



PENATALAKSANAAN HOLISTIK ANAK USIA 11 TAHUN DENGAN PAROTITIS EPIDEMIKA MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA

Takhfa Nur Asyifa*, Tutik Ernawati

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung Jl. Prof. Dr. Ir. Sumantri Brojonegoro No.1, Kota Bandar Lampung, Lampung 35141, Indonesia

*takhfaasyifa@gmail.com

ABSTRAK

Parotitis epidemika merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi virus paramyxovirus, ditandai dengan pembengkakan kelenjar saliva yang bersifat self-limiting dan menimbulkan rasa nyeri. Penularannya terjadi melalui kontak langsung dengan saliva atau droplet di udara. Penatalaksanaan umumnya bersifat simptomatik, meliputi pemberian analgesik, kortikosteroid pada kasus berat, asupan cairan yang cukup, diet lunak, dan istirahat total. Studi ini bertujuan untuk menerapkan pendekatan pelayanan dokter keluarga yang bersifat patient-centered, family-approach, dan community-based dengan berbasis Evidence-Based Medicine (EBM). Metode yang digunakan adalah laporan kasus pada pasien anak usia 11 tahun dengan diagnosis parotitis epidemika. Data dikumpulkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, kunjungan rumah, serta telaah rekam medis pasien. Hasil studi menunjukkan adanya faktor risiko internal seperti usia, pengetahuan, pola hidup bersih dan sehat, hygiene pribadi, serta pola makan yang kurang baik. Faktor eksternal mencakup kurangnya pengawasan keluarga terhadap kebiasaan konsumsi jajanan anak. Intervensi dilakukan secara holistik menggunakan media edukatif berupa poster informasi penyakit. Kesimpulan dari studi ini menunjukkan bahwa penatalaksanaan parotitis secara holistik, berbasis EBM, dan melibatkan peran keluarga serta komunitas dapat meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga, mendorong perubahan perilaku sehat, serta mencegah komplikasi lebih lanjut.

Kata Kunci: dokter keluarga; parotitis epidemika; penatalaksanaan holistik

HOLISTIC MANAGEMENT OF AN 11-YEAR-OLD CHILD WITH EPIDEMIC PAROTITIS THROUGH A FAMILY MEDICINE

ABSTRACT

Epidemic parotitis is an infectious disease caused by paramyxovirus infection, characterized by self-limiting and painful swelling of the salivary glands. Transmission occurs through direct contact with saliva or airborne droplets. Management is generally symptomatic, including analgesics, corticosteroids in severe cases, adequate fluid intake, a soft diet, and complete rest. This study aims to apply the patient-centered, family-approach, and community-based service approach of family physicians based on Evidence-Based Medicine (EBM). The method used was a case report on an 11-year-old pediatric patient with a diagnosis of epidemic parotitis. Data were collected through history taking, physical examination, home visits, and review of the patient's medical records. The results showed internal risk factors such as age, knowledge, clean and healthy lifestyle, personal hygiene, and poor diet. External factors included lack of family supervision of children's snacks consumption habits. Interventions were conducted holistically using educational media in the form of disease information posters. The conclusion of this study shows that holistic management of parotitis, based on EBM, and involving the role of family and community can improve patient and family understanding, encourage changes in healthy behavior, and prevent further complications.

Key words: family doctor; parotitis epidemika and holistic management

PENDAHULUAN

Saliva merupakan cairan sekresi eksokrin di dalam mulut yang diproduksi oleh kelenjar saliva mayor, yaitu kelenjar parotis, submandibular dan sublingual, serta kelenjar saliva minor yang tersebar di epitelium oral serta pada mukosa bibir, lidah, rongga mulut, dan faring. Kelenjar parotis merupakan kelenjar terbesar, letak kelenjar ini di ruang antara batas posterior ramus mandibular dan prosesus mastoideus tulang temporal. Duktus Stensen merupakan duktus mayor dari kelenjar parotis dan mempunyai diameter kira-kira 1-3 mm dan panjang 6 cm, yang bermuara ke dalam vestibulum rongga mulut berhadapan dengan gigi molar kedua atas. Kelenjar ini menghasilkan suatu sekret yang kaya air (sel serous) dan bersifat basofilik. Kelenjar mandibularis merupakan kelenjar saliva terbesar kedua yang terletak di segitiga mandibula yang terdiri dari bagian anterior dan posterior M. Digastricus dan tepi inferior mandibula. Duktus Wharton ialah duktus utama untuk kelenjar submandibula. Sekresi kelenjar ini bersifat campuran atau seromucous yang terdiri dari 10% sel mucous dan 90% sel serous. Kelenjar sublingual merupakan kelenjar terkecil yang terletak di dalam dasar mulut diantara mandibula dan M. Genioglossus. Kelenjar sublingual tidak memiliki kapsul fasial yang jelas dan duktus yang dominan, namun terdapat beberapa duktus kecil yang disebut duktus Rivinus. Kadang-kadang duktus ini menyatu lalu membentuk duktus utama, yaitu duktus Wharton. Kelenjar sublingual menghasilkan sekret yang mukous dan konsistensinya kental.^{1,2}

