

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anak merupakan makhluk rentan dan tergantung yang selalu dipenuhi rasa ingin tahu, aktif, serta penuh harapan (Susilaningrum, 2013). Terpenuhinya hak-hak anak agar dapat hidup, tumbuh, berkembang, dan berpartisipasi, serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi merupakan tujuan dari perlindungan anak. Sesuai dengan UU Perlindungan anak No. 23/2002, Program kesehatan anak disusun berdasarkan upaya pemenuhan anak yang komprehensif dan terpadu. Perlindungan tersebut perlu agar anak menjadi pribadi yang mandiri dan generasi berkualitas.

Menurut WHO (2011) Kelompok umur < 15 tahun memiliki daya tahan tubuh yang masih rendah dibandingkan kelompok umur yang lebih tua. Anak sering berada di dalam kondisi dan waktu yang meningkatkan risiko terkena gigitan nyamuk penular DBD karena aktivitasnya selama beberapa jam atau bahkan seharian sering bermain di luar.

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Kan (2004) menemukan bahwa anak-anak berusia 5-9 tahun itu paling rentan terhadap infeksi virus *dengue*. *Dengue Fever* (DF) adalah penyakit yang ditularkan serangga yang disebabkan oleh empat virus *dengue* yang berbeda (virus *dengue* 1-4), terutama ditularkan oleh *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus*. DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4 termasuk dalam group B *Arthropedi borne viruses* (arboviruses) di Indonesia. Ternyata DEN-2 dan DEN-3

merupakan serotipe terbanyak sebagai penyebab. Serotipe DEN-2 dilaporkan paling dominan di Thailand, sedangkan di Indonesia dominan DEN-3, tetapi akhir –akhir ini ada kecenderungan dominasi untuk DEN-2. (Susilaningrum, 2013). *Dengue fever* endemik lebih dari 100 negara di daerah tropis dan subtropis, terutama di Asia Tenggara, Amerika, Pasifik Barat, Afrika dan Timur Mediterania (Guzman & Harris, 2015). Insiden keseluruhan *Dengue Fever* telah meningkat 30 kali lipat dalam 50 tahun terakhir, dengan sekitar 2,5 miliar orang yang tinggal di daerah berisiko *dengue fever* endemik (Guzman & Harris, 2015)

Dalam proporsi kasus, penyakit yang berat dapat terjadi jika tidak segera ditangani dapat menyebabkan kematian. Infeksi oleh salah satu serotipe menimbulkan antibodi seumur hidup terhadap serotipe yang menginfeksi, tetapi tidak ada perlindungan terhadap serotipe lain. Asintomatik, penyakit yang paling ringan (*mild undifferentiated febrile illness*) Demam *Dengue* (*dengue fever*), Demam Berdarah *Dengue* (DBD) , atau *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) sampai Sindrom Syok *Dengue* (SSD) merupakan variasi dari manifestasi klinis yang disebabkan karena infeksi virus *dengue*. Walaupun secara epidemiologis infeksi ringan lebih banyak , pada awal penyakit hampir tidak mungkin membedakan infeksi ringan atau berat. (Susilaningrum, 2013)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Epelboin *et al* (2013) dengan kelompok *dengue fever* didapatkan takikardi >90 bpm sebesar 64,6% , Demam $\geq 40^{\circ}\text{C}$ sebesar 4,9%. Berdasarkan penelitian Yoon *et al.* (2013) karakteristik kohort

yang terinfeksi virus *dengue* yaitu riwayat demam sebesar 100 % .Gejala pada kelompok kohort virus *dengue* yang terinfeksi suhu $\geq 38^{\circ}\text{C}$ sebesar 66,1 % .

Peningkatan pembentukan panas pada klien DHF disebabkan karena infeksi virus *dengue* pada makrofag dan monosit yang selanjutnya akan mengaktifasi limfosit T, baik T *helper* (CD4) maupun T sitotoksik (CD8). Aktivasi makrofag dan monosit akan merangsang infeksi virus *dengue* untuk mengaktifasi makrofag dan monosit yang lainnya, yang selanjutnya akan memproduksi mediator inflamasi seperti *Tumor Necrosis Factor* (TNF) , *Interleukin-1* (IL-1) , *Platelet Activating Factor* (PAF), *Interleukin-6* (IL-6), histamin sedangkan limfosit T menghasilkan mediator inflamasi berupa IL-2, TNF , IL-1, IL-6 dan Interferon (IFN) (Rena, Utama, & Parwati, 2009) . Interleukin-1 disebut juga leukosit pirogen atau pirogen endogen. IL-1 ,saat mencapai hipotalamus, akan mengaktifkan proses yang menimbulkan demam ,pertama-tama dengan menginduksi pembentukan salah satu prostaglandin ,terutama prostaglandin E₂, atau zat yang mirip kemudian bekerja di hipotalamus untuk membangkitkan reaksi demam. (Guyton A.C, dan Hall, 2014)

Masalah keperawatan yang biasa muncul karena *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF), yaitu hipertermia dan kekurangan volume cairan (Sodikin, 2012). Menurut Potter & Perry (2010) pengertian dari hipertermia yaitu ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan panas maupun mengurangi produksi panas akibat dari peningkatan suhu tubuh. Terjadinya hipertermia pada anak dengan DHF disebabkan oleh adanya virus di dalam aliran darah. Tujuan dari rencana keperawatannya adalah menurunkan

suhu tubuh dengan mempertahankannya dalam kondisi yang normal. (Aziz, 2008). Suhu tubuh normal 36°C sampai 37°C (Muttaqin, 2008).

Kondisi klien yang mengalami demam tinggi 3 hari berturut-turut perlu disikapi dengan pengetahuan yang luas oleh penderita maupun keluarga. Banyak penderita atau keluarga penderita mengalami kondisi fatal karena menganggap ringan gejala-gejala tersebut. Kadang suhu tubuh sangat tinggi sampai 40°C dapat menyebabkan kejang demam. (Desmawati, 2013). Berdasarkan hasil penelitian dari (Oktafiani, 2011) didapatkan angka kejadian kejang pada penderita demam berdarah *dengue* sebanyak 3,83% . Yang mengalami kejang pada awal demam atau pada hari ke-1 sampai hari ke-3 demam sebanyak 2,39% dan 1,44% yang mengalami kejang pada hari ke-4 sampai hari ke-5 demam.

Terdapat sekitar 2,5 miliar terutama di daerah tropis maupun subtropis orang di dunia beresiko terinfeksi virus *dengue*, anak-anak yang berusia kurang dari 5 tahun 90 persen adalah penderitanya dengan perkiraan 500.000 orang memerlukan rawat inap setiap tahunnya (WHO, 2011) dan insiden tersebut terus meningkat selama kurun waktu terakhir dari 2,2 juta pada tahun 2010 menjadi 3,2 juta pada tahun 2015. (World Health Organization, 2016).

Menurut Depkes RI (2016) jumlah penderita *Dengue Haemorrhagic fever* (DHF) di Indonesia pada bulan Januari sampai Februari 2016 sebanyak 13.219 orang penderita DHF dengan jumlah kematian 137 orang. Proporsi penderita terbanyak yang mengalami DHF di Indonesia ada pada golongan anak-anak usia 5-14 tahun, mencapai 42,72% dan yang kedua pada rentang usia 15-44 tahun, mencapai 34,49% . Pada tahun

2016 terdapat 10 provinsi dengan angka kesakitan kurang dari 49 per 100.000 penduduk. Provinsi dengan angka kesakitan DHF tertinggi yaitu Bali sebesar 515,90 per 100.000 penduduk. Angka kesakitan di provinsi Bali meningkat hampir dua kali lipat jika dibandingkan dengan angka kesakitan tahun 2015, dimana Bali sebesar 257,75 per 100.000 penduduk (Kemenkes.RI, 2016).

Menurut profil kesehatan Bali tahun 2016 demam berdarah *dengue* menduduki peringkat pertama dalam pola 10 besar penyakit pada klien rawat inap di RSUD Provinsi Bali dengan jumlah kasus 8366. Jumlah tersebut mengalami peningkatan dibanding dengan tahun 2014 sebanyak 1770 kasus (Dinkes Provinsi Bali, 2016). Angka kesakitan demam berdarah *dengue* (DBD) di Kabupaten Badung tahun 2016 sebesar 634,6 per 100.000 penduduk sedangkan tahun 2015 sebesar 353,3 per 100.000 penduduk. Angka kesakitan demam berdarah *dengue* di Kabupaten Badung Tahun 2016 lebih tinggi atau melampaui target renstra dinas Kesehatan sebesar 300 per 100.000 penduduk serta target nasional sebesar 51 per 100.000 penduduk (Dinkes Kabupaten Badung, 2016).

Setelah dilakukan studi pendahuluan di RSUD Badung , sepanjang tahun 2017 terdapat 170 kasus anak DHF , dari kasus tersebut diantaranya anak dengan usia 1-4 tahun sebanyak 40 kasus, 5-14 tahun sebanyak 130 kasus.

