

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

2.1. Infeksi Dengue

2.1.1. Definisi Infeksi Dengue

Infeksi dengue adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Penyakit ini adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh serotipe virus dengue, dan ditandai dengan empat gejala klinis utama yaitu demam yang tinggi, manifestasi perdarahan, hepatomegali, dan tanda-tanda kegagalan sirkulasi sampai timbulnya renjatan (*dengue shock syndrome*) sebagai akibat dari kebocoran plasma yang dapat menyebabkan kematian (Depkes, 2004).

Penyakit ini dapat berakibat fatal jika penanganan pada penderita tidak dilakukan dengan tepat, baik cara maupun waktu penanganan. Mortalitas DHF dapat berkurang 1% jika manajemen penanganan pada penderita dilakukan dengan benar (Centers for Disease Control and Prevention/CDC, 2009)

2.1.2. Epidemiologi

Infeksi dengue di Asia Tenggara pada mulanya hanya merupakan penyakit ringan yang tidak pernah menimbulkan kematian.¹ Tetapi sejak tahun 1952 infeksi virus dengue menimbulkan penyakit dengan manifestasi klinik berat, yaitu DHF yang ditemukan di Manila, Filipina.¹ Kemudian menyebar ke

Negara lain seperti Thailand, Vietnam, Malaysia, dan Indonesia (Hadinegoro *et al*, 2006).

DHF telah menjadi masalah kesehatan di Indonesia selama 47 tahun terakhir. Sejak tahun 1968 terjadi peningkatan jumlah provinsi dan kabupaten/kota yang terkena penyakit DHF, dari 2 provinsi dan 2 kota menjadi 34 provinsi dan 436 kabupaten/kota pada tahun 2015. Peningkatan jumlah kasus DHF juga terjadi dari tahun 1968 yaitu 58 kasus menjadi 126.675 kasus pada tahun 2015. Peningkatan dan penyebaran kasus DHF tersebut dapat disebabkan oleh mobilitas penduduk yang tinggi, perkembangan wilayah perkotaan, perubahan iklim, perubahan kepadatan, distribusi penduduk, dan faktor epidemiologi lainnya. (Depkes, 2016).

2.1.3. Etiologi

Dengue Haemorrhagic Fever disebabkan virus dengue yang termasuk kelompok B *Arthropod Borne Virus* (Arboviroses) yang sekarang dikenal sebagai genus *Flavivirus*, famili *Flaviviridae*, dan mempunyai 4 jenis serotipe, yaitu: DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4, dimana keempat serotype ini berhubungan secara imunologis (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2014). Keempat serotype ditemukan di Indonesia dengan DEN-3 merupakan serotype terbanyak (Suhendro *et al*, 2009). Infeksi salah satu serotipe akan menimbulkan antibodi terhadap serotipe yang bersangkutan, sedangkan antibodi yang terbentuk terhadap serotipe lain sangat kurang, sehingga tidak dapat memberikan perlindungan yang memadai terhadap serotipe lain tersebut.

Seseorang yang tinggal di daerah endemis dengue dapat terinfeksi oleh atau serotipe selama hidupnya (Depkes, 2004).

2.1.4. Manifestasi Klinik Infeksi Dengue

Infeksi virus dengue merupakan suatu penyakit sistemik yang memiliki spektrum klinik yang luas. Setelah masa inkubasi kemudian diikuti oleh tiga fase penyakit yaitu fase demam, fase kritis, dan fase penyembuhan. Kunci keberhasilan dalam terapi adalah mengenal dan memahami gejala dan tanda yang timbul selama fase-fase tersebut, hal ini akan memudahkan dalam memberikan terapi sehingga memberikan hasil terapi yang memuaskan. Pengenalan gejala dan tanda awal pada pasien infeksi dengue merupakan bagian penting yang menentukan keberhasilan terapi pasien tersebut (WHO, 2009).

Fase – fase Infeksi Dengue :