Kelenjar saliva tidak terlepas dari penyakit atau kelainan yang mengenai kelenjar saliva. Salah satunya adalah pembesaran kelenjar parotis yang dapat disebabkan oleh banyak faktor, seperti hipertrofi maseter karena clenching, bruxism atau mengunyah permen karet secara konstan atau terus menerus, sialadenosis (alkoholisme, gangguan endokrin, gangguan makan); infeksi bakteri atau virus (parotitis supuratif akut, parotitis epidemi, HIV), penyakit autoimun (Sjögren's syndrome), penyakit granulomatosa seperti Wegener granulomatosis atau sarkoidosis, penyakit bawaan (penyakit parotis polistik), penyakit yang diinduksi (pneumoparotid, anestesi atau sialadenitis yodium radioaktif), penyakit neoplastik (tumor Warthin), trauma langsung dan sialolithiasis.³ Terdapat banyak kemungkinan penyebab dari penyakit atau gangguan kelenjar saliva, terutama penyebab pembengkakan kelenjar parotis, sehingga perlu pemeriksaan yang teliti untuk mendapatkan diagnosis yang tepat.^{4,5} Pembengkakan kelenjar Parotis atau sering disebut juga dengan Parotitis/ mumps/ gondongan. Pembengkakan kelenjar parotis sering disebabkan oleh adanya infeksi. Manifestasi klinis parotitis sering tampak pada kelenjar parotis dan jarang terjadi pada kelenjar submandibula dan sublingualis. Kelenjar parotis menjadi bengkak dan sakit, dapat terjadi pada salah satu atau kedua kelenjar parotis. Pada awal terjadinya parotitis biasanya pembengkakan yang terjadi unilateral. Orifice dari duktus Stenoni terlihat merah dan membengkak.^{6,7} Penderita akan mengalami pembengkakan kelenjar saliva disertai demam, lesu, dan sakit kepala. Bila terjadi parotitis pada salah satu kelenjar parotis, maka dua hari kemudian akan diikuti pembengkakan kelenjar parotis yang lain, sehingga terjadi parotitis bilateral. Hal ini terjadi pada 70 % dari kasus parotitis.

Parotitis dapat menimbulkan komplikasi berupa orchitis, epididymitis, oophoritis, pancreatitis, miokarditis, arthritis, dan meningitis.^{8,9} Komplikasi lainnya melibatkan komplikasi hati dan ginjal. Pada orang dewasa, orchitis atau oophoritis dapat menimbulkan komplikasi yang serius dan mengakibatkan kemandulan, walaupun kejadiannya jarang.^{10,11} Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa parotitis menjadi salah satu penyebab terganggunya aktivitas sehari-hari anak. Penderita parotitis juga merupakan pasien yang sering datang pada praktek dokter umum, dokter anak, maupun tempat pelayanan kesehatan lainnya. Diagnosis parotitis dapat ditegakkan dengan anamnesis dan manifestasi klinis pasien.

Oleh karena itu, seharusnya dokter umum dapat mendiagnosis parotitis secara dini dan memberikan terapi secara tepat dan akurat.

METODE

Studi ini merupakan sebuah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis dan alloanamnesis dari anggota keluarga), pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah, untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif.

Ilustrasi Kasus

Pasien An.PJU, seorang siswi SD berusia 11 tahun datang ke Poliklinik Umum Puskesmas Rawat Inap Way Kandis pada tanggal 18 Mei 2024, dengan keluhan demam, terdapat pembengkakan dan nyeri di leher dan bawah rahang sebelah kiri disertai dengan keluhan nyeri tubuh, nyeri tenggorokan, nyeri kepala sejak empat hari SMRS. Keluhan tidak dipengaruhi oleh aktivitas dan waktu. Sehari setelah bengkak dan panas, pasien datang ke suatu klinik dan mendapatkan beberapa obat namun setelah diminum dua hari tidak terdapat perbaikan. Kemudian pasien ke poliklinik puskesmas rawat inap Way Kandis untuk pengobatan lebih lanjut dikarenakan tidak kunjung adanya perbaikan. Keluhan lainnya seperti batuk, penurunan berat badan, berkeringat di malam hari, menggigil, berdebar-debar disangkal oleh pasien. Ibu pasien mengatakan BAB dan BAK pasien dalam batas normal.

Riwayat penyakit dahulu disangkal oleh pasien baik penyakit dengan keluhan serupa atau penyakit lainnya seperti TB disangkal oleh pasien. Riwayat alergi dan asma disangkal. di keluarga, tidak terdapat keluhan serupa dengna pasien. Tidak ada penyakit hereditier/degenerative dalam keluarga. Namun, ayah pasien merupakan perokok aktif Pasien memiliki BB 30 kg dan tinggi 140 cm, Status gizi pasien kurus dilihat dari berat badan per umur BB/U 86%, dilihat dari tinggi badan per umur pasien dikategorikan tinggi normal yaitu TB/U P25-50 , status gizi pasien yaitu gizi kurang menurut BB/TB $30/35 \times 100\% = 85\%$, status gizi berdasarkan indeks massa tubuh yaitu gizi baik (normal) dengan IMT 15,3, IMT/U -1 SD s/d -2 SD. Pasien memiliki kebiasaan makan 2-3 kali sehari. Sumber karbohidrat didapatkan dari nasi, protein hewani dari telur dan protein nabati didapat dari tahu dan tempe. Pasien gemar membeli es pop ice/teh sisri dan jajan sembarangan di warung sekolahnya. Ibu pasien mengatakan bahwa pasien kurang diawasi mengenai perilaku jajan nya dikarenakan ayah pasien sibuk bekerja dan ibu pasien sibuk mengurus kedua adiknya. Untuk personal hygiene, pasien mandi sehari dua kali yaitu pagi dan sore hari. Pasien menggosok gigi pada saat pagi dan sore ketika mandi serta sebelum tidur.

Pasien tinggal berlima bersama kedua orangtuanya dan dua adiknya. Hubungan pasien dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitar terjalin dengan baik. Untuk berangkat ke sekolah pasien biasanya diantar oleh ibunya. Di sekolah terdapat kantin dan tempat jajan di sekitar sekolah sehingga pasien selalu jajan di tempat tersebut. Selain itu, di sekolah pasien, pasien dengan teman temannya senang bertukar jajan dan saling menyicipi. Upaya menjaga kesehatan pasien dan keluarganya masih bersifat kuratif. Ibu pasien mengatakan selama ini jika sakit, pasien berobat ke klinik terdekat atau puskesmas terdekat dari rumahnya. Saat berobat pasien menggunakan motor untuk menuju ke puskesmas dan untuk kegiatan sehari harinya. Pendapatan dalam keluarga berasal dari gaji dari ayah pasien. Ayah pasien bekerja sebagai buruh, sedangkan ibu pasien merupakan ibu rumah tangga. Menurut ibu pasien, pendapatan cukup digunakan untuk memenuhi kebutuhan primer dan sekunder. Pasien ingin keluhannya berkurang dan penyakit tidak semakin memburuk, sehingga pasien dapat beraktivitas seperti biasa. Pasien khawatir penyakit yang dideritanya akan semakin parah dan

menghambat kegiatan sehari-hari. Pasien kurang memahami bahwa penyakit ini harus dikontrol dengan gaya hidup yang sehat dan rutin minum obat.

