

**ANALISIS HASIL PEMERIKSAAN FISIK DAN LABORATORIUM
DEMAM BERDARAH DENGUE DERAJAT I DAN II
DI RSUD H. SAHUDIN KUTACANE**

Joharsah¹, Fika Lestari², Purnama Sari Cane³

^{1,2,3}Akademi Kebidanan Nurul Hasanah Kutacane

Email: joharsah87@gmail.com, afiqalove@gmail.com, purnamasari.cane@gmail.com

ABSTRACT

Dengue fever is a severe fever that is often deadly, caused by a virus, characterized by capillary permeability, hemostasis abnormalities and in severe cases, shock syndrome loss of protein. The disease is divided into several degrees. To ensure patients suffer from DENGUE disease, it is necessary to perform physical and laboratory examinations such as hematology tests. This study aims to analyze the results of physical examinations and laboratories of DBD degrees I and II at H.Sahudin Kutacane Hospital. The study used descriptive methods with a Cross Sectional approach. Accidental sampling and the number of samples obtained is 20 respondents, among others, degrees I and II are 10 respondents. The data collection tool is carried out using observation sheets including demographic data, physical examination of DBD degrees I and II, and normal standard numbers and laboratory examination units of Amanah Kutacane Clinic. The results of research conducted from a physical examination of DBD degrees I and II show signs and symptoms of DENGUE disease that appear differently because in addition to the condition of a person's body response is different, It may also be because it has been given symptomatic and supportive treatment, while the laboratory results of DBD degrees I and II are only platelets whose value is low from normal numbers (150,000-450,000/ μ l) of 88,500/ μ l and 42,300/ μ l respectively and these laboratory results are affected by adequate fluid and oxygen intake and nutritious food intake so as to support proper administration of action/management.

Keywords: Physical examination, Laboratory, DBD degree I and II

PENDAHULUAN

Demam Berdarah Dengue merupakan suatu penyakit demam berat yang sering mematikan, disebabkan oleh virus, ditandai oleh permeabilitas kapiler, kelainan hemostasis dan pada kasus berat, sindrom syok kehilangan protein. Demam Berdarah Dengue dapat terjadi karena adanya gigitan nyamuk sebagai vektor

yang terinfeksi oleh virus dengue. (Hudoyo, 2018)

Gejala yang khas DBD adalah demam tinggi mendadak selama 3 hari pertama dan kemudian pada hari ke 3 demamnya turun dan pada hari ke 4 dapat menjadi syok serta naiknya suhu. Gejala - gejala Demam Berdarah Dengue kemungkinan tidak spesifik karena adanya perbedaan kondisi seseorang dalam

menghadapi suatu penyakit. Orang yang berisiko terkena Demam Berdarah Dengue adalah anak-anak yang berusia dibawah 15 tahun dan sebagian besar disebabkan oleh lingkungan tempat tinggal yang lembab, serta daerah pinggiran. (Irene, 2016)

Demam Berdarah Dengue dibagi dalam empat derajat, antara lain derajat I, II, III dan derajat IV. Derajat I dan II ditandai demam disertai gejala umum serta adanya perdarahan, uji tourniquet positif. Derajat II timbul perdarahan spontan di bawah kulit. Derajat III terjadi kegagalan sirkulasi yang menimbulkan denyut nadi cepat dan lemah serta hipotensi dan derajat IV dijumpai adanya syok, nadi yang tidak teraba serta tekanan darah yang tidak terukur. (Depkes, 2015)

Pemeriksaan laboratorium DBD salah satu pemeriksaan penunjang dalam membantu menegakkan diagnosa, memastikan diagnosa, dan menyingkirkan diagnosa banding. Dalam menentukan diagnosa DBD, dilakukan beberapa tindakan antara lain: anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium. Pada kenyataannya masih terjadi kesulitan pemberian diagnosa terhadap DBD karena adanya berbagai penyakit yang menyerupai tanda dan gejala penyakit DBD, sehingga perlu

pemahaman dan kejelian tentang perjalanan penyakit infeksi virus Dengue, patofisiologi, pemeriksaan klinis yang memonitoring pemeriksaan Laboratorium. (Satari, 2011)

