

SEORANG LAKI-LAKI BERUSIA 34 TAHUN DENGAN MALARIA VIVAX: LAPORAN KASUS

Annisa Maulidya *

* Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

** Bagian Ilmu Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Karanganyar

Abstrak

Infeksi virus dengue merupakan masalah kesehatan utama di 100 negara-negara tropis dan subtropis di Asia Tenggara, Pasifik Barat, Amerika Tengah, dan Amerika Selatan.1 Kira-kira 50 juta kasus baru terjadi di seluruh dunia setiap tahunnya. Faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan dan penyebaran kasus dengue ini sangat kompleks, yaitu pertumbuhan penduduk, urbanisasi yang tidak terencana dan tidak terkontrol, tidak adanya kontrol terhadap nyamuk yang efektif di daerah endemik, dan peningkatan sarana transportasi. Morbiditas dan mortalitas infeksi dengue dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain status imunologis pejamu, kepadatan vektor nyamuk, transmisi virus dengue, faktor keganasan virus, dan kondisi geografis setempat. Laporan kasus ini menyajikan wanita 35 tahun dengan dengue hemorrhagic fever dari hasil pemeriksaan penunjang.

Kata Kunci: Dengue Hemorrhagic Fever

PENDAHULUAN

DBD diketahui disebabkan oleh virus dengue. Virus dengue merupakan RNA virus dengan nukleokapsid ikosahedral dan dibungkus oleh lapisan kapsul lipid. Virus ini termasuk kedalam kelompok arbovirus B, famili Flaviviridae, genus Flavivirus. Flavivirus merupakan virus yang berbentuk sferis, berdiameter 45-60 nm, mempunyai RNA positif sense yang terselubung, bersifat termolabil, sensitif terhadap inaktivasi oleh dietil eter dan natrium dioksikolat, stabil pada suhu 70oC4,7. Virus dengue mempunyai 4 serotipe, yaitu DEN 1, DEN 2, DEN 3, DEN 4.3

Manifestasi klinis dengue selain dipengaruhi oleh virus dengue itu sendiri, terdapat 2 faktor lain yang berperan yaitu faktor host dan vektor perantara. Virus dengue dikatakan menyerang manusia dan primata yang lebih rendah. Penelitian di Afrika menyebutkan bahwa monyet dapat terinfeksi virus ini.

Walaupun demam dengue (DD) dan demam berdarah dengue(DBD) disebabkan oleh virus yang sama, tapi mekanisme patofisiologisnya yang berbeda yang menyebabkan perbedaan klinis. Perbedaan yang utama adalah hemokonsentrasi yang khas pada DBD yang bisa mengarah pada kondisi renjatan.

Renjatan itu disebabkan karena kebocoran plasma yang diduga karena proses imunologi. Pada demam dengue hal ini tidak terjadi. Manifestasi klinis demam dengue timbul akibat reaksi tubuh terhadap masuknya virus. Virus akan berkembang di dalam peredaran darah dan akan ditangkap oleh makrofag. Segera terjadi viremia selama 2 hari sebelum timbul gejala dan berakhir setelah lima hari gejala panas mulai. Makrofag akan segera bereaksi dengan menangkap virus dan memprosesnya sehingga makrofag menjadi APC (Antigen Presenting Cell). Antigen yang menempel di makrofag ini akan mengaktifasi sel T-Helper dan menarik makrofag lain untuk memfagosit lebih banyak virus. T-helper akan mengaktifasi sel T-sitotoksik yang akan melisis makrofag yang sudah memfagosit virus. Juga mengaktifkan sel B yang akan melepas antibodi. Ada 3 jenis antibodi yang telah dikenali yaitu antibodi netralisasi, antibodi hemagglutinasi, antibodi fiksasi komplemen.

LAPORAN KASUS

Pasien datang dengan keluhan lemas sejak 2 hari SMRS. Dirasakan lemas setiap saat dan disertai mual dan perut tidak enak. Pasien juga mengeluhkan adanya demam sudah 1 hari, dan pasien belum pernah mengkonsumsi obat untuk mengurangi keluhannya. Pasien juga mengeluhkan adanya pusing (nggliyeng) yang bersifat hilang timbul.

Pasien mengeluhkan bahwa nafsu makannya berkurang karena perutnya terasa mual, pada saat ini pasien mengatakan bahwa dirinya semakin merasa lemas, namun demamnya sudah menurun.

Selain itu pasien juga mengeluhkan adanya mual (+), muntah (+) 1 kali berisi cairan, dan nyeri ulu hati (+) sejak 2 hari SMRS. Nafsu makan pasien menurun. Pasien tidak ada keluhan perdarahan seperti mimisan, buang air besar hitam, gusi berdarah.

