

dan jumlah kasus memperlihatkan kenaikan yang tajam. Dari tahun 1968-1972 wabah hanya dilaporkan di Jawa, epidemi di luar Jawa dilaporkan di Sumatra Barat dan Lampung, Riau, Sulawesi Utara dan Bali, Kalimantan Selatan dan Nusa Tenggara Barat. Sampai tahun 1981 propinsi yang belum pernah melaporkan kejadian demam berdarah adalah Timor Timur (Departemen Kesehatan RI, 1981 *cit* Sumarmo 1983). Insiden tertinggi kasus yang dilaporkan ialah pada tahun 1973 (10.189 kasus), tahun 1983 (13.668 kasus), dan tahun 1988 (41.347 kasus) (Soedarmo, 1989).

Di Kabupaten Bantul kasus DBD antara tahun 1986-1995 sebesar 2.366 kasus dan 73% diantaranya menimpa pada kelompok umur 5-15 tahun (Piscianti, 1999).

Saat ini DHF sudah menjadi endemis di kota-kota besar, bahkan sejak tahun 1975 penyakit ini berjangkit di pedesaan. Menurut Suroso (*cit*, Prakritri 1999), Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) mulai terjangkit penyakit DBD pada tahun 1970 dengan 41 penderita dan 5 orang diantaranya meninggal, sehingga pada tahun 1986 dilaporkan bahwa Kotamadya Yogyakarta merupakan daerah endemis DHF.

Penyebab DBD adalah virus *Dengue* yang ditularkan dari manusia ke manusia lain dengan perantara nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus* yang hidup di luar rumah (dikebumi, kebun-kebun) (Piscianti 1999)

Iklm di Indonesia adalah tropis, hal ini memungkinkan nyamuk berkembang biak dan dapat berfungsi sebagai vektor penyebaran selain DHF yaitu Malaria dan Filariasis (Admojo, 1999).

Menurut Departemen Kesehatan (1990) virus *Dengue* saat ini belum ditemukan obatnya. Salah satu cara untuk pemberantasannya adalah melalui pemberantasan nyamuk dan vektornya, sehingga untuk menekan meningkatnya jumlah kasus DBD yang telah terjadi diperlukan upaya terpadu lintas program dan lintas sektoral dengan peran serta aktif masyarakat dalam pemberantasan vektor secara intensif (Prakitri, 1999). Upaya pemberantasan vektor tanpa insektisida (PSN), juga dipengaruhi oleh perilaku masyarakat (Soedarmo, 1989).

Menurut Leohuri (1997) terjadi perubahan pola dari serangan DBD, dimana yang dulunya menyerang anak-anak yang berusia dibawah 14 tahun kini juga menyerang orang dewasa dengan manifestasi klinis yang hampir sama. Sebagian besar kasus DBD pada anak di bawah umur 15 tahun, namun pada perjalanan alamiahnya juga mengenai orang dewasa dan proporsi kasus dewasa cenderung semakin meningkat (Soemarsono, 1987).

Penelitian epidemiologi DBD menunjukkan adanya pergeseran kelompok usia dari anak-anak ke arah dewasa muda, dimana pada tahun 1968 hanya 5 % dan pada tahun 1995 telah menjadi 30 %. Ini berarti dalam waktu 27 tahun telah terjadi peningkatan kasus DBD pada dewasa muda (Soemarmo, 1989). Proporsi

1. DBD ... 100 ... 100

usia sekolah (5 – 14 tahun), sedangkan pada tahun 1996 – 1998 telah bergeser ke usia ≥ 15 tahun (Umar, 1999)

1.2. Rumusan Masalah

Dengan melihat latar belakang diatas maka dapat dirumuskan suatu masalah bagaimana pola distribusi pada pasien dengan penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tahun 2000.

1.3. Tujuan

Tujuan penelitian ini yaitu untuk memberikan deskripsi atau gambaran tentang pola distribusi penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) yang dirawat di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta per 1 Januari sampai dengan 31 Desember 2000.

1.4. Manfaat Penelitian.

Penelitian ini dilakukan untuk memberikan sumbangan ilmu bagi masyarakat dan memberikan gambaran yang jelas tentang pola distribusi penyakit demam berdarah dengue (DBD) di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, yang nantinya dapat membantu upaya promosi, prevensi, kurasi, dan rehabilitatif terhadap penyakit DBD.