Monitor laboratorium tergantung keadaan klinis dan hasil Laboratorium DBD yang menunjukkan peningkatan hemoglobin ($> 20\%$), peningkatan hematokrit (meningkat $20 - 40\%$), dan penurunan trombosit ($< 100.000 / ml$), perubahan tersebut biasanya terjadi pada hari ke-3 hingga ke-5 sakit. (Novriani, 2012)

Pemeriksaan laboratorium pada kasus DBD yang paling penting adalah trombosit dan hematokrit dimana titik kritis DBD terjadi jika kadar hematokrit penderita mengalami kenaikan lebih dari 20% dan menunjukkan kebocoran plasma darah. Pemeriksaan laboratorium DBD dapat juga dilakukan dengan pemeriksaan radiologi, isolasi virus, deteksi antigen virus, dan pemeriksaan serologi antara lain uji IgG dan IgM antidengue dimana beberapa diantaranya dapat memberikan hasil dalam waktu 15 menit. (WHO, 2016)

Pemeriksaan laboratorium yang sering digunakan adalah pemeriksaan serologi Immunoglobulin G (IgG) dan Immunoglobulin M (IgM). Pemeriksaan ini selain tidak spesifik harganya juga relatif mahal. Pada keadaan manifestasi klinis

dan hasil laboratorium sudah jelas pemeriksaan ini sebenarnya tidak perlu dilakukan. Pada kasus yang tidak jelas pemeriksaan ini sering membantu menegakkan diagnosis DBD. (Satari, 2011)

Perawat dapat melakukan pemeriksaan fisik dengan membuktikan, menginformasikan, atau menambah data yang sudah ada. Pemeriksaan dilakukan secara metodik untuk menciptakan gambaran yang jelas tentang status klien sehingga dengan data yang akurat perawat dapat membuat diagnosa keperawatan dan memilih jenis intervensi yang tepat untuk rencana keperawatan. (Satari, 2011)

Pemeriksaan fisik DBD yang dilakukan adalah pemeriksaan tingkat kesadaran, demam, keadaan umum, tanda – tanda vital, dan perdarahan. (Novriani, 2012)

Demam Berdarah Dengue dapat berakibat fatal akibat sulitnya mendeteksi gejala yang muncul dan justru gejala khas muncul saat penderita memasuki keadaan yang cukup parah, adanya kebocoran pembuluh darah, menurunnya jumlah dan kualitas komponen bekuan darah. Oleh karena itu perawat perlu memahami, mengetahui pemeriksaan fisik dan hasil laboratorium DBD agar diberi perawatan secara benar untuk menghindari terjadinya

sindrom syok dengue (SSD). (Satari, 2011)

Keberhasilan penanganan penyakit ini sangat tergantung pada kecepatan dan ketepatan menegakkan diagnosa penyakit itu sendiri. Sejak 2017, Angka korban di Thailand sekitar 41.975 orang terkena DBD dan 47 orang di antaranya meninggal dengan *Case Fatality Rate (CFR)* 1,1 %. Di Propinsi DKI Jakarta kasus DBD menempati urutan pertama dari 33 Propinsi lainnya, dengan jumlah 31.836 kasus dan 86 orang diantaranya meninggal dunia (CFR 0,27 %). (Depkes, 2016))

Dan sejak 2017, Propinsi Sumatera Utara merupakan salah satu Propinsi yang endemis DBD di Indonesia, dengan Jumlah 156.697 orang dan 1.296 orang diantaranya meninggal dunia. Khususnya di kota Medan kasus DBD berjumlah 1.917 kasus serta diperoleh 27 % penderita balita dan 18 orang diantaranya meninggal dunia Tahun 2012, kasus DBD seluruh Kecamatan kota Medan berjumlah 410 orang dengan angka kematian 1 orang dan Kecamatan Helvetia salah satu kecamatan yang paling tinggi terkena DBD. (Depkes, 2016)

Berdasarkan data yang di peroleh dari Medikal Rekord RSUD H. Sahudin Kutacane, pada tahun 2016 kasus DBD berjumlah 352 orang, tahun 2018 kasus DBD dengan jumlah 412 orang, dan tahun

2019 dari bulan Januari s/d Mei tahun 2021 di berjumlah 100 orang.