Saat ini pasien mengeluh demam (+), sesak (-), batuk (+), pusing (+), nyeri perut (+), mual (+), muntah (+). BAK tak ada keluhan. BAB mencret 2 kali/hari dan konsistensi cair.

Pada pemeriksaan didapatkan kondisi umum sedang, *compos mentis*, tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 75x/menit, *respiratory rate* 20x/menit dengan SpO₂ 99%, suhu 38,5°C. Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil dalam batas normal.

PEMBAHASAN

1. IDENTITAS PASIEN

Nama : Ny ET
Jenis Kelamin : Perempuan
Usia : 35 tahun
Diagnosis : DHF

2. ANAMNESIS

Dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik di bangsal cempaka

a. Keluhan utama

Lemas

Riwayat penyakit sekarang

Pasien datang dengan keluhan lemas sejak 2 hari SMRS. Dirasakan lemas setiap saat dan disertai mual dan perut tidak enak. Pasien juga mengeluhkan adanya demam sudah 1 hari, dan pasien belum pernah mengkonsumsi obat untuk mengurangi keluhannya. Pasien juga mengeluhkan adanya pusing (nggliyeng) yang bersifat hilang timbul.

Pasien mengeluhkan bahwa nafsu makannya berkurang karena perutnya terasa mual, pada saat ini pasien mengatakan bahwa dirinya semakin merasa lemas, namun demamnya sudah menurun.

b. Riwayat penyakit dahulu :

- 1) Riwayat gejala serupa: Disangkal
- 2) Riwayat alergi : Disangkal
- 3) Riwayat diabetes mellitus : Disangkal
- 4) Riwayat penyakit paru kronis : Disangkal
- 5) Riwayat penyakit jantung : Disangkal
- 6) Riwayat hipertensi : Disangkal
- 7) Riwayat penyakit hati : Disangkal
- 8) Riwayat penyakit ginjal : Disangkal
- 9) Riwayat asma: Disangkal
- 10) Riwayat monдок di RS : Disangkal

c. Riwayat kebiasaan

- 1) Riwayat merokok: Disangkal
Riwayat minum alcohol : Disangkal
- 2) Riwayat konsumsi obat penenang: Disangkal
- 3) Riwayat konsumsi narkotika : Disangkal

d. Riwayat Keluarga

- 1) Riwayat asma : Disangkal
- 2) Riwayat diabetes mellitus : Disangkal
- 3) Riwayat penyakit paru kronis : Disangkal
- 4) Riwayat penyakit jantung : Disangkal

- 5) Riwayat hipertensi : Disangkal
- 6) Riwayat penyakit hati : Disangkal
- 7) Riwayat penyakit ginjal : Disangkal
- 8) Riwayat asma: Disangkal

e. Riwayat Kebiasaan/Pola Hidup

- 1) Riwayat diet: Pasien makan dan minum tidak pilih-pilih, makan dan minum apa saja yang disediakan.
- 2) Riwayat berolahraga : Pasien jarang berolahraga.

3. PEMERIKSAAN FISIK

a. Status Generalis (Saat Masuk Rumah Sakit)

- 1) Keadaan Umum: Lemas
- 2) Kesadaran: Compos mentis (GCS: E4V5M6)
- 3) Tekanan Darah : 110/70 mmHg
- 4) Nadi : 126 kali/menit
- 5) Respirasi : 20 kali/menit
- 6) Suhu : 39,8 °C

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Kepala : normocephal, simetris, deformitas (-)
- 2) Mata : konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pupil bulat, isokor
- 3) THT : deformitas telinga(-), deviasi hidung (-), deformitas palatum (-)
- 4) Mulut : bibir tidak sianosis
- 5) Leher : deformitas (-), pembesaran KGB (-)
- 6) Kulit : anemis (-), sianosis (-)

Thorax :

1. Pulmo :
 - a. Inspeksi : gerak dada simetris, retraksi (-/-)
 - b. Palpasi : fremitus kanan = kiri
 - c. Perkusi : sonor di seluruh lapangan paru
 - d. Auskultasi : ronkhi (-/-), wheezing (-/-)

2. Jantung :

- a. Inspeksi : iktus cordis tidak tampak
- b. Palpasi : iktus cordis teraba di SIC V linea midklavikula sinistra
- c. Perkusi : redup
- d. Auskultasi : BJ I-II reguler, murmur (-), gallop (-)

Abdomen :

