

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Istilah *hemorrhagic fever* di Asia Tenggara pertama kali digunakan di Filipina pada tahun 1953, yaitu pada waktu terdapatnya epidemi demam yang menyerang anak disertai manifestasi perdarahan dan renjatan (Hassan dan Alatas, 2007). Demam Berdarah *Dengue* (DBD) atau *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) masuk ke Indonesia sejak tahun 1968 melalui pelabuhan Surabaya dan pada tahun 1980 DBD dilaporkan telah tersebar luas di seluruh propinsi – propinsi di Indonesia (Gandahusada dkk, 2006).

Indonesia merupakan wilayah endemis DBD, insiden DBD di Indonesia pernah meningkat tajam hingga 35 per 100.000 penduduk pada tahun 1998 (Sudoyo dkk, 2009). Indonesia dimasukkan dalam kategori “A” dalam stratifikasi DBD oleh *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2001 yang mengindikasikan tingginya angka perawatan rumah sakit dan kematian akibat DBD, khususnya pada anak (Chen dkk, 2009).

Di Jawa Tengah, pada tahun 2009 jumlah kejadian sebanyak 17.881. Angka kesakitan 54,81 per 10.000 penduduk. Jumlah kematian sebanyak 248 orang dengan angka kematian 1.39% (PPBB, 2010). Sedangkan di kota Surakarta merupakan daerah endemis penyakit demam berdarah *dengue* (DBD). Dari 51 kalurahan, 46 kalurahan merupakan kalurahan endemis yaitu 92% dari seluruh kalurahan. Sisanya, yaitu 8% merupakan kalurahan sporadis, yang terdiri dari 5 kalurahan. Berdasarkan laporan pengamatan penyakit dari puskesmas, selama tahun 2009 ditemukan kasus DBD sebanyak 682 kasus. Maka didapatkan angka kesakitan (*insidensi rate*) sebesar 13,04 per 10.000 penduduk. Dengan demikian *incidence rate* (IR) DBD < 2 per 10.000 penduduk tidak tercapai. Kasus terbanyak di kecamatan jebres dengan jumlah 196 kasus, kemudian kecamatan banjarsari dengan jumlah 175 kasus. Kasus terendah terletak di kecamatan serengan dengan jumlah 72 kasus. Dari 682

kasus, 7 diantaranya meninggal dunia. Sehingga didapatkan *case fatality rate* sebesar 1,03%. Jumlah kematian tertinggi di kecamatan banjarsari dan jumlah kematian terendah, yaitu nol terdapat di kecamatan serengan dan pasar kliwon (Dinas Kesehatan Kota Surakarta, 2010). Oleh sebab itu, sampai sekarang DBD masih merupakan masalah kesehatan masyarakat (Gandahusada dkk, 2006).

Faktor – faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya penyakit DBD antara lain: tingkat pengetahuan tentang tanda atau gejala, cara penularan dan pencegahan penyakit DBD, kebiasaan tidur siang, kebiasaan menggantung pakaian, kebiasaan membersihkan tempat penampungan air didalam atau diluar rumah yang terbuka, kebiasaan membersihkan halaman disekitar rumah (Anwar, 2000).

Demam berdarah *dengue* (DBD) dapat menimbulkan kematian dalam waktu yang sangat pendek (beberapa hari) dan sering menimbulkan wabah. Penyakit ini disebabkan oleh virus *dengue* famili *flaviviridae* yang berukuran sangat kecil (35 – 45 nm) termasuk dalam genus *flavivirus* (Khuzaimah, 2009). Sedangkan gambaran manifestasi klinisnya bervariasi sehingga dapat disamakan dengan fenomena gunung es (Hassan dan Alatas, 2007).

Penularan infeksi virus *dengue* terjadi melalui vektor nyamuk genus *aedes*, terutama *aedes aegypti* dan *aedes albopictus*. Peningkatan kasus setiap tahunnya berkaitan dengan peningkatan transmisi biakan virus *dengue* yaitu : tempat vektor, pejamu, lingkungan (Sudoyo dkk, 2009).

Berdasarkan hasil pemantauan jentik berkala, angka bebas jentik pada kota Surakarta sebesar 90%, angka tersebut dibawah target yaitu >95% (Dinas Kesehatan Kota Surakarta, 2010).

Berbagai upaya pencegahan dan penanggulangan telah dilakukan, namun setiap tahunnya tetap terjadi peningkatan kasus DBD. Upaya tersebut antara lain berupa kegiatan pemutusan rantai penularan DBD dengan melakukan pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah *dengue* (PSN DBD) (Pulungan, 2008). PSN-DBD sejak lama telah dicanangkan secara nasional namun belum memberikan dampak sesuai yang diharapkan. Saat ini, PSN-

DBD belum dilakukan secara teratur dan berkesinambungan, masih berupa kegiatan seremonial sesaat (Hayani dkk, 2006). Selain upaya yang disebutkan diatas, penyuluhan juga merupakan suatu kegiatan yang dapat dilakukan (Pasaribu, 2005). Serta dilakukannya pemantauan jentik berkala (PJB), Abatesasi Selektif (AS), Penyelidikan Epidemiologi (PE) setiap ada kasus dan *fogging Focus* bagi yang memenuhi kriteria.

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas, maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang pengaruh ceramah demam berdarah *dengue* (DBD) pada siswa SD Negeri Cemara Dua Surakarta.

## **B. Rumusan Masalah**

Adakah pengaruh ceramah terhadap tingkat pengetahuan dan sikap tentang demam berdarah *dengue* (DBD) pada siswa SD Negeri Cemara Dua No. 13 Surakarta?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Umum**

Untuk mengetahui adanya perbedaan nilai *pre test* dan *post test* tingkat pengetahuan dan sikap tentang demam berdarah *dengue* (DBD) kelompok yang tidak diberi ceramah pada siswa SD Negeri Cemara Dua No. 13 Surakarta.

Untuk mengetahui adanya perbedaan nilai *pre test* dan *post test* tingkat pengetahuan dan sikap tentang demam berdarah *dengue* (DBD) kelompok yang diberi ceramah pada siswa SD Negeri Cemara Dua No. 13 Surakarta.

### **2. Khusus**

Untuk mengetahui adanya pengaruh ceramah terhadap tingkat pengetahuan dan sikap tentang demam berdarah *dengue* (DBD) pada siswa SD Negeri Cemara Dua No. 13 Surakarta.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Teoritis

Sebagai tambahan informasi untuk meningkatkan pengetahuan tentang demam berdarah *dengue* (DBD) sesudah dilakukan ceramah pada anak sekolah dasar.

##### 2. Praktis

Bagi pemangku kebijakan yang berkaitan dengan program demam berdarah *dengue* (DBD) setelah mengetahui tingkat pengetahuan dan sikap tentang DBD dalam penelitian ini maka dapat memberi variasi ceramah yang sesuai bagi anak sekolah dasar