Berdasarkan studi pendahuluan, dari 8 (delapan) orang DBD yang diobservasi dengan menggunakan lembar observasi pemeriksaan fisik dan hasil laboratorium di RSUD H. Sahudin Kutacane, hanya dapat mengelompokkan DBD derajat I dan II saja karena DBD derajat III dan IV jarang ditemukan dilapangan. Dan berdasarkan uraian tersebut peneliti ingin meneliti analisis hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium DBD derajat I dan II di Rumah Sakit Umum Daerah RSUD H. Sahudin Kutacane.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan *deskriptif analitik*. Desain *cross sectional*, dimana pengukuran atau observasi terhadap subjek penelitian dilakukan dengan sekali pengamatan. Penelitian dilakukan selama dua minggu di RSUD H. Sahudin Kota Cane Tahun 2021.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua penderita Demam Berdarah Dengue derajat I dan II yang berobat di RSUD H. Sahudin Kutacane Tahun 2021. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh penderita DBD derajat I dan II yang berobat di RSUD H. Sahudin

Kutacane. Teknik pengambilan sampel yaitu *Accidental Sampling* yaitu pengambilan sampel yang ada Ketika penelitian dilakukan. Jumlah sampel yang di peroleh sebanyak 20 orang terdiri dari DBD derajat I yaitu 10 orang dan DBD derajat II yaitu 10 orang.

Instrumen penelitian ini dengan menggunakan hasil pemeriksaan laboratorium yang terdiri dari DBD derajat 1 dan 2. Analisa data penelitian yaitu analisa data univariat dan bivariat. Uji Analisa dengan menggunakan uji *chi-square* pada perangkat SPSS. (Budiarto, 2012)

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Data Demografi RSUD H. Sahudin Kutacane Tahun 2021

No	Data Demografi	(F)	(%)
1	Umur Pasien		
	- ≤ 21	12	60
	- 22 – 35	5	25
	- > 35	3	15
2	Jenis kelamin		
	- Laki-laki	11	55
	- Perempuan	9	45
3	Suku		
	- Batak	11	55
	- Jawa	9	45
4	Agama		
	- Kristen	10	50
	- Islam	10	50

Berdasarkan Tabel 1 diatas maka diperoleh mayoritas umur ≤ 21 tahun adalah 12 orang (60 %), jenis kelaminnya mayoritas laki-laki sebanyak 11 orang (55 %), sukunya mayoritas Batak sebanyak 11 orang (55 %), kemudian agama Kristen dan Islam sebanyak 10 orang (50 %).

Hasil Pemeriksaan Fisik DBD Derajat I Berdasarkan Jumlah Gejala Yang Muncul

Hasil Pemeriksaan Fisik DBD Derajat I Berdasarkan Jumlah Gejala Yang Muncul RSUD H. Sahudin Kutacane Medan Tahun 2021. Berdasarkan tabel. 2, maka ada 8 responden (80%) yang memiliki 10 tanda dan gejala yang sama dengan persentase adalah 100% dan ada 2 responden (20%) yang memiliki 9 tanda dan gejala yang ada dengan persentase adalah 90%.

Tabel 2 Hasil Pemeriksaan Fisik DBD Derajat II Berdasarkan Jumlah Gejala Yang Muncul

Hasil Pemeriksaan Fisik DBD Derajat II Berdasarkan Gejala Yang Muncul pada Pasien Di RSUD H.Sahudin Kutacane Tahun 2021

No	Responden	Jumlah Gejala Yang Muncul	(%)
1	X ₁	10	76,92
2	X ₂	11	84,61
3	X ₃	11	84,61
4	X ₄	12	92,31

5	X ₅	11	84,61
6	X ₆	12	92,31
7	X ₇	12	92,31
8	X ₈	10	76,92
9	X ₉	11	84,61
10	X ₁₀	11	84,61

Berdasarkan Tabel 2 diatas, maka ada 5 responden (50%) yang memiliki 11 tanda dan gejala yang muncul dengan persentase adalah 85%, 3 responden (30%) yang memiliki 12 tanda dan gejala yang muncul dengan persentase 92%, dan ada 2 responden (20%) yang memiliki 10 gejala dan tanda yang muncul dengan persentase 77%.

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Hasil Laboratorium DBD Derajat I

No	Hasil Laboratorium	Rata-rata Nilai (M)	Angka Normal
1	Leukosit	5,56 x 10 ³ /μ	5 – 10 (10 ³ /μ)
2	Eritrosit	4,78 x 10 ³ /μ	4,2 – 5,4 (10 ³ /μ)
3	Hemoglobin (Hb)	12,53 g/dl	12 – 16 (g/dl)
4	Hematokrit	38,48 %	38 – 47 (%)
5	Trombosit	88,50 x 10 ³ /μ	150 – 450 (10 ³ /μ)

Berdasarkan tabel diatas maka nilai trombositnya adalah 88.500/μl sedangkan leukosit, eritrosit, hemoglobin, dan hematokrit dalam keadaan normal. Jadi, hanya nilai trombosit yang mengalami penurunan dari angka normalnya (150.000-450.000/μl).

Distribusi Frekuensi Hasil
Laboratorium DBD Derajat II

Hasil yang diperoleh menunjukkan nilai trombositnya adalah 42.300/ μ l sedangkan leukosit, eritrosit, hemoglobin, dan hematokrit dalam keadaan normal. Jadi, hanya nilai trombosit yang mengalami penurunan dari angka normalnya (150.000-450.000/ μ l).

Penyakit DBD dapat menyerang anak-anak dan dewasa, tetapi kebanyakan sering didapat pada anak dibawah usia 15 tahun (WHO, 2014). Hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD H.Sahudin Kutacane menunjukkan bahwa data demografi responden, mayoritas berada pada usia \leq 21 tahun sebanyak 10 orang (50 %). Jadi usia \leq 21 tahun termasuk usia anak yang muda, sesuai dengan pernyataan *American Academic of Pediatric* (2011) bahwa, batas usia anak yang muda adalah usia 21 tahun. Dari hasil penelitian ini ternyata penyakit DBD dapat juga di jumpai pada usia anak muda.

Berdasarkan jenis kelamin, menunjukkan bahwa pasien DBD mayoritas laki – laki yaitu 11 orang (55 %). Berdasarkan suku, maka pasien DBD mayoritas suku Batak yaitu 11 orang (55 %). Sedangkan berdasarkan agama menunjukkan pasien DBD baik agama Kristen maupun agama Islam memiliki jumlah yang sama yaitu 10 orang dengan

persentase 50 %. Jadi Berdasarkan data demografi tersebut , penyakit ini tidak memandang umur, jenis kelamin, suku dan agama, karena penyakit ini dapat menyerang semua orang namun lebih banyak ditemukan pada usia muda.

Pada saat manusia terinfeksi virus dengue, tubuh akan memberi reaksi adanya gejala demam. Bentuk reaksi tubuh terhadap virus antara manusia yang satu dengan yang lain dapat berbeda, maka dapat menunjukkan perbedaan penampilan gejala klinis dan perjalanan penyakit. Bentuk gejala klinis DBD selalu disertai dengan tanda perdarahan. Hanya saja, tanda perdarahan ini tidak selalu muncul pada penderita DBD (Judarwanto, 2017).

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk membuktikan, menginformasikan atau menambah data yang sudah ada. Secara metodik pemeriksaan ini dilakukan untuk menciptakan gambaran yang jelas tentang status klien sehingga dengan data yang akurat perawat dapat membuat diagnosa keperawatan dan memilih jenis intervensi yang tepat untuk rencana keperawatan (Potter dan Perry, 2015).

Berdasarkan teori dalam menentukan DBD derajat I dilakukan pemeriksaan fisik dengan 10 keluhan dan gejala yang terdiri dari demam, keadaan umum antara lain lemas, mual, muntah,

anoreksia, dan nyeri (kepala, otot, tulang, panggul), nadi yang lemah, uji tourniquet (+), manifestasi perdarahan yaitu petekia dan kesadaran yang kompos mentis.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD H.Sahudin Kutacane, hasil yang diperoleh pada pemeriksaan fisik DBD derajat I adalah ada 8 responden (80%) yang memiliki 10 tanda dan gejala yang muncul dengan persentase adalah 100% diantaranya demam, keadaan umum antara lain lemas, mual, muntah, anoreksia dan nyeri (kepala, otot, sendi, panggul), nadi lemah, uji tourniquet (+), perdarahan : petekia, dan kesadaran yang kompos mentis.

Tampak dari kesepuluh tanda dan gejala yang muncul keadaan umum, nadi lemah, uji tourniquet, perdarahan dan kesadaran yang kompos mentis sering di jumpai pada responden karena tubuh mengalami demam dari infeksi virus dengue yang mengganggu sistem metabolisme tubuh atau kerusakan jaringan yang meluas pada organ tubuh (Dalimartha Setiawan, 2017).

Kemudian 2 responden (20%) yang memiliki 9 tanda dan gejala yang ada dengan persentase adalah 90%. Ternyata, terdapat gejala yang tidak dijumpai diantara keseluruhan responden seperti demam. Demam ini tidak dijumpai mungkin karena telah dilakukan

pengobatan simptomatik (pengobatan terhadap gejala seperti menurunkan demam) dan pengobatan suportif (tindakan yang memperbaiki keadaan penderita DBD) (Satari, 2014).

Selain itu kemungkinan terjadi karena demamnya bersifat bifasik yaitu demam yang berlangsung selama beberapa hari sempat turun menjadi normal kemudian naik lagi dan baru turun lagi saat penderita sembuh. Menggambarkan kurva suhu tubuh penderita DBD tidak konstan atau menyerupai pola pelana kuda (Hudoyo J, 2012).

Berdasarkan teori dalam menentukan DBD derajat II dilakukan pemeriksaan fisik dengan 13 keluhan dan gejala yang terdiri dari demam, keadaan umumnya antara lain lemas, mual, muntah, anoreksia, dan nyeri (nyeri kepala, otot, tulang, panggul), TTV : nadi yang lemah, uji tourniquet (+), manifestasi perdarahan (petekia, epistaksis, perdarahan gusi, perdarahan telinga) dan kesadaran yang kompos mentis.

Hasil penelitian pada pemeriksaan fisik DBD derajat II menunjukkan ada 5 responden (50%) yang memiliki 11 tanda dan gejala yang muncul dengan persentase adalah 85% diantaranya tanda dan gejala yang tidak muncul adalah demam, perdarahan gusi dan perdarahan telinga.

Kemudian 3 responden (30%) yang memiliki 12 tanda dan gejala yang muncul dengan persentase 92% diantaranya memiliki tanda dan gejala yang tidak muncul yaitu perdarahan gusi dan perdarahan telinga. Dan 2 responden (20%) yang memiliki 10 tanda dan gejala yang muncul dengan persentase 77% diantaranya ada gejala yang tidak muncul yaitu demam, perdarahan gusi dan perdarahan telinga dari 13 gejala yang ada. Dari antara gejala yang ada pada derajat II, selain demam juga jarang dijumpai tanda perdarahan telinga dan perdarahan gusi.

Pada hasil penelitiannya yang mengatakan bahwa tanda perdarahan pada DBD mungkin tidak terjadi pada semua kasus gambaran pasien. Jarang di jumpai perdarahan mungkin karena telah dilakukan upaya penanggulangan keadaan penderita dengan memberikan asupan cairan yang cukup dan melakukan segala upaya untuk meningkatkan ketahanan tubuh penderita DBD. Perlu diingat, tubuh memiliki imunitas terhadap suatu penyakit termasuk penyakit yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*. Dengan membangun pertahanan tubuh yang kuat maka akan semakin mudah tubuh melawan penyakit yang menyerangnya. Menjaga vitalitas tubuh kondisi penderita DBD tidak semakin parah (Satari, 2014).

Sehingga perlu di berikan asupan makanan yang bergizi dan diusahakan makan dalam kuantitas yang banyak (Irene, 2016)

Berdasarkan teori, DBD derajat I memiliki 10 tanda dan gejala sedangkan derajat II ada 13 tanda dan gejala yang ada, menunjukkan gejala klinis DBD yang bervariasi. Dipertegasakan oleh penelitian Azhali (2015) bahwa gambaran klinis DBD bervariasi dari peneliti yang satu dengan peneliti lainnya bila dibandingkan dengan kriteria WHO, ini disebabkan karena derajat beratnya DBD yang dirawat tidak sama.

Hasil penelitian yang dilakukan tampak bahwa setiap responden memiliki tanda dan gejala yang muncul berbeda-beda. Hal ini sesuai dengan pernyataan Harli Novriani (2012) bahwa gejala klinis pada seseorang berbeda dari setiap derajat DBD karena adanya perbedaan kekebalan respon tubuh. Perbedaan terjadi mungkin karena virus penyebab DBD yang mempunyai empat serotipe yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4 jika menyerang manusia menimbulkan gejala yang berbeda-beda. (Satari, 2011)

Pemeriksaan laboratorium DBD salah satu pemeriksaan penunjang dalam membantu menegakkan diagnosa, memastikan diagnosa, dan menyingkirkan diagnosa banding adalah pemeriksaan

darah atau sering diistilahkan pemeriksaan darah lengkap. Berdasarkan teori untuk menentukan DBD derajat I dan II perlu dilakukan pemeriksaan laboratorium, tetapi yang dilihat hanya leukosit, eritrosit, hemoglobin, hematokrit, dan trombosit.

Pada penderita DBD hasil laboratoriumnya seperti leukosit normal, tetapi biasanya menurun dengan dominasi sel neutrofil. Umumnya trombositopenia terjadi sebelum peningkatan hematokrit dan terjadi sebelum suhu turun. Peningkatan nilai hematokrit lebih dari 20 % pada penderita DBD merupakan indikator terjadinya perembesan plasma, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan hematokrit, sedangkan eritrosit selalu ditemukan dalam tinja (Depkes, 2016).

Gambaran hasil laboratorium yang khas pada penderita DBD adalah terjadi peningkatan kadar hemoglobin (Hb), dan penurunan trombosit kurang dari 150.000/ μ l yang diikuti dengan peningkatan hematokrit lebih dari 20 % (Judarwanto, 2017).

Dari hasil laboratorium yang khas tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD H.Sahudin Kutacane karena pada penyakit DBD derajat I hanya trombosit yang mengalami penurunan kurang dari angka normal (150.000-450.000/ μ l) adalah 88.500/ μ l. Demikian juga pada penyakit DBD derajat II

trombositnya menurun kurang dari angka normal yaitu 42.300/ μ l. Dari hasil penelitian ini menunjukkan adanya perbedaan nilai trombosit, sesuai dengan penelitian Azhali (2015) yang mengatakan bahwa hasil trombosit menunjukkan perbedaan yang menyolok, hal ini berhubungan dengan derajat penyakit dan trombositopenia pada DBD hanya dapat ditemukan bila pemeriksaan trombosit dilakukan secara serial dan intensif sekurang-kurangnya dari hari ke tiga sampai ke delapan dari sakitnya.

Nilai trombosit dapat menurun karena terjadi infeksi virus dengue yang menyerang sel trombosit dan pembuluh darah, sehingga mengganggu fungsi trombosit yang menyebabkan destruksi trombosit dalam darah meningkat. Apabila kadar trombosit rendah dari angka normal akan berisiko terjadi perdarahan. Untuk itu Satari (2014) menganjurkan agar memberi asupan cairan yang memadai baik melalui pemasangan infus maupun minum yang banyak, sehingga kebocoran plasma dapat dikendalikan. Bila kebocoran dapat dikendalikan kadar trombosit yang rendah tidak akan berdampak pada perdarahan berat.

Berdasarkan teori dengan adanya kebocoran plasma darah maka hematokrit mengalami peningkatan tetapi pada penelitian ini hematokritnya dalam

keadaan normal, hal itu mungkin terjadi karena upaya penanganan / penatalaksanaan yang cepat dan tepat dengan memberikan asupan cairan yang cukup seperti melakukan pemasangan infus dan minum air yang banyak pada penderita, sehingga mengalami pergantian cairan dalam tubuh. Perlu mendapat perhatian bahwa nilai hematokrit dipengaruhi oleh penggantian cairan atau perdarahan.

Demikian juga dengan hemoglobin yang seharusnya terjadi peningkatan kadarnya, namun kenyataannya kadar hemoglobin dalam keadaan normal. Mungkin terjadi karena telah diberi asupan cairan dan oksigen yang cukup, sehingga hemoglobin mengikat oksigen yang cukup dalam eritrosit sehingga kadar eritrosit ikut normal.

Sementara leukosit yang berfungsi sebagai fagosit kadarnya tidak menurun atau dalam keadaan normal, kemungkinan terjadi karena telah diberikan asupan cairan yang cukup dan asupan makanan yang bergizi. Oleh karena itu, perlu diperhatikan pemberian asupan cairan, oksigen yang cukup dan makanan bergizi bagi penderita DBD.

Hasil laboratorium tersebut maka nilai trombosit DBD derajat II lebih rendah dibandingkan dengan nilai trombosit DBD derajat I. Kemudian hasil

laboratorium DBD yang diperiksa sangat dipengaruhi oleh asupan cairan dan oksigen. Jadi berdasarkan uraian tersebut mengisyaratkan bahwa pada penyakit DBD sebaiknya memperhatikan penanganan yang cepat dan tepat dalam bentuk pemberian asupan cairan seperti pemasangan infus, minum yang banyak dan juga pemberian oksigen untuk memperbaiki hasil pemeriksaan laboratorium. Dan pada pemeriksaan fisik selain memperhatikan asupan cairan dan oksigen.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada pasien yang berobat di RSUD H.Sahudin Kutacane, maka hasil yang diperoleh pada pemeriksaan fisik DBD derajat I dan derajat II pada demam, keadaan umum, nadi yang lemah, uji tourniquet (+), manifestasi perdarahan dan kesadaran yang kompos mentis menunjukkan bahwa setiap responden memiliki perbedaan respon kekebalan tubuh sehingga tanda dan gejala penyakit DBD yang muncul berbeda-beda.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada pasien yang berobat di RSUD H.Sahudin Kutacane, menunjukkan nilai laboratorium trombosit DBD derajat I mengalami penurunan kurang dari angka

normal (150.000-450.000 / μ l) yaitu 88.500/ μ l dan nilai laboratorium trombosit DBD derajat II yaitu 42.300/ μ l. Kemudian selain trombosit hasil laboratorium DBD yang lain antara lain leukosit, eritrosit, hemoglobin, dan hematokrit, dapat ditanggulangi dengan memberikan asupan cairan dan oksigen yang cukup serta memberikan asupan makanan yang bergizi.

Saran

Setelah dilakukan penelitian ada beberapa rekomendasi peneliti yaitu sebagai berikut : Sebaiknya melakukan penanggulangan yang cepat dan tepat dengan memberikan pengobatan simptomatik seperti menurunkan demam, melakukan pengobatan suportif (tindakan yang memperbaiki keadaan penderita DBD) dan juga memberikan asupan cairan yang cukup, Bagi penderita DBD sebaiknya melakukan pemeriksaan laboratorium yang kemudian melakukan pemeriksaan fisik agar dapat memberikan penatalaksanaan yang tepat, Pada penderita DBD, sebaiknya di beri asupan makanan yang bergizi untuk mempertahankan daya tahan tubuh.

DAFTAR PUSTAKA

Budiarto, E. (2012). *Biostatistika Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. EGC.

Departemen Kesehatan, R. (2015). *Pencegahan dan Pemberantas Demam Berdarah Dengue Di Indonesia*.

Departemen Kesehatan, R. (2016). *Riset Kesehatan Dasar*.
<http://www.depkes.co.id>

Hudoyo, J. (2018). *Waspada! DBD dengan Penanganan Yang Tepat*.
<http://lifestyle.okezone.com>

Irene. (2016). *Gejala Demam Berdarah dan Pertolongan Pertama*. [http:// Irene.malau.net](http://Irene.malau.net).

Novriani Harli. (2012). *Respon Imun dan Derajat Kesakitan Demam Berdarah Dengue dan Dengue Shock syndrome*. EGC.
<http://www.kalbe.co.id>

Satari, H. &. (2011). *Demam Berdarah Dengue : Pelatihan bagi Pelatih Dokter Spesialis Anak dan Dokter Spesialis Penyakit Dalam dalam Tatalaksana Kasus DBD*. FKUI.

WHO. (2016). *Dangue Buletin*.