masuk puskesmas, nafsu makan menurun, badan lemas.

Saat usia dua tahun, pasien pernah dirawat dengan diagnosa pneumonia, sebelum dirawat, pasien sempat demam dan kejang satu kali. Keluarga pasien tidak pernah mengalami hal serupa, namun almarhum kakek pasien yang dulu tinggal serumah menderita tuberkulosis paru. Pada hari-hari biasa, pasien aktif sesuai dengan anak seusianya, anak mampu beradaptasi dengan lingkungan, dan mudah diajak bekerjasama. Nafsu makan baik, makan tiga kali sehari, anak suka memakan buah dan sayuran. Terdapat tiga orang anggota keluarga yang merokok. Keluarga jarang berolahraga dan mengikuti kegiatan sosial dengan tetangga sekitar.

Dinding rumah pasien kombinasi semen dan triplek. Lantai keramik, semen dan tanah. Atap rumah menggunakan genteng, langit-langit ditutupi dengan triplek yang terlihat lembab. Terdapat empat kamar tidur, satu kamar mandi, tiga dapur kecil, satu ruang tamu, satu ruang keluarga, rumah tersebut tidak memiliki halaman rumah, bagian depan rumah merupakan jalan akses menuju rumah tetangga. Terdapat sembilan orang di dalam rumah. Interaksi antar anggota keluarga

berjalan baik. Pasien memiliki hubungan erat dengan ayahnya. Hubungan dengan tetangga tidak ada konflik, namun jarang terjadi interaksi. Sinar matahari dan udara tidak dapat masuk dengan baik ke dalam rumah karena ventilasi yang kurang. Penerangan di dalam rumah menggunakan listrik. Sumber air yang digunakan berasal dari sumur. Pola pengobatan keluarga merupakan kuratif.

Hasil

Pasien An. AF, tiga tahun tujuh bulan, datang ke Puskesmas Satelit pada 9 Mei 2018. Keluhan utama: Demam hilang timbul dan naik menjelang malam sejak tiga hari yang lalu. Keluhan tambahan: pusing, mual, muntah dua kali sejak satu hari yang lalu, BAB cair satu kali sebelum masuk puskesmas, badan lemas, nafsu makan menurun. Pemeriksaan fisik: keadaan umum tampak sakit sedang. Suhu 40,2°C, Nadi 104x/menit, laju pernafasan 28x/menit, Berat Badan 15kg, Tinggi 96 cm, IMT dengan kesan gizi cukup. Pada mata, konjungtiva ananemis, sklera anikterik. Telinga dan hidung dalam batas normal. Bibir tampak kering, lidah kotor (+). Tes *rumple leed* positif. Pemeriksaan penunjang dilakukan pemeriksaan darah lengkap dan serologi dengan hasil leukositopenia, trombositopenia, paratyphi O 1/320, Paratyphi BO 1/320.

Keluarga pasien merupakan bentuk *extended family* yaitu terdiri dari beberapa kepala keluarga dan terdiri dari tiga generasi. Jarak rumah ke puskesmas ± 3 km.

Diagnosis holistik awal pada pasien terjabar dalam empat aspek. Aspek personal yaitu: Alasan kedatangan; yaitu ingin berobat karena anak sudah demam tiga hari dan tampak lemas; Persepsi: Keluarga pasien takut bahwa keadaan pasien berbahaya dan dapat mengancam jiwa; Harapan: penyakit yang dialami dapat sembuh sempurna dan pasien dapat beraktivitas seperti sedia kala sebelum sakit. Aspek diagnosis klinis awal, yaitu: demam *Dengue* Koinfeksi DT (ICD X: A.91 dan A.01; ICPC : A.77 dan D.70). Aspek ketiga, risiko Internal, yaitu: usia anak 3 tahun 7 bulan, perilaku kesehatan pasien sangat bergantung dengan keluarga; pasien belum bersekolah sehingga tidak diajarkan cara menjaga higienitas personal, dalam hal ini mencuci tangan. Aspek risiko eksternal dan psikososial, yaitu: dukungan keluarga kurang optimal/terbatas dalam mengantarkan pasien

