

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Demam berdarah dengue (DBD) merupakan penyakit menular vektor yang ditularkan oleh nyamuk *aedes aegypti* dan *aedes albopictus*^{1,2,3}. Penyakit ini terjadi di daerah tropis dan subtropis^{4,5} baik di Asia, Afrika, Eropa, Amerika dan Australia^{4,6}. Insidensi demam berdarah dengue terus meningkat dalam 10 tahun terakhir^{7,8}. Kasus baru diperkirakan mencapai 50 – 100 juta / tahun di seluruh dunia^{2,9}.

Insidensi demam berdarah dengue di Indonesia mencapai 50.75 seperseratus ribu penduduk dan kasus fatal sebesar 0.79¹⁰. Demam berdarah dengue dilaporkan endemis di 90.08 % kabupaten/kota di Indonesia^{2,10}. Indonesia pertama kali mengalami kejadian kasus demam berdarah pada tahun 1968 di Surabaya, dengan angka kematian kasusnya 41.3 %, kemudian kasus demam berdarah menyebar di seluruh wilayah Indonesia^{10,12}. Demam berdarah telah terjangkit di 90,8 % kabupaten dan kota di Jawa Tengah pada tahun 2016, dengan Incidence rate (IR) 448.55 per 100.000 penduduk dan Case Fatality Rate (CFR) 1.56¹¹. Kasus demam berdarah di kota tegal tahun 2016 terdapat 131 kasus demam berdarah, dengan IR 53.0 dan CFR 2.29¹⁵.

Upaya pengendalian demam berdarah dengue mengandalkan program pengendalian vektor mengingat belum adanya obat antivirus dengue dan vaksin yang belum efektif^{7,8}. Upaya ini bertujuan untuk menurunkan kepadatan populasi vektor. Secara teknis Kementerian Kesehatan (Kemenkes) menekankan peran serta masyarakat dalam pengendalian vektor melalui program Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan gerakan 3 M plus^{1,2,17}. Pengendalian vektor dengan menguras, menutup, dan mengubur terdapat 67 %, dan pengendalian vektor secara kimia dengan pemberian abate pada penampung air terdapat 39 %, dimana partisipasi masyarakat terhadap pengendalian vektor berkisar di 68 % - 85,53 %^{3,16,18}

. Sejak tahun 2015 dicanangkan program 1 rumah 1 jumantik. Hal ini ditekankan untuk mengurangi penggunaan insektisida mengingat vektor dengue telah resisten/kebal terhadap berbagai jenis insektisida program^{3,17}. Upaya pemerintah ini belum membuahkan hasil yang maksimal karena Angka Bebas Jentik (ABJ) masih jauh di bawah target 95 %.

ABJ adalah persentase rumah yang tidak ada jentik nyamuknya dibandingkan dengan jumlah semua rumah yang diperiksa¹⁸. ABJ dihitung dari persentase dikurangi dengan persentase rumah yang positif jentik. ABJ ini merupakan kebalikan dari *House Index* (HI) dimana HI adalah persentase rumah yang positif jentik dibandingkan dengan jumlah rumah yang diperiksa. HI dihitung dengan membagi rumah yang positif jentik dengan jumlah rumah diperiksa dikalikan seratus persen^{18,19}. Indeks lainnya yang digunakan dalam surveilans vektor DBD adalah *Container Index* (CI), *Breteau Index* (BI), dan *Pupa Index* (PI)^{18,19}. Gambaran indeks surveilans vektor DBD selama ini masih berada pada tingkat sedang sampai tinggi, sehingga masih memiliki tingkat resiko penularan DBD yang tinggi^{12,19,20}. ABJ di Puskesmas Slerok pada tahun 2016 masih di angka 90.09 %²¹, meskipun PSN dengan 3M sudah disosialisasikan, juga telah melakukan kegiatan Gerakan Serentak (GerTak PSN) yang bekerjasama dengan lintas sektoral dan dilakukannya *fogging focus* setiap ada kasus DBD.

Partisipasi masyarakat dalam pengendalian vektor dengue mengalami peningkatan dengan skor 85,53 %¹⁸ namun belum tepat sasaran, mengingat masyarakat di daerah endemis lebih memilih *fogging*²². Data peran serta masyarakat dalam upaya PSN dan program 1 rumah 1 jumantik belum tersedia dan perlu dievaluasi. Puskesmas Slerok dengan 2 wilayah kelurahan yaitu Kelurahan Slerok dan Kelurahan Kejambon terdapat 14 kasus dengan IR 50.1¹⁵.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas disusun permasalahan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana dengan indeks kepadatan vektor DBD?

2. Apa saja metode pengendalian vektor DBD pilihan keluarga?
3. Bagaimana hubungan indeks kepadatan vektor DBD dengan metode pengendalian vektor DBD pilihan keluarga?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum
Mengetahui kepadatan vektor DBD
2. Tujuan Khusus
 - a. Mendeskripsikan metode pengendalian vektor DBD pilihan keluarga
 - b. Mendeskripsikan indeks kepadatan vektor yang diukur dengan HI, CI, BI, PI, dan ABJ
 - c. Menganalisis hubungan indeks kepadatan vektor DBD dengan metode pengendalian vektor DBD pilihan keluarga

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis
Hasil dari penelitian ini diharapkan bisa menjadi informasi bagi pemerintah dalam mengambil kebijakan dalam Penanganan Demam Berdarah
2. Manfaat Teoritis Metodologis
Hasil Penelitian ini diharapkan dapat menambah sumber pengetahuan dan pengembangan ilmu untuk mengevaluasi kepadatan vektor DBD dan metode pengendalian vektor DBD pilihan keluarga

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Daftar Publikasi yang menjadi rujukan

N o	Peneliti (th)	Judul	Jenis penelitian	Variabel Bebas dan Terikat	Hasil
1.	<i>Tri Krianto</i> (2009)	Masyarakat Depok Memilih Fogging Yang Tidak Dimengerti	Kualitatif	Pengetahuan dan sikap, fogging	Masyarakat lebih memilih fogging
2	<i>Li Yue Yee, Henhen Heryaman, Lia Faridah</i> (2016)	The relationship between frequency of fogging focus and incidence of dengue hemorrhagic fever cases in Bandung in year 2010-2015	Observasional Analitik	Frekuensi focus fogging Kejadian kasus demam berdarah	Frekuensi focus fogging dan kejadian kasus DBD berkorelasi positif
3	Rika Adi Kusumo, Onny Setiani, Budiyono(2014)	Evaluasi Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Semarang Tahun 2011 (Studi di Dinas Kesehatan Kota Semarang)	<i>Kualitatif dan triangulasi</i>	SDM Keuangan Metode Sarana dan prasarana Kebijakan Peran serta masyarakat	Pengendalian kontrol program DBD di Semarang tidak optimal

Perbedaan yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya selain dari tempat penelitian yaitu di wilayah endemis demam berdarah di Kota Tegal dan tahun penelitian, adalah subjek penelitian dimana yang diambil adalah keluarga, metode pengendalian vektor serta indeks kepadatan vektor.