

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Selama hampir dua abad, penyakit Demam Berdarah *Dengue* dianggap sebagai penyakit penyesuaian diri seseorang terhadap iklim tropis. Pandangan ini berubah sejak timbulnya wabah demam *dengue* di Manila pada tahun 1953-1954 yang disertai renjatan dan perdarahan gastrointestinal yang berakhir dengan kematian penderita (Soedarmo, 2005). Di musim hujan penyakit ini kerap meningkat kejadiannya dan tidak jarang menelan korban. Meningkatnya jumlah kasus DBD serta bertambah luasnya wilayah yang terjangkau dari waktu ke waktu, antara lain disebabkan semakin padatnya pemukiman penduduk, kurangnya kepedulian masyarakat terhadap usaha kebersihan tempat tinggal dan lingkungan, terdapatnya nyamuk *Aedes aegypti* sebagai penyebar (vektor) utama penyakit DBD hampir di seluruh pelosok tanah air, serta adanya empat tipe virus *dengue* (Ginjar, 2008).

Demam Berdarah *Dengue* di Indonesia pertama kali ditemukan di Kota Surabaya pada tahun 1968 sebanyak 58 orang terinfeksi dan 24 orang diantaranya meninggal dunia (CFR = 41,3 %). Sejak saat itu, penyakit ini menyebar luas ke seluruh Indonesia. Tahun 1998 dan 2004 dilaporkan jumlah kasus DBD mengalami peningkatan. Tahun 1998 kasus DBD sebanyak 72.133, sedangkan tahun 2004 kasus DBD sebanyak 79.462.

Setelah tahun 2004 kasus DBD terus meningkat (Brahim, 2010). Penyakit akibat virus *dengue* masih tetap merupakan masalah kesehatan masyarakat sampai saat ini. Meskipun angka mortalitas cenderung menurun namun angka morbiditas tetap. Pada tahun 2007 jumlah kasus DBD di Indonesia sebanyak 156.767 kasus (IR 71,18/100.000 penduduk) dengan 1.570 kematian (CFR 1,00 %). Sepanjang tahun 2008 dilaporkan sebanyak 136.339 kasus dengan jumlah kematian 1.170 orang (CFR = 0,86 %, dan IR = 60,06 per 100.000 penduduk). Angka insidens (IR) tertinggi terdapat di Provinsi DKI Jakarta (317,09 per 100.000 penduduk) dan terendah di Provinsi Maluku (0,00 per 100.000 penduduk) (Sudjana, 2010).

Departemen Kesehatan selama ini telah melakukan berbagai upaya dalam penanggulangan penyakit Demam Berdarah *Dengue* di Indonesia. Awalnya strategi pemberantasan penyakit Demam Berdarah *Dengue* adalah pemberantasan nyamuk dewasa melalui pengasapan (*fogging*), kemudian strategi diperluas dengan menggunakan pembunuh jentik nyamuk (*larvasida*) yang ditaburkan ke tempat penampungan air yang sulit dibersihkan. Akan tetapi, kedua metode tersebut sampai sekarang belum memperlihatkan hasil yang memuaskan (Ginanjari, 2008). Depkes mengembangkan metode pencegahan penyakit Demam Berdarah *Dengue* untuk mengubah perilaku masyarakat dengan melibatkan peran serta masyarakat dalam pemberantasan sarang nyamuk oleh keluarga atau masyarakat secara rutin, serentak dan berkesinambungan. Upaya pemberantasan DBD dititikberatkan pada penggerakan potensi masyarakat

untuk dapat berperan serta dalam pemberantasan sarang nyamuk (gerakan 3 M plus), Jumantik untuk memantau ABJ, serta pengenalan gejala DBD dan penanganannya di rumah tangga. Metode yang tepat guna untuk mencegah DBD adalah PSN melalui 3 M plus (Menguras, Menutup dan Mengubur) plus menabur larvasida, penyebaran ikan pada tempat penampungan air serta kegiatan-kegiatan lainnya yang dapat mencegah nyamuk *Aedes aegypti* berkembangbiak (Depkes, 2007).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mencatat jumlah kasus Demam Berdarah *Dengue* (DBD) pada tahun 2009 sebanyak 158.912 kasus dengan jumlah kematian 1.420 orang atau *Incidence Rate* (IR) 68,22/100.000 penduduk dan *Case Fatality Rate* (CFR) 0,89%. Pada tahun 2010 sebanyak 49.486 kasus dengan jumlah kematian 1.358 orang atau *Incidence Rate* (IR) 65.70/100.000 penduduk dan *Case Fatality Rate* (CFR) 0,87%, sedangkan tahun 2011 sebanyak 50.000 kasus atau *Incidence Rate* (IR) 19.56/100.000 penduduk dengan jumlah kematian 417 orang atau *Case Fatality Rate* (CFR) 0,84% (Kemkes RI, 2011).

Dinas Kesehatan Kabupaten Boyolali tahun 2009 memiliki kasus DBD sebanyak 326 kasus dengan jumlah kematian 4 orang dan pada tahun 2010 jumlah kasus DBD sebanyak 403 kasus dengan jumlah kematian 7 orang dan pada tahun 2011 jumlah kasus DBD 82 kasus dengan jumlah kematian 1 orang, sedangkan untuk tahun 2012 hingga Bulan Juli ada 79 kasus dengan 1 angka kematian. Menurut WHO sebuah daerah dapat dikatakan baik penanganan kasus DBD bila nilai CFRnya di bawah 1%,

jadi penanganan kasus DBD di Kabupaten Boyolali dapat dikatakan baik (Dinkes Boyolali, 2011).

Data penyebaran kasus DBD di Dinas Kesehatan Kabupaten Boyolali selama 3 tahun terakhir dari 19 kecamatan di Kabupaten Boyolali diperoleh angka kejadian DBD tertinggi terdapat di Kecamatan Ngemplak. Jumlah kasus DBD di Kecamatan Ngemplak dari tahun 2009 ditemukan sebanyak 48 kasus, tahun 2010 sebanyak 71 kasus dan tahun 2011 ditemukan kasus DBD sebanyak 21 kasus. Wilayah kerja Puskesmas Ngemplak yang melayani 13 desa atau kelurahan merupakan daerah dengan jumlah kasus DBD terbanyak tiap tahunnya.

Desa Ngesrep salah satu desa di Kecamatan Ngemplak yang merupakan daerah endemis DBD yaitu pada tahun 2009 ditemukan 3 kasus, tahun 2010 ditemukan 24 kasus dan pada tahun 2011 ditemukan 3 kasus. Pemukiman di Desa Ngesrep termasuk pemukiman yang padat dan masyarakatnya memiliki kebiasaan memelihara ikan di kolam sehingga banyak timbul jentik nyamuk, mobilitas penduduk yang tinggi sehingga menyebabkan mudahnya penularan DBD dari luar daerah. Keberadaan jentik suatu wilayah diketahui dengan indikator ABJ. ABJ merupakan persentase rumah atau tempat-tempat umum yang tidak ditemukan jentik. Masih rendahnya ABJ di Desa Ngesrep yaitu 79% dari indikator nasional sebesar 95% merupakan hal yang sangat perlu diwaspadai. Hal ini memungkinkan banyak peluang untuk proses transmisi virus, sehingga

penyebaran nyamuk semakin cepat dan semakin mudah penularan penyakit DBD.

Terbentuknya perilaku baru pada seseorang dimulai dari seseorang tahu dahulu terhadap stimulus yang berupa materi atau obyek sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada seseorang tersebut. Pengetahuan seseorang mengenai DBD, vektor penyebabnya serta faktor yang mempengaruhi keberadaan jentik *Aedes aegypti* sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya penularan penyakit DBD serta menekan perkembangan dan pertumbuhan jentik *Aedes aegypti*. Kurangnya pengetahuan dapat berpengaruh pada tindakan yang akan dilakukan karena pengetahuan merupakan salah satu faktor pendukung untuk terjadinya perilaku (Yudhastuti dan Vidiyani, 2005).

B. Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan tingkat pengetahuan dan perilaku PSN dengan keberadaan jentik *Aedes aegypti* di Desa Ngesrep Kecamatan Ngeplak?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum:

Mengetahui adanya hubungan tingkat pengetahuan dan perilaku PSN dengan keberadaan jentik *Aedes aegypti* di Desa Ngesrep.

2. Tujuan Khusus:

- a. Mengetahui hubungan pengetahuan tentang penyakit DBD dengan keberadaan jentik *Aedes aegypti* di Desa Ngesrep.
- b. Mengetahui hubungan perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk dengan keberadaan jentik *Aedes aegypti* di Desa Ngesrep.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Masyarakat khususnya Masyarakat Desa Ngesrep

- a. Memberikan informasi tentang penyakit DBD dan faktor perilaku yang berperan dalam keberhasilan penanggulangan DBD.
- b. Memberikan alternatif pemecahan masalah dalam pengambilan keputusan terhadap pemberantasan dan pencegahan jentik *Aedes aegypti*.

2. Bagi Instansi Puskesmas khususnya Puskesmas Kecamatan Ngemplak

Sebagai informasi dan bahan pertimbangan dalam pemecahan masalah pada program kesehatan bidang penyakit menular, khususnya masalah pengendalian penyakit DBD agar dapat dijadikan sebagai monitoring dan evaluasi program pemberantasan penyakit menular (P2M).

3. Bagi Peneliti lain

Menambah pengetahuan dalam mengembangkan penelitian terhadap upaya pencegahan penyakit DBD.