1. Inspeksi : datar, distended (-)
2. Auskultasi : bising usus normal
3. Perkusi : timpani
4. Palpasi : nyeri tekan regio hipokondriaca dextra dan epigastrium, massa (-)

Ekstremitas :

Akral dingin

-	-
-	-

Oedema

-	-
-	-

1. Pemeriksaan Penunjang

- **Darah Rutin dan Kimia**

Darah

Pemeriksaan	6-9-19	Rujukan
Hb	11,4	11,6-16,3
HCT	35,7	40-52
Leukosit	5,17	4,4-11,3
Eritrosit	3,98	4.5-5.9
Trombosit	165	139-335
MCV	89,7	82.0-92.0
MCH	28,7	28.0-33.0
MCHC	32	32.0-37.0
Netrofil	88,3	50.0-70.0

Limfosit	4,9	25.00-40.00
Monosit	6,1	3.0-9.0

4. DIAGNOSIS

- Suspek DHF

5. TERAPI

a. Farmakologi

- Infus RL 30tpm
- Injeksi Ondansentron / extra
- Injeksi Santagesik / 8 jam

6. FOLLOW UP

Tanggal : 6 September 2019

<p>S : batuk, pilek</p> <p>O :</p> <p>KU : Cukup</p> <p>Kes: CM</p> <p>TD : 110/70</p> <p>HR : 110x/m</p> <p>RR : 20x/m</p> <p>S : 39.2°</p> <p>Kepala :</p> <p style="padding-left: 20px;">Normocephal</p> <p style="padding-left: 20px;">Conjungtiva Anemis (-/-)</p> <p style="padding-left: 20px;">Sklera Ikterik (-/-)</p> <p>Leher :</p> <p style="padding-left: 20px;">Pembesaran KGB (-)</p> <p>Thorax :</p> <p style="padding-left: 20px;">Pulmo : SDV (+/+), Wh (-/-), Rh (-/-)</p>	<p>P :</p> <p>-Inf RL 20tpm</p> <p>- inj ondansentron/8j</p> <p>- inj santagesik/8j</p> <p>- inj ranitidin/12j</p> <p>- sucralfat syr 3x C1</p>
---	--

<p>Cor : BJ I-II intesitas reguler, bising (-)</p> <p>Abdomen : Nyeri tekan (-)</p> <p>Extremitas : Edema (-)</p> <p>A : Susp DHF</p>	
--	--

Tanggal : 7 September 2019

<p>S : mual, muntah, pusing</p> <p>O :</p> <p>KU : Cukup</p> <p>Kes: CM</p> <p>TD : 110/80</p> <p>HR : 85x/m</p> <p>RR : 20x/m</p> <p>S : 36.7°</p> <p>AT : 43.000</p> <p>Kepala :</p> <p style="padding-left: 20px;">Normocephal</p> <p style="padding-left: 20px;">Conjungtiva Anemis (-/-)</p> <p style="padding-left: 20px;">Sklera Ikterik (-/-)</p> <p>Leher :</p> <p style="padding-left: 20px;">Pembesaran KGB (-)</p> <p>Thorax :</p> <p style="padding-left: 20px;">Pulmo : SDV (+/+), Wh (-/-), Rh (-/-)</p>	<p>P :</p> <p>-Inf RL 20tpm</p> <p>- inj ondansentron/8j</p> <p>- inj santagesik/8j</p> <p>- sucralfat syr 3x C1</p> <p>- inj omeprazole/12j</p> <p>- alprazolam 0-0-1</p>
---	---

<p>Cor : BJ I-II intesitas reguler, bising (-)</p> <p>Abdomen : Nyeri tekan (-)</p> <p>Extremitas : Edema (-)</p> <p>A : Susp DHF</p>	
---	--

Tanggal : 8 September 2019

<p>S : mual,muntah</p> <p>O :</p> <p>KU : Cukup</p> <p>Kes: CM</p> <p>TD : 120/80</p> <p>HR : 82x/m</p> <p>RR : 20x/m</p> <p>S : 36.1°</p> <p>AT : 41.000</p> <p>Kepala :</p> <p>Normocephal</p> <p>Conjungtiva Anemis (-/-)</p> <p>Sklera Ikterik (-/-)</p> <p>Leher :</p> <p>Pembesaran KGB (-)</p> <p>Thorax :</p> <p>Pulmo : SDV (+/+), Wh (-/-), Rh (-/-)</p> <p>Cor : BJ I-II intesitas reguler, bising (-)</p> <p>Abdomen :</p>	<p>P :</p> <p>-Inf RL 20tpm - inj ondansentron/8j - inj santagesik/8j - sucralfat syr 3x C1 - inj omeprazole/12j - alprazolam 0-0- 1</p>
---	---

