



Perception And Early Actions Of Families For Fever Symptoms On The Outbreak Of Dengue Hemorrhagic Fever

Persepsi Dan Tindakan Awal Keluarga Terhadap Gejala Demam Di Daerah Kejadian Luar Biasa Demam Berdarah Dengue

Muji Sutrisno¹, Mahyati Sari Zulfa², Chrisna Wahyu Hardian³, Adeline Arung Labi⁴, Rahmat Bakhtiar⁵, Opriansyah⁶

^{1,2,3,4} Faculty of Medicine, Mulawarman University

⁵ Public Health Department, Faculty of Medicine, Mulawarman University

⁶ Head of Palaran Public Health Center, Samarinda

ABSTRACT

Dengue Hemorrhagic Fever is an infectious disease because of dengue virus transmission through the bite of Aedes aegypti. Dengue cases in Palaran has increased sharply from January to November 2018. There were 218 morbidity of this number of cases with 1 mortality case. Meanwhile in 2017, the number of morbidity cases just 28 cases and no cases of death. This was a quantitative descriptive study with 102 respondents who obtained directly through perception questions and early actions of families against fever symptoms on an area of the outbreak of dengue hemorrhagic fever in the Palaran Public Health Center Samarinda period from October to December 2018. The results found families with the initial perception of fever due to other diseases (77.5%), the initial perception no danger fever (63.7%), the initial act of family medicine came to the health center (30.47%) Concludes families perception and early action against fever symptoms on the outbreak events of dengue hemorrhagic fever in Palaran Public health center Samarinda period from October to December 2018 found family with the initial perception of another fever illness, the initial perception of fever is not the danger, the initial act of family medicine at the most come to the health center.

ABSTRAK

Demam Berdarah Dengue adalah suatu penyakit infeksi virus dengue yang penularannya adalah melalui gigitan nyamuk Aedes aegypti. Jumlah kasus demam berdarah dengue di Kecamatan Palaran mengalami peningkatan tajam dari bulan Januari hingga November 2018 Terdapat sebanyak 218 kasus morbiditas dengan 1 kasus mortalitas akibat demam berdarah dengue. Sedangkan sepanjang tahun 2017 hanya terdapat 28 kasus dan tidak ditemukan adanya kasus kematian. Penelitian ini merupakan sebuah studi deskriptif kuantitatif dengan 102 responden yang didapat langsung melalui kuesioner persepsi dan tindakan awal keluarga terhadap gejala demam di daerah kejadian luar biasa demam berdarah dengue di Puskesmas Palaran Samarinda periode Oktober – Desember 2018. Hasil penelitian diperoleh bahwa keluarga dengan persepsi awal demam karena penyakit lain (77,5%), persepsi awal demam tidak bahaya (63,7%), tindakan awal pengobatan keluarga datang ke Puskesmas (30,47%). Disimpulkan bahwa persepsi dan tindakan awal keluarga terhadap gejala demam di daerah kejadian luar biasa demam berdarah dengue di Puskesmas Palaran Samarinda periode Oktober – Desember 2018 didapatkan lebih banyak keluarga dengan persepsi awal demam karena penyakit lain, keluarga dengan persepsi awal demam tidak bahaya, dan tindakan awal pengobatan keluarga paling banyak datang ke Puskesmas.

Keywords : Dengue hemorrhagic fever outbreak, perception, risk, early action

Kata Kunci : demam berdarah dengue, kejadian luar biasa, persepsi, risiko bahaya, tindakan awal

Correspondence : Muji Sutrisno, Jl. Kenangan 9 No114A RT.75 Kelurahan Sungai Pinang Dalam Samarinda
Email : mujisutrisno20@gmail.com , 085285851922

• Received 07 Februari 2019 • Accepted 16 April 2020 • p - ISSN : 2088-7612 • e - ISSN : 2548-8538 •

DOI: <https://doi.org/10.25311/keskom.Vol6.Iss1.345>

PENDAHULUAN

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah suatu penyakit infeksi virus dengue yang penularannya adalah melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dengan manifestasi klinis yang cukup bervariasi dimulai dari yang paling ringan hingga berat yang dapat disertai dengan keadaan Dengue Shock Syndrome (DSS) [1]. World Health Organization (WHO) telah memperkirakan 2,5 sampai 3,9 milyar penduduk yang tinggal di 128 negara tropis dan subtropis yang memiliki risiko tinggi untuk terinfeksi DBD setiap tahunnya [2]. WHO juga telah menyatakan bahwa lebih dari 50% penduduk yang tinggal di regional Asia Tenggara memiliki risiko lebih tinggi untuk terinfeksi virus dengue ini [3]. Secara global, insiden kasus demam dengue telah mencapai angka lebih dari 100 juta penduduk setiap tahunnya [2]. Demam dengue ini juga menyebabkan 20.000–25.000 kasus kematian, terutama pada anak-anak, dan telah di temukan di lebih dari 100 negara [4]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mencatat jumlah penderita DBD di Indonesia pada tahun 2016 sebanyak 8.847 orang penderita DBD dengan jumlah kematian 108 orang. Golongan terbanyak yang mengalami DBD di Indonesia adalah pada usia 5-14 tahun mencapai 43,44% dan usia 15-44 tahun mencapai 33,25% [5].

Kasus DBD di Kalimantan Timur khususnya di Kota Samarinda pada tahun 2014 menempati urutan kedua dengan jumlah kasus sebanyak 1.686 kasus dan kematian sebanyak 13 kasus [5]. Kasus yang terjadi setiap tahun khususnya di Kecamatan Palaran, cenderung mengalami peningkatan tajam data kasus DBD dari bulan Januari hingga November 2018 terdapat jumlah kasus sebanyak 218 kasus dengan 1 kasus kematian. Padahal sepanjang tahun 2017 jumlah kasus DBD di Kecamatan Palaran sebanyak 28 kasus dan tidak ditemukan adanya kasus kematian karena penyakit DBD. Manifestasi klinis akibat infeksi dengue dapat berupa asimtomatik hingga simtomatik mulai penyakit yang sederhana sampai kematian. Klasifikasi simtomatik terbagi menjadi demam dengue (DD), demam berdarah dengue (DBD), dan sindrom syok dengue (SSD). Varian klinis yang memiliki morbiditas dan mortalitas signifikan adalah pada keadaan yang ditemukan kebocoran plasma yaitu pada DBD dan SSD [6]. Kematian dapat terjadi karena keterlambatan pertolongan, penatalaksanaan yang tidak tepat dan kurangnya kewaspadaan [7].

Depkes mendefinisikan Kejadian Luar Biasa sebagai berikut: "Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah suatu kejadian kesakitan/kematian dan atau meningkatnya suatu kejadian kesakitan/kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu kelompok penduduk dalam kurun waktu tertentu" (Peraturan Menkes No. 949/Menkes/SK/ VIII/2004). Kriteria penetapan KLB Demam Berdarah Dengue dalam Ditjen P2M & PLP 1987:2 adalah sebagai berikut: "Kriteria KLB Demam

Berdarah Dengue adalah: (1) timbulnya penyakit DBD yang sebelumnya tidak ada di suatu daerah Tingkat II. (2) Adanya peningkatan kejadian kesakitan DBD dua kali atau lebih dibandingkan jumlah kesakitan yang biasa terjadi pada kurun waktu yang sama tahun sebelumnya".

Persepsi merupakan suatu proses penginderaan, yaitu proses diterimanya stimulus oleh individu melalui alat indra atau juga disebut proses sensoris. Namun proses ini tidak berhenti begitu saja, melainkan stimulus tersebut diteruskan dan proses selanjutnya merupakan proses persepsi. Karena itu proses persepsi tidak dapat lepas dari proses penginderaan merupakan proses pendahuluan dari proses persepsi [8]. Setiap orang mempunyai persepsi sendiri mengenai apa yang dipikirkan, dilihat, dan dirasakan. Hal tersebut sekaligus berarti menentukan tindakan apa yang akan diperbuat seseorang untuk memenuhi berbagai kepentingan baik untuk diri sendiri, keluarga, maupun lingkungan masyarakat [9]. Berdasarkan permasalahan tersebut peneliti ingin melakukan penelitian untuk mengetahui gambaran persepsi dan tindakan awal keluarga terhadap gejala demam di daerah KLB demam berdarah dengue di Puskesmas Palaran Samarinda.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif yang bertujuan mengetahui persepsi dan tindakan awal keluarga terhadap gejala demam di daerah KLB demam berdarah dengue di Puskesmas Palaran Samarinda. Sampel penelitian ini adalah semua rumah tangga yang memiliki anggota keluarga yang didiagnosis DBD oleh dokter dan dirawat inap di Puskesmas Palaran Samarinda selama periode bulan Oktober – Desember 2018. Pengambilan sampel secara total sampling sesuai dengan periode yang telah ditentukan. Variabel dalam penelitian ini adalah persepsi awal tentang penyakit, persepsi awal terhadap risiko bahaya, tindakan awal pengobatan terhadap gejala demam keluarga di daerah KLB demam berdarah dengue di Puskesmas Palaran Samarinda. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan instrumen berupa daftar pertanyaan untuk memudahkan proses pengambilan data. Analisis deskriptif dilakukan dengan menyajikan distribusi frekuensi dalam bentuk tabel serta

HASIL

Jumlah pasien DBD yang dirawat di Puskesmas Palaran Samarinda periode Bulan Oktober – Desember 2018 sebanyak 107 orang. Sedangkan yang dapat memenuhi kriteria penelitian adalah sebanyak 102 orang. Jumlah pasien DBD paling banyak terjadi pada Bulan Desember (46%). Karakteristik paling banyak pada umur ≤ 10 tahun (41,2%) berjenis kelamin perempuan (58%). Sementara itu kelurahan paling banyak berasal dari

Rawa Makmur (74,5%).

Tabel 1. Karakteristik Pasien DBD Periode Oktober – September 2018 yang di Rawat di Puskesmas Palaran

| Karakteristik | N | % | |
|---------------------|---------------|----|------|
| Umur | <10 | 42 | 41,2 |
| | 11-20 | 32 | 31,4 |
| | 21-30 | 13 | 12,7 |
| | 31-40 | 6 | 5,9 |
| | 41-50 | 5 | 4,9 |
| | 51-60 | 3 | 2,9 |
| | > 60 | 1 | 1,0 |
| Jenis Kelamin | Laki-laki | 49 | 48,0 |
| | Perempuan | 52 | 52,0 |
| Alamat | Rawa Makmur | 76 | 74,5 |
| | Handil Bakti | 17 | 16,7 |
| | Simpang Pasir | 9 | 8,8 |
| Periode Bulan Sakit | Oktober | 22 | 21,6 |
| | November | 33 | 32,4 |
| | Desember | 47 | 46,0 |

Data hasil penelitian ini menyatakan keluarga pasien DBD (responden penelitian) paling banyak adalah berumur 31-40 tahun (43,1%), jenis kelamin Perempuan (56,9%), hubungan keluarga sebagai ibu pasien (47,1%), berpendidikan SMA (59,8%), berpekerjaan sebagai ibu rumah tangga (52,0%), agama Islam (95,1), dan suku Jawa (70,6%).

Tabel 2. Karakteristik Keluarga Pasien DBD Periode Oktober – September 2018 yang di rawat di Puskesmas Palaran

| Karakteristik | N | % | |
|------------------------|-----------|----|------|
| Umur | 20-30 | 18 | 17,6 |
| | 31-40 | 44 | 43,1 |
| | 41-50 | 31 | 30,4 |
| | 51-60 | 8 | 7,8 |
| | >60 | 1 | 1,0 |
| Jenis Kelamin | Laki-laki | 44 | 43,1 |
| | Perempuan | 58 | 56,9 |
| Hubungan dengan Pasien | Ayah | 37 | 36,3 |
| | Ibu | 48 | 47,1 |
| | Suami | 3 | 2,9 |
| | Istri | 7 | 6,9 |
| | Anak | 3 | 2,9 |
| | Saudara | 2 | 2,0 |
| | Lain-lain | 2 | 2,0 |
| Pendidikan | SD | 8 | 7,8 |
| | SMP | 23 | 22,5 |
| | SMA | 61 | 59,8 |
| | D3 | 3 | 2,9 |
| | S1 | 7 | 6,9 |
| Pekerjaan | IRT | 53 | 52,0 |
| | Swasta | 27 | 26,5 |
| | PNS | 4 | 3,9 |
| | Buruh | 6 | 5,9 |
| | Petani | 6 | 5,9 |
| | Pedagang | 6 | 5,9 |
| Agama | Islam | 97 | 95,1 |
| | Kristen | 4 | 3,9 |
| | Katolik | 1 | 1,0 |

| Suku | N | % |
|-----------|----|------|
| Jawa | 72 | 70,6 |
| Banjar | 10 | 9,8 |
| Kutai | 5 | 4,9 |
| Dayak | 1 | 1,0 |
| Bugis | 6 | 5,9 |
| Lain-lain | 8 | 7,8 |

Data hasil penelitian menggambarkan persepsi awal keluarga tentang penyakit lebih banyak pada demam karena penyakit lain (77,5%) dari pada yang memiliki persepsi awal demam berdarah dengue (22,5%). Sumber informasi persepsi awal keluarga terhadap penyakit paling banyak merupakan pendapat pribadi (47,1%), kemudian diikuti mendapatkan informasi dari orang sekitar (25,5%), informasi dari promosi kesehatan (12,7%), dan media sosial sebanyak (11,8%) dan terakhir bersumber ilmiah/buku (2,9%).

