

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan oleh periode sebelumnya (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Undang-undang Nomor 25 tahun 2004, tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN) mengamanatkan bahwa setiap kementerian perlu menyusun Rencana Strategis (Renstra) yang mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Dengan telah ditetapkannya RPJMN 2015-2019 maka Kementerian Kesehatan menyusun Renstra Tahun 2015-2019. Pembangunan kesehatan pada periode 2015-2019 adalah program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Selain itu pembangunan kesehatan juga merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan amanat Undang-undang Nomor 25 tahun 2004 tentang kesehatan.

Adapun visi pembangunan kesehatan tahun 2020 adalah “terwujudnya masyarakat Indonesia yang religius, manusiawi, bersatu, demokratis, adil, sejahtera, maju, mandiri, serta baik dan bersih dalam penyelenggaraan negara”. Dalam Indonesia Sehat 2020, lingkungan strategis pembangunan kesehatan yang diharapkan adalah lingkungan yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat jasmani, rohani maupun sosial, yaitu lingkungan yang bebas dari kerawanan sosial budaya dan polusi, tersedianya air minum dan sarana sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan pemukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan, serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang memiliki solidaritas sosial dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa (Depkes RI, 2009).

Perilaku masyarakat yang diharapkan dalam Indonesia Sehat 2020 adalah perilaku yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit dan masalah kesehatan lainnya, sadar hukum, serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat, termasuk menyelenggarakan masyarakat sehat dan aman (*safe community*) (Depkes RI, 2009). Pengertian

kesehatan menurut UU Kesehatan RI Nomor 36 tahun 2009 bab 1 pasal 1 yaitu “Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.”.

Tujuan pembangunan kesehatan di atas harus ditunjang oleh banyaknya pasien yang sehat, akan tetapi masih terdapat lingkungan dan perilaku yang tidak sehat, sehingga dapat menimbulkan pencemaran. Dalam hal ini salah satu akibat dari perilaku dan lingkungan yang tidak sehat adalah timbulnya penyebaran penyakit, diantaranya demam berdarah *dengue* (DBD).

Penyakit demam berdarah *dengue* adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* dan *aedes albopictus*. Faktor – faktor yang mempengaruhi kejadian demam berdarah *dengue* sangat kompleks, antara lain iklim dan pergantian musim, kepadatan penduduk, mobilitas penduduk dan transportasi. Sebaran nyamuk penular demam berdarah *dengue*, kebersihan lingkungan yang tidak memadai serta factor keganasan virusnya.

Berdasarkan kejadian dilapangan dapat diidentifikasi factor utama adalah kurangnya perhatian sebagian masyarakat terhadap kebersihan lingkungan tempat tinggal. Sehingga terjadi genangan air yang menyebabkan berkembangnya nyamuk (Dinkom, 2007). Insiden dan prevalensi penyakit demam berdarah *dengue* menimbulkan kerugian pada individu, keluarga dan masyarakat. Kerugian ini berbentuk kematian, penderitaan, kesakitan, dan hilangnya waktu produktif (Indra, 2013).

WHO memperkirakan sebanyak 2,5 sampai 3 milyar penduduk dunia berisiko terinfeksi virus *dengue* dan setiap tahunnya terdapat 50-100 juta penduduk dunia terinfeksi virus *dengue*, 500 ribu diantaranya membutuhkan perawatan intensif di fasilitas pelayanan kesehatan. Setiap tahun dilaporkan sebanyak 21.000 anak meninggal karena DBD atau setiap 20 menit terdapat satu orang anak yang meninggal (Depkes RI, 2013).

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Indonesia pertama kali dicurigai, terjangkit di Surabaya pada tahun 1968, tetapi kepastian virologik baru diperoleh pada tahun 1970. Data yang terkumpul dari tahun 1968-1993 menunjukkan DBD dilaporkan terbanyak pada tahun 1973 sebanyak 10.189 pasien dengan usia pada umumnya di bawah 15 tahun, dimana vektor utama *dengue* di Indonesia adalah nyamuk *aedes aegypti*. Sejak ditemukan pertama kali pada tahun 1968 sampai sekarang, sering kali menjadi penyebab kematian terutama pada anak remaja dan dewasa. DBD juga telah menyebar ke hampir seluruh wilayah Indonesia dari tahun ke tahun penderitanya cenderung meningkat (Sjaifoellah, 2009).

Untuk tahun 2015, jumlah kasus DBD mengalami penurunan dari tahun 2014. Pada Oktober-Desember 2014, jumlah kasus DBD adalah 23.882 kasus, sementara tahun 2015 hanya mencapai 7.244 kasus. Angka kematian pun juga cenderung mengalami penurunan. Pada 2014 jumlah kematian akibat DBD mencapai angka 197 jiwa sedangkan pada 2015 jumlah kematian dalam rentang waktu tiga bulan tersebut hanya mencapai angka 100 jiwa. Pada 2015, propinsi-propinsi yang meningkat kasus DBD adalah Aceh, Bali, Sumatera

Selatan, Lampung, Kalimantan Barat, Jawa Barat Gorontalo dan DKI Jakarta. Peningkatan yang tampak jelas di dua propinsi yaitu Jawa Timur dan Jawa Barat dengan peningkatan 4 kali lipat dibandingkan pada tahun 2011.