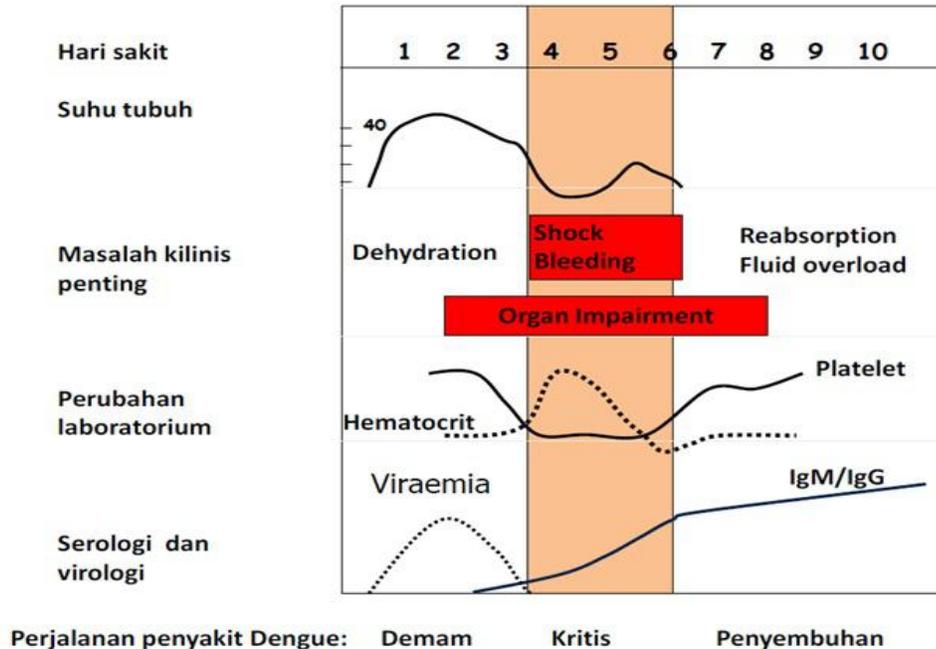
1. Fase Demam

Penyakit ini didahului oleh demam tinggi yang mendadak, terus menerus, berlangsung 2-7 hari dan biasanya terdapat tanda – tanda flushing pada wajah, eritema kulit, mialgia, artralgi, nyeri kepala, anoreksia, mual, dan muntah. Testourniquet yang positif pada fase ini meningkatkan kemungkinan adanya infeksi virus dengue (WHO, 2009).

Monitoring terhadap adanya tanda bahaya sangat penting untuk mengenali progresifitas penyakit ke dalam fase kritis. Perdarahan ringan seperti petekie dan perdarahan pada membran mukosa dapat terjadi pada fase ini. Perdarahan vaginal dan perdarahan gastrointestinal dapat pula terjadi pada fase ini walaupun sangat jarang. Hepatomegali dapat terjadi dalam beberapa hari

setelah demam. Tanda awal abnormalitas pada pemeriksaan darah adalah terjadinya penurunan jumlah leukosit (leukopeni) (WHO, 2009).

Gambar 1. Fase-fase Infeksi Dengue



Sumber: *Dengue Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention, and Control*

2. Fase Kritis

Awal fase kritis terjadi saat suhu tubuh mulai turun ke 37.5-38 °C atau dibawahnya yang terjadi pada hari ke 3-6 dari perjalanan penyakit, dapat terjadi peningkatan permeabilitas kapiler ditandai dengan peningkatan nilai hematokrit. Leukopenia yang progresif diikuti dengan penurunan jumlah trombosit secara cepat menandai terjadinya kebocoran plasma. Pada fase ini pada pasien tanpa peningkatan permeabilitas kapiler akan terjadi perbaikan klinik sedangkan pada pasien dengan peningkatan permeabilitas kapiler dapat terjadi perburukan klinik sebagai akibat dari hilangnya volume plasma. Derajat dari kebocoran plasma tersebut bervariasi. Efusi pleura dan ascites merupakan tanda adanya kebocoran

plasma yang dapat dideteksi. Untuk menegakkan diagnosis dari keadaan tersebut dapat dilakukan foto polos dada dan USG abdomen.

Derajat dari peningkatan nilai hematokrit pada fase ini biasanya dapat memperlihatkan keparahan dari adanya kebocoran plasma. Syok terjadi disebabkan adanya kebocoran plasma yang menyebabkan berkurangnya perfusi jaringan. Terjadinya syok biasanya didahului dengan adanya tanda-tanda bahaya. Suhu tubuh saat terjadinya syok dapat subnormal. Bila terjadi syok yang berkepanjangan dapat terjadi hipoperfusi jaringan, asidosis metabolic, dan DIC. Hal ini akan menyebabkan terjadinya perdarahan yang berat sehingga nilai hematokrit akan turun saat terjadi syok yang berat. Pada fase ini juga terjadi leukopeni tetapi jumlah leukosit dapat meningkat apabila terjadi perdarahan berat. Kerusakan organ dapat terjadi seperti hepatitis berat, encephalitis, atau miokardis. Pasien-pasien yang mengalami perbaikan setelah fase ini dikelompokkan kedalam infeksi dengue yang ringan. Beberapa pasien dapat berkembang menjadi lebih berat dengan adanya kebocoran plasma, pada pasien-pasien tersebut perlu dilakukan pemeriksaan darah untuk menentukan onset dari fase kritis dan adanya kebocoran plasma. Pasien-pasien yang mengalami perburukan klinis pada fase ini akan memberikan tanda-tanda bahaya, pasien-pasien tersebut dikelompokkan pasien dengue dengan tanda bahaya. Kasus dengue dengan tanda bahaya dapat mengalami perbaikan klinik dengan terapi rehidrasi intravena yang efektif dan efisien. Beberapa kasus dapat mengalami perburukan menjadi dengue berat