ke puskesmas jika sakit terlihat parah dan mengganggu; kurangnya pengetahuan keluarga mengenai perilaku menjaga kebersihan makanan, minuman dan sanitasi; lingkungan rumah kumuh (ICD 10–Z.58); pendapatan perkapita rendah (ICD 10–Z.59.6); ventilasi kurang, cahaya matahari sulit masuk ke rumah; terdapat sumur di dalam rumah; banyak gantungan pakaian di dalam kamar tidur; barak sumur dan *septic tank* hanya 3 meter; lantai dapur hanya dilapisi tanah; luas kamar tidur tidak sesuai dengan jumlah penghuni kamar tersebut; tiga orang anggota keluarga adalah perokok (ICD 10–Z.91.11). Dari diagnosis holistik awal tersebut dapat diketahui bahwa derajat fungsional pasien adalah 2.

Intervensi yang dilakukan pada pasien berupa pencegahan dalam bentuk edukasi dan konseling mengenai pola hidup sehat, diet, olahraga. Pada pasien dilakukan empat kali kunjungan. Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient centered* dan *family focused*.

Intervensi *Pasien Centered* berupa terapi non farmakologi: konseling agar anak banyak minum dan tidak makan makanan sembarangan, edukasi dan konseling waktu-waktu kapan harus mencuci tangan dan langkah cuci tangan WHO; terapi farmakologi: ceftriaxone 2 x 600 mg (CPG: WHO, 2011), paracetamol 3 x 150 mg (CPG: WHO, 2011), terapi cairan RL 1.800mL/hari (CPG: WHO, 2012; WHO, 2012; IDAI, 2014). Intervensi *Family focus* berupa edukasi dan konseling mengenai penyebab, risiko, dan pencegahan penyakit DBD dan DT, edukasi mengenai standar rumah sehat dan risiko yang mengancam, edukasi kepada anggota keluarga untuk mengenali tanda bahaya pada anak dan lebih baik melakukan pencegahan dibandingkan pengobatan, edukasi untuk selalu menjalankan pola hidup sehat (menjaga kebersihan air, menjaga kebersihan penyediaan makanan, menjaga kebersihan sanitasi).^{5,6,7}

Diagnosis holistik akhir pada kasus ini pada aspek personal: keluarga pasien mengetahui tanda bahaya pada anak dan bersedia melakukan tindakan pencegahan dan kontrol ke pusat pelayanan kesehatan primer. Aspek diagnosis klinis: Demam Berdarah Dengue Koinfeksi DT (ICD X: A.91 dan A.01; ICPC 2: A.77 dan D.70). Aspek risiko internal:

pasien bersedia untuk tidak jajan atau memakan makanan sembarangan, pasien mengerti dan mampu melakukan cuci tangan WHO, serta mengetahui kapan harus cuci tangan. Aspek risiko eksternal: keluarga pasien bersedia membersihkan genangan air disekitar rumahnya, menguras bak mandi seminggu sekali, menguras bagian atas sumur seminggu sekali, menutup sumur jika sedang tidak digunakan, membuka pintu rumah dan kamar minimal dua kali sehari, tidak menggantung pakaian di dalam kamar, menjaga kebersihan air, makanan, sanitasi dan cuci tangan WHO, serta anggota keluarga yang merokok mengurangi jumlah konsumsi rokoknya dan tidak merokok di dalam rumah.

Setelah dilakukan intervensi, dapat dilihat bahwa derajat fungsional 1.