<p>Nyeri tekan (-)</p> <p>Extremitas : Edema (-)</p> <p>A : DHF</p>	
---	--

Tanggal : 9 September 2019

<p>S : nyeri perut,mimisan</p> <p>O :</p> <p>KU : Cukup</p> <p>Kes: CM</p> <p>TD : 100/80</p> <p>HR : 83x/m</p> <p>RR : 20x/m</p> <p>S : 36.1°</p> <p>AT : 32.000</p> <p>Kepala :</p> <p>Normocephal</p> <p>Conjungtiva Anemis (-/-)</p> <p>Sklera Ikterik (-/-)</p> <p>Leher :</p> <p>Pembesaran KGB (-)</p> <p>Thorax :</p> <p>Pulmo : SDV (+/+), Wh (-/-), Rh (-/-)</p> <p>Cor : BJ I-II intesitas reguler, bising (-)</p> <p>Abdomen : Nyeri tekan (-)</p> <p>Extremitas : Edema (-)</p>	<p>P :</p> <p>-Inf RL 20tpm - inj ondansentron/8j - inj santagesik/8j - sucralfat syr 3x C1 - alprazolam 0-0- 1 - codein 3x1 - Inj Mp 2x62,5</p>
---	---

A : DHF	
-------------------	--

Tanggal : 10 September 2019

<p>S : nyeri perut,lemas,susah makan dan minum karena mual, susah BAB</p> <p>O :</p> <p>KU : lemah</p> <p>Kes: CM</p> <p>TD : 120/80</p> <p>HR : 72x/m</p> <p>RR : 17x/m</p> <p>S : 36.7°</p> <p>AT : 43.000</p> <p>Kepala :</p> <p> Normocephal</p> <p> Conjungtiva Anemis (-/-)</p> <p> Sklera Ikterik (-/-)</p> <p>Leher :</p> <p> Pembesaran KGB (-)</p> <p>Thorax :</p> <p> Pulmo : SDV (+/+), Wh (-/-), Rh (-/-)</p> <p> Cor : BJ I-II intesitas reguler, bising (-)</p> <p>Abdomen :</p> <p> Nyeri tekan (-)</p> <p>Extremitas :</p> <p> Edema (-)</p>	<p>P :</p> <p>-Inf RL pm+drip nisentron/12j</p> <p>- inj ondansentron/8j</p> <p>- inj santagesik/8j</p> <p>- inj omz/12j</p> <p>- sucralfat syr 3x C1</p> <p>- alprazolam 0-0-1</p> <p>- codein 3x1</p> <p>- Inj Mp 2x62,5</p>
---	---

A : DHF	
-------------------	--

Tanggal : 11 September 2019

<p>S : perut mbesesek</p> <p>O :</p> <p>KU : sedang</p> <p>Kes: CM</p> <p>TD : 140/80</p> <p>HR : 57x/m</p> <p>RR : 19x/m</p> <p>S : 36.7°</p> <p>AT : 107.000</p> <p>Kepala :</p> <p> Normocephal</p> <p> Conjungtiva Anemis (-/-)</p> <p> Sklera Ikterik (-/-)</p> <p>Leher :</p> <p> Pembesaran KGB (-)</p> <p>Thorax :</p> <p> Pulmo : SDV (+/+), Wh (-/-), Rh (-/-)</p> <p> Cor : BJ I-II intesitas reguler, bising (-)</p> <p>Abdomen :</p> <p> Nyeri tekan (-)</p> <p>Extremitas :</p> <p> Edema (-)</p> <p>A : DHF</p>	<p>P :</p> <p>-Inf RL 20tpm</p> <p>- inj santagesik/8j</p>
---	---

Tanggal : 12 September 2019

<p>S : tidak ada keluhan</p> <p>O :</p> <p>KU : sedang</p> <p>Kes: CM</p> <p>TD : 140/80</p> <p>HR : 64x/m</p> <p>RR : 18x/m</p> <p>S : 36.4°</p> <p>AT : 156.000</p> <p>Kepala :</p> <p style="padding-left: 20px;">Normocephal</p> <p style="padding-left: 20px;">Conjungtiva Anemis (-/-)</p> <p style="padding-left: 20px;">Sklera Ikterik (-/-)</p> <p>Leher :</p> <p style="padding-left: 20px;">Pembesaran KGB (-)</p> <p>Thorax :</p> <p style="padding-left: 20px;">Pulmo : SDV (+/+), Wh (-/-), Rh (-/-)</p> <p style="padding-left: 20px;">Cor : BJ I-II intesitas reguler, bising (-)</p> <p>Abdomen :</p> <p style="padding-left: 20px;">Nyeri tekan (-)</p> <p>Extremitas :</p> <p style="padding-left: 20px;">Edema (-)</p> <p>A :</p> <p>DHF</p>	<p>P :</p> <p>-Inf RL 20tpm</p> <p>- inj santagesik/8j</p>
---	---