Sedangkan persepsi keluarga terhadap risiko bahaya lebih banyak pada tidak bahaya (63,7%) dari pada yang memiliki persepsi terdapat risiko bahaya (36,3%). Tindakan awal keluarga saat terjadi awal muncul gejala demam pada pasien paling banyak memilih tindakan pengobatan ke Puskesmas (30,4,7%), kemudian diikuti oleh diobati sendiri (28,4%), kemudian di praktek dokter (25,5%), mantri/perawat/ bidan (11,8%), dan pengobatan alternatif (4,9%), selain itu 2 responden lain memilih tidak diobati (2,0%). Sedangkan untuk alasan memilih tindakan awal pengobatan keluarga paling banyak adalah karena faktor pelayanan (30,4%), kemudian diikuti alasan jarak (25,5%), tradisi/kebiasaan seban (20,6%), biaya (15,7%), dan sisanya tidak memiliki alasan (7,8%).

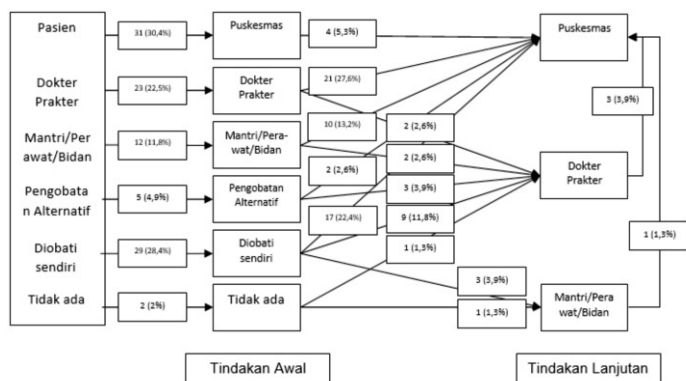
Kemudian dari penelitian ini keluarga yang melakukan tindakan pengobatan lanjutan diperoleh sebanyak 75 responden (73,5%), sebagian besar paling banyak ke Puskesmas (72,4%) termasuk 4 responden (5,3%) merupakan kunjungan ulangan. Selain itu diikuti tindakan lanjutan ke praktek dokter (22,4%) dan mantri/perawat/ bidan (5,2%). Sedangkan 26 responden (26,5%) tidak melakukan tindakan lanjutan adalah responden yang langsung membawa keluarganya ke Puskesmas pada tindakan awal dan satu kali perawatan/ kunjungan.

Tabel 3. Hasil Penelitian Persepsi dan Tindakan Awal Keluarga

| | N | % | |
|---|---|----|------|
| Persepsi Awal Keluarga tentang Penyakit | | | |
| | Penyakit DBD | 23 | 22,5 |
| | Demam Karena Penyakit Lain | 79 | 77,5 |
| Persepsi Awal Keluarga tentang Penyakit | Sumber ilmiah/buku | 3 | 2,9 |
| | Promosi kesehatan | 13 | 12,7 |
| | Informasi dari orang sekitar | 26 | 25,5 |
| | Media Sosial | 12 | 11,8 |
| | Pendapat Pribadi | 48 | 47,1 |
| | Persepsi Awal Keluarga Terhadap Risiko Bahaya | | |
| | Bahaya | 37 | 36,3 |
| | Tidak Bahaya | 65 | 63,7 |
| Tindakan Awal Pengobatan Keluarga | | | |
| | Puskesmas | 31 | 30,4 |

| | | |
|--|----|------|
| Praktek Dokter | 23 | 25,5 |
| Mantri/Perawat/Bidan | 12 | 11,8 |
| Pengobatan Alternatif | 5 | 4,9 |
| Diobati sendiri | 29 | 28,4 |
| Tidak diobati | 2 | 2,0 |
| Alasan Tindakan Awal Keluarga | | |
| Pelayanan | 31 | 30,4 |
| Jarak | 26 | 25,5 |
| Biaya | 16 | 15,7 |
| Tradisi/Kebiasaan | 21 | 20,6 |
| Tidak ada | 8 | 7,8 |
| Tindakan Pengobatan Lanjutan Keluarga | | |
| Puskesmas | 55 | 72,4 |
| Dokter Praktek | 17 | 22,4 |
| Mantri/Perawat/Bidan | 4 | 5,2 |
| Hari Demam Pasien DBD ke Puskesmas | | |
| Hari ke 1-2 | 4 | 3,9 |
| Hari ke 3-4 | 71 | 69,6 |
| Hari ke 5-6 | 26 | 25,5 |
| Hari ke ≥ 7 | 1 | 1,0 |

Selain itu dari penelitian ini diperoleh penderita DBD paling banyak dibawa keluarga ke Puskesmas pada hari ke 3–4 demam (69,4%), kemudian diikuti pada hari ke 5–6 demam (25,5%). Sedangkan sisanya membawa pasien pada hari ke 1–2 demam (3,9%) dan hari ke 7 demam (1%).



Gambar 1. Hasil Penelitian Alur Tindakan Pengobatan Keluarga Hingga ke Puskesmas

PEMBAHASAN

Persepsi Awal Keluarga Tentang Penyakit

Data hasil penelitian menggambarkan persepsi awal keluarga tentang penyakit lebih banyak pada demam karena penyakit lain (77,5%) dari pada yang memiliki persepsi awal demam berdarah dengue (22,5%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian kualitatif di Semarang yang mendapatkan subyek penelitian pada kelompok penderita bahwa gejala yang cukup jelas terlihat saat anak mereka terkena DBD yaitu panas tinggi namun mereka menganggap bahwa anak mereka terkena penyakit tipus [10].

Penelitian lainnya mendapatkan bahwa responden yang memiliki penilaian awal yang kurang terhadap gejala DBD lebih banyak (57,35%) dari pada yang sudah mengenali [11].

memiliki tingkat pemahaman yang kurang tentang demam (52%), sedangkan sisanya memiliki pemahaman yang sedang-baik (48%) [12].

Sumber informasi persepsi awal keluarga terhadap penyakit terlihat bahwa keluarga paling banyak memiliki persepsi dari pendapat pribadi sebanyak 48 orang (47,1%), kemudian diikuti oleh yang mendapatkan informasi dari orang sekitar sebanyak 26 orang (25,5%). Penyakit DBD di Indonesia puncaknya pada bulan Desember atau Januari yang bertepatan dengan waktu musim hujan. Namun terkadang masyarakat kurang begitu memahami tentang hal ini, sehingga saat musim penghujan tiba selalu terjadi peningkatan kasus DBD yang disebabkan banyak tempat-tempat yang menjadi genangan air hujan yang menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*. Selain itu gejala-gejala DBD yang tampak sering sulit dideteksi sebagai gejala DBD. Hal ini dikarenakan gejalanya hampir menyerupai gejala demam pada penyakit lainnya, sehingga membuat orang tua menganggap bahwa gejala yang dirasakan hanya gejala biasa [10].

Persepsi merupakan suatu proses penginderaan, yaitu proses diterimanya stimulus oleh individu melalui alat indera atau juga disebut proses sensoris. Namun proses ini tidak berhenti begitu saja, melainkan stimulus tersebut diteruskan sehingga terbentuknya persepsi. Karena itu proses persepsi tidak dapat lepas dari proses penginderaan yang merupakan proses pendahuluan [8].

Data pada penelitian ini didapatkan usia responden terbanyak berada di rentang 31-40 tahun (43,1%), tingkat pendidikan SMA (59,8%), dan merupakan ibu rumah tangga (52,0%). Beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang antara lain dari faktor internal yaitu usia, pendidikan, dan pekerjaan. Semakin cukup umur, kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan menerima informasi. Sedangkan orang yang mempunyai pendidikan tinggi akan memberikan persepsi yang lebih baik dibandingkan dengan orang yang berpendidikan rendah atau tidak berpendidikan sama sekali. Kemudian orang yang bekerja dapat memperoleh pengetahuan yang lebih tentang suatu hal sehingga lebih mengerti [13].

Persepsi Awal Keluarga Terhadap Risiko Bahaya

Data hasil penelitian persepsi awal risiko terhadap bahaya didapatkan lebih banyak keluarga dengan persepsi awal tidak bahaya sebanyak 65 orang (63,7%) dari pada yang memiliki persepsi terdapat risiko bahaya sebanyak 37 orang (36,3%). Penelitian lain di Semarang mendapatkan responden lebih banyak mengungkapkan bahwa penyakit DBD merupakan penyakit yang serius karena dapat menyebabkan kematian [10]. Penelitian di Surabaya juga mendapatkan bahwa lebih banyak responden yang beranggapan penyakit DBD parah (96%), sedangkan responden lainnya beranggapan cukup parah

dan tidak parah (2%) [14]. Namun perbedaannya, pada penelitian tersebut data diambil dari sudut pandang responden ketika sudah mengetahui diagnosis DBD. Sedangkan penelitian di Banda Aceh mendapatkan 60 responden (65,21%) memiliki persepsi yang baik tentang risiko penyakit DBD, sedangkan 32 responden (34,78%) dengan persepsi yang kurang tentang risiko penyakit DBD [15].

Manifestasi klinis akibat infeksi dengue dapat berupa asimtomatik hingga simtomatik mulai penyakit yang sederhana sampai berisiko bahaya karena dapat menyebabkan kematian. Klasifikasi simtomatik terbagi menjadi demam dengue (DD), demam berdarah dengue (DBD), dan sindrom syok dengue (SSD). Varian klinis yang memiliki morbiditas dan mortalitas signifikan adalah pada keadaan yang ditemukan kebocoran plasma yaitu pada DBD dan SSD (Guzman & Kouri, 2012; WHO, 2009). Penderita dengan kebocoran plasma yang cukup besar memiliki kecenderungan untuk mengalami SSD. Selain karena itu, SSD dapat diakibatkan oleh perdarahan masif seperti hematemesis dan melena [6]. Kematian dapat terjadi karena keterlambatan pertolongan, penatalaksanaan yang tidak tepat dan kurangnya kewaspadaan [16].

Masa inkubasi virus dengue terjadi selama 3-14 hari dalam tubuh manusia setelah itu akan timbul manifestasi klinis penyakit ini yang secara umum terbagi dalam tiga fase yaitu fase febris, kritis, dan pemulihan. Fase febris ditandai dengan demam tinggi mendadak selama 2-7 hari, biasanya disertai kemerahan pada wajah dan kulit, nyeri seluruh tubuh, mialgia, arthralgia, dan sakit kepala. Beberapa pasien mengalami nyeri tenggorokan, kongesti pada faring dan konjungtiva, anoreksia, mual hingga muntah. Fase ini akan menimbulkan demam yang sama dengan gejala demam biasa pada penyakit lainnya [17].

Tindakan Awal Pengobatan Keluarga

Penelitian ini menunjukkan bahwa tindakan awal keluarga paling banyak ke Puskesmas sebanyak 31 responden (30,47%), diobati sendiri sebanyak 29 responden (28,4%), dan pengobatan di praktek dokter sebanyak 23 responden (25,5%), kemudian sebagian lagi memilih pengobatan ke mantri/perawat/bidan sebanyak 12 responden (11,8%), dan pengobatan alternatif sebanyak 5 responden (4,9%), selain itu 2 responden lain memilih tidak diobati (2,0%). Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan di Ciamis yang menyatakan bahwa penderita DBD lebih banyak yang datang berobat ke rumah sakit dan Puskesmas (70%) dibandingkan dengan tempat lain seperti klinik dokter, perawat, dan bidan (30%) [18].

Peran keluarga dalam kecenderungan mencari pilihan pengobatan juga sangat terkait dengan tingkat pendapatan, wilayah tempat tinggal, dan sejarah sakit pada anggota keluarga. Hal ini juga menunjukkan dengan tingkat pendapatan yang baik maka pemanfaatan akan fasilitas kesehatan pun

dilakukan orang awam untuk menanggulangi sendiri keluhan sakitnya menggunakan obat, obat tradisional, atau cara lain tanpa petunjuk tenaga kesehatan. Tujuan pengobatan sendiri adalah untuk peningkatan kesehatan, pengobatan sakit ringan dan pengobatan rutin penyakit kronis setelah perawatan dokter. Alasan pengobatan sendiri adalah praktis dari segi waktu, kepercayaan terhadap obat tradisional, masalah privasi, biaya lebih murah, jarak yang jauh ke pelayanan kesehatan dan kurang puas terhadap pelayanan kesehatan [20]. Pengobatan alternatif/ tradisional merupakan bentuk pelayanan pengobatan yang menggunakan cara, alat atau bahan yang tidak termasuk dalam standar pengobatan kedokteran modern dan dipergunakan sebagai alternatif atau pelengkap pengobatan kedokteran modern tersebut [20].