Pembahasan

Demam *Dengue* (DD) merupakan sindrom benigna yang disebabkan oleh "*anthropod borne viruses*" dengan ciri demam bifasik, mialgia atau atralgia, *rash*, leukopeni dan limfadenopati. Penyakit ini disebabkan virus yang ditransmisikan oleh nyamuk. *Dengue* memiliki variasi tampilan klinis mulai dari demam ringan (demam dengue) hingga manifestasi perdarahan yang fatal, hingga *Dengue Shock Syndrome* (DSS). Penyebaran virus ini akan semakin cepat akibat populasi nyamuk yang meningkat pesat saat musim hujan. Golongan penderita DD sebagian besar tinggal di lingkungan lembab atau daerah pinggiran kumuh. Pada DD terjadi peningkatan permeabilitas vaskuler yang ditandai oleh hemokonsentrasi atau penumpukan cairan di rongga tubuh tanpa adanya perdarahan spontan, misalnya petekie yang muncul jika dilakukan uji *rumpel leed*. Pada DBD (Demam Berdarah Dengue) sudah didapatkan perdarahan spontan, seperti epistaksis, gusi berdarah, petekie, dan lain-lain. Sindrom renjatan dengue (*dengue shock syndrome*) adalah demam berdarah dengue yang ditandai oleh syok.^{8,9}

Lama perjalanan penyakit *dengue* klasik umumnya berlangsung selama 7 hari dan terdiri atas 3 fase, yaitu fase demam, fase kritis, dan fase penyembuhan. WHO mengklasifikasikan diagnosis *Dengue* berdasarkan gejala klinis dan pemeriksaan penunjang.^{6,10}

Diagnosis demam *dengue* ditegakkan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang. Pemeriksaan serologi antibodi IgM spesifik *dengue* merupakan salah satu pemeriksaan yang penting dilakukan.^{11,12}

Gerakan pencegahan DD yang umum dikenal masyarakat ialah 3M Plus (segala bentuk pencegahan DBD), berhasilnya gerakan tersebut sangat bergantung dengan pengetahuan, kepedulian, dan kesadaran masyarakat itu sendiri.⁸

Demam tifoid adalah penyakit infeksi akut disebabkan oleh jenis *Salmonella* tertentu yaitu *S. typhi*, *S. paratyphi A*, dan *S. paratyphi B* dan kadang jenis *Salmonella* yang lain. Sumber penularan penyakit DT melalui *orofecal*.⁹ Sebagian kuman akan dimusnahkan dalam lambung oleh asam lambung. Sisa kuman yang tidak mati masuk ke usus halus, mencapai jaringan limfoid lalu berkembang biak. Kuman kemudian masuk aliran darah dan mencapai sel-sel retikuloendotelial hati, limpa dan organ-organ lainnya.^{2,3}

Gejala DT dikelompokkan menjadi dua kelompok utama yaitu gejala utama (demam, nyeri kepala, pusing, nyeri otot, anoreksia, mual/muntah, obstipasi/diare, perasaan tidak enak di perut, batuk, epistaksis) dan gejala tambahan (kembung, hepatomegali, splenomegali, lidah kotor tepi hiperemi, nyeri ulu hati, nyeri lambung, nyeri otot, sakit kepala).⁷

Pada pemeriksaan penunjang yang dilakukan berupa darah rutin dan serologi. Pada pemeriksaan darah rutin didapatkan kadar Hb dan trombosit menurun. Pada serologi widal didapatkan kenaikan titer *S. typhi* titer O 1:200 atau kenaikan 4 kali titer fase akut ke fase konvalesens. Pada pasien febris tiga hari atau lebih di daerah endemis demam *dengue*, pemeriksaan yang pertama kali harus dilakukan ialah untuk menemukan infeksi *dengue*, jika telah dikonfirmasi positif maka dilanjutkan dengan pemeriksaan serologi widal, karena *typhoid* merupakan salah satu koinfeksi tertinggi yang terjadi bersamaan dengan DD. Pemeriksaan tersebut juga perlu dilakukan untuk mengetahui apakah sedang terjadi koinfeksi *dengue* dengan *typhoid* atau suatu infeksi atipikal baru.¹¹

