

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Demam *dengue* atau *dengue fever (DF)* adalah penyakit yang sudah dikenal sejak abad XVIII terutama di daerah tropis dan subtropis, semula tidak dianggap sebagai penyakit yang berbahaya. Biasanya hanya disebut demam lima hari (*panas van der scheer*) atau *knokkel koorts* yang tidak dianggap serius. Baru pada tahun 1954 ketika menelan korban jiwa sejumlah anak di Filipina, penyakit ini menarik perhatian dunia (Selamihardja, 1998 cit Amin, 2004).

Di Indonesia kasus demam berdarah *dengue* atau *dengue haemorrhagic fever (DHF)* ini termasuk terbesar di dunia setelah Thailand. Setiap tahunnya, sejak penyakit ini ditemukan pada tahun 1968 hingga tahun 1998, rata-rata 18 ribu penderita dirawat di rumah sakit. Memasuki awal tahun 2004 di Indonesia, jumlah kasus demam berdarah mengalami peningkatan yang cukup bermakna. Dari hari ke hari korban meninggal akibat penyakit ini terus berjatuhan. Penderita demam berdarah di seluruh tanah air untuk tahun 2000 berjumlah 33.443, tahun 2001 45.688, tahun 2002 ada 40.377, tahun 2003 jumlahnya 50.131 penderita, sedangkan untuk tahun 2004, didapatkan data bahwa korban yang teridentifikasi terhitung dari awal 2004 sampai pertengahan tahun terdapat sekitar 26.015 kasus

dengan angka kematian mencapai 280 orang. (D. 1. DL 2004)

Masalah *DHF* di Indonesia diperkirakan akan terus meningkat dimasa yang akan datang karena vektor dari virus ini tersebar luas. Serta pengaruh dari jumlah dan kepadatan penduduk yang semakin meningkat, perpindahan dan morbiditas penduduk yang juga semakin meningkat. Kebersihan lingkungan yang kurang diperhatikan, perilaku pencegahan penyakit dari masyarakat rendah (Soetaryo, 1991).

Penyakit *DF/DHF* merupakan penyakit siklus lima tahunan. Dikhawatirkan kasus pada tahun 1998 kembali terulang tahun ini ataupun pada tahun-tahun yang akan datang, mengingat angka penderita dari Januari sampai Mei 2003 ini sudah mencapai 5.800 penderita demam berdarah dengan angka kematian 32 orang. Angka ini 2,5 kali lipat dari tahun sebelumnya yang penderitanya mencapai angka 5.494 dengan angka kematian 35 orang.

DF/DHF ini merupakan penyakit yang terutama menyerang pada anak dan merupakan demam virus akut yang disertai sakit kepala, nyeri otot, sendi dan tulang, penurunan jumlah sel darah putih dan ruam- ruam. Pada penyakit ini biasanya juga disertai dengan demam yang tinggi (bisa mencapai 40°C) secara mendadak dan terus menerus selama 2-7 hari. Muka penderitapun tampak merah. Pada hari ke-2 atau ke-3 terjadi perdarahan dalam bentuk beraneka ragam. Perdarahan yang paling ringan adalah perdarahan yang terjadi dibawah kulit. Perdarahan yang tampak adalah mimisan dan perdarahan pada gusi, sedangkan perdarahan yang berat adalah

terjadinya muntah darah, buang air kecil yang mengandung darah, dalam keadaan ini biasanya terjadi pembengkakan liver (Theopilus, 2000).

Pada perdarahan ringan sering tidak tampak secara jelas dan baru tampak atau teridentifikasi setelah dilakukan uji *torniquet*, biasanya akan tampak bintik-bintik kemerahan di permukaan kulit. Uji *torniquet* yang akan positif dengan atau tanpa raum serta disertai beberapa atau semua gejala perdarahan seperti: petekie spontan yang timbul serentak, *purpura*, *ekimosis*, *epistaksis*, *hematetemis*, *melena*, *trombositopenia*, masa perdarahan dan masa protombin memanjang, serta *hematokrit* dan gangguan maturasi megakariosit (Hendarwanto, 1994).

Namun dalam pelaksanaannya diagnosis *DF/DHF* ini tidak mudah untuk ditegakkan, terutama pada stadium dini karena gejalanya yang mirip dengan penyakit lain, tidak ada manifestasi klinik yang langsung dapat diamati. Padahal diagnosis dini penyakit ini sangat penting agar penderita dapat segera mendapat pengobatan atau perawatan yang tepat secepat mungkin sehingga resiko kematian dapat diperkecil (Depkes RI, 1984).

Dalam menegakkan diagnosis perlu diketahui bahwa kunci diagnosis terletak pada isolasi kuman dari darah pasien itu sendiri. Namun pemeriksaan ini memakan waktu dan biaya serta bersifat invasive, sehingga atas dasar keterbatasan-keterbatasan tersebut banyak peneliti berupaya mencari jalan lain (Nelson, 1999).

Kesulitan dalam diagnosis dini adalah karena gejalanya tidak

Biasanya terjadi syok pada hari kelima sampai ketujuh demam, dapat juga terjadi pada hari kedua dan setelah hari ketujuh demam (Harun, 1991).

Beberapa kriteria klinis telah diajukan pula untuk membantu menegakkan diagnosis *DF/DHF* tanpa pemeriksaan penunjang (Nelwan, 1991 *cit* Wahyuni.S, 1999). Namun tidak didapatkannya bukti manfaat klinik yang kuat dari kriteria-kriteria tersebut mempertegas perlunya upaya-upaya untuk mempertajam diagnosis pada saat pasien datang pertama kali ke pelayanan kesehatan.

Pelaksanaan perawatan pasien anak-anak dengan diagnosis medis *DF/DHF* yang dilakukan di RSUD PKU Muhammadiyah rata-rata berlangsung sekitar satu sampai sembilan hari. Bila pelaksanaan proses keperawatan yang dilakukan pada pasien *DF/DHF* tidak diperhatikan dengan baik maka pasien bisa masuk dalam stadium lebih lanjut. Masalah keperawatan yang paling sering muncul adalah panas, apabila panas tidak mendapat perawatan yang baik akan menimbulkan masalah lain seperti terjadinya dehidrasi yang bisa berlanjut pada terjadinya renjatan sampai terjadi kematian. Dalam hal ini peneliti bermaksud mengadakan penelitian tentang proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada anak usia 4-15 tahun di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta.