

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dengue Hemoragic Fever (DHF) merupakan suatu penyakit endemik akut yang disebabkan oleh virus yang ditransmisikan oleh *aedes aegypty* dan *aedes albopictus*. Penderita yang terinfeksi akan memiliki gejala berupa demam ringan sampai tinggi disertai dengan sakit kepala, nyeri pada mata, otot, dan persendian hingga perdarahan spontan (WHO, 2010).

Penyakit endemik ini pertama kali didata dan dilaporkan terjadi pada tahun 1953-1954 di Filipina. Sejak itu penyebaran DHF dengan cepat terjadi kesebagian besar negara-negara Asia Tenggara, termasuk di Indonesia (WHO, 2010).

DHF banyak ditemukan di daerah tropis dan sub - tropis. Data dari seluruh dunia menunjukkan Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DHF setiap tahunnya. Sementara itu, terhitung sejak tahun 1968 hingga tahun 2009, *World Health Organization* (WHO) mencatat Negara Indonesia sebagai Negara kasus DHF tertinggi di Asia Tenggara. Jumlah penderita dan luas daerah penyebarannya semakin bertambah seiring dengan meningkatnya mobilitas dan kepadatan penduduk. Di Indonesia DHF pertama kali di temukan di Surabaya tahun 1968, dimana banyak 58 orang terinfeksi dan 24 orang diantaranya meninggal dunia (Angka Kematian (AK : 41,3%). Dan sejak itu penyakit ini menyebar luas ke seluruh Indonesia (Depkes RI, 2010).

Insidensi DHF meningkat secara dramatis diseluruh dunia dalam beberapa dekade ini. Diperkirakan saat ini di seluruh dunia sekitar 2,5 milyar orang memiliki resiko terkena demam dengue. mereka terutama tinggal di daerah perkotaan negara-negara tropis dan subtropik. Diperkirakan saat ini sekitar 50 juta kasus demam dengue ditemukan disetiap tahun dengan 500.000 kasus memerlukan penanganan di Rumah Sakit. Dari kasus di atas, sekitar 25.000 jumlah kematian terjadi setiap tahunnya (WHO, 2010)

Di Indonesia penyebaran demam berdarah pertama kali terdata pada tahun 1968 di Surabaya dan Jakarta (WHO, 2010). Pada tahun 2007, dilaporkan terdapat 156.000 kasus demam dengue atau 71,4 kasus per 1.000 populasi. Kasus ini tersebar di seluruh 33 propinsi di Indonesia, di 357 dari total 480 kabupaten (*Dengue Report Of Asia - Pasific Dengue Program Managers Meeting 2008*) Dari total kasus di atas, kasus DHF berjumlah 16.803, dengan jumlah kematian mencapai 267 jiwa. Pada tahun 2001, distribusi usia penderita terbanyak adalah di atas 15 tahun (54,5%), sedangkan balita (1 - 5 tahun) 14,7% dan anak - anak (6 - 12 tahun) 30,8% (DepKes RI, 2008).

Tingginya kasus, terutama kematian akibat DHF di Indonesia tidak terlepas dari kontrol dan pencegahan yang lemah oleh berbagai pihak, khususnya dari pemerintah dan masyarakat. Kebanyakan dokter di Indonesia juga belum menerapkan standar penanganan kasus DHF, sehingga jumlah kematian masih tinggi. Faktor penting lainnya adalah belum tersedianya obat spesifik atau vaksin untuk menangani dengue. (Delianna, 2008)

Pada pertemuan Asia-Pasifik Dengue Program Manager Meeting 2008 Pemerintah Indonesia meluncurkan Program Kontrol Dengue Terintegrasi (*Dengue Report Of Asia-Pasific Dengue Program Managers Meeting 2008*). Sejalan dengan program Indonesia Sehat 2010, diharapkan melalui program ini jumlah kematian akibat DHF menjadi kurang menjadi 1%, dengan insidensi di bawah 20 per 1.00.000 populasi.

Di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) tingkat kematian DHF tercatat lebih rendah dari rata-rata nasional. Data *Case Fatality Rare* (CFR atau angka kematian) (nasional <1) dengan 100.000 penduduk. Pada tahun 2011 angka insiden mengalami penurunan menjadi 28,8/100.000 penduduk sementara angka kematian atau CRF mengalami penurunan, namun kasus dan kematian akibat penyakit DHF masih masuk dalam kategori tinggi. Jumlah kasus DHF pada tahun 2011 mengalami penurunan di banding tahun 2010 yaitu sebanyak 985 kasus dengan jumlah kematian sebanyak 5 yaitu di kabupaten Bantul dan Kota Yogyakarta sebanyak masing - masing 2 kasus dan Kabupaten Gunung Kidul 1 kasus kematian (Dinkes DIY, 2013).