3. Fase Penyembuhan

Jika pasien selamat pada 24-48 jam pada fase kritisnya, maka selanjutnya akan terjadi reabsorpsi cairan ekstrasvaskular selama 48-72 jam berikutnya. Perbaikan keadaan umum dapat terlihat dengan adanya peningkatan nafsu makan, gejala-gejala abdomen yang berkurang, status hemodinamik yang stabil dan adanya diuresis. Beberapa pasien dapat memperlihatkan rash "*isles of white in the sea of red*". Pasien yang lainnya dapat mengeluh adanya pruritus. Bradikardi dan perubahan EKG dapat terjadi pada fase ini. Nilai hematokrit kembali stabil dikarenakan efek dari adanya reabsorpsi cairan ekstrasvaskuler. Jumlah leukosit biasanya akan meningkat kembali ke normal diikuti dengan peningkatan dari jumlah trombosit. Selama fase kritis atau fase penyembuhan, terapi cairan yang berlebihan dapat menyebabkan terjadinya edema pulmonum atau gagal jantung kongestif.

2.1.5. Derajat Klinik Infeksi Dengue

Infeksi dengue mempunyai manifestasi klinik yang luas. Kebanyakan pasien infeksi dengue memiliki manifestasi klinik ringan, beberapa pasien lainnya dapat memiliki manifestasi klinik yang progresif menjadi berat, ditandai dengan adanya kebocoran plasma dengan atau tanpa adanya perdarahan. Rehidrasi intravena merupakan pilihan terapi utama, intervensi dengan terapi ini dapat mengurangi CFR hingga dibawah 1% pada dengue berat. Pengelompokan pasien dari kelompok dengue ringan hingga dengue berat sangat penting dilakukankarena dapat mencegah pasien dengan dengue ringan agar tidak progresif menjadi dengue berat. Triase, terapi yang tepat, dan keputusan petugas

medis untuk memberikan terapi rawat jalan atau rawat inap pada pasien infeksi dengue dipengaruhi oleh derajat klinik infeksi dengue.

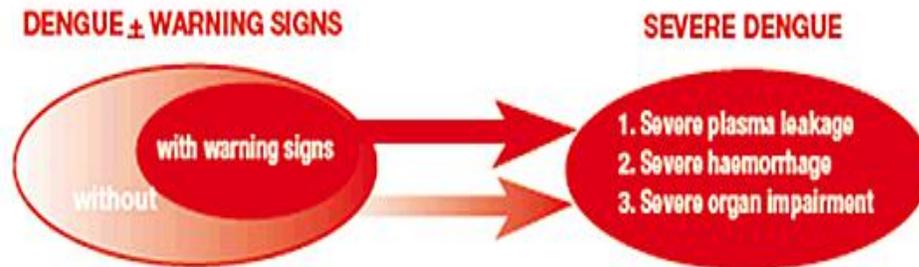
WHO pada tahun 1997 mengklasifikasikan infeksi virus dengue menjadi dua kelompok yaitu kelompok asimtomatik dan kelompok simptomatik. Kelompok simptomatik dikelompokkan lagi menjadi tiga kategori, yaitu *undifferentiated fever*, *dengue fever (DF)*, dan *dengue haemorrhagic fever (DHF)*. Kemudian DHF dikelompokkan lagi menjadi empat derajat, dengan derajat III dan derajat IV dikategorikan sebagai Dengue Shock Syndrome (DSS). Banyaknya laporan mengenai kesulitan dari petugas medis untuk mengaplikasikan kriteria derajat klinik tersebut pada pasien bersamaan dengan meningkatnya kasus dengue berat yang tidak memenuhi kriteria derajat klinik WHO menjadikan bahan pertimbangan untuk dibuatnya klasifikasi DBD yang baru. Pengklasifikasian DF, DHF, DSS sekarang banyak dipakai di banyak negara (WHO, 1997).

Pada tahun 2009, WHO mengklasifikasikan infeksi dengue berdasarkan derajat keparahannya. Pasien infeksi dengue diklasifikasikan menjadi dengue tanpa tanda bahaya, dengue dengan tanda bahaya, dan dengue berat. Perlu diingat bahwa setiap pasien dengue tanpa tanda bahaya dapat selalu berkembang menjadi dengue berat. Pengklasifikasian kelompok berdasarkan derajat keparahan ini penting dilakukan sebagai bahan pertimbangan petugas medis untuk menentukan terapi dan observasi pasien (WHO, 2009).

WHO pada tahun 2009 membagi derajat klinik pasien infeksi dengue menjadi dengue dengan dan tanpa adanya tanda bahaya, serta dengue berat.

Tanda bahaya diantaranya adalah kebocoran plasma berat, perdarahan berat dan penurunan fungsi organ.

Gambar 2. Derajat klinik infeksi dengue.



Sumber : *Dengue Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention, and Control*(WHO, 2009)

1. Dengue tanpa tanda bahaya

Merupakan kemungkinan infeksi virus dengue pada pasien yang bertempat tinggal atau memiliki riwayat perjalanan ke daerah endemik. Pasien tersebut demam dan memiliki dua atau lebih dari gejala dan tanda berikut:

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| a. Mual, muntah | d. Nyeri kepala |
| b. Ruam | e. Mialgia |
| c. Tes tourniquet positif | |

2. Dengue dengan tanda bahaya

Merupakan infeksi virus dengue yang membutuhkan observasi ketat.

Kriteria pada derajat ini adalah berdasarkan tanda dan gejala pada derajat 1 disertai adanya tanda bahaya, yaitu:

- | | |
|----------------------|---------------------------------|
| a. Nyeri perut | e. Kegelisahan |
| b. Muntah persisten | f. Hepatomegali lebih dari 2 cm |
| c. Perdarahan mukosa | g. Ascites |
| d. Letargi | h. Efusi pleura |

3. Dengue berat

Merupakan infeksi virus dengue yang membutuhkan observasi ketat dan merupakan kegawatdaruratan medik. Kriteria pada derajat ini adalah berdasarkan tanda dan gejala pada derajat 1 dan 2 disertai adanya tanda dan gejala berupa:

- a. Kebocoran plasma berat yang akan mengakibatkan :
 1. Syok (DSS)
 2. Penumpukan cairan dengan distress respirasi
- b. Perdarahan berat
- c. Kerusakan organ yang berat, meliputi:
 1. Hepar : SGOT atau SGPT \geq 1000
 2. SSP : Penurunan kesadaran
 3. Jantung dan organ yang lainnya

2.1.6. Penegakkan Diagnosis

Untuk menegakkan diagnosis perlu dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan darah lengkap (WHO, 2009). Sehingga petugas medis dapat menentukan apakah pasien tersebut menderita infeksi dengue, pada fase apa (fase demam, fase kritis, fase penyembuhan), menentukan adanya tanda-tanda bahaya, hidrasi dan status hemodinamik pasien, dan menentukan apakah pasien diharuskan rawatjalan atau rawat inap.

1. Anamnesis

- a. Hari pertama demam.
- b. Penilaian adanya tanda bahaya yang meliputi: nyeri perut, muntah persisten, perdarahan mukosa, letargi, dan adanya kegelisahan.
- c. Adanya diare.
- d. Adanya perubahan status mental/kejang/nyeri kepala.
- e. Ouput urin (frekuensi dan volume).

- f. Riwayat penting lainnya seperti adanya keluarga atau tetangga yang menderita DBD, riwayat perjalanan ke daerah endemis DBD, dll.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pasien sebaiknya meliputi hal-hal berikut:

- a. Penilaian status mental
- b. Penilaian status hidrasi
- c. Penilaian status hemodinamik
- d. Penilaian adanya takipneu/asidosis respirasi/efusi pleura
- e. Penilaian abdomen, hepatomegali, ascites
- f. Pemeriksaan ruam dan manifestasi perdarahan lainnya
- g. Tes tourniquet (ulangi jika sebelumnya negatif)

3. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan Darah lengkap

Pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan terhadap sel darahmerah, sel darah putih, dan trombosit (Turgeon, 2004). Pentingnya pemeriksaan darah lengkap tidak dapat diremehkan karena dapat digunakan sebagai prosedur untuk skrining, dan sangat membantu untuk menunjang diagnosis dari berbagai penyakit. Pemeriksaan darah lengkap dapat digunakan untuk melihat kemampuan tubuh pasien dalam melawan penyakit dan dapat digunakan sebagai indikator untuk mengetahui kemajuan pasien dalam keadaan penyakit tertentu seperti infeksi, pemeriksaan darah lengkap tersebut diantaranya adalah pemeriksaan jumlah leukosit, kadar hemoglobin, hematokrit, dan jumlah eritrosit (Barbara,1984).

Pemeriksaan darah yang biasanya dilakukan untuk menapis pasien tersangka demam berdarah dengue adalah melalui pemeriksaan jumlah trombosit, nilai hematokrit, jumlah leukosit, kadar hemoglobin dan hapusan darah tepi untuk melihat adanya limfositosis relatif disertai gambaran limfosit plasma biru (LPB) (Suhendro *et al*, 2009).

Pemeriksaan darah lengkap sebaiknya dilakukan untuk mengonfirmasi diagnosis. Tes tambahan lainnya sebaiknya dilakukan jika ada indikasi. Tes tambahan tersebut seperti tes fungsi hepar, glukosa, serum elektrolit, urea dan creatinin, bicarbonate atau lactate, kardiak enzim, dan ECG.

b. Radiologi

Pada foto toraks terutama pada DSS dapat ditemukan efusi pleura, terutama disebelah hemitoraks kanan. Pemeriksaan foto toraks sebaiknya dilakukan dalam posisi lateral dekubitus kanan (pasien tidur disisi kanan). Asites dan efusi pleura dapat dideteksi dengan pemeriksaan Ultrasonografi (USG).