Penatalaksanaan DT pada anak dibagi menjadi dua yaitu nonmedikamentosa dan medikamentosa. Pada nonmedikamentosa dilakukan edukasi untuk menjaga kebersihan

air, makanan dan sanitasi. Untuk medikamentosa diberikan antibiotik berupa chloramphenicol dan antipiretik, yaitu paracetamol. Tiga bulan setelah pengobatan, bakteri penyebab masih dapat ditemukan dalam tinja pasien, 2-3% diantaranya dapat menjadi *carrier* penyakit typhoid. Oleh karena itu, edukasi dan konseling yang baik sangat diperlukan dalam pencegahan relapsnya typhoid pada pasien atau pun pencegahan berjangkitnya penyakit yang sama pada anggota keluarga lain.^{7,13}

Diagnosis pada pasien ditegakkan berdasarkan anamnesis didapatkan keluhan demam hilang timbul dan naik menjelang malam sejak 3 hari yang lalu, disertai pusing, anoreksia, mual muntah, BAB cair, serta badan terasa lemas. Pasien belum pernah mengalami hal yang serupa sebelumnya. Saat usia pasien sekitar dua tahun, pasien pernah mengalami pneumonia dan dirawat di RS selama satu minggu. Tidak ada anggota keluarga yang pernah atau sedang mengalami hal serupa. Terdapat riwayat TB paru pada keluarga.

Dari pemeriksaan fisik didapatkan anak febris dengan suhu 40,2°C, bibir kering, lidah tifoid, dan tes *rumple leed* positif. Pada pasien dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan darah rutin didapatkan penurunan Hb tidak bermakna, trombositopenia dan peningkatan hematokrit, pemeriksaan serologi antibodi IgM spesifik *dengue* tidak dilakukan karena ketidaksediaan alat. Pada pemeriksaan serologi didapatkan hasil peningkatan titer O dan BO yaitu masing-masing 1/320 untuk *S. paratyphi*.

Infeksi *S. paratyphi* berbeda dengan *S. typhi*. Infeksi *S. paratyphi* cenderung lebih ringan, jarang mengalami komplikasi dan lebih cepat sembuh dibandingkan dengan infeksi *S. typhi*, *S. paratyphi* pertama kali menyerang di bagian saluran cerna dan baru dapat menyebar ke bagian tubuh lain jika pengobatan tidak adekuat, berbeda dengan *S. typhi*, pada awal infeksi dapat langsung menyerang secara sistemik. Namun demikian, *relapse rate* pada *S. paratyphi* lebih tinggi dibandingkan dengan *S. typhi*.¹³

Observasi atau perawatan di Puskesmas Satelit dilakukan sampai kadar trombosit meningkat sampai 150.000 dan keadaan umum membaik. Pasien diberikan terapi farmakologis antibiotik ceftriaxone dan

antipiretik parasetamol. Pada pasien ini di pantau terapi cairannya sesuai protokol dan pemantauan kadar trombosit.

