

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam berdarah dengue merupakan penyakit akibat virus Dengue dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*. Sebagian besar penyakit ini menyerang anak berumur <15 tahun, namun dapat juga menyerang orang dewasa.¹ Virus Dengue ditemukan di Queensland, Australia Utara sejak tahun 1981.² Di dunia, virus Dengue tersebar di seluruh daerah tropis dimana sebagian besar daerah tropis ini merupakan daerah endemis. Pola penyakit ini terus berubah yang mungkin berkaitan dengan pertumbuhan populasi yang begitu cepat, terlalu padat, dan upaya pengendalian nyamuk yang tidak tepat.³ Di Asia, virus Dengue endemis di China Selatan, Hainan, Vietnam, Laos, Kamboja, Thailand, Myanmar, India, Pakistan, Sri Lanka, Indonesia, Filipina, Malaysia dan Singapura. Sedangkan negara dengan endemisitas rendah terdapat di Papua Nugini, Bangladesh, Nepal, Taiwan dan sebagian besar negara Pasifik.²

Kejadian Luar Biasa dengue pertama kali terjadi tahun 1653 di *Frech West Indies* (Kepulauan Karibia), walaupun penyakitnya telah dilaporkan di Cina pada awal tahun 992 SM. Kasus DBD di Australia pertama kali dilaporkan pada tahun 1897, serta di Italia dan Taiwan tahun 1931. Kemudian pada tahun 1953-1954 terjadi KLB di Filipina, sejak saat itu serangan penyakit DBD disertai tingkat kematian yang tinggi melanda beberapa negara di wilayah Asia Tenggara termasuk Indonesia, Myanmar, Thailand, Singapura, Kamboja, Malaysia, Filipina, dan Vietnam. Dua puluh tahun kemudian, terjadi peningkatan kasus dan wilayah penyebaran DBD yang begitu hebat. Saat ini KLB muncul setiap tahunnya di beberapa negara di Asia Tenggara.⁴ Di Indonesia penyakit ini mulai dikenal di Surabaya dan Jakarta pada tahun 1968 dan terus meluas ke seluruh Indonesia, kemudian pada tahun 2010 kasus DBD telah ada di 33 propinsi dan 440 kabupaten/kota.⁵

Terdapat sekitar 50 juta atau lebih kasus dengue tiap tahunnya di seluruh dunia, dengan 400.000 kasus demam berdarah dengue.⁶ Di Indonesia, DBD merupakan salah satu penyakit yang menjadi masalah kesehatan masyarakat dan endemis di hampir seluruh kota dan kabupaten. Penyakit ini sering menimbulkan

KLB di beberapa daerah endemis DBD, yaitu daerah-daerah dengan tingkat kepadatan penduduk yang tinggi, seperti provinsi-provinsi di Pulau Jawa, Bali, dan Sumatera. Pada tahun 2010, *Incidence Rate* telah mencapai 65,62/100.000 penduduk dengan *Case fatality rate* 0,87 %.² Provinsi Sumatera Barat merupakan provinsi dengan kasus DBD terbanyak di Pulau Sumatera.⁷ Pada tahun 2012-2015 kasus DBD di Sumatera Barat mengalami fluktuasi. Pada tahun 2012 terdapat 3.157 kasus, kemudian mengalami penurunan pada tahun 2013 sebanyak 2916 kasus, tahun 2014 sebanyak 2.311 kasus, dan meningkat pada tahun 2015 sebanyak 3047 kasus.⁸ Kota Padang adalah daerah endemis DBD di Sumatera Barat yang mempunyai jumlah kasus DBD tertinggi dan selalu ada korban jiwa setiap tahunnya.⁹

Pada tahun 2014-2017 jumlah kasus DBD di kota Padang berfluktuasi dari tahun ke tahun. Dinas Kesehatan Kota Padang menjelaskan bahwa terjadinya kasus DBD di Padang dipicu oleh adanya perubahan iklim dan kurangnya perilaku hidup bersih dari warga. Secara umum kejadian DBD tertinggi terjadi pada tahun 2015 dibandingkan dengan tahun 2014, 2016, dan 2017. Pada tahun 2015 jumlah kasus DBD tinggi hampir di setiap kecamatan, jika dibandingkan dengan tahun 2016 kecuali di Kecamatan Padang Barat dan Padang Timur.⁹ Pada tahun 2017, kasus DBD mengalami penurunan dibandingkan tahun 2016 dari 911 kasus menjadi 608 kasus. IR mengalami penurunan, namun terjadi kenaikan CFR, karena walaupun kasus menurun sebagian masyarakat masih belum paham siklus penyakit DBD, sehingga terjadi keterlambatan dari pertolongan medis, dimana kadang-kadang pasien sudah jatuh kedalam kondisi syok yaitu DSS.¹

Kasus DBD terbanyak pada tahun 2017 terdapat di wilayah kerja Puskesmas Belimbing (74 kasus) kemudian diikuti oleh Puskesmas Pauh (70 kasus).¹ Kemudian pada tahun 2018 kasus DBD mengalami peningkatan kembali sebanyak 699 kasus dengan kasus terbanyak pada wilayah kerja Puskesmas Belimbing (105 kasus), Puskesmas Pauh (55 kasus), dan Puskesmas Air Dingin (40 kasus) dengan angka kematian 3 orang (jumlah kematian 1 orang di masing-masing puskesmas).¹⁰ Kecamatan dengan kasus DBD paling banyak terdapat di Kecamatan Kuranji dan Koto Tangah.¹¹ Berdasarkan data yang didapatkan dari laporan kasus DBD tahun 2019 oleh bagian P2P (Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit) Dinas Kesehatan Kota Padang, Puskesmas Kuranji memiliki *Incidence Rate* terbesar dari seluruh puskesmas di Kota Padang yaitu sebesar 105,8/29.290 penduduk.¹²

Pengendalian DBD yang tepat adalah dengan memutus rantai penularan yaitu dengan pengendalian vektornya, karena vaksin dan obat masih harus diteliti. Salah satu metode untuk pengendalian vektor DBD adalah manajemen lingkungan dengan mengelola atau meniadakan habitat perkembangbiakan nyamuk yang dikenal dengan gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk dengan melakukan 4M plus yaitu Menutup, Menguras, Memanfaatkan kembali dan Mendaur ulang barang bekas, dan Memantau serta Plus adalah salah satunya menaburkan larvasida pada air di dalam penampungan yang sulit dibersihkan.¹³ Penyebaran vektor DBD sudah mencapai seluruh wilayah Indonesia, hal ini dapat terjadi akibat adanya perubahan iklim secara global, kemajuan dalam teknologi transportasi, mobilitas penduduk tinggi, urbanisasi, dan infrastruktur penyediaan air bersih yang kondusif untuk perkembangbiakan vektor DBD, serta perilaku masyarakat yang belum mendukung untuk keberhasilan upaya pengendalian. Agar dapat bersama-sama menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular di Indonesia, maka dilakukan pelaksanaan program pengendalian penyakit DBD.²

Pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat merupakan faktor-faktor yang penting dalam mempengaruhi *Incidence Rate* Demam Berdarah yang sangat mungkin untuk diubah.¹⁴ Tindakan kesehatan yang buruk merupakan hasil dari pengetahuan yang buruk pada seseorang dan sikap yang tidak mendukung dari seseorang terhadap kesehatan. Pengetahuan tentang PSN merupakan faktor yang sangat penting agar dapat mewujudkan tindakan seseorang yang mendukung dalam melakukan tindakan PSN sehingga dapat mencegah terjadinya penyakit DBD.¹⁵

DBD termasuk penyakit berbasis lingkungan, maka pengendalian vektornya tidak dapat berhasil dengan baik jika tidak melibatkan peran serta masyarakat. Kunci keberhasilan upaya pengendalian DBD salah satunya adalah dengan meningkatkan peran aktif masyarakat, maka perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat mengenai pencegahan DBD yang diwakili oleh ibu rumah tangga. Ibu rumah tangga dipilih sebagai wakil dari masyarakat karena ibu rumah tangga memiliki peran penting dalam kehidupan keluarga sehari-hari terutama dalam kebersihan rumah tangga.²

Studi pendahuluan untuk validasi kuesioner penulis lakukan di Kelurahan Kuranji yang merupakan wilayah kerja Puskesmas Belimbing pada tanggal 3 Februari 2020 dengan total 10 orang. Didapatkan 70% ibu rumah tangga memiliki tingkat pengetahuan tentang upaya pencegahan DBD yang tinggi. Sedangkan pada

sikap, didapatkan keseluruhan ibu rumah tangga memiliki sikap positif dan pada tindakan didapatkan 70% ibu rumah tangga memiliki tindakan yang baik. Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian berupa pengetahuan, sikap, dan tindakan upaya pencegahan DBD ibu rumah tangga di wilayah kerja Puskesmas Kuranji.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Kuranji tentang upaya pencegahan DBD?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui bagaimana pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat dalam melakukan 4M plus di wilayah kerja Puskesmas Kuranji.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui tingkat pengetahuan masyarakat tentang 4M plus di wilayah kerja Puskesmas Kuranji.
2. Mengetahui sikap masyarakat terhadap 4M plus di wilayah kerja Puskesmas Kuranji.
3. Mengetahui tindakan masyarakat dalam melakukan 4M plus di wilayah kerja Puskesmas Kuranji.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ada dua, yaitu manfaat secara teoritis dan manfaat secara praktis.

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Sebagai sumber informasi dalam meningkatkan pelayanan kesehatan primer untuk mencegah dan memberantas penyakit DBD.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi penulis, penelitian ini bermanfaat untuk mendapatkan pengetahuan mengenai tindakan masyarakat dalam pencegahan DBD dan sebagai pengalaman belajar dalam melakukan penelitian serta merupakan salah satu

syarat kelulusan untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran (S1) dari Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.

2. Bagi institusi kesehatan, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk membuat kebijakan dalam upaya pencegahan penyakit DBD.
3. Bagi peneliti selanjutnya, penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi tambahan terkait pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat dalam upaya pencegahan dan pemberantasan DBD.