2.1.7. Terapi

Terapi yang diberikan berdasarkan gejala klinik yang ada, kemudian penatalaksanaan pada pasien dengue dibagi menjadi tiga.

1. Terapi pada Pasien Dengue Tanpa Tanda Bahaya

Pasien dapat diberikan terapi rawat jalan dengan pertimbangan pasien tersebut memiliki status hidrasi dan hemodinamik baik, dapat mengeluarkan urin minimal sekali dalam enam jam, tidak memiliki tanda-tanda bahaya terutama saat penurunan suhu.

Terapi yang dilakukan diantaranya :

- A. Menganjurkan pasien untuk minum yang cukup, seperti minum jus buah dan cairan lainnya yang mengandung banyak elektrolit dan gula untuk mengganti cairan yang hilang dikarenakan demam dan muntah.
- B. Parasetamol diberikan apabila pasien demam tinggi dan merasa tidak nyaman. Interval pemberian parasetamol sebaiknya tidak kurang dari enamjam. Jangan diberikan aspirin dan ibuprofen dikarenakan obat-obatan tersebut dapat menyebabkan terjadinya gastritis dan memperparah perdarahan.
- C. Memberikan penjelasan kepada keluarga pasien, sebaiknya pasien dibawa kembali ke rumah sakit segera apabila terdapat tanda-tanda berikut : tidak ada perbaikan klinis, keadaan pasien memburuk saat penurunan suhu, pasien mengeluh nyeri perut, adanya muntah yang terus menerus, ekstremitas yang dingin dan lembab, pasien merasa gelisah, adanya tandatanda adanya perdarahan (feces berwarna hitam), dan jika pasien tidak mengeluarkan urin selama 4-6 jam.

2. Terapi pada Pasien Dengue dengan Tanda Bahaya

Merupakan terapi yang diberikan pada pasien dengue dengan tanda-tanda bahaya maupun pada pasien dengue dengan penyakit penyerta lain seperti obesitas, diabetes melitus, gagal ginjal, dan CHD (*chronic haemolytic diseases*). Terapi pada pasien dengue dengan tanda-tanda bahaya adalah sebagai berikut:

- A. Lakukan pemeriksaan hematokrit sebelum pemberian terapi cairan.
- B. Berikan larutan isotonic seperti 0.9% saline, Ringer's lactate, atau Hartmann's solution. Dimulai dengan 5-7 ml/kg/jam untuk 1-2 jam, kemudian dikurangi menjadi 3-5 ml/kg/jam untuk 2-4 jam, dan kurangi sampai 2-3 ml/kg/jam atau kurang sesuai dengan respon klinik pasien.

- C. Lakukan penilaian status klinik pasien kembali dan ulangi pemeriksaan hematokrit. Jika nilai hematokrit tetap atau atau meningkat sedikit, lanjutkan dengan pemberian cairan 2-3 ml/kg/jam sampai 2-4 jam. Jika tanda vital memburuk dan hematokrit meningkat cepat, maka tingkatkan pemberian cairan menjadi 5-10 ml/kg/jam sampai 1-2 jam. Lakukan penilaian status klinik pasien kembali dan ulangi pemeriksaan hematokrit serta tinjau kembali rata-rata kecepatan pemberian infus.
- D. Pemberian terapi cairan dengan volume yang minimum diperlukan untuk perfusi pasien dan pengeluaran volume urin pasien rata-rata 0.5 ml/kg/jam. Terapi cairan biasanya dilakukan hanya untuk 24-48 jam. Pengurangan pemberian terapi cairan secara bertahap ketika laju kebocoran plasma menurun merupakan petunjuk adanya akhir dari fase kritis. Hal tersebut diindikasikan dengan adanya pengeluaran urin dan nilai hematokrit yang menurun dari kadar awal hematokrit pasien.
- E. Pasien dengan tanda-tanda bahaya sebaiknya dimonitor oleh petugas medis sampai periode risiko tersebut berakhir. Pemeliharaan keseimbangan cairan harus dilakukan. Parameter yang harus dimonitor termasuk diantaranya yaitu tanda vital dan perfusi perifer (1-4 jam sampai pasien keluar dari fase kritis), pengeluaran urin pasien (4-6 jam sekali), hematokrit (dibandingkan sebelum dan sesudah terapi cairan, kemudian 6-12 jam sekali), kadar glukosa darah, dan fungsi organ lainnya bila ada indikasi (seperti keadaan ginjal, keadaan hepar, dan keadaan koagulasi).

