

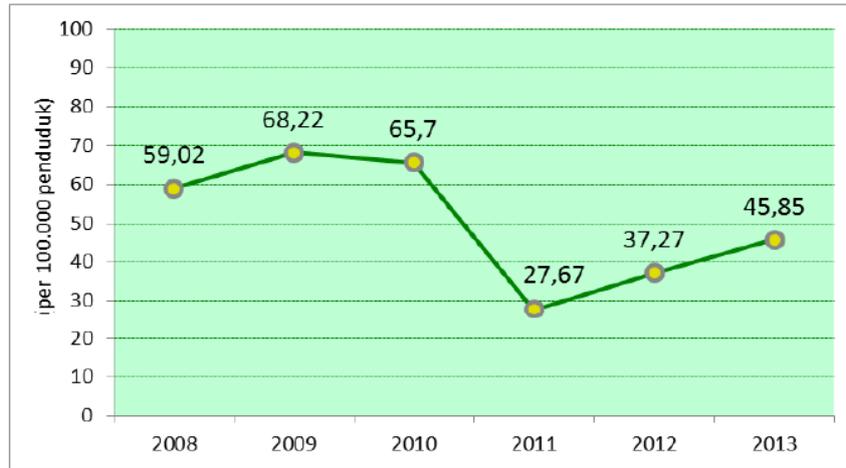
BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam berdarah dengue (DBD) merupakan penyakit yang muncul setiap tahun dan penyakit yang dapat menyerang pada semua kelompok umur. Demam berdarah dengue berkaitan dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat (profil kesehatan Indonesia, 2013). Penyakit demam berdarah dengue (DBD) merupakan penyakit yang berat dan dapat menjadi fatal apabila tidak ditangani dengan benar dan segera. Dengan penanganan medik yang baik, angka kematian akibat DBD dapat diturunkan menjadi kurang dari 1% (Dinkes Jawa Timur, 2009).

Di Indonesia terjadi peningkatan kasus DBD pada tahun 2013 dibandingkan dengan tahun 2012 dengan jumlah kasus sebesar 90.245 dan dengan IR sebesar 32,27. Pada tahun 2013, jumlah penderita DBD yang dilaporkan sebanyak 112.511 kasus dengan jumlah kematian 871 orang. Angka kesakitan atau Incidence Rate (IR) Indonesia sebesar 45.85 per 100.000 penduduk dan angka kematian atau Case Fatality Rate (CFR) Indonesia sebesar 0,77%. Target Renstra Kementerian Kesehatan untuk angka kesakitan DBD tahun 2013 sebesar < 52 per 100.000 penduduk, dengan demikian Indonesia telah mencapai target Renstra tahun 2013. Berikut tren IR DBD selama kurun waktu 2008-2013.



Sumber : Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013

Gambar 1.1 Tren IR DBD dalam Kurun Waktu 2008-2013

Berdasarkan gambar 1.1 dapat diketahui bahwa IR DBD mengalami kenaikan mulai tahun 2011 dan terus meningkat sampai tahun 2013. Terdapat 26 provinsi yang telah mencapai target 2013. Provinsi dengan IR DBD tertinggi tahun 2013 yaitu Bali sebesar 168,48, DKI Jakarta sebesar 104,04, dan DI Yogyakarta sebesar 95,99 per penduduk. Angka kematian akibat DBD tinggi jika CFR > 2%. Provinsi yang mempunyai CFR tinggi pada tahun 2013 yaitu Provinsi Jambi, Kep. Bangka Belitung, dan Nusa Tenggara Timur.

Penyakit DBD merupakan salah satu penyakit yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dan endemis hampir di seluruh kabupaten/kota di Jawa Timur. DBD masih menjadi masalah rutin setiap musim hujan tiba. Angka kesakitan di Jawa Timur cukup tinggi, meskipun jumlah kematian yang terjadi dapat ditekan. Jumlah kasus DBD di Jawa Timur tahun 2013 sebesar 14.895 kasus dengan IR sebesar 39,14 yang mengalami kenaikan dari tahun 2012 dengan jumlah kasus sebesar 8.266 . IR

Jawa Timur sudah mencapai target nasional yaitu < 52 per 100.000 penduduk dan CFR 1,05%.

Kota Surabaya masih menjadi kota endemis DBD. Jumlah kasus DBD sangat tinggi pada tahun 2010 sebesar 3379 kasus kemudian menurun menjadi 1008 pada tahun 2011. Jumlah kasus DBD meningkat kembali sampai tahun 2013 sebesar 2207 kasus dengan IR 53,26. Begitu juga dengan IR DBD Kota Surabaya tinggi pada tahun 2010 sebesar 116 per 100.000 penduduk dengan CFR 0,38 %. IR DBD mengalami penurunan pada tahun 2011 sebesar 36,22 dengan CFR 0,69 % dan mengalami peningkatan kembali pada tahun 2012 dengan IR sebesar 37,50 dan CFR 0,55 %. Berdasarkan data di atas dapat diketahui bahwa CFR DBD Kota Surabaya cenderung meningkat dari tahun 2010-2013 dengan CFR DBD tahun 2013 sebesar 0,86 %. Meskipun CFR DBD Kota Surabaya masih di bawah target yaitu 1%, tetapi angkanya cenderung meningkat dari tahun ke tahun.

Awal KLB DBD mulai tahun 1968 setiap 5 tahun, kemudian mengalami perubahan menjadi 3 tahun, 2 tahun, dan akhirnya setiap tahun diikuti adanya kecenderungan peningkatan infeksi virus dengue pada bulan-bulan tertentu. Hal ini terjadi karena ada kemungkinan erat dengan perubahan iklim dan kelembaban nisbi, terjadinya imigrasi penduduk dan daerah endemis DBD dari pedesaan ke perkotaan, meningkatnya tempat perindukan nyamuk *Aedes aegypti* di perkotaan terutama daerah kumuh pada bulan tertentu (Soegijanto, 2004).

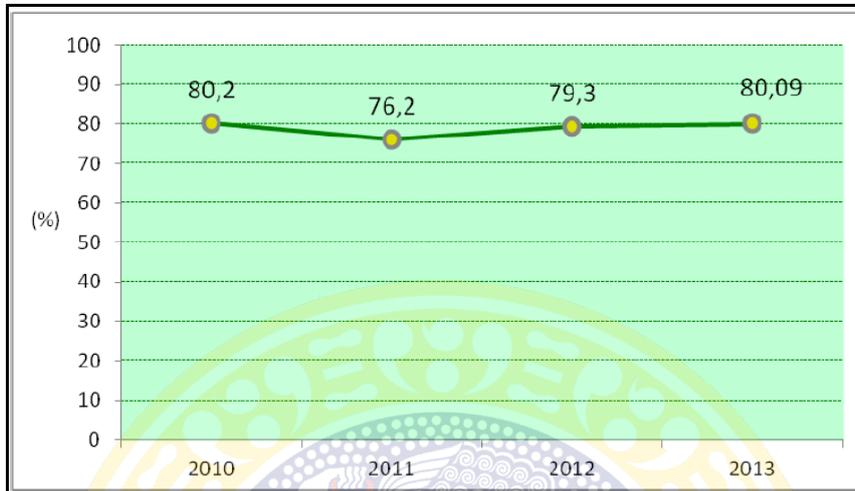
Jumlah penderita penyakit DBD cenderung semakin meningkat dan semakin luas penyebarannya sejalan dengan meningkatnya mobilitas dan kepadatan penduduk. Upaya yang paling efektif untuk penanggulangan DBD adalah dengan memberantas jentik nyamuk yang dikenal dengan istilah PSN-DBD. Kunci utama mencegah perkembangan adalah dengan keikutsertaan masyarakat dalam upaya memutus mata rantai penyebaran penyakit. Pencegahan penyakit DBD bukan hanya tanggung jawab pemerintah, tetapi juga tanggung jawab semua pihak, termasuk masyarakat (Depkes RI, 2005).

Upaya pencegahan dan pemberantasan DBD ditekankan pada penggerakan potensi masyarakat untuk dapat berperan serta dalam pemberantasan sarang nyamuk (PSN) melalui gerakan 3M, pemantauan angka bebas jentik (ABJ), serta pengenalan gejala DBD dan penanganannya di rumah tangga. Oleh karena itu, petugas kesehatan di seluruh daerah di Indonesia harus aktif menggerakkannya (Depkes RI, 2005)

Peran serta masyarakat dalam upaya pelaksanaan PSN dapat mengurangi keberadaan jentik nyamuk, sehingga target angka bebas jentik (ABJ) dapat tercapai. Faktor ABJ dapat mempengaruhi terjadinya penyakit DBD, karena semakin tinggi nilai ABJ, maka keberadaan jentik nyamuk semakin rendah, sehingga menurunkan risiko keberadaan nyamuk *Aedes aegypti* yang merupakan vektor penyakit DBD.

Upaya pengendalian penyakit DBD dapat dilakukan dengan cara menurunkan jentik nyamuk *Aedes aegypti*. Salah satu indikator yang digunakan untuk upaya pengendalian penyakit DBD yaitu angka bebas jentik.

Target Indonesia untuk indikator angka bebas jentik adalah $> 95\%$. Sampai tahun 2013 angka bebas jentik Indonesia belum mencapai target. Berikut gambar angka bebas jentik di Indonesia tahun 2010-2013.

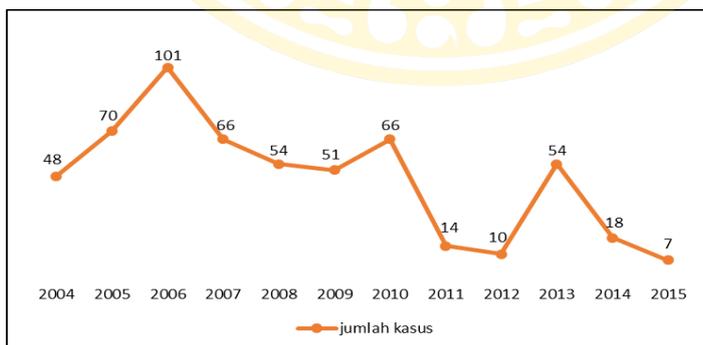


Sumber: Profil Kesehatan Indonesia tahun 2013

Gambar 1.2 Angka Bebas Jentik Di Indonesia Tahun 2010-2013

1.2 Identifikasi Masalah

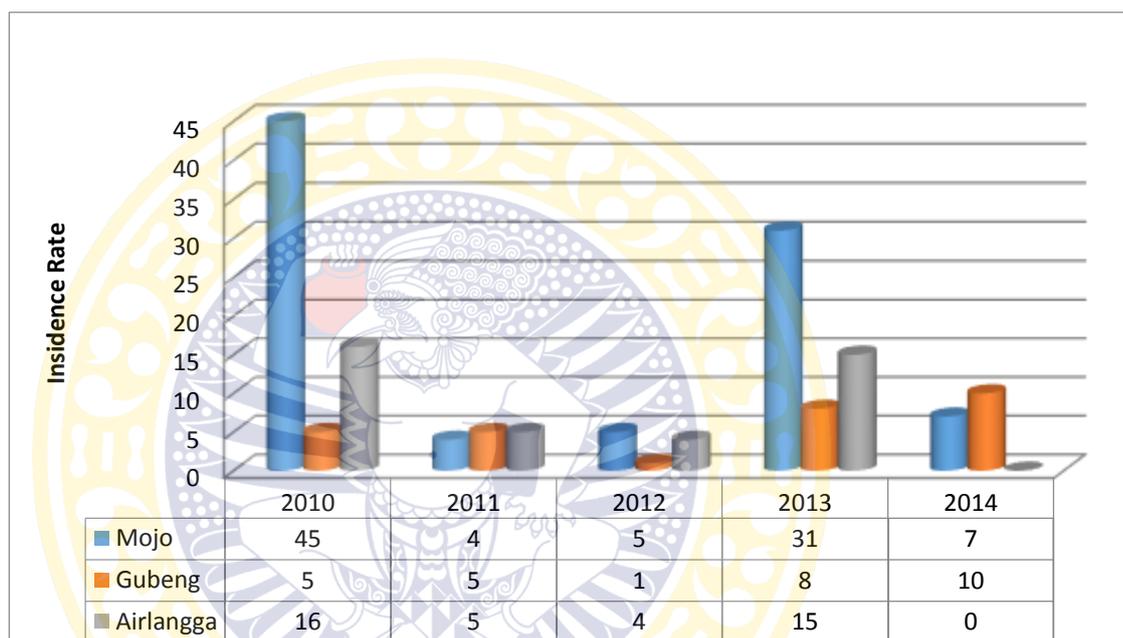
Demam Berdarah Dengue merupakan salah satu penyakit yang memerlukan perhatian lebih di Puskesmas Mojo. Di wilayah kerja Puskesmas Mojo jumlah kasus DBD mengalami penurunan mulai tahun 2014. Berikut gambar tren kasus DBD di Puskesmas Mojo tahun 2004 – 2015.



Sumber: Data Register Penyakit DBD di Puskesmas Mojo

Gambar 1.3 Grafik Tren Kasus DBD Tahun 2004 – Februari 2015 di Puskesmas Mojo

Berdasarkan Gambar 1.3 dapat diketahui bahwa data jumlah kasus DBD di Puskesmas Mojo mengalami tren yang fluktuatif dari tahun ke tahun. Meskipun fluktuatif tetapi polanya menurun di lima tahun terakhir. Pada tahun 2011 dan 2012 mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Pada tahun 2013 mengalami kenaikan lima kali lipat dari tahun 2012. Kemudian kasus menurun pada tahun 2014.



