

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang Masalah

Dengue merupakan penyakit virus yang ditularkan oleh nyamuk yang terpenting di dunia. Kurang lebih sekitar 2,5-3 milyar manusia yang hidup di 112 negara tropis dan subtropis berada dalam keadaan terancam infeksi dengue. Penderita demam dengue sekitar 50-100 juta penderita. Sedangkan, penderita demam berdarah dengue sekitar 500.000 penderita. Baik penderita demam dengue maupun demam berdarah dengue telah dilaporkan WHO setiap tahunnya, dengan jumlah kematian terutama pada anak-anak sekitar 22.000 jiwa (Depkes RI, 2008 dalam Soedarto, 2012; hal 2). *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) adalah penyakit yang ditularkan oleh vektor nyamuk. Nyamuk *Aedes Aegypti*-lah sebagai pembawa virus dengue dengan tanda-tanda tertentu. Penyakit ini dapat menyerang orang dewasa, namun sebagian besar menyerang anak usia <15 tahun. Masalah utama yang muncul pada pasien DHF adalah demam yang tinggi 2-7 hari, sering terasa nyeri ulu hati, muncul bintik-bintik merah pada kulit, kadang terjadi perdarahan dari hidung (mimisan). Bila berat dapat terjadi muntah atau buang air besar darah (Sudoyo Aru, 2009).

Tanda-tanda tersebut adalah beberapa tanda-tanda bahaya dari penyakit DHF. Adapun bahaya yang disebabkan penyakit DHF seperti tanda perdarahan kulit (bintik merah), hidung, gusi, atau berak darah warna kehitaman dan berbau. Bila panas yang berangsur dingin, tetapi anak tampak loyo dan pada perabaan dirasakan ujung-ujung tangan atau kaki dingin ini, sering dianggap anak telah sembuh, padahal merupakan tanda bahaya. Saat kondisi tersebut, kebanyakan orangtua tidak segera membawa anak mereka ke pelayanan kesehatan terdekat. Bahaya lain yang menyertai yaitu penampilan anak tampak sangat gelisah, kesadaran menurun, kejang dan sesak nafas. Seharusnya pada keadaan tersebut, penderita segera dibawa ke pelayanan kesehatan karena akan menimbulkan.

komplikasi yang berbahaya seperti syok, perdarahan kepala, perdarahan hebat di seluruh tubuh (DIC), gangguan fungsi otot jantung dan kematian karena pada kondisi ini penderita biasanya sulit untuk diselamatkan.

Infeksi dengan serotipe virus dengue 4 menghasilkan beragam gejala, mulai dari demam berdarah ringan sampai demam dan kejutan hemoragik yang mengancam jiwa. Mengingat bahwa infeksi virus dengue menimbulkan gejala klinis yang begitu luas, diagnosis laboratorium yang awal dan akurat sangat penting untuk penanganan pasien yang tepat. Deteksi virus dan konversi serologis telah menjadi sasaran utama penilaian diagnostik selama bertahun-tahun, namun reaktivitas silang respons antibodi di antara flavivirus telah menjadi masalah yang membingungkan dalam memberikan diagnosis banding. Lebih jauh lagi, tidak ada satupun biomarker diagnostik definitif yang ada di seluruh periode presentasi pasien, terutama pada mereka yang mengalami infeksi dengue sekunder. Namun demikian, pengembangan dan komersialisasi tes kombinasi perawatan yang mampu mendeteksi penanda infeksi hadir selama berbagai tahap infeksi (protein nonstruktural non protein dan imunoglobulin M) telah menyederhanakan diagnosis demam berdarah berbasis laboratorium. Meskipun ada kemajuan ini, tantangan signifikan tetap ada dalam pengelolaan klinis pasien yang terinfeksi dengue, terutama karena tidak adanya biomarker yang dapat diandalkan yang memberikan indikator prognostik yang efektif untuk perkembangan penyakit yang parah (Muller, D.A, et.al. 2017).

Seringkali orang tua disalahkan oleh dokter karena keterlambatan membawa ke dokter. Orangtua sering menolak pendapat ini karena sejak hari pertama dan ke dua panas anak selalu kontrol ke dokter. Tetapi panas hari ke satu sampai dua tidak bisa terdeteksi gejala demam berdarah dan tidak ada penanganan secara khusus. Manifestasi berbahaya biasanya justru timbul pada panas hari ke tiga sampai empat Keterlambatan penanganan yang terjadi justru saat periode tersebut. Bila terjadi maka jangan ditunda saat itu juga harus segera ke dokter atau ke rumah sakit terdekat. Jadi monitor tanda bahaya itu justru harus dilakukan saat panas hari ke tiga sampai empat.

Saat penderita DHF sudah dibawa ke rumah sakit, peran perawat adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan, yang memiliki tanggung jawab dan tanggung gugat perawat terhadap pasien. Asuhan keperawatan diterapkan melalui

proses keperawatan yang akan meningkatkan kualitas keperawatan pada pasien. Proses keperawatan bertujuan untuk mempertahankan kesehatan pasien, mencegah sakit yang lebih parah, membantu pemulihan kondisi pasien setelah sakit, mengembalikan fungsi maksimal tubuh melalui pengkajian, penegakkan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Pada kasus ini, peran perawat melakukan pengkajian secara tepat terhadap tanda dan gejala yang muncul pada pasien, perawat juga menegakkan beberapa diagnosa keperawatan seperti hipertermia, resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit, resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, resiko perdarahan, nyeri akut, dan lain sebagainya. Setelah ada diagnosa barulah perawat menentukan prioritas masalah yang akan dipecahkan kemudian menyusun rencana tindakan (intervensi) dan melakukan implementasi selama beberapa hari dan kemudian melakukan evaluasi dari tindakan yang sudah diberikan.

Penyakit DHF ini, komplikasi yang sering terjadi adalah Ensefalopati, demam tinggi, gangguan kesadaran disertai atau tanpa kejang, Diorientasi dan penurunan kesadaran, Perdarahan luas, Shock atau renjatan dan dapat terjadi anoksia jaringan. Bahkan bila sudah parah dapat menimbulkan kematian. Meningkatnya jumlah kasus, disebabkan karena bertambahnya wilayah yang terjangkau. Selain itu, semakin baiknya sarana transportasi penduduk, adanya pemukiman baru, kurangnya perilaku masyarakat terhadap pembersihan sarang nyamuk. Faktor lain ialah terdapatnya vektor nyamuk hampir di seluruh pelosok tanah air, serta adanya empat sel tipe yang bersirkulasi sepanjang tahun (Depkes, 2015). Dari data epidemiologi dengue dan demam berdarah dengue di Indonesia, menunjukkan bahwa dengue ini sejak 1968 mulai menyebar di 2 provinsi dan 2 kota di Indonesia. Jumlah kasus meningkat dari 58 pada tahun 1968 dengan *Incidence Rate* (IR) 0,05 per 100.000 penduduk menjadi 158.912 kasus pada tahun 2009 dengan IR 68,22 per 100.000 penduduk. Puncak epidemi DHF berulang 9-10 tahun. Hingga tahun 2014 sejak tahun 2009, kasus DHF mengalami penurunan. Dari 34 provinsi di Indonesia yang ada pada tahun 2014, banyaknya penderita DHF sejumlah 100.347 dengan IR 39,80 per 100.000 penduduk, dengan penderita meninggal mencapai 907 orang dan nilai *Case Fatality Rate* (CFR) 0,90% (Dirjen PP dan PL, Kemenkes RI, 2015; hal. 131).

Penyakit DHF masih merupakan permasalahan yang serius di Provinsi Jawa Tengah, terbukti 35 kabupaten/kota sudah pernah terjangkit penyakit DHF. Angka kesakitan/*Incidence Rate* (IR) DHF di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2014 sebesar 36,2 per 100.000 penduduk, lebih rendah dibanding tahun 2013 yaitu 45,53 per 100.000 penduduk. Hal ini berarti bahwa IR DHF di Jawa Tengah lebih rendah dari target nasional yaitu <51 per 100.000 penduduk, namun lebih tinggi jika dibandingkan dengan target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) yaitu < 20 per 100.000. Angka kesakitan tertinggi di Kota Semarang sebesar 97,31 per 100.000 penduduk, terendah di Kota Salatiga sebesar 4,97 per 100.000 penduduk. Setiap penderita DHF yang dilaporkan dilakukan tindakan perawatan penderita, penyelidikan epidemiologi di lapangan serta upaya pengendalian. (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2014; hal. 35)

Tingginya angka kesakitan DHF disebabkan karena adanya iklim tidak stabil dan curah hujan cukup banyak pada musim penghujan yang merupakan sarana perkembangbiakan nyamuk *Aedes Aegypti* yang cukup potensial. Selain itu juga didukung dengan tidak maksimalnya kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) di masyarakat sehingga menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit DHF di beberapa kabupaten/kota (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2014; hal. 35). Angka kematian/*Case Fatality Rate* (CFR) DHF tahun 2014 sebesar 1,7%, lebih tinggi dibanding tahun 2013 (1,21%), dan masih lebih tinggi dibandingkan dengan target nasional (<1%). Angka kematian tertinggi adalah di Kabupaten Wonogiri yaitu sebesar 9,3% dan ada 4 kabupaten/kota dengan angka kematian 0% yaitu Kabupaten Purworejo, Kabupaten Wonosobo, Kota Magelang, dan Kota Salatiga. Sedangkan kabupaten/kota dengan angka kematian lebih dari 1% sebanyak 23 kabupaten/kota. Termasuk di kabupaten/kota Klaten (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2014; hal. 36).