HASIL

Anamnesis

Pasien An. PJU, seorang siswi SD berusia 11 tahun datang bersama ibunya ke Poliklinik Umum Puskesmas Rawat Inap Way Kandis pada tanggal 18 Mei 2024, dengan keluhan demam sejak 4 hari yang lalu. Demam hilang timbul tidak disertai menggigil, kejang, berkeringat, penurunan kesadaran dan tidak terdapat bercak merah pada kulit. Pasien juga mengeluhkan adanya pembengkakan dan nyeri pada leher kiri pasien, bengkak pada leher muncul pada hari yang sama setelah terjadi demam. Terdapat keluhan nyeri menelan, penurunan nafsu makan, nyeri kepala. Keluhan tidak dipengaruhi oleh aktivitas dan waktu. Pasien menjadi lemas dan tidak nafsu makan semenjak sakit, selain itu bengkak pada leher pasien menyebabkan pasien menjadi kurang percaya diri dan tidak bersekolah. Pasien sudah berobat dua hari yang lalu sebelum ke poliklinik umum puskesmas rawat inap Way Kandis namun keluhan tidak kunjung sembuh. Riwayat jajan sembarangan dan sering bertukar jajan oleh teman pasien di sekolah. Keluhan lainnya seperti penurunan berat badan, batuk, berkeringat di malam hari, terdapat bercak merah, menggigil tidak ada. Untuk BAB dan BAK masih dalam batas normal. Ini merupakan keluhan pertama pasien. Riwayat alergi dan asma pasien disangkal keluarga, tidak terdapat keluhan serupa

Pemeriksaan Fisik

Dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, frekuensi nadi 90 kali/menit, regular, isi cukup, frekuensi napas 18 kali/menit, regular dengan kedalaman cukup, suhu tubuh 37,7 °C, berat badan 30 kg, dan tinggi badan 140 cm. Status gizi pasien kurus dilihat dari berat badan per umur BB/U 86%, dilihat dari tinggi badan per umur pasien dikategorikan tinggi normal yaitu TB/U P₂₅₋₅₀, status gizi pasien yaitu gizi kurang menurut BB/TB $\frac{30}{35} \times 100\% = 85\%$, status gizi berdasarkan indeks massa tubuh yaitu gizi baik (normal) dengan IMT 15,3, IMT/U -1 SD s/d -2 SD.

Status Generalis

Pemeriksaan kepala didapatkan normocephal, rambut hitam merata, tidak ada kebotakan. Wajah asimetris dengan menunjukkan pembengkakan pada kelenjar parotis kiri pasien. Mata konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-). Pada telinga luar kanan dan kiri didapatkan bentuk telinga normal, nyeri tekan dan kemerahan (-). Preauricular dan retroaurikular normal, tidak ditemukan kemerahan, nyeri tekan, fistel, abses. Nyeri tekan tragus dan tumor (-), telinga tengah tidak dilakukan pemeriksaan. Pada hidung luar kanan dan kiri warna kulit merata, tidak kemerahan, dorsum nasi terletak di tengah, nyeri tekan dan krepitasi (-), edema ala nasi (-), nyeri tekan frontal dan maksila (-), nares anterior tampak normal, simetris dan tidak sempit, tumor dan fistel tidak ditemukan, pemeriksaan rhinoskopi anterior dan posterior tidak dilakukan. Pada cavum oris mukaosa tidak hiperemis, gingiva ulkus dan edema (-), karies dentis (-), lidah normal, palatum durum dan mole permukaan licin dan tidak hiperemis, uvula terdapat ditengah. Pada kelenjar parotis disebelah depan bawah telinga kiri terdapat pembengkakan. palpasi kelenjar parotis sebelah kiri konsistensi keras, terdapat pembesaran kelenjar parotis dan submandibular kiri, nyeri (+), nyeri tekan (+), teraba hangat, keras, hiperemis (-).

Pada pemeriksaan jantung, ictus cordis tidak tampak, palpasi ictus cordis teraba pada SIC 5, batas jantung kanan SIC 4 sternalis dekstra, batas jantung kiri SIC 2 jari medial linea midclavicular sinistra, bunyi jantung I/II regular. Pada pemeriksaan paru tampak simetris,

retraksi (-), pernapasan tertinggal (-), fremitus taktil simetris, nyeri tekan (-), massa (-), perkusi sonor (+/+), auskultasi rhonki (-), wheezing (-). Pemeriksaan abdomen, didapatkan datar, bising usus (+) delapan kali per menit, nyeri tekan (-), timpani di seluruh lapang abdomen. Ekstremitas bagian superior, akral hangat, edem (-/-), CRT < 2 detik.

Status Lokalis

Wajah pasien asimetris disebabkan pembengkakan pada kelenjar parotis kiri. Pada palpasi kelenjar parotis sebelah kiri konsistensi keras, terdapat pembesaran kelenjar parotis dan submandibular kiri, nyeri (+), nyeri tekan (+), teraba hangat, keras, hiperemis (-).

Pemeriksaan Penunjang (18 Mei 2024)

Pemeriksaan penunjang didapatkan hasil dalam batas normal, yaitu Hemoglobin 14,6 g/dl, Eritrosit 5,37 juta, Trombosit 226.000/uL, Hematokrit 40,8%, Leukosit 5.300/mm³, tes widal negatif.

Data Keluarga

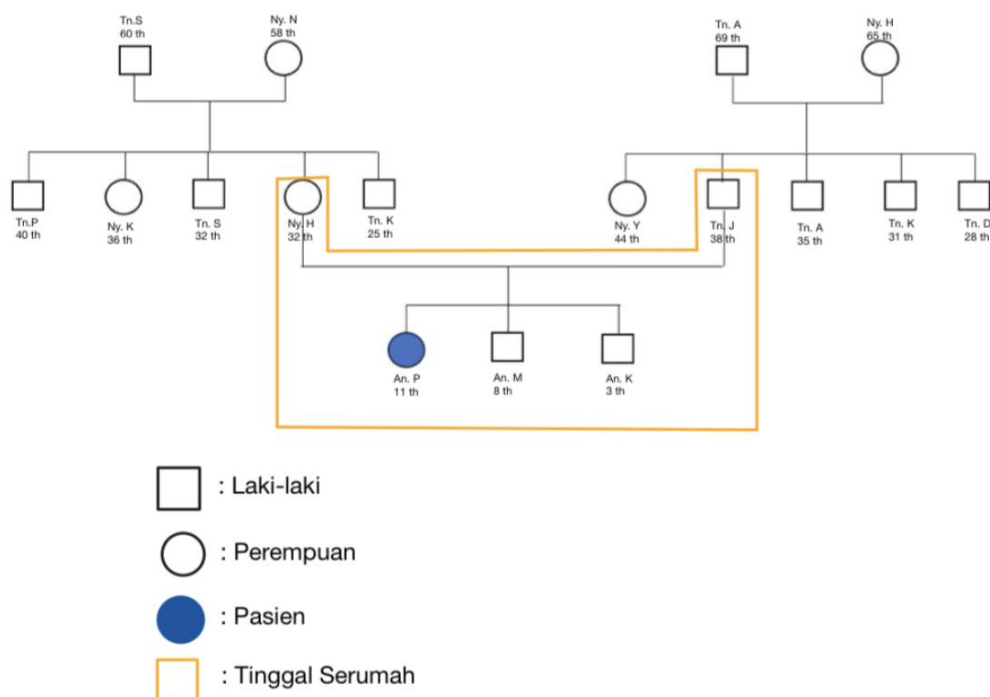
Pasien merupakan anak pertama dari tiga bersaudara dengan kedua orang tua. Saat ini pasien tinggal bersama, ayah Tn. J (38 tahun), ibu Ny. H (30 th), adik laki-laki pertama An M (8 tahun), adik laki laki terakhir An K (3 tahun). bentuk keluarga pasien adalah *nuclear family*. Komunikasi dalam keluarga berjalan lancar. Ayah pasien jarang berkumpul bersama membicarakan aktivitas yang dilakukan sehari-hari oleh masing-masing anggota keluarga dikarenakan pekerjaan sebagai buruh yang mengharuskannya bekerja seharian hingga sore/malam. Pemecahan masalah di keluarga pasien melalui diskusi antara kedua orangtuanya saat ayah dan ibu bertemu sedangkan anak-anak tidak dilibatkan. Keputusan di keluarga biasanya ditentukan oleh ayah pasien selaku kepala keluarga. Pendapatan perbulan keluarga pasien kisaran Rp 3.000.000,00 yang didapatkan dari hasil bekerja ayahnya. Pendapatan tersebut digunakan untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari untuk menghidupi lima orang di keluarga ini. Pasien tidak menabung untuk biaya tak terduga.

Pemenuhan gizi keluarga dilakukan dengan penyediaan makanan setiap hari. Makanan disediakan dan dimasak sendiri di rumah yang dilakukan oleh ibunya. Keluarga makan dua sampai tiga kali dalam sehari. Makanan terutama nasi putih, sayur, telur, ikan, tahu, tempe atau terkadang ayam. Hubungan antar keluarga baik. Waktu berkumpul bersama dengan keluarga cukup. Komunikasi selalu berjalan baik setiap hari di dalam keluarga. Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan (BPJS). Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan keluarganya yang sakit ke layanan kesehatan bila keluhan mengganggu kegiatan sehari-hari atau bersifat kuratif. Jika sakit, pasien diantarkan ke puskesmas orangtua pasien. Jarak rumah ke puskesmas ± enam kilometer dan menggunakan transportasi pribadi berupa kendaraan roda dua.

Genogram

Genogram keluarga An.PJU dapat dilihat pada Gambar 1.

Genogram keluarga An. PJU

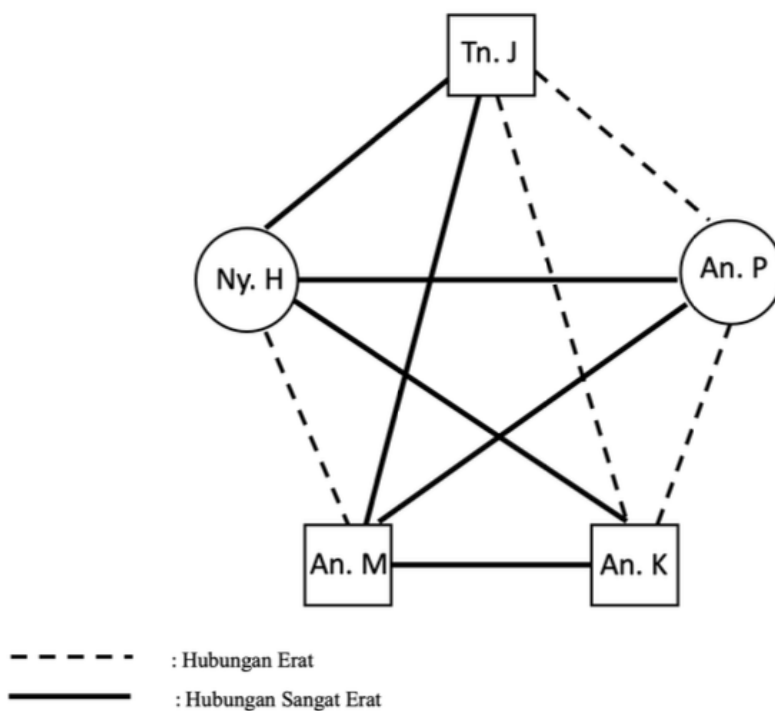


Gambar 1. Genogram keluarga An. PJU

Hubungan Antar Keluarga

Hubungan antar keluarga An.PJU dapat dilihat pada Gambar 2.

Hubungan antar keluarga An. PJU



Gambar 2. Hubungan antar keluarga An. PJU

Family Life Cycle

Siklus hidup keluarga An. PJU dapat dilihat pada Gambar 3. Menurut siklus Duvall, siklus hidup keluarga inti An. PJU berada dalam tahap IV yaitu keluarga dengan anak sekolah.