Sumber: Laporan Magang FKM UNAIR

Gambar 1.4 Grafik Jumlah Kasus DBD menurut Kelurahan Tahun 2010-2014

Gambar 1.4 menunjukkan bahwa jumlah kasus yang ada pada masing-masing kelurahan di wilayah kerja Puskesmas Mojo sangat bervariasi. Dapat dilihat bahwa Kelurahan Mojo merupakan kelurahan dengan jumlah kasus terbanyak dibandingkan dengan kelurahan yang lain.

Indikator yang dapat digunakan untuk mengukur rendahnya keberadaan jentik nyamuk adalah angka bebas jentik (ABJ). Standar ABJ yang ditentukan oleh Depkes untuk memperkecil kemungkinan terjangkitnya

DBD adalah sebesar $> 95\%$. Berikut ABJ gebyar di Kelurahan Mojo tahun 2013 – 2015.

Tabel 1.1 ABJ Gebyar Di Kelurahan Mojo Tahun 2013 – 2015

Tahun	Jumlah rumah yang diperiksa	Jentik		ABJ
		Positif	Negatif	
2013	2009	431	1607	80%
2014	3847	531	3316	86%
2015	3775	498	3277	87%

Sumber: Puskesmas Mojo

Berdasarkan Tabel 1.1 dapat dilihat bahwa ABJ Kelurahan Mojo pada tahun 2013 – 2015 mengalami peningkatan. Akan tetapi angkanya masih dibawah standar yang ditentukan oleh Depkes. Sehingga Kelurahan Mojo mempunyai risiko yang tinggi untuk terjangkit penyakit DBD. Kelurahan mojo termasuk dalam kategori daerah endemis, karena dalam 3 tahun terakhir selalu ada kasus DBD. Selain itu, Kelurahan Mojo juga mempunyai jumlah penduduk tertinggi jika dibandingkan dengan kelurahan lain yang berada di wilayah kerja Puskesmas Mojo. Hal ini dapat menambah risiko penularan penyakit DBD semakin tinggi.

1.3 Pembatasan dan Rumusan Masalah

Pembatasan masalah dengan memilih variabel yang akan diteliti. Pada penelitian ini variabel independen yang diteliti adalah karakteristik demografi yang meliputi mobilitas penduduk dan jumlah anggota keluarga serta memakai teori perilaku Kar (1983) yang meliputi *behavior intention*, *personal autonomy*, *accessibility of information*, *action situation*, dan *social support*. Rumusan masalah pada penelitian ini adalah “faktor apa saja yang

berhubungan dengan keberadaan jentik nyamuk di dalam rumah di Kelurahan Mojo?”.

1.4 Tujuan dan Manfaat Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis karakteristik demografi dan faktor perilaku yang berhubungan dengan keberadaan jentik nyamuk di dalam rumah di Kelurahan Mojo, Kecamatan Gubeng, Kota Surabaya.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik demografi di wilayah kerja Kelurahan Mojo meliputi jumlah anggota keluarga dan mobilitas penduduk
2. Mengidentifikasi keberadaan jentik nyamuk di dalam rumah di Kelurahan Mojo.
3. Menghitung kepadatan jentik nyamuk di Kelurahan Mojo meliputi *House Index, Container Index, Breteau Index, dan Dengue Fever*
4. Menganalisis karakteristik demografi yang meliputi mobilitas penduduk dan jumlah anggota keluarga serta faktor perilaku yang meliputi *behavior intention, personal autonomy, accessibility of information, action situation, dan social support* yang berhubungan dengan keberadaan jentik nyamuk di dalam rumah di Kelurahan Mojo.

1.4.3 Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan mendapatkan pengalaman yang cukup serta dapat menerapkan teori yang telah diperoleh pada masa kuliah.

2. Bagi Instansi Kesehatan

Masukan untuk instansi kesehatan agar dapat menjadi pertimbangan untuk perencanaan program pengendalian vektor DBD dengan mengendalikan jentik nyamuk *Aedes aegypti*

3. Bagi Masyarakat dan Responden

Dapat menambah wawasan dan informasi mengenai tempat perindukan nyamuk dalam upaya pencegahan DBD, agar masyarakat lebih memperhatikan lingkungan dan melakukan tindakan yang benar dalam pencegahan dan penanganan kejadian DBD.