Sebanyak 53 dari 391 desa di Klaten dinyatakan endemis demam berdarah dengue (DBD). Desa endemis DBD itu tersebar di 26 kecamatan di Klaten. Kepala Seksi (Kasi) Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang (P2B2) Dinas Kesehatan Kabupaten (DKK) Klaten, Wahyuni Nugraheni, mengatakan dari data DKK Januari-Agustus di Klaten ditemukan sebanyak 482 kasus DBD. Dari banyaknya jumlah kasus itu sebanyak 21 orang meninggal dunia. Orang yang meninggal dunia akibat DBD tersebut tersebar di 21 kecamatan di Klaten, ujar Wahyuni saat ditemui

*Solopos.com* di ruang kerjanya, Jumat (2/10/2015). Wahyuni mengatakan temuan kasus DBD paling banyak ditemukan di Kecamatan Trucuk dengan jumlah sebanyak 57 kasus, Klaten Utara sebanyak 35 kasus, Juwiring sebanyak 33 kasus, Ngawen sebanyak 33 kasus, dan Wonosari sebanyak 28 kasus. Jumlah kasus DBD tahun ini sudah melebihi angka kasus pada 2014 pada bulan yang sama. DKK tahun 2014 menemukan sebanyak 260 kasus DBD di Klaten. Sementara yang meninggal dunia sebanyak sembilan orang,” kata Wahyuni. Wahyuni menjelaskan korban meninggal dunia akibat DBD paling banyak ditemukan di Kecamatan Klaten Utara sebanyak empat orang dan Juwiring sebanyak tiga orang. Terakhir korban meninggal dunia terjadi pada September pekan kedua di Desa Keprabon, Polanharjo (*Solopos.com*, Klaten,2015).

Menurut catatan rekam medic di Rumah Sakit Islam Klaten Tahun 2016 didapatkan kasus DHF pada anak sebanyak 217 kasus. Melihat latar belakang banyaknya kasus *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) dan dampak *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) penulis tertarik untuk melakukan studi kasus *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) karena *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) merupakan salah satu penyakit penyebab kematian yang banyak terjadi pada anak- anak. Atas dasar uraian di atas, maka penulis mengambil judul laporan ini: “Asuhan Keperawatan Pada An.S dengan *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) Di Ruang Multazam Rumah Sakit Islam Klaten”

## B. Tujuan

### 1. Tujuan umum

Mampu memberikan Asuhan Keperawatan secara menyeluruh dari pengkajian sampai evaluasi pada pasien An.S dengan masalah *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) di Ruang Multazam Rumah Sakit Islam Klaten.

### 2. Tujuan khusus

Setelah melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien An.S dengan masalah *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) diharapkan penulis mampu :

- a. Melakukan pengkajian pada klien dengan masalah *Dengue Hemoragic Fever*
- b. Menentukan masalah keperawatan pada klien dengan masalah *Dengue Hemoragic Fever*

- c. Merencanakan tindakan keperawatan pada klien dengan masalah *Dengue Hemoragic Fever*
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan masalah *Dengue Hemoragic Fever*
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien dengan masalah *Dengue Hemoragic Fever*
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus

### C. Manfaat

#### 1. Bagi Akademik

Hasil karya tulis ilmiah asuhan keperawatan ini diharapkan dapat meningkatkan mutu pelajaran dan pendidikan ditingkatkan dengan menyediakan sarana dan prasarana penunjang guna terselenggaranya mutu pendidikan yang lebih tepat dan memberikan masukan tentang pentingnya perawatan pada pasien DHF

#### 2. Pelayanan Masyarakat

Dapat dijadikan pertimbangan bagi masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DHF melalui informasi yang didapat dari penulis

#### 3. Bagi Pasien dan Keluarga

Keluarga dan klien mengetahui tentang *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) dan mampu melakukan tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah klien dengan *Dengue Hemoragic Fever* (DHF)

#### 4. Bagi penulis

Menambah pengetahuan dan pengalaman dalam mengaplikasikan teori untuk memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan masalah *Dengue Haemoragic Fever* (DHF).

### D. Metodologi

#### a. Tempat, waktu pelaksanaan pengambilan kasus

Asuhan Keperawatan Anak ini dilakukan diruang Multazam Rumah Sakit Islam Klaten. Waktu pelaksanaan pengambilan kasus dilakukan pada hari selasa 3 Januari – 7 Januari 2017.

#### b. Tehnik pengumpulan data

#### 1) Wawancara

Penulis menanyakan kepada pasien secara langsung, anggota keluarga, perawat, dokter dan tenaga medis lainnya mengenai perjalanan penyakit dan hal-hal lain yang berhubungan dengan penyakit DHF. Meliputi ; identitas pasien, keluhan utama pasien, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu.

#### 2) Observasi

Penulis melakukan pengamatan dan perawatan secara langsung terhadap keadaan pasien serta perkembangan penyakit dengan melakukan asuhan keperawatan.

#### 3) Pemeriksaan fisik

Penulis melakukan pemeriksaan antara lain: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, serta pemeriksaan *head to toe* yang memungkinkan perawat mengumpulkan data fisik klien yang luas. Dalam melaksanakannya penulis mengaplikasikannya pada An.S dengan *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) di ruang Multazam Rumah Sakit Islam Klaten.

#### 4) Dokumentasi

Penulis melakukan pengumpulan data tentang keadaan pasien dari catatan medic, catatan keperawatan, hasil laboratorium, hasil anamnesa serta pemeriksaan lainnya.