Upaya penanggulangan penyakit DBD di Kabupaten Badung diantaranya yaitu penemuan secara dini dan pengobatan yang akurat sehingga tidak terjadi over diagnosis, fogging sebelum musim penularan maupun fokus, pemberantasan sarang nyamuk (PSN) melalui program 3 M plus yaitu menguras, menutup dan mengubur plus

menabur larvasida, penyuluhan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat, pembentukan kader juru pemantau jentik (jumantik) disetiap banjar dengan jumlah 632 orang di Kabupaten Badung, lomba PSN serta peningkatan sanitasi lingkungan serta upaya lainnya seperti peningkatan surveilans penyakit dan surveilans vektor, diagnosis dini dan pengobatan dini, dan peningkatan upaya pemberantasan vektor penular penyakit DBD. (Dinkes Kabupaten Badung, 2016)

Menurut penelitian Pranata dan Artini (2017) dapat diketahui bahwa subyek yang lebih dominan yaitu *grade I* sebanyak 72,5% . Sebagian besar klien yang datang memiliki durasi perawatan rumah sakit kurang dari 7 hari, yaitu sebesar 90,2%. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Epelboin et al., 2013) dengan kelompok *dengue fever* didapatkan durasi demam >5 hari sebesar 16,3%.

Tindakan keperawatan yang bisa dilakukan oleh perawat untuk mengatasi hipertermia yaitu menurunkan suhu tubuh klien, yang pertama dengan cara kompres hangat pada kedua ketiak, lipatan paha, kedua lutut bagian dalam paling banyak pembuluh darah, sehingga sel saraf akan segera memberi sinyal ke hipotalamus untuk menurunkan suhu tubuh. Penggunaan kompres hangat dapat mencegah klien tidak menggigil. Kompres hangat merangsang *vasodilatasi* sehingga mempercepat proses *evaporasi* dan *konduksi* yang dapat menurunkan suhu tubuh (Sodikin, 2012).

Setelah pelaksanaan setiap tahap proses keperawatan dilakukan dan disesuaikan urutan waktu maka dilakukan pendokumentasian. Perawat profesional diharapkan dapat menghadapi tuntutan tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap segala tindakan yang dilaksanakan. Kesadaran masyarakat terhadap hukum semakin

meningkat sehingga dokumentasi yang lengkap dan jelas sangat dibutuhkan. Dalam memberikan asuhan kesehatan pada anak harus menggunakan pendekatan sistem sehingga asuhan terhadap klien sesuai dengan tahap perkembangan anak. (Susilaningrum, 2013) Asuhan keperawatan merupakan bentuk pelayanan keperawatan profesional kepada klien dengan menggunakan metodologi proses keperawatan. Proses keperawatan saling berhubungan yang terdiri dari lima tahapan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. (Nursalam, 2008)

Berdasarkan atas fakta-fakta tersebut dan untuk memahami lebih mendalam tentang masalah keperawatan hipertermia pada anak DHF, penulis tertarik untuk melakukan deskriptif studi kasus mengenai Gambaran Asuhan Keperawatan pada Anak DHF Dengan Hipertermia di Ruang Cilinaya RSUD Mangusada Badung Tahun 2018.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimanakah Gambaran Asuhan Keperawatan pada Anak DHF Dengan Hipertermia di Ruang Cilinaya RSUD Mangusada Badung Tahun 2018?

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan umum studi kasus

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran Asuhan Keperawatan pada Anak DHF Dengan Hipertermia di Ruang Cilinaya RSUD Mangusada Badung Tahun 2018.

2. Tujuan khusus studi kasus

Tujuan khusus dari penelitian studi kasus Gambaran Asuhan Keperawatan pada Anak DHF Dengan Hipertermia di Ruang Cilinaya RSUD Mangusada Badung Tahun 2018 adalah sebagai berikut:

- a. Untuk mengobservasi pengkajian pada anak DHF dengan hipertermia
- b. Untuk mengobservasi diagnosa keperawatan pada anak DHF dengan hipertermia
- c. Untuk mengobservasi rencana keperawatan pada anak DHF dengan hipertermia
- d. Untuk mengobservasi tindakan keperawatan pada anak DHF dengan hipertermia
- e. Untuk mengobservasi evaluasi dari tindakan keperawatan pada anak DHF Dengan Hipertermia.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat Teoritis

Sebagai referensi salah satu sumber data bagi mahasiswa untuk melakukan penelitian khususnya mahasiswa jurusan keperawatan yang berhubungan dengan gambaran asuhan keperawatan anak DHF Dengan Hipertermia.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Tenaga Kesehatan

Semoga hasil penelitian ini dapat diaplikasikan oleh semua tenaga kesehatan khususnya perawat dalam perawatan anak DHF dengan hipertermi.

- b. Bagi Institusi

Semoga hasil penelitian ini dapat dikembangkan menjadi lebih baik lagi dan sebagai acuan dalam mencari referensi untuk penelitian selanjutnya.