3. Terapi pada Pasien Dengue Berat

Terapi yang dilakukan pada pasien yang membutuhkan tindakan kegawatdaruratan terutama pada dengue berat. Pasien membutuhkan tindakan kegawatdaruratan saat berada pada fase kritis, jika ada tanda-tanda:

- A. Kebocoran plasma berat yang dapat menjadi DSS dengan atau tanpa penumpukan cairan dengan distres respirasi.
- B. Perdarahan berat.
- C. Kerusakan organ yang berat (kerusakan hepar, kerusakan ginjal, kardiomiopati, encephalopati atau encephalitis)

Semua pasien dengan dengue berat harus dimasukkan kedalam rumah sakit pada fasilitas ICU dan diberikan transfusi darah. Resusitasi cairan intravena merupakan hal penting yang harus dilakukan. Cairan kristaloid yang diberikan sebaiknya isotonis dan volume yang diberikan harus cukup untuk mempertahankan sirkulasi selama periode dari kebocoran plasma tersebut. Kehilangan plasma sebaiknya segera digantikan dengan cairan kristaloid yang isotonis, atau pada kasus syok hipotensif dapat diberikan cairan koloid.

Penggantian cairan plasma yang hilang dilanjutkan untuk mempertahankan sirkulasi yang efektif selama 24-48 jam. Untuk pasien yang obesitas, berat badan ideal sebaiknya dipakai untuk menghitung rata-rata infus yang diberikan. Transfusi darah sebaiknya diberikan pada kasus dengan perdarahan yang berat.

Tujuan dari resusitasi cairan yang diberikan adalah adanya peningkatan baik sirkulasi sentral maupun sirkulasi perifer (penurunan takikardi, peningkatan tekanan darah, volume tekanan, ekstremitas yang hangat dan berwarna pink, dan waktu pengisian kembali kapiler).

4. Terapi pada syok :

- A. Dimulai dengan resusitasi cairan intravena dengan kristaloid isotonis 5-10 ml/kg/jam selama satu jam. Kemudian dinilai kembali kondisi pasien (tanda vital, waktu pengisian kembali kapiler, hematokrit, dan pengeluaran urin). Langkah selanjutnya tergantung dari situasi pasien.
- B. Bila kondisi pasien meningkat, cairan intravena sebaiknya secara bertahap dikurangi sampai 5-7 ml/kg/jam untuk 1-2 jam, kemudian ke 3-5 ml/kg/jam untuk 2-4 jam, kemudian ke 2-3 ml/kg/jam, dan selanjutnya tergantung pada status hemodinamik dan dipertahankan sampai 24-48 jam.
- C. Jika tanda vital masih tidak stabil, cek nilai hematokrit setelah pemberian infus awal. Jika hematokrit meningkat atau masih tinggi (lebih dari 50%), ulangi pemberian bolus kedua, jika ada peningkatan kondisi pasien, kurangi rata-rata pemberian bolus menjadi 7-10 ml/kg/jam untuk 1-2 jam, dan lanjutkan pengurangan rata-rata pemberian infus seperti di atas. Jika nilai hematokrit menurun dibandingkan nilai hematokrit pada awal terapi (<40% pada anak dan wanita dewasa, <45% pada pria dewasa), hal tersebut indikasi adanya perdarahan dan membutuhkan transfusi darah segera.

D.

2.2 Pemeriksaan Fisik

2.2.1 Definisi Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh pasien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu untuk memperoleh data yang sistematis dan komprehensif, memastikan/membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah, dan merencanakan tindakan perawatan yang tepat bagi pasien (Sartika, 2010)

Cara pemeriksaan fisik pada orang dewasa dengan anak-anak umumnya sama, yaitu dimulai dengan inspeksi (periksa lihat), palpasi (periksa raba), perkusi (periksa ketuk), auskultasi (periksa dengar).

2.2.1.1 Inspeksi

Inspeksi dapat menjadi inspeksi umum dan inspeksi local. Pada inspeksi umum pemeriksa melihat perubahan yang terjadi secara umum, sehingga dapat diperoleh kesan keadaan umum pasien. Pada inspeksi local, dilihat perubahan-perubahan local sampai sekecil-kecilnya. Untuk bahan perbandingan perlu diperhatikan keadaan sisi lainnya.

2.2.1.2 Palpasi

Setelah inspeksi, pemeriksaan dilanjutkan dengan palpasi, yakni periksa dengan meraba, mempergunakan telapak tangan dan memanfaatkan alat peraba yang terdapat pada telapak tangan dan jari tangan. Dengan palpasi dapat ditentukan bentuk, besar, tepi, permukaan serta konsistensi organ.

2.2.1.3 Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop. Dengan

cara auskultasi dapat didengar suara pernapasan, bunyi dan bising jantung, peristaltic usus, dan aliran darah dalam pembuluh darah.