Pelaksanaan pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan mengintervensi pasien beserta keluarga sebanyak lima kali. Kunjungan pertama pada 10 Mei 2018 saat pasien dirawat di Puskesmas Satelit, kunjungan kedua dan ketiga pada 12 dan 14 Mei 2018 di rumah pasien. Pada kunjungan keluarga pertama, kedua dan ketiga dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang keluarga dan perihal penyakit yang telah diderita. Dari hasil kunjungan tersebut, sesuai konsep *Mandala of Health*, dari segi perilaku kesehatan keluarga pasien masih mengutamakan kuratif daripada preventif dan memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit-penyakit yang ia derita. Lingkungan psikososial, hubungan antar anggota keluarga baik dan jarang mengalami masalah. Hal ini dapat mendukung pasien dalam menjalani pengobatan yang dapat dilihat dari seluruh anggota keluarga memberikan dukungan. Kondisi keuangan keluarga pasien hanya cukup untuk memenuhi kebutuhan primer. Hanya tiga dari sembilan anggota keluarga yang bekerja. Hubungan pasien dengan tetangga sekitar rumah terjalin baik tanpa konflik, namun tidak begitu akrab. Lingkungan fisik, pemukiman cukup padat penduduk, di samping kanan, kiri dan depan rumah pasien terdapat rumah dengan jalan sempit dan banyak genangan air. Dalam hal lingkungan tempat tinggal pencahayaan rumah, luas ventilasi dan kepadatan hunian, menurut Kemenkes RI No.829/MenKes/ SK/VII/1999 pencahayaan yang memenuhi syarat dengan intensitas minimal ≥ 60 lux. Pencahayaan berasal dari cahaya alami (cahaya matahari) dipengaruhi letak dan lebar jendela, untuk mendapatkan pencahayaan secara maksimal jendela paling sedikit luasnya 20% dari luas lantai ruangan.¹⁰ Keadaan ventilasi kurang ideal, sehingga pencahayaan di dalam rumah sangat kurang dan rumah terkesan lembab.

Rumah An. AF dihuni oleh sembilan orang dengan luas rumah 10 x 10 m terdapat empat kamar tidur. Tiap kamar memiliki luas sekitar 2,5x3m², kecuali kamar nenek pasien dengan luas sekitar 1,5x2,5m² dengan lantai

tanah. Kepadatan penghuni adalah perbandingan antara luas lantai rumah dengan jumlah anggota keluarga dalam satu rumah tinggal.¹⁰ Pesyaratan kepadatan hunian untuk seluruh perumahan biasa dinyatakan dalam m² per orang.

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, berarti kepadatan penghuni kamar tidur tidak memenuhi syarat. Semakin banyaknya penghuni, maka kadar oksigen bebas dalam ruangan menurun (<20,7%) dan diikuti oleh peningkatan CO₂ bebas (>0,04%) sehingga daya tahan tubuh penghuninya menurun, ruangan yang sempit akan membuat nafas sesak dan mudah tertular penyakit dari anggota keluarga lain.¹⁴

Untuk mengurangi risiko menderita DD dan DT, An. AF dan keluarga diberikan pengetahuan mengenai cara pengendalian dan pencegahan penyakit DD dan DT. Pencegahan dapat berupa dengan merapikan semua barang yang berada di dalam ruangan dengan rapi, dianjurkan untuk tidak menggantung barang-barang atau pun pakaian dalam ruangan, menutup sumbu ketika tidak digunakan, menguras tampungan air setidaknya satu minggu sekali, dan membersihkan genangan air di lingkungan rumah, serta memperhatikan kebersihan air untuk diminum, kebersihan penyediaan makanan dan lingkungan, juga mencuci tangan sebelum memasak dan makan.

Kunjungan keempat dilakukan pada tanggal 27 Mei 2018, dengan tujuan intervensi terhadap pasien. Pasien diberikan intervensi dengan menggunakan media utama *flip chart* yang berisi pengetahuan mengenai DD dan DT. Media-media ini membahas tentang penyakit DBD mulai dari penyebab, gejala klinis, komplikasi, penatalaksanaan hingga pencegahan yang dapat dilakukan. Yang dalam hal ini ditekankan pada cara penularan penyakit, gaya hidup sehat, serta menjaga kebersihan lingkungan. Intervensi ini dilakukan dengan tujuan untuk mencegah penularan penyakit ke anggota keluarga yang lain, serta merubah gaya hidup pasien berupa perilaku hidup bersih dan sehat.

Sebelum dilakukan intervensi, dilakukan *pretest* mengenai materi yang akan disampaikan sebagai tolak ukur indikator keberhasilan kunjungan selanjutnya. Kemudian setelah dilakukan penyampaian edukasi dan konseling, keluarga pasien diberi tabel berisi kegiatan yang harus dilakukan, hasil tersebut juga berguna sebagai indikator keberhasilan intervensi.