Di Jawa Barat, DBD merupakan masalah kesehatan masyarakat dan endemis di hampir seluruh kabupaten/kota. Pada tahun 2011, angka kejadian DBD di Jawa Timur mencapai 25.762 kasus dengan angka kematian 230 jiwa; tahun 2012 menurun tajam mencapai 5.374 kasus dengan angka kematian 65 jiwa; dan tahun 2013 kembali meningkat dengan angka DBD di Jawa Barat mencapai 8.266 kejadian dengan angka kematian mencapai 119 jiwa (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2013). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat sampai dengan Juni 2014, telah terjadi 11.207 kejadian DBD dengan angka kejadian (*Incidency Rate = IR*) 29,26 dan *CFR* 0,88% (99 orang), sedangkan pada tahun 2015 sebanyak 22.071 orang di Jawa Barat terserang demam berdarah *dengue* (DBD). Sebanyak 182 orang di antaranya meninggal.

Meningkatnya angka kejadian setiap tahunnya perawat sebagai bagian dari tim kesehatan memiliki tanggung jawab untuk ikut serta dalam upaya penanganan DBD, upaya yang dapat dilakukan oleh perawat pada penderita DBD adalah memberikan asuhan keperawatan yang optimal dan profesional serta hal-hal yang perlu diinformasikan pada keluarga pasien dan masyarakat untuk mencegah terjadinya DBD (Demam Berdarah *Dengue*).

Data yang penulis peroleh dari RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya pada bulan Januari sampai April 2016 mengenai perbandingan persentase antara penyakit DBD dengan penyakit-penyakit lain yang sering terjadi pada anak, dijabarkan dalam tabel di bawah ini.

Tabel 1.1
Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap di Ruang Anak Bawah RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya dari Bulan Januari – April 2016

No	Nama Penyakit	Jumlah	Persentase (%)
1	Diare	131	21.51
2	Kejang demam	107	17.57
3	Bronchopneumonia	101	16.58
4	DBD	89	14.61
5	Tyfoid	69	11.30
6	Anemia	39	6.40
7	Tuberkulosa	32	5.25
8	Kurang energi protein	19	3.11
9	Epilepsi	17	2.79
10	Bronchitis	5	0.82
Jumlah		609	100,00

Sumber: Bagian Administrasi RAB RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya

Berdasarkan tabel di atas, dari seluruh pasien yang masuk ke Ruang Anak Bawah RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya pada bulan Januari-April 2016 didapatkan penderita DBD sebanyak 14,61% atau 89 orang penderita DBD. Penyakit ini memerlukan penanganan dan pengobatan dengan segera, karena komplikasi atau gejala perdarahan, hepatomegali dan tanda-tanda kegagalan sirkulasi sampai timbulnya renjatan (sindrom renjatan *dengue*) akan mengakibatkan kebocoran plasma yang dapat menyebabkan kematian.

Berdasarkan data di atas, maka penulis merasa tertarik untuk membuat studi kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada An. R. usia toddler (12 Bulan) dengan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Ruang Anak Bawah RSU dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan anak secara langsung dan komprehensif, meliputi aspek bio, psiko, sosial dan spiritual pada klien DBD dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian pada An. R. usia toddler (12 Bulan) dengan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Ruang Anak Bawah RSU dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.
- b. Dapat menegakkan diagnosa keperawatan pada An. R. usia toddler (12 Bulan) dengan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Ruang Anak Bawah RSU dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.
- c. Dapat menyusun rencana keperawatan pada An. R. usia toddler (12 Bulan) dengan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Ruang Anak Bawah RSU dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.

- d. Dapat melakukan implementasi keperawatan pada An. R. usia toddler (12 Bulan) dengan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Ruang Anak Bawah RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.
- e. Dapat melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada An. R. usia toddler (12 Bulan) dengan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Ruang Anak Bawah RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.
- f. Dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan pada An. R. usia toddler (12 Bulan) dengan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Ruang Anak Bawah RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.

C. Metode Telaahan

Metode yang digunakan adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. Adapun teknik pengambilan data yang dipergunakan adalah:

1. Observasi

Observasi adalah mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien, (Nursalam, 2009).

2. Wawancara

Wawancara adalah menanyakan atau tanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi klien dan merupakan suatu komunikasi yang direncanakan (Nursalam, 2009).

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah upaya untuk mengambil data melalui pemeriksaan klien dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (Nursalam, 2009).

4. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang terdiri dari pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan diagnostik, seperti pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, leukosit, trombosit, makroskopik dan mikroskopik (Nursalam, 2009).

5. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah pengumpulan data dengan cara mempelajari dokumen yang ada kaitannya dengan klien di Rumah Sakit yaitu dari data medikal record (Nursalam, 2009).

6. Studi Kepustakaan

Melalui studi literatur yang diperoleh dari buku sumber dan referensi hasil para ahli yang ada kaitannya dengan studi kasus tersebut dan mencantumkan sebagai landasan lain (Nursalam, 2009).

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan terdiri dari 4 bab: Bab I pendahuluan, meliputi latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode telaahan dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teoritis, meliputi konsep dasar DBD, yaitu: definisi, anatomi fisiologi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, penatalaksanaan medis, pemeriksaan diagnostik, dampak penyakit terhadap kebutuhan manusia

serta asuhan keperawatan tentang pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi dokumentasi. Bab III tinjauan kasus dan pembahasan, tinjauan kasus meliputi: tahapan pengkajian, diagnosa keperawatan, dokumentasi perencanaan, evaluasi dan catatan perkembangan. Pembahasan meliputi: kesenjangan antara teori-teori yang didapat dengan praktek di lapangan. Bab IV kesimpulan dan rekomendasi, meliputi kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan rekomendasi operasional asuhan keperawatan.