Sementara sepanjang tahun 2012 kemarin jumlah pasien DHF di kabupaten Klaten tercatat 82 pasien, kasus ini telah menurun meskipun masih dibidang tinggi jika dibandingkan jumlah kasus DHF di tahun 2013 tercatat sebanyak 104 kasus. Dicatat sebanyak 42 desa endemis DHF tersebar di 16 Kecamatan dan 401 desa yang tersebar di Klaten (Tribun Jogja, 2014)

Data rekam medis yang di dapat penulis di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten menunjukkan bahwa selama tahun 2014 pada

bulan Agustus terdapat 9,41 %, dan pada bulan Juni 8 pasien yaitu 7,0%, dan pada bulan September terdapat 8 pasien dengan prosentase 6,8%. Berdasarkan data di atas, maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul Asuhan Keperawatan pada Ny. N dengan DHF (*Dengue Hemoragic Fever*) di Ruang Nusa Indah Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten tahun 2014.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengaplikasikan konsep tentang *Dengue Hemoragic Fever* (DHF) dan melakukan pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF

2. Tujuan Khusus

Penulis mampu melakukan

- a. Pengkajian pada pasien *Dengue Hemoragic Fever* (DHF)
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Dengue Hemoragic Fever* (DHF)
- c. Menyusun rencana keperawatan sesuai dengan masalah yang timbul pada pasien
- d. Melakukan tindakan keperawatan berdasarkan diagnose keperawatan dan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat
- e. Mengevaluasi hasil akhir terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan *Dengue Hemoragic Fever* (DHF)

- f. Menganalisa ada atau tidaknya kesenjangan antara teori dengan kasus beserta pemecahannya
- g. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Dengue Hemoragic Fever* (DHF)

C. Manfaat Penulisan

1. Untuk Instansi

Untuk Karya Ilmiah ini dapat menambah referensi Stikes Muhammadiyah Klaten

2. Untuk Pelayanan Kesehatan

Diharapkan Karya Tulis Ilmiah ini dapat digunakan sebagai acuan pemberi pelayanan kesehatan khususnya pada penderita *Dengue Hemoragic Fever* (DHF)

3. Untuk Pasien

Diharapkan Karya Tulis Ilmiah ini dapat menambah informasi tentang *Dengue Hemoragic Fever* (DHF)

4. Untuk Penulis

Diharapkan Karya Tulis Ilmiah ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan

D. Metodologi

1. Tempat pengambilan kasus : Ruang Nusa Indah RSUP Dr. Soeradji
Tirtonegoro Klaten

Waktu pengambilan kasus pada hari Rabu, 17 Desember 2014, Pukul 11.00
WIB

2. Teknik Pengumpulan Data

- a. Wawancara

Wawancara adalah menanyakan atau membuat Tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang di hadapi oleh klien, bisa juga disebut dengan anamnesa. Wawancara berlangsung untuk menanyakan hal-hal yang berhubungan dengan masalah yang di hadapi klien dan merupakan suatu komunikasi yang direncanakan meliputi : biodata, identitas, riwayat kesehatan, data biologi, psikologi social, dan spiritual (Nursalam, 2008).

- b. Observasi

Observasi adalah mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien
Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indra lainnya melalui rabaan, sentuhan, dan pendengaran. Tujuan dari observasi adalah mengumpulkan data tentang masalah yang dihadapi klien melalui kepekaan alat panca indra (Nursalam, 2008)

c. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi

Inspeksi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara pengamatan atau melihat langsung seluruh tubuh pasien atau hanya bagian tertentu untuk mengkaji bentuk kesimetrisan atau abnormalitas, posisi, warna kulit, gejala terkena penyakit yang dapat dilihat pada tubuh pasien, Misalnya : warna kulit kebiruan (*sianosis*), adanya bintik-bintik merah (*petekie*), sklera kuning (*ikterik*)

2) Palpasi

Palpasi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui perabaan terhadap bagian-bagian tubuh mengalami kelainan. Misalnya adanya oedema, nyeri tekan, adanya tumor, dan lain-lain.

3) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan pendengaran, Biasanya menggunakan alat yang disebut stetoskop. Hal-hal yang didengarkan adalah : suara nafas, bunyi jantung dan bising usus.

4) Perkusi

Perkusi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara menggunakan ketukan jari atau tangan. Juga dilakukan pemeriksaan lain yang berkaitan dengan kesehatan fisik klien. Misalnya : batas - batas jantung, batas hepar - paru.

d. Studi Dokumenter

Studi Dokumenter adalah pengumpulan data dan mempelajari catatan pasien terintegrasi (catatan dokter, perawat, gizi, apoteker klinik, fisioterapi) dan hasil pemeriksaan penunjang untuk mengetahui perkembangan klien.

e. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah pengumpulan data yang berdasarkan referensi dari kepustakaan.