7. EDUKASI

- a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai penyakitnya, factor resiko serta komplikasinya
- b. Menyarankan agar tetap control teratur kerumah sakit
- c. Memotivasi keluarga untuk memberikan suasana yang aman bagi penderita

8. PROGNOSIS

- Ad vitam : dubia ad bonam
Ad sanam : dubia ad bonam
Ad fungsionam : dubia ad bonam

KESIMPULAN

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dangue dan ditularkan oleh nyamuk Aedes Aegypty. Demam Berdarah Dengue adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus Dengue dan ditularkan oleh nyamuk Aedes aegypti dan dapat juga ditularkan oleh Aedes albopictus, yang ditandai dengan : Demam tinggi mendadak, tanpa sebab yang jelas, berlangsung terus-menerus selama 2-7 hari, manifestasi perdarahan, termasuk uji Tourniquet positif, trombositopeni (jumlah trombosit $\leq 100.000/\mu\text{l}$), hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit $\geq 20\%$), disertai dengan atau tanpa perbesaran hati. (Depkes RI, 2005)

Penyakit DBD adalah penyakit menular yang sering menimbulkan wabah dan menyebabkan kematian pada banyak orang penyakit ini di sebabkan oleh virus dengue dan di tularkan oleh nyamuk aedes aegypti. Nyamuk ini tersebar luas di rumah-rumah, sekolah dan tempat-tempat umum lainnya seperti tempat ibadah, restoran, kantor, balai desa dan lain-lain sehingga setiap keluarga dan masyarakat mengandung risiko untuk ketularan penyakit DBD. Obat untuk penyakit DBD belum ada, dan vaksin untuk pencegahannya juga belum ada, sehingga

satusatunya cara untuk memberantas penyakit ini adalah dengan memberantas nyamuk aedes aegypti. (Depkes RI, 1996).

Penyebab perdarahan pada pasien demam berdarah adalah vaskulopati, trombositopenia gangguan fungsi trombosit serta koagulasi intravascular yang menyeluruh. Jenis perdarahan terbanyak adalah perdarahan bawah kulit seperti petekie, purpura, ekimosis dan perdarahan. Petekie merupakan tanda perdarahan yang sering ditemukan. Muncul pada hari pertama demam tetapi dapat pula dijumpai pada hari ke 3,4,5 demam. Perdarahan lain yaitu, epitaxis, perdarahan gusi, melena dan hematemesis. 17 Trombositopenia pada penderita DBD diduga terjadi akibat peningkatan destruksi trombosit oleh sistem retikuloendotelial, agregasi trombosit akibat endotel vaskuler yang rusak serta penurunan produksi trombosit oleh sumsum tulang (Soegijanto,1999).

Perdarahan pada DBD disebabkan oleh tiga kelainan hemostasis utama, yaitu vaskulopati, kelainan trombosit, dan penurunan kadar faktor pembekuan. Pada fase awal demam, perdarahan disebabkan oleh vaskulopati dan trombositopenia, sedangkan pada fase syok dan syok lama, perdarahan disebabkan oleh trombositopenia, kemudian diikuti oleh

koagulopati, terutama sebagai akibat koagulasi intravaskuler diseminata (KID) dan peningkatan fibrinolisis. Secara klinis, vaskulopati bermanifestasi sebagai petekie, uji bendung positif, perembesan plasma, dan elektrolit serta protein ke dalam rongga ekstrasvaskuler. Penyebab utama dari vaskulopati adalah dikeluarkannya zat anafilatoksin C3a dan C5a (Nasiruddin, 2006).

DAFTAR PUSTAKA

- Price SA, Wilson LM. Patofisiologi: Konsep Klinis Dasar-Dasar Penyakit EGC. Jakarta 2006.
- Sudoyo W. Aru, Setyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiasi S. Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid 1 Edisi IV. EGC. Jakarta. 2009.
- Isselbacher, KJ, Braunwald E, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL. Harrison:Prinsip – Harrison. Prinsip – Prinsip Ilmu Penyakit Dalam. Editor BahasaIndonesia: Prof. Dr. H. Ahmad H. Asdie. Edisi 13. EGC. Jakarta. 2009.