Ada beberapa langkah atau proses sebelum orang mengadopsi perilaku baru yaitu *awareness*, kemudian *interest*, lalu *evaluation*, dilanjutkan *trial* dan pada tahap akhir adalah *adoption*. Edukasi yang diberikan berupa pola hidup bersih dan sehat, rumah yang bersih, makanan yang sehat. Edukasi ini disampaikan dengan bantuan media *flip chart* yang berisi informasi mengenai penyakit DD dan DT.

Kunjungan kelima dilakukan pada tanggal 3 Juni 2018. Dilakukan *posttest*, didapatkan peningkatan skor dibandingkan saat *pretest*, yaitu sebesar rata-rata 4 poin, dan keluarga pasien dapat menerapkan dalam kehidupan sehari-hari. Tabel kegiatan yang harus dilakukan juga dinilai untuk mengetahui keinginan dan usaha pasien untuk mencegah terjangkit kembali penyakit yang sebelumnya diderita An. AF. Dalam kunjungan kali ini tetap dilakukan motivasi kepada pasien dan keluarganya agar pasien dan keluarga senantiasa menerapkan gaya hidup sehat yang pada akhirnya meningkatkan kualitas hidup pasien dan anggota keluarga lainnya.

Simpulan

Diagnosis dan penatalaksanaan DD dan DT pada kasus ini sudah sesuai dengan beberapa teori. Pentingnya fungsi dan dukungan keluarga agar memberikan hasil yang baik terhadap pencegahan berjangkit kembalinya penyakit yang diderita pasien. Telah terjadi peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku pada An. AF dan keluarga mengenai perilaku hidup bersih dan sehat.

Daftar Pustaka

1. Dinkes Provinsi Lampung. Profil kesehatan provinsi lampung tahun 2015. Lampung: Dinkes Provinsi Lampung; 2016.

2. Kemenkes RI. Pusat data dan informasi kementerian kesehatan RI. Jakarta: Kemenkes RI; 2016.
3. Soedarmo S, Garna H. Buku ajar infeksi dan pediatri tropis edisi kedua Cetakan ketiga. Jakarta: Badan Penerbit IDAI; 2012. hlm. 338-346.
4. Kemenkes RI. Buku pedoman pengendalian penyakit DT. Jakarta: Sub Direktorat Diare dan Infeksi Pencernaan Direktorat Pengendalian Penyakit Menular Langsung. Jakarta: Kemenkes RI; 2013.
5. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Formularium spesialisik ilmu kesehatan anak. Jakarta: IDAI; 2009.
6. WHO. World health organization and the special programme for research and training in tropical diseases. Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. Geneva: WHO Press; 2009.
7. WHO. Guidelines for the management of typhoid fever. Zimbabwe: European Commission; 2011.
8. Ahmadi UF. Jendela epidemiologi demam berdarah dengue. Pusat data dan surveilans epidemiologi. Jakarta: Kemenkes RI; 2010.
9. Suroso T. Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue, Edisi Bahasa Indonesia. Jakarta: Depkes RI; 2008.
10. Kemenkes RI. Riset kesehatan dasar 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI; 2013.
11. Prasetyo N, Risky V, Ismoedijanto N. Metode diagnostik DT pada anak. Surabaya: FK UNAIR; 2010. hlm. 25-26.
12. WHO. Handbook for clinical management of dengue. Switzerland: WHO; 2012. hlm. 87-89.
13. Zarni W, Graham S, Fiona J. Deep-Seated resistance in relapsed paratyphoid fever. J Clinical Infectious Disease. London: St. Mary's Hospital. 2008; 21(5):32-7.
14. Permenkes RI. Pedoman perilaku hidup bersih dan sehat, Permenkes RI No 2269/Menkes/Per/XI/2011. Jakarta: Kementerian RI; 2011.