2.2.1.4 Perkusi

Perkusi adalah pemeriksaan yang meliputi pengetukan bagian tubuh untuk menghasilkan bunyi yang akan membantu dalam menentukan densitas, lokasi, dan struktur yang dibawahnya. (Meyers, Mery. *et al*1997)

2.2.2 Tujuan Pemeriksaan fisik

Secara umum, pemeriksaan fisik yang dilakukan bertujuan untuk:

- Mengumpulkan data dasar tentang kesehatan pasien.
- Menambah, mengkonfirmasi, atau menyangkal data yang diperoleh dalam anamnesa.
- Mengkonfirmasi dan mengidentifikasi diagnosa.
- Membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan pasien dan penatalaksanaan (Sartika, 2010).

2.3 Faktor Individual yang Mempengaruhi Kelengkapan Pemeriksaan Fisik

Faktor individual yang dapat mempengaruhi kelengkapan pemeriksaan fisik adalah jenis kelamin, usia, masa kerja.

2.3.1. Jenis Kelamin

Menurut pendapat Gibson (2000) jenis kelamin tidak memberikan pengaruh secara langsung kepada kinerja individu, karena sudah merupakan kewajiban yang dilaksanakan berdasarkan standar prosedur yang telah ditetapkan, walaupun pada pekerjaan ini diperlukan suatu ketelitian dan kesabaran agar menghasilkan kinerja yang baik.

2.3.2 Usia

Usia yang lebih tua umumnya lebih bertanggung jawab dan lebih teliti dibandingkan dengan usia yang lebih muda, hal ini mungkin terjadi karena dokter yang berusia lebih muda masih kurang berpengalaman. Dengan kata lain dapat dikatakan bahwa semakin tua umur seseorang memiliki tingkat kematangan yang lebih besar, bertanggung jawab, dan lebih teliti dalam melaksanakan tugas-tugasnya sebagai dokter (Sugiyanto, 2006).

2.3.3 Masa Kerja

Masa kerja biasanya dikaitkan pengalaman kerja yang juga ikut menentukan kinerja seseorang. Semakin lama masa kerja seseorang maka kemampuan dan kecapakannya akan pekerjaannya akan lebih baik karena sudah menyesuaikan diri dengan pekerjaannya (Sari, 2011). Selain itu dalam bekerja di suatu organisasi atau institusi, semakin lama seorang petugas bekerja akan semakin tinggi produktivitasnya, hal ini disebabkan semakin lama bekerja akan semakin banyak pula pengalaman dan keterampilan yang didapatkan. Dengan kata lain, dokter yang memiliki masa kerja lebih lama akan semakin berpengalaman karena sudah terbiasa dengan tanggung jawab pekerjaannya sehingga hasil pekerjaannya akan semakin baik, termasuk dalam melakukan pemeriksaan fisik (Notoatmodjo, 1998).

2.3.4 Status Kepegawaian

Status kepegawaian dokter merupakan sesuatu hal yang penting bagi seseorang dan mereka akan bekerja keras untuk mendapatkannya dan status kepegawaian ini juga sangat kuat mempengaruhi perilaku seseorang dalam organisasi (Strauss dan Sayles, 1990).

B. Kerangka Teori

Faktor yang Mempengaruhi Kelengkapan Pemeriksaan Fisik

Variabel Psikologis:

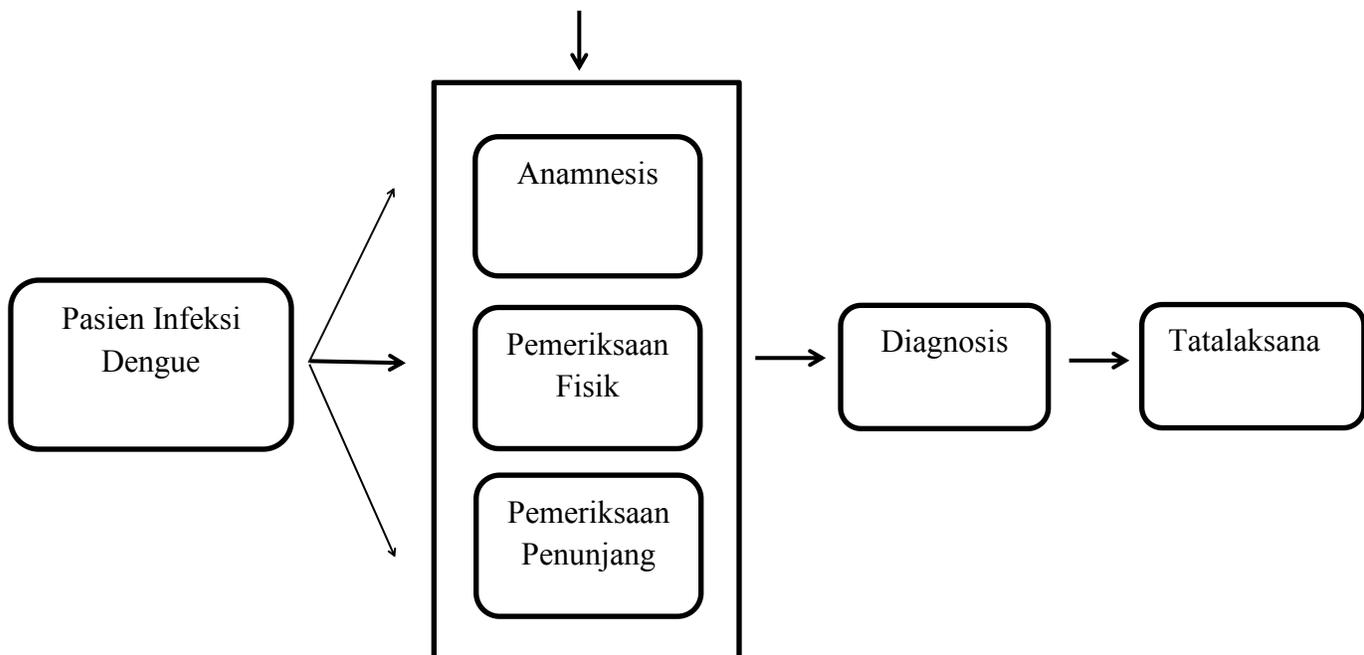
- Persepsi
- Sikap
- Kepribadian
- Belajar
- Motivasi

