

# DEMAM BERDARAH DENGUE DENGAN SINDROM DISPEPSIA

## *DENGUE HAEMORRAHAGIC FEVER WITH SYNDROM DYSPEPSIA*

**Ida Ayu Dian Kharisma Putri, S.Ked, \* dr.Bachroodin, Sp.PD**  
*Fakulty of Medicine, University of Muhammadiyah Surakarta*  
*\*Internist at Dr. Harjono S. Ponorogo General Hospital, East Java*  
*email : diankharisma@pt@gmail.com*

### **ABSTRAK**

*Dengue fever dan Dengue haemorrhagic fever adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot dan/ atau nyeri sendi yang disertai leukopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan diathesis hemoragik. Kami melaporkan kasus demam berdarah dengue dengan komorbid sindrom dispepsia menunjukkan kondisi yang lebih buruk. Pasien tampak lemas, pucat dan nyeri ulu hati dengan trombosit yang mencapai 78uL. Kondisi dispepsia pada pasien ini tidak menunjukkan adanya indikasi untuk dilakukan pemeriksaan endoskopi, sehingga penanganan sementara hanya pemberian terapi simptomatik. Demam yang tinggi dan kadar trombosit yang menurun segera diberikan penanganan dengan melakukan pemberian cairan dan vitamin untuk perbaikan keadaan serta nutrisi pasien. Kesimpulan untuk presentasi kasus ini adalah penekanan pentingnya rencana diagnosis dan penanganan awal yang optimal.*

**Kata kunci:** Demam Berdarah Dengue, Sindrom Dispepsia

### **ABSTRACT**

*Dengue fever and dengue haemorrhagic fever are infectious diseases caused by dengue virus with clinical manifestations of fever, muscle pain and / or joint pain accompanied by leukopenia, rash, lymphadenopathy, thrombocytopenia and hemorrhagic diathesis. We report cases of dengue haemorrhagic fever with comorbid dyspepsia syndrome showing worse conditions. Patients appear weak, pale and heartburn with platelets reaching 78uL. The condition of dyspepsia in these patients does not indicate an endoscopic examination, so that temporary treatment is only symptomatic therapy. High fever and decreased platelet levels are treated immediately by giving fluids and vitamins to improve the condition and nutrition of the patient. The conclusion for the presentation of this case is to emphasize the importance of optimal diagnosis and early treatment plans.*

**Keywords:** Dengue Haemorrhagic Fever, Syndrom Dyspepsia

### **PENDAHULUAN**

Dengue fever dan Dengue haemorrhagic fever adalah penyakit

infeksi yang disebabkan oleh virus

dengue dengan manifestasi klinis

demam, nyeri otot dan/ atau nyeri

sendi ang disertai lekopenia, ruam, limfadenopai, trombositopenia dan diathesis hemoragik.

Pada banyak daerah tropis dan sub tropis, penyakit DBD adalah endemik yang muncul sepanjang tahun, terutama saat musim hujan ketika kondisi optimal untuk nyamuk yang berkembang biak. Biasanya sejumlah besar orang terinfeksi dalam waktu yang singkat (wabah) (CDC, 2010).

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus Dengue yang ditandai dengan demam 2- 7 hari disertai dengan manifestasi perdarahan, penurunan trombosit (trombositopenia), adanya hemokonsentrasi yang ditandai dengan kebocoran plasma (peningkatan hematokrit, asites, efusi pleura, hipoalbuminemia) dapat

disertai dengan gejala-gejala tidak khas seperti nyeri kepala, nyeri otot dan tulang, ruam kulit atau nyeri belakang bola mata (Kemenkes RI, 2013).

Faktor yang mempengaruhi permasalahan epidemiologi DBD adalah manusia sebagai hospes di mana dipengaruhi oleh mobilitas dan kepadatan rumah penduduk yang tinggi di Indonesia, Nyamuk *Aedes spp* sebagai vektor penularan DBD tersebar luas di seluruh tanah air Indonesia, Empat jenis serotipe virus dengue (DEN – 1, DEN – 2 dan DEN -3 serta DEN – 4) sebagai penyebab DBD yang sudah dapat diidentifikasi di Indonesia dan dapat ditemukan di kota-kota besar, perubahan iklim, ketersediaan air bersih dll (Kemenkes RI, 2013)

Diagnosis demam berdarah dengue harus didasarkan atas

pemeriksaan darah lengkap serta tanda dan gejala demam dengue. Pemeriksaan penyaring berguna untuk menyaring pasien demam dengue, darah rutin, widal, IgG dan IgM anti dengue, uji petechie sehingga dapat ditentukan langkah yang tepat untuk mendiagnosis mereka (Waris, 2013).

#### **LAPORAN KASUS**

Seorang laki-laki berusia 21 tahun datang ke IGD RSUD Dr. Harjono S Kabupaten Ponorogo dengan keluhan utama demam disertai lemas kepala pusing dan berat, serta nyeri perut, mual dan muntah. Demam dirasakan 3 hari SMRS, saat malam hari SMRS pasien merasakan kepala pusing dan badan demam serta menggigil. Demam dirasakan semakin memberat sehingga pasien dilarikan ke IGD RSUD Dr. Harjono S

Kabupaten Ponorogo. Pasien mengaku datang dengan keadaan sadar, pasien mengatakan bahwa demam yang di rasakan menggigil, badan lemas, nyeri perut seperti rasa tidak enak, serta nafsu makan menurun. Pasien juga mengeluhkan mual disertai muntah, konsistensi muntah yang dikeluarkan pasien berupa makanan dan minuman yang baru saja dikonsumsi, pasien mengaku muntah berwarna merah karena pasien memakan semangka. Pasien mengaku belum bisa untuk buang air besar semenjak di rawat di RS, tidak sesak. Pasien mengakui keluarga pasien ada yang menderita sakit serupa dua minggu yang lalu yaitu ibu dan kakak pasien. Riwayat hipertensi disangkal, riwayat opname, riwayat alergi, riwayat operasi, riwayat trauma, riwayat penyakit serupa disangkal dan

riwayat diabetes mellitus juga disangkal.

Keadaan umum pasien pada saat pasien datang di IGD RSUD Dr. Harjono S Kabupaten Ponorogo baik, kesadarannya compos mentis (E4V5M6), dengan tekanan darah pasien 120/70 mmHg, suhu 38°C, RR 20 kali/menit, HR 80 kali/menit, dan SPO2 99. Status generalis pasien dalam batas normal, pemeriksaan thorax paru dan jantung juga dalam batas normal. Pada pemeriksaan abdomen semua dalam batas normal, kecuali pada saat dilakukan pemeriksaan palpasi didapatkan adanya nyeri tekan diregio epigastrik yang tidak menjalar ke dada atau ke punggung.

Pemeriksaan labolatorium menunjukkan kadar Hb yang normal yaitu 15,4 gr/dL, dengan kadar trombosit yang rendah 78 uL, dan

kadar hematokrit yang normal 48,6 % dan penurunan leukosit. Pasien tidak memiliki indikasi untuk dilakukan pemeriksaan endoskopi, karena berdasarkan klinis pasien tidak menunjukkan adanya alarm simptom untuk mengarahkan keberadaan H. Pylori atau ulkus lambung.

Berdasarkan keluhan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan labolatorium, diagnosis awal pada pasien adalah demam berdarah dengue dengan komorbid syndrom dispepsia. Pasien selanjutnya menjalani rawat inap diruang bangsal mawar dengan di terapi infus RL/aminofluid 2 : 1 20 tpm, psidii caps 3 x1 untuk meningkatkan trombosit pada pasien. Pasien juga diberikan pengobatan simptomatis untuk meringankan keluhan ulu hati dengan diberi injeksi ranitidine 1x1 amp/12

jam/IU dan injeksi ondansetron 1x1 amp/8 jam/IU. Selain itu pasien diberi edukasi untuk Bed rest, Pemberian cairan dan elektrolit, Banyak minum jus buah, susu, oralit dan air putih, menjaga pola hidup serta lingkungan yang bersih, Diet tinggi kalori, tinggi protein serta melakukan diet dengan mengurangi makanan atau minuman manis, makanan pedas, asam, kopi dan sejenisnya yang dapat memacu asam lambung yang meningkat. Pasien tidak diperbolehkan untuk pulang sebelum keadaan membaik dan trombosit mencapai standar normal.