Family life cycle keluarga An. PJU



Gambar 3. Family Life Cycle Keluarga An. PJU

Family Apgar Score

Tabel 1.
Family APGAR

	APGAR	Score
Adaptation	Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	2
Partnership	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya	2
Growth	Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan-keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya	2
Affection	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta	2
Resolve	Saya merasa puas dengan cara keluargasaya dan saya berbagi waktu bersama	2
	Total	10

Total Family APGAR Score 10 (tidak ada disfungsi keluarga).

Interpretasi Family APGAR :

7 – 10 : Keluarga fungsional

4 – 6 : Keluarga kurang fungsional
0 – 4 : Keluarga sangat tidak fungsional

Analisis *Family SCREEM*

Fungsi patologi pada keluarga dapat dinilai menggunakan *SCREEM Score*, dengan hasil :

Tabel 2.
SCREEM Score

Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit		SS (3)	S (2)	TS (1)	STS (0)
S1	Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami	✓			
S2	Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		✓		
C1	Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami		✓		
C2	Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kami sangat membantu keluarga kami		✓		
R1	Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami		✓		
R2	Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami			✓	
E1	Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami			✓	
E2	Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami		✓		
E'1	Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit			✓	
E'2	Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga kami			✓	
M1	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami		✓		
M2	Dokter, perawat, dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami		✓		
Total		3	14	2	

Dari hasil penilaian *family SCREEM* didapatkan skor 19, score 13-24 berarti fungsi sumber daya keluarga An.PJU cukup memadai.

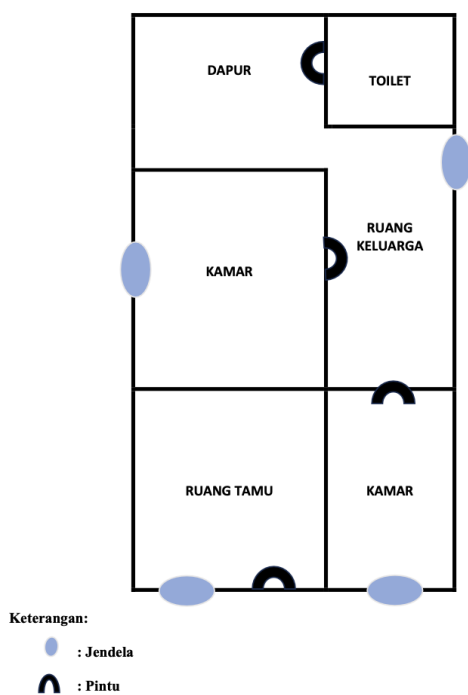
Tabel 3.
Analisis *SCREEM*

Sumber Daya	Patologi
<i>Social</i> Komunikasi terjadi antara anggota keluarga dan antara keluarga dengan masyarakat sekitar	Tidak ada
<i>Culture</i> Merasa bangga dengan budaya yang dimiliki. Keluarga berbicara menggunakan bahasa Indonesia, menerapkan norma dan sopan santun sesuai budaya setempat	Tidak ada
<i>Religious</i> Menerapkan ajaran Islam dalam kehidupan sehari-hari termasuk membaca doa dan shalat lima waktu	Tidak ada
<i>Economic</i> Suami pasien bekerja sebagai PNS.	Tidak ada

Education	Keluarga pasien berpendidikan	Tidak ada
Medical	Mengutamakan pengobatan medis bila ada keluarga yang sakit dengan membawa keluarga berobat ke Puskesmas Kedaton	Tidak ada

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di lingkungan padat penduduk dengan rumah ukuran 15x8 m² dan jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah adalah lima orang. Rumah terdiri dari dua kamar tidur, satu kamar mandi dengan WC jongkok, satu dapur, satu ruang tamu dan satu ruang keluarga. Atap rumahnya terbuat dari asbes, lantai rumah dilapisi dengan perlat lantai di seluruh ruangan dan dinding tembok tanpa plester semen. Dapur berada di dalam rumah. Jendela terdapat di bagian depan rumah dan kamar. Sinar matahari dapat masuk ke bagian depan rumah dan kamar, rumah sudah dialiri listrik, sumber air dari sumur, fasilitas dapur menggunakan kompor gas, kebutuhan air minum berasal dari air yang dimasak. Tempat sampah terdapat satu didalam rumah yaitu di dapu dan satu di luar rumah.



Gambar 4. Data lingkungan rumah

Pada saat kunjungan didapatkan kebersihan rumah cukup baik. Keadaan rumah secara keseluruhan cukup rapi. Jarak antara depan rumah dan jalan ± 1 m.

Diagnostik Holistik Awal

1. Aspek Personal
 - Alasan kedatangan
Pasien datang bersama ibunya dengan keluhan demam dan bengkak pada leher kiri sejak empat hari yang lalu tidak kunjung sembuh meskipun sudah diberikan obat dari klinik sebelumnya.
 - Kekhawatiran
Demam, nyeri dan bengkak di leher kiri, nyeri saat menelan.
 - Persepsi Keluhan yang dirasakan sulit untuk hilang karena pasien tidak nafsu makan dan makanan yang dikonsumsi makanan instan.
 - Harapan Keluhan berkurang dan penyakit tidak semakin memburuk, sehingga pasien dapat beraktivitas seperti biasa.
2. Aspek Klinis
 - Parotitis epidemika tanpa komplikasi (B26.9)
3. Aspek Risiko Internal
 - Pola diet dan kebiasaan makan tidak sesuai (ICD-X Z72.4)
 - Perilaku kurang menjaga *hygiene* (ICD X- Z91.84)
4. Aspek Risiko Eksternal
 - Psikososial keluarga: pengawasan keluarga tentang konsumsi jajan pasien, dan lambatnya dalam pengambilan keputusan Tindakan lanjutan dari keluhan pasien (ICD-X Z76.8)
 - Pola berobat keluarga yang bersifat kuratif (ICD-X Z76.8).
 - Kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit yang di derita oleh anaknya An.PJU (ICD X-Z55.9)
5. Derajat Fungsional
Derajat 2 (dua) → Mampu melakukan pekerjaan sehari-hari namun mengurangi kegiatan diluar rumah.

Rencana Intervensi

Penatalaksanaan intervensi yang diberikan pada pasien ini adalah tatalaksana non-medikamentosa berupa edukasi dan konseling kepada pasien dan keluarga mengenai hal-hal yang harus dimodifikasi dan harus diketahui untuk mencegah kemungkinan terjadinya keluhan berulang. intervensi yang dilakukan terdiri atas *patient centered* dan *family focused*.

Tabel 4.

Rencana Intervensi

Diagnosis holistik	Target terapi
Parotitis epidemika tanpa komplikasi (ICD-X: B26.9)	Menghilangkan keluhan bengkak dan nyeri di leher kiri pasien serta meningkatkan kualitas hidup
Penerapan PHBS yang belum maksimal	Pasien memiliki <i>personal hygiene</i> yang baik, tidak jajan sembarangan
Kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga terkait penyakit yang dialami	Pasien dan keluarga dapat mengerti mengenai penyakit yang diderita, tatalaksana dan pencegahan komplikasi.

Patient centered

- 1) Nonmedikamentosa
 - a. Istirahat cukup
 - b. Makan-makanan bergizi
 - c. Hindari orang dengan gejala penyakit serupa
- 2) Medikamentosa
Terapi farmakologis diberikan bersamaan dengan pengaturan makan dan olahraga (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis terdiri dari obat oral yaitu:

- a. Antipiretik: Paracetamol 10-15 mg/kgBB tiga kali sehari jika demam. Sediaan tablet 500 mg. untuk BB anak 30 kg maka diberikan dosis 300-450 mg per kali pemberian. Sekali minum satu tablet
- b. Kortikosteroid: Prednisone tab dosis anak 0.05-2 mg/kg yang dapat dibagi menjadi beberapa dosis setiap 6-24 jam. Untuk BB anak 30 kg maka diberikan dosis 1,5-60 mg per dosis. Pasien dapat diberikan prednisone dengan dosis 3x5 mg perhari.
- c. Antibiotik: Amoxicillin peroral untuk anak dengan BB kurang dari 40 kg dapat diberikan 40-90 mg/kg sehari yang dapat dibagi menjadi beberapa dosis. Untuk BB anak 30 kg maka dapat diberikan 1200-2700 mg yang dapat dibagi menjadi tiga dosis perhari. Pasien dapat diberikan amoxicillin dengan dosis 3x500 mg perhari selama minimal tiga hari

Family Focused

1. Edukasi keluarga pasien mencakup penjelasan penyakit parotitis, penyebabnya, tanda dan gejalanya, pengobatan serta pencegahannya
2. Edukasi kepada keluarga di rumah untuk ikut melakukan Tindakan menjaga pola makan yang bergizi dan menjaga *hygiene*
3. Edukasi pasien dan keluarga mengenai pentingnya upaya preventif dalam penanganan penyakit (melakukan gaya hidup sehat) dan melakukan pemeriksaan diri ke pelayanan Kesehatan terdekat
4. Menjaga kebersihan lingkungan rumah dan menjaga agar ventilasi rumah baik
5. Membatasi pasien untuk bertukar makanan dengan teman pasien.
6. Edukasi keluarga pasien, tentang penatalaksanaan yang tepat bagi pasien

Diagnostik Holistik Akhir

1. Aspek Personal
 - Kekhawatiran
Kekhawatiran pasien berkurang dengan mengetahui faktor risiko penyakit dan penyebabnya.
 - Persepsi
Keluarga bisa dapat mengontrol lebih ketat perihal jajan pasien agar keluhan tidak kambuh lagi
 - Harapan
Keluhan tidak timbul lagi, dan dapat beraktivitas dengan normal
2. Aspek Klinis
 - Parotitis Epidemika tanpa komplikasi (ICD-X: B26.9)
3. Aspek Risiko Internal
 - Pola diet dan kebiasaan makan tidak sesuai (ICD-X Z72.4)
 - Perilaku kurang menjaga *hygiene* (ICD X- Z91.84)
4. Aspek Risiko Eksternal
 - Psikososial keluarga: Pengawasan keluarga tentang konsumsi jajan pasien, dan lambatnya dalam pengambilan keputusan tindakan lanjutan dari keluhan pasien (ICD-X Z76.8)
 - Pola berobat keluarga yang bersifat kuratif (ICD-X Z76.8).
 - Kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit yang diderita (ICD X-Z55.9)
5. Derajat Fungsional
Derajat 2 (dua) → Mampu melakukan pekerjaan sehari-hari namun mengurangi kegiatan diluar rumah

PEMBAHASAN

Studi kasus dilakukan pada An. PJU berusia 11 tahun dengan Parotitis yang dikaji menggunakan mandala of health, dimana memandang pasien secara menyeluruh mencakup

biologis, psikologis dan sosial. Pentingnya pendekatan kedokteran keluarga pada pasien ini karena penyakit pada pasien tergolong penyakit akut dan dipengaruhi oleh berbagai faktor serta komplikasi yang bisa ditimbulkan bila penyakit ini tidak ditangani. Masalah Kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah seorang anak berusia 11 tahun yang datang ke puskesmas bersama ibunya dengan keluhan utama demam sejak empat hari yang lalu. Pada pertemuan pertama kali tanggal 18 Mei 2024 di puskesmas rawat jalan Way Kandis, dilakukan pendekatan dan perkenalan dengan pasien dan ibu pasien serta menerangkan maksud dan tujuan serta persetujuan dari orang tua pasien untuk dijadikan pasien sebagai keluarga binaan, diikuti dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik perihail penyakit yang telah diderita. Pasien mengeluhkan demam sejak empat hari yang tidak kunjung sembuh. Demam timbul mendadak, tidak terlalu tinggi, tidak dipengaruhi oleh waktu. Pasien juga mengeluhkan bengkak dan nyeri pada leher pasien. Pasien juga merasakan nyeri kepala, nyeri tenggorokan. Semenjak keluhan muncul, pasien menjadi tidak nafsu makan. Pasien sudah berobat di klinik 2 hari sebelumnya namun keluhan tidak kunjung ada perubahan. Riwayat sering bertukar jajan dan jajan sembarangan di sekolah.

Dari hasil pemeriksaan fisik, keadaan umum tampak sakit ringan; kesadaran kompos mentis; GCS (Glasgow coma scale) 15; pasien tampak kooperatif; nadi 90x/menit; suhu 37,7 oC; pernafasan 18x/menit. Berat badan 30 kg; tinggi badan 140 cm; Status gizi pasien kurus dilihat dari berat badan per umur BB/U 86%, dilihat dari tinggi badan per umur pasien dikategorikan tinggi normal yaitu TB/U P25-50, status gizi pasien yaitu gizi kurang menurut BB/TB $30/35 \times 100\% = 85\%$, status gizi berdasarkan indeks massa tubuh yaitu gizi baik (normal) dengan IMT 15,3, IMT/U -1 SD s/d -2 SD. Pemeriksaan Hasil laboratorium normal didapatkan Leukosit 5.300/mm³, Trombosit 226.000/uL, tes widal negatif. Kemudian pada pemeriksaan fisik status lokalis wajah pasien asimetris menunjukkan pembengkakan terbatas difuse dengan kelenjar parotis disebelah depan bawah telinga kiri. Pada palpasi kelenjar parotis sebelah kiri konsistensi keras, terdapat pembesaran kelenjar parotis dan submandibular kiri, nyeri (+), nyeri tekan (+), teraba hangat, keras, hiperemis (-). Pada pemeriksaan fisik parotitis didapatkan peningkatan suhu tubuh, pembengkakan kelenjar parotitis, kelenjar submandibular, disertai adanya nyeri tekan. Parotitis dapat mengikabatkan gejala lain seperti nyeri tenggorokan dan nyeri kepala.

Gejala parotitis /mumps /gondongan akan muncul dalam 2-3 minggu setelah kontak langsung dengan saliva dan airborne droplet. Gejala tersebut berupa bengkak bisa hanya satu atau kedua sisi akibat pembengkakan kelenjar parotis, nyeri saat mengunyah dan menelan makanan, demam, nyeri kepala, hilang nafsu makan. Parotitis unilateral memiliki diagnosis banding seperti bacterial sialadenitis dan abses karena infeksi gigi terutama bila terdapat pembengkakan pada bagian bukal dan submandibula dimana secara klinis mirip. Untuk membedakannya gejala prodromal yang muncul untuk parotitis akut lalu konsistensinya lebih keras, warnanya normal sedangkan pada infeksi gigi abses warna tampak kemerahan atau kekuningan pada sentral. Apabila parotitis terjadi bilateral maka secara klinis didiagnosis banding dengan sialosis atau sialodensis. Perbedaannya adalah pada sialosis tidak ada rasa sakit, karena tidak ada proses inflamasi. Selain itu pada sialosis pembengkakan berhubungan dengan pemakaian obat sistemik seperti metildopa, oxyphenbutazone dan sulfonamid. Atau dikarenakan penyakit sistemik dan hormonal.

Pemeriksaan penunjang untuk parotitis ini sendiri dapat berupa tes swab pada pipi bagian dalam (buccal swab) untuk mengetahui jenis mikroorganisme yang menyebabkan parotitis, tes darah untuk mendeteksi leukosit yang meningkat atau tidak, karna adanya infeksi lalu tes urine untuk mengonfirmasi dan mendeteksi penyebaran infeksi ke saluran kemih. Tata laksana terapi parotitis adalah pemberian antibiotik, NSAID dan analgesik untuk mengurangi

rasa sakit serta rehidrasi. Parotitis tidak direkomendasikan pengobatan dengan antivirus, sebab tidak ada antivirus yang spesifik untuk jenis paramyxovirus, kemudian dianjurkan agar mengisolasi pasien untuk tidak keluar rumah dan mencegah pemakaian alat makan bersama-sama. Apabila parotitis tidak tertangani dengan baik, maka akan menimbulkan komplikasi seperti orchitis, epidedemiytis, oophoritis, pancreatitis, myokarditis, arthritis, dan meningitis. Pengobatan medikamentosa yang dilakukan adalah paracetamol 10-15 mg/kgBB tiga kali sehari jika demam dan nyeri. Sediaan tablet 500 mg. untuk BB anak 30 kg sehingga dosis 300-450 mg per kali pemberian. Sekali minum satu tablet. Paracetamol merupakan pilihan utama sebagai analgetika pada anak. Ibuprofen merupakan terapi alternatif dan tidak diberikan rutin pada anak dengan risiko dehidrasi.

Selain itu pada pasien diberikan pengobatan medikamentosa berupa antibiotik amoxicillin peroral untuk berat badan kurang dari 40 kg dapat diberikan 40-90 mg/kg sehari yang dapat dibagi menjadi beberapa dosis. Untuk BB anak 30 kg maka dapat diberikan 1200-2700 mg yang dapat dibagi menjadi tiga dosis perhari. Pasien dapat diberikan amoxicillin dengan dosis 3x500 mg perhari selama minimal tiga hari. Diberikan juga kortikosteroid prednisone tab 3x5 mg. pemberian kortikosteroid pada anak dan dewasa dapat memberikan perbaikan yang signifikan terhadap gejala dan memberikan efek samping yang minimal. Kemudian kegiatan dilanjutkan dengan kunjungan pertama kali ke rumah pasien pada tanggal 19 Mei 2024 untuk menganalisis mandala of health yang dirangkum dalam aspek personal, aspek klinis, risiko internal dan eksternal serta derajat fungsional. Pola jajan pasien yang kurang baik, karena pasien gemar jajan sembarangan dengan higienitas yang kurang baik terutama sering bertukar jajan dengan teman pasien yang tidak diketahui pembawa virus atau tidak. Pengetahuan orang tua tentang kebersihan dan kesehatan kurang. Pengawasan keluarga tentang konsumsi jajan pasien yang kurang ketat. Kebiasaan berobat keluarga yang masih bersifat kuratif, hanya jika ada keluhan. Keluarga pasien tidak memiliki tingkat pemahaman yang cukup mengenai penyakit parotitis sehingga diperlukan konseling mengenai penyakitnya.

Setelah didapatkan permasalahan dan faktor yang memengaruhi masalah pada pasien, kegiatan selanjutnya dilakukan intervensi pada tanggal 21 Mei 2024. Intervensi diberikan secara non farmakologis. Sebelum dilakukan intervensi dilakukan anamnesis kembali dan pemeriksaan fisik. Hasil anamnesis pasien sudah tidak mengeluhkan demam dan nyeri saat menelan, bengkak juga sudah berkurang serta pasien sudah makan makanan yang bergizi dan tidak jajan sembarangan. Setelah dilakukan pemeriksaan, pasien dan ibu pasien diminta untuk mengerjakan soal pretest sebanyak sepuluh soal. Pada saat dilakukan penilaian kepada pasien dan ibu pasien mendapatkan skor 3 (tiga) dimana hal ini menunjukkan pengetahuan pasien terkait parotitis masih kurang. Penatalaksanaan non farmakologis meliputi modifikasi pola asuh. Ikut serta menjalankan peran serta sebagai pelaku rawat, merupakan cara yang paling tepat untuk mencegah terjadinya pola asuh yang kurang baik, menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan anak tidak terkontrol dengan baik. Penatalaksanaan pasien tidak terlepas dari penatalaksanaan pola asuh yang baik. Modifikasi pola asuh paling utama untuk menstabilkan asupan makanan bergizi seimbang, menjelaskan kepada pasien dan orangtua pasien terkait jajan sembarangan. Modifikasi ini diharapkan bisa memperbaiki pola hidup pasien menjadi lebih baik

Pada pasien ini memiliki status gizi cukup maka edukasi yang diberikan berupa menjaga pola makan teratur serta memperhatikan hygiene personal dengan mencuci tangan sebelum makan dan hygiene pengolahan makanan minuman di rumah, ditekankan akan pentingnya penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan cara mencuci tangan yang baik dan benar. Memperhatikan bahan pangan agar dicuci bersih dan tidak menggunakan air yang terkontaminasi. Setelah intervensi dilaksanakan, kemudian dilakukan evaluasi pada tanggal

24 Mei 2024. Dari hasil anamnesis, pasien sudah tidak merasakan keluhan. Pasien sudah tidak pernah jajan sembarangan lagi. Orang tua pasien selalu memasak masakan kesukaan pasien. Pasien hanya memakan makanan yang di masak oleh ibunya dirumah. Orang tua pasien juga sudah mulai menerapkan kebiasaan mencuci tangan sebelum dan setelah makan. Pasien belum dapat mengingat dengan baik gerakan mencuci tangan berdasarkan WHO akan tetapi dapat dituntun oleh orang tuanya. Penerapan PHBS Rumah Tangga sudah dilaksanakan di rumah pasien. Serta kembali dilakukan posttest pada pasien dan ibu pasien dan didapatkan adanya peningkatan pengetahuan mengenai parotitis dimana baik pasien dan ibunya mendapatkan nilai 8 dan 10. Evaluasi intervensi mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap penyakit parotitis kepada pasien dan keluarga dilakukan dengan menggunakan pre dan post intervensi dengan hasil yang memuaskan. Pengetahuan pasien dan keluarga yang pada awalnya masih tergolong rendah sekarang sudah mengalami peningkatan.

SIMPULAN

Penyakit parotitis pada pasien kemungkinan besar karena faktor internal berupa usia pasien, pengetahuan pasien, pola hidup bersih dan sehat, hygiene pasien, serta pola makan yang kurang baik. Faktor eksternal yang mempengaruhi berupa kurangnya pengawasan keluarga tentang konsumsi jajan pasien. Telah terjadi peningkatan pada pasien dan keluarga mengenai parotitis, faktor risiko yang berhubungan dengan penyakit dan perilaku yang harus dilakukan untuk mencegah berulangnya penyakit. Dukungan dari keluarga mampu memberikan hasil yang lebih baik lagi bagi pengobatan dan kesehatan pasien. Beberapa saran untuk pasien dan keluarga yang dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari, yaitu Keluarga pasien harus menjaga kebersihan lingkungan sekitar rumah serta lebih memperhatikan pemberian makanan dan pola jajan pasien Keluarga sebaiknya mulai menerapkan upaya preventif dalam mengatasi masalah keluarga

DAFTAR PUSTAKA

- Kasuma N. Fisiologi dan patologi saliva. Padang: Andalas University Press; 2015.
- Wilson KF, Meier JD, Ward PD. Salivary gland disorders. *Am Fam Physician*. 2014 Jun;89(11):882–8.
- Berton F, Giulia P, Michele M, Domenico B, Roberto DL, Claudio S. Parotid Gland Edema After Chlorhexidine Mouthrinse: Case Report and Literature Review. *Open Dent J*. 2019;12(1):1147–51.
- Ship JA. Diagnosing, managing, and preventing salivary gland disorders. *Oral Dis*. 2002 Mar;8(2):77–89.
- Nguyen L, Bozinoff N. The Public Health Agency of Canada recommends second dose of MMR vaccine for at-risk groups. *Can Med Assoc J*. 2007;97(3):213–21.
- Myers F. Salivary gland disorders. Springer; 2007.
- Greenberg M, Glick M. *Burket's oral medicine: Diagnosis and treatment*. Pennsylvania: Lippincott Company; 2003.
- Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. *Oral pathology: Clinical pathologic correlations*. Missouri: Saunders; 2003.
- Habbermann T, Ghosh AK. *Mayo clinic internal medicine concise textbook*. Mayo Clinic Scientific Press; 2008.
- Apriasari ML, Soenartyo H. Mumps unilateral pada pasien remaja (Laporan Kasus). *Oral Med Dent J*. 2009;1(2):1–5.
- Mersil S, Dhia N. Pembesaran Kelenjar Parotis Yang Tidak Spesifik (Laporan Kasus) Unspecified Parotid Gland Swelling (Case Report). *Cakradonya Dent J*. 2023;15(1):70–80.