Variabel Individu:

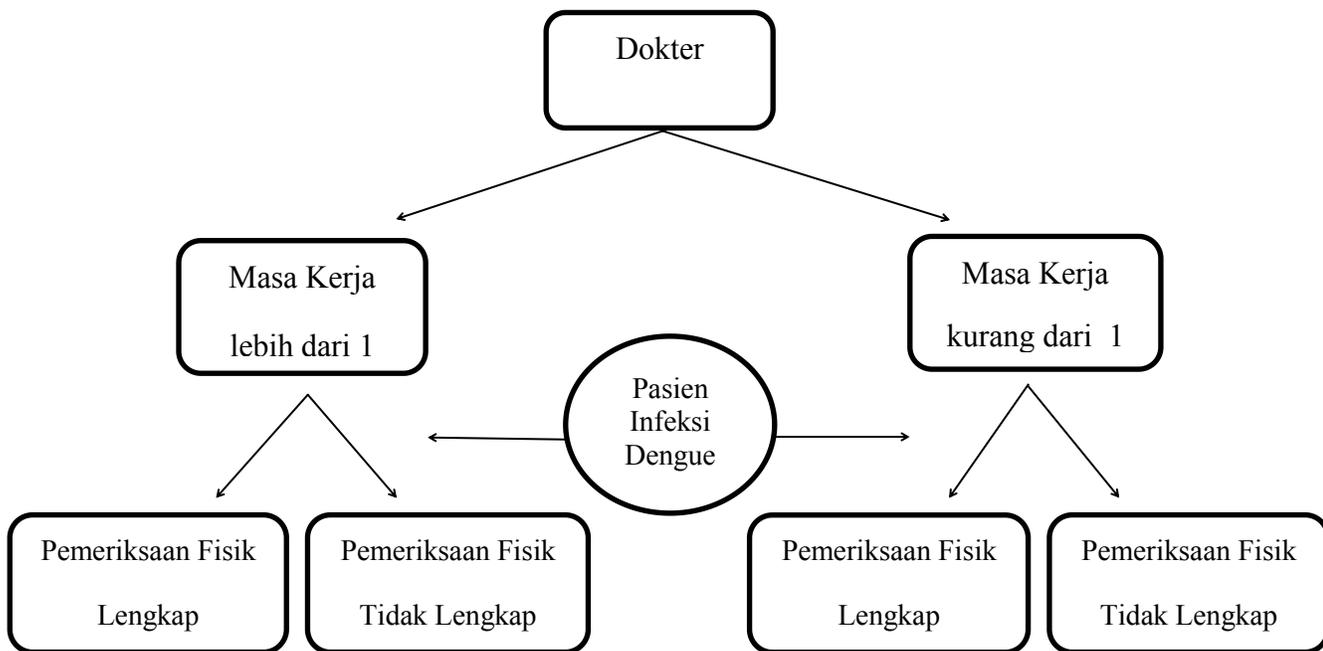
- Kemampuan dan keterampilan
- Latar Belakang (keluarga, tingkat sosial, masa kerja/pengalaman)
- Demografis (umur, etnis, jenis kelamin)

Variabel Organisasi:

- Sumber Daya
- Kepemimpinan
- Imbalan
- Struktur
- Desain Pekerjaan



C. Kerangka Konsep



D. Hipotesis

H_0 = Tidak terdapat pengaruh masa kerja dokter terhadap kelengkapan pemeriksaan fisik pasien anak infeksi dengue.

H_1 = Terdapat pengaruh masa kerja dokter terhadap kelengkapan pemeriksaan fisik pasien anak infeksi dengue