## **PEMBAHASAN**

Kasus ini menggambarkan presentasi klinis pada pasien demam berdarah dengue dengan komorbid sindrom dispepsia . Beberapa hal yang penting pada kasus ini adalah

pentingnya planning diagnosis yang tepat agar dapat melakukan penegakan diagnosis yang tepat. Serta pentingnya mengetahui pemeriksaan dan terapi apa saja yang diperlukan sehingga tidak menambah biaya untuk pasien. Diagnosis demam dengue harus ditegakan dengan bukti laboratorium yang tepat akurat dan standar untuk tatalaksana kasus yang lebih optimal.

Diagnosis demam berdarah dengue grade I ditegakan berdasarkan demam dengan minimal dua gejala antara lain Gejala dan tanda:

1. Sakit Kepala
2. Nyeri retro- orbital
3. Mialgia
4. Atralgia
5. Ruam

Laboratorium :

1. Trombositopenia (<100.000 uL) bukti ada kebocoran plasma.

## 2. Uji bendung positif

(Suhendro, 2012)

Pasien datang dengan membawa keluhan klinis demam naik turun sejak 3 hari SMRS, disertai menggigil. Pasien tampak menunjukkan gejala penurunan nafsu makan serta mudah merasa penuh setelah makan. Hal tersebut dapat dicetuskan oleh karna kondisi dispepsia yang diderita oleh pasien. Tetapi pasien tidak menunjukkan gejala alarm simptom, oleh karena itu pasien tidak diindikasikan untuk dilakukan pemeriksaan endoskopi dan hanya dilakukan pengobatan simptomatis. Namun jika kondisi pasien menunjukkan keburukan dan adanya tanda-tanda alarm simptom seperti muntah persisten, melena, penurunan berat badan tanpa sebab dan anemia maka segera dilakukan pemeriksaan endoskopi untuk

mengetahui keberadaan kuman H. Pylori.

Pasien sudah pernah mendapat pengobatan pada mantri namun demam belum membaik sehingga di rujuk ke RSUD DR. Hardjono S. Ponorogo

## **KESIMPULAN**

Kasus ini menggambarkan kondisi pasien demam berdarah dengue dengan komorbid syndrom dispepsia Meskipun demikian, tidak terjadi komplikasi yang fatal pada pasien. Luaran pada kasus ini baik namun perlu dilakukan pemantauan terhadap kadar darah rutin dan edukasi yang baik terhadap pasien. Kasus ini menekankan pada pentingnya tepatnya planning diagnosis, penegakan diagnosis dan pengobatan yang tepat dan optimal. Sehingga tidak diperlukan adanya

pemeriksaan yang terlalu banyak dan tidak sesuai indikasi. Tatalaksana pada kasus ini memerlukan kerjasama antara dokter, tenaga medis lain, pasien dan keluarga pasien.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Corwin, Elizabeth J. (2017). Buku Saku Patofisiologi. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Kemenkes RI. 2013. *Pedoman Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Utami, R., S., B. 2015. Hubungan Pengetahuan Lingkungan dan Perilaku Masyarakat dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (Studi Kasus di Kelurahan Putat Jaya Surabaya Tahun 2010 – 2014) *Skripsi*. Surabaya : FKM ( Universitas Airlangga)
- Waris, Lukman, Windy, T. Juni 2013. Jurnal Buski Pengetahuan dan Perilaku Masyarakat terhadap Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Batulicin Kabupaten Tanah Bumbu Provinsi Kalimantan Selatan , Vol. 4 No. 3 : 144- 149. Kalimantan Selatan