Alasan memilih tindakan awal pengobatan keluarga pada penelitian ini paling banyak adalah karena faktor pelayanan sebanyak 31 responden (30,4%), kemudian diikuti alasan jarak oleh sebanyak 26 responden (25,5%). Penelitian lain mendapatkan bahwa faktor yang paling banyak menjadi alasan tindakan pengobatan adalah jarak (41,3%), kemudian diikuti oleh faktor pelayanan yang diberikan (27,5%) [18]. Sedangkan penelitian lain di Tangerang juga menyatakan bahwa faktor jarak merupakan faktor penting dalam penderita menggunakan sarana pelayanan kesehatan. Semakin dekat lokasi pelayanan kesehatan, maka semakin tinggi pemanfaatan pelayanan kesehatan di kesehatan tersebut [21].

Keluarga yang melakukan tindakan pengobatan lanjutan diperoleh sebanyak 75 responden (86,6%) sedangkan 27 responden lainnya (13,4%) merupakan keluarga yang langsung membawa pasien ke Puskesmas pada tindakan awal dalam satu kali perawatan (rawat inap) hingga sembuh dan tidak ada tindakan lanjutan. Responden yang melakukan tindakan lanjutan paling banyak ke Puskesmas (73,3%), kemudian diikuti oleh pengobatan ke praktek Dokter (21,3%) dan mantri/perawat/bidan (4%). Selain itu pada penelitian ini didapatkan pula sebanyak 4 responden (3,9%) merupakan kunjungan ulangan ke Puskesmas yang datang pertama kali pada hari ke 1-2 demam sehingga dipulangkan untuk rawat jalan.

Selain itu pada penelitian ini menggambarkan penderita DBD paling banyak dibawa keluarga ke Puskesmas pada hari ke 3-4 demam (69,4%), kemudian diikuti hari ke 5-6 demam (25,5%). Sedangkan sebagian lain membawa pasien demam pada hari ke 1-2 (3,9%) dan pada hari ke 7 (1%). Penelitian di Makassar juga menyatakan lama demam pada pasien DBD hingga dibawa berobat lebih banyak pada responden dengan demam antara 4-7 hari (60%) dibandingkan antara 1-3 hari (40%). Hal ini dikarenakan adanya faktor kebiasaan orang tua yang memberikan pengobatan sendiri di rumah dan pengetahuan orang tua yang belum memadai dalam mengenali

gejala awal DBD. Terdapat penderita yang datang terlambat dibawa oleh orang tua karena orang tua mengira anaknya hanya mengalami demam biasa, belum ada tanda-tanda yang jelas tentang DBD. Namun banyak juga di antara mereka yang berusaha mengatasinya dengan antipiretik yang dijual bebas terlebih dahulu karena dianggap hanya demam biasa, namun gejala demam tersebut tidak turun sehingga baru di bawa ke puskesmas/ rumah sakit setelahnya [22].

Fase kritis DBD terjadi pada hari ke 3-8 onset sakit dan ditandai dengan penurunan temperatur tubuh serta kebocoran plasma yang berlangsung 24-48 jam. Kebocoran plasma ditandai dengan adanya hemokonsentrasi terhadap hematokrit awal yang sebelumnya didahului oleh leukopenia progresif dan trombositopenia. Pada kasus dengan kebocoran plasma yang berat akan terjadi kehilangan volume plasma yang besar sampai SSD. Kondisi syok yang berkepanjangan dapat mengakibatkan terjadi asidosis metabolik, gangguan organ progresif, dan KID hingga kematian [23]. Kematian dapat terjadi karena keterlambatan pertolongan, penatalaksanaan yang tidak tepat dan kurangnya kewaspadaan [16].

KESIMPULAN

1. Persepsi awal keluarga tentang penyakit pasien DBD lebih banyak yang beranggapan demam karena penyakit lain.
2. Persepsi awal keluarga terhadap risiko bahaya pasien DBD lebih banyak yang beranggapan tidak bahaya.
3. Tindakan awal pengobatan keluarga pasien DBD paling banyak ke Puskesmas, namun selain itu banyak pula yang diobati sendiri.

Konflik Kepentingan

Tidak ada konflik kepentingan dalam penelitian ini

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kepada semua warga di wilayah kerja Puskesmas Palaran Samarinda bersedia menjadi responden.

DAFTAR PUSTAKA

- IDAI, Buku Ajar Infeksi & Pediatri Tropis Edisi Kedua, Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2015.
- WHO SEARO, Comprehensive Guidelines for Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever, 2 penyunt., C. Prasittisuk, N. Abeyasinghe, M. Ghimire dan S. Goods, Penyunt., New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2011.
- WHO, "Dengue and Severe Dengue: Global Burden of Dengue," 13 September 2018. [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue..> [Diakses 22 January 2019].
- L. Goldman dan A. I. Schafer, Goldman's Cecil Medicine, 24 penyunt., New York: Elsevier Saunders, 2012.
- Kemendes RI, "Wilayah KLB DBD Ada di 11 Provinsi," Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 07 Maret 2016. [Online]. Available: <http://www.depkes.go.id/article/print/1603070001/wilayah-klb-dbd-ada-di-11-provinsi.html>. [Diakses 28 1 2019].
- Dinkes Kaltim, Profil Kesehatan Kalimantan Timur Tahun 2016, Samarinda: Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, 2017.
- M. Guzman dan G. Kouri, "Epidemiologic studies on dengue in Santiago de Cuba," vol. 152, no. 9, 2012.
- Soedarto, Demam Berdarah Dengue, Jakarta: Sagung Seto, 2012, p. 35.
- B. Walgito, Pengantar Psikolog Umum, Yogyakarta: C.V Andi Offset, 2010.
- N. Ramadhani, Aisyah, Sukirman dan S. Dhini, "Faktor-Faktor yang mempengaruhi Perilaku Disfungsional Audit," Accounting Analysis Journal, p. 133, 2014.
- S. S. Z. & N. Fauzy, Persepsi Masyarakat Terhadap Risiko DBD dan Cara Pencegahannya Di Kelurahan Sendangmulyo Kecamatan Tembalang Kota Semarang Tahun 2014, Semarang: Universitas Dian Nuswantoro, 2015.
- A. Sidiq, Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Mengenai Penyakit Dbd Terhadap Kejadian Penyakit Dbd Pada Anak, Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, 2012.
- A. Riandika, Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Demam dengan Pengelolaan Demam Pada Anak, Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, 2012.
- Notoatmodji, Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Jakarta: Rineka Cipta, 2007.
- H. B. A. & M. B. Qomaruddin, "Aplikasi Health Belief Model Pada Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue," Jurnal Promkes Vol. 5 No. 2 Desember 2017, p. 245–255, 2017.
- M. & K. H. Said Devi Elvin, "Tugas Kesehatan Keluarga Dalam Pencegahan Demam Berdarah Dengue Dengan Pendekatan Health Belief Model," Jurnal Ilmu Keperawatan (2016) 4:2 ISSN : 2338 – 6371, 2016.
- S. S. P. Soedarmo, H. Garna, S. R. S. Hadinegoro dan H. I. Satari, Buku Ajar Infeksi & Pediatri Tropis Edisi Kedua, Jakarta : Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2015.

- WHO, Dengue: Guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control, M. B. Nathan, R. D. Drager dan M. Guzman, Penyunt., Geneva: World Health Organization, 2009.
- W. Rohmansyah, M. Imas, H. Joni dan I. Mara, "Gambaran Perilaku Pencarian Pengobatan Penderita Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Ciamis Propinsi Jawa Barat," *Journal Aspirator*, vol. 2, no. 2, pp. 103-109, 2010.
- S. Khun dan L. Manderson, "Health seeking and access to care for children with suspected dengue in Cambodia An ethnographic study," *BMC Public Health*, vol. 7, p. 262, 2007.
- Supardi, Sudiby, Susyanty dan L. Andi, *Penggunaan Obat Tradisional Dalam Upaya Pengobatan Sendiri Di Indonesia.*, Jakarta: Pusat Penelitian, 2010.
- A. Khudori, *Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan pemilihan tempat persalinan pasien poliklinik kandungan dan kebidanan Rumah Sakit IMC Bintaro*, Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2012.
- Nurjannah, *Faktor-Faktor yang berhubungan dengan derajat Demam Berdarah Dengue DBD di Kota Makassar*, Makassar: Universitas Islam Negeri Alauddin, 2010.
- F. Masud, T. K. Butt dan M. Ali, "Dengue Good Clinical Practice Guidelines 2012," 2012.
- Suhendro, L. Nainggolan, K. Chen dan H. T. Pohan, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid 1 : Demam Berdarah Dengue*, 6 penyunt., Jakarta Pusat: Interna Publishing: Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia , 2014, pp. 539-548.
- Ditjen PP & PL, *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 374/Menkes/Per/III/2010*, Jakarta: Kemenkes RI, 2013.