

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Indonesia adalah negara dengan jumlah penduduk peringkat ke-4 dunia ±250 juta jiwa (United Nations, 2013). Pendapatan GDP (*Gross Domestic Product*) Indonesia tidak seimbang dengan jumlah penduduknya sehingga Indonesia di kelompokkan sebagai negara berkembang (World Bank, 2013). Berhubung letak Indonesia yang beriklim tropis maka Indonesia juga memiliki penyakit tropis seperti penyakit demam berdarah.

Penyakit DBD merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* ataupun *Aedes albopictus*. Penyakit DBD selalu ada setiap tahun dan menyerang semua usia.

Di Indonesia kasus DBD pertama kali terjadi di Surabaya pada tahun 1968 (Widoyono, 2011) dan masih menjadi masalah kesehatan. Insidensi DBD di Indonesia tahun 2011 dilaporkan sebanyak 65.725 kasus, jumlah kematian 597 orang (IR *Incidence Rate*/jumlah penderita DBD sebesar 27,67 per 100.000, CFR/ *Case Fatality Rate*/angka kematian sebesar 0,91 per 100.000 penduduk, tahun 2012 dilaporkan sebanyak 90.245 kasus, jumlah kematian 816 orang, IR= 37,11 per 100.00 penduduk, dan CFR=0,90 per 100.000 penduduk, tahun 2013 dilaporkan sebanyak 112.511 kasus, jumlah kematian 871 orang, IR=45,85 per 100.000 penduduk, CFR= 0,77 per 100.000 penduduk, Artinya setiap tahun mengalami fluktuasi dan

cenderung meningkat dari tahun 2011,2012, dan 2013 kasus DBD, IR selalu meningkat, yang menurun hanya angka kematian saja (Kemenkes RI, 2013).

Ada tiga faktor yang mempengaruhi penyebaran DBD diantaranya adalah pertumbuhan penduduk, urbanisasi yang tidak terkontrol dan transportasi (Widoyono, 2011). Faktor pertumbuhan penduduk menjadi kunci utama penyebaran penyakit DBD. Hal ini di karenakan oleh banyaknya jumlah manusia yang bermukim di suatu wilayah akan memberikan peluang yang menyebabkan virus *dengue* akan sangat cepat berpindah dari tubuh seseorang ke tubuh orang lainnya melalui gigitan nyamuk vektor.

Pada faktor kedua yaitu urbanisasi yang tidak terkontrol. Urbanisasi adalah perpindahan penduduk dari pedesaan ke perkotaan untuk mencari kehidupan yang lebih baik dan lebih layak (KBBI, 2014). Fenomena ini menjadi sangat wajar bagi setiap manusia yang mau berusaha memperbaiki kualitas perekonomian. Hal tersebut sesuai dengan firman Allah surat Ar-Ra'du ayat 11:

لَهُر مُعَقَّبَتٌ مِّنْ بَيْنِ يَدَيْهِ وَمَنْ خَلْفَهُ ۚ يَحْفَظُونَهُ ۚ مِنْ أَمْرِ اللَّهِ ۗ إِنَّ اللَّهَ
يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ ۗ وَإِذَا أَرَادَ اللَّهُ بِقَوْمٍ سُوءًا فَلَا مَرَدَّ لَهُ ۗ
وَمَا لَهُمْ مِّنْ دُونِهِ ۚ مِنْ وَالٍ ﴿١١﴾

“Bagi manusia ada malaikat-malaikat yang selalu mengikutinya bergiliran, di muka dan di belakangnya, mereka menjaganya atas perintah Allah. Sesungguhnya Allah tidak merobah Keadaan sesuatu kaum sehingga

mereka merubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri. dan apabila Allah menghendaki keburukan terhadap sesuatu kaum, Maka tak ada yang dapat menolaknya; dan sekali-kali tak ada pelindung bagi mereka selain Dia”

Ayat di atas menjelaskan kepada kita bahwa Allah akan merubah keadaan suatu kaum bilamana kaum tersebut berusaha untuk merubah keadaannya. Namun fenomena urbanisasi menjadi tidak menguntungkan lagi ketika terjadi over populasi di daerah perkotaan yang menjadi tujuan. Urbanisasi yang tidak terkontrol akan memberikan masalah-masalah baru di berbagai bidang, termasuk kesehatan. Faktor yang terakhir adalah transportasi yang semakin beragam bentuknya baik masal maupun individual. Fasilitas transportasi menjadi dasar yang mendukung terjadinya mobilitas penduduk (Kemenkes RI, 2010).

Di Sleman berdasarkan karakteristik wilayah, letak kota dan mobilitas kegiatan masyarakat Kabupaten Sleman dibagi menjadi 3, pertama wilayah aglomerasi yaitu perkembangan kota dalam kawasan tertentu karena berbatasan dengan Kota Yogyakarta Kabupaten Sleman termasuk kawasan yang cepat tumbuh. Kedua, wilayah sub urban yaitu wilayah perbatasan antar desa dan kota sehingga menjadi wilayah berkembang dan menjadi tujuan/arah kegiatan masyarakat di kecamatan yang ada disekitarnya contohnya Kecamatan Godean, Sleman, dan Ngaglik. Ketiga, wilayah fungsi khusus/wilayah penyangga (*buffer zone*), meliputi Kecamatan Tempel, Pakem, dan Prambanan menjadi kota pusat

pertumbuhan (Pemkab Sleman, 2014). Kabupaten Sleman memiliki 17 kecamatan dengan luas 574,82 km² yang sebagian besar adalah daerah yang datar sehingga Sleman banyak di minati oleh beragam masyarakat sebagai tempat untuk melakukan aktifitas hidup seperti perekonomian, pendidikan dan bahkan tempat pariwisata. Sleman juga memiliki jumlah penduduk perkotaan yang lebih banyak di bandingkan pedesaannya hal ini yang membuat penduduk Sleman kebanyakan adalah masyarakat yang moderen. Dengan banyaknya masyarakat moderen di Kabupaten Sleman tentunya mencerminkan bahwa penduduknya adalah masyarakat dengan mobilitas hidup yang sangat tinggi. Dari ketiga karakteristik wilayah tersebut sub urban adalah wilayah yang sangat berpotensi tinggi terhadap cepatnya perkembangan DBD jika di bandingkan dengan dua karakteristik wilayah lainnya. Hal ini di sebabkan oleh daerah sub urban menjadi daerah perkembangan baru yang terdapat banyak penduduk baru yang tinggal di dalamnya. Dengan banyaknya jumlah penduduk di daerah sub urban dan terkadang belum siapnya fasilitas-fasilitas seperti sanitasi air, parit, tempat sampah dan pengelolaannya maka daerah tersebut menjadi daerah yang rentan terhadap perkembangan penyakit, khususnya DBD. Di tambah lagi dengan minimnya fasilitas kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas yang ada di sekitar daerah sub urban yang juga ikut menjadikan faktor penentu terhadap kesehatan masyarakat. Sehingga sub urban adalah daerah yang sangat rentan terhadap kejadian DBD.

Di Kabupaten Sleman DBD sudah di katagorikan sebagai penyakit endemis (Dinkes Sleman, 2013). Di Sleman terdapat 6 Kecamatan yang memiliki kasus tertinggi yaitu Gamping, Godean, Kalasan, Mlati, Ngaglik dan Sleman tahun 2012 (DinKes Sleman, 2013). Menurut (Kesetyaningsih dan Suryani, 2013), Godean termasuk daerah endemik dengan kejadian cenderung meningkat dari kategori sedang ke tinggi dari tahun 2008-2012. Sedangkan pada sebagian kasus terdapat daerah endemik dengan kejadian DBD yang relatif sama dan bahkan menurun angka kejadian DBD tersebut. Sehingga kondisi wilayah Godean dan meningkatnya kasus DBD di wilayah ini penting di pelajari lebih lanjut. Penelitian ini bertujuan untuk mengungkap apakah faktor mobilitas penduduk mempengaruhi DBD di wilayah Godean.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas dapat ditarik rumusan masalah penelitian yaitu: “Apakah terdapat hubungan mobilitas penduduk dengan angka kejadian DBD di Kecamatan Godean?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan mobilitas penduduk dengan angka kejadian demam berdarah *dengue* di Kecamatan Godean

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui status mobilitas penduduk Kecamatan Godean tahun 2013
- b. Mengetahui kejadian demam berdarah *dengue* di Kecamatan Godean tahun 2013
- c. Mengetahui hubungan mobilitas penduduk dengan kejadian demam berdarah *dengue* di Kecamatan Godean

D. Manfaat Penelitian

Dengan adanya penelitian ini maka diharapkan akan:

1. Menambah ilmu pengetahuan khususnya epidemiologi DBD secara teori.
2. Secara praktis dapat di jadikan bahan masukan dalam mengambil kebijakan penanggulangan penyakit DBD di masyarakat, khususnya di Kabupaten Sleman, umumnya di daerah endemik DBD di Indonesia.
3. Dapat dijadikan acuan kepada pemerintah setempat dan pusat dalam mengambil kebijakan pencegahan DBD dan sosialisasinya.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. 1. Keaslian Penelitian

No	Nama dan tahun terbit	Judul penelitian	Metode	Hasil
1.	(Gama & Betty, 2010)	Analisis faktor risiko kejadian demam berdarah <i>dengue</i> di Desa Mojosongo Kabupaten Boyolali.	Penelitian ini merupakan penelitian <i>cross sectional</i> . Teknik sampling yang digunakan adalah <i>non probability sampling</i> . Metode yang dilakukan adalah wawancara dan kuesioner.	Disimpulkan bahwa keberadaan kontainer dan mobilitas penduduk merupakan faktor risiko untuk terjadinya DBD.
2.	(Subagia <i>et al.</i> , 2012)	Lingkungan dalam rumah, mobilitas dan riwayat kontak sebagai determinan kejadian demam berdarah <i>dengue</i> di Denpasar tahun 2012.	Desain penelitian adalah kasus-kontrol, <i>systematic random sampling</i> . Pengumpulan data: penelusuran dokumen, wawancara dengan kuesioner, dan observasi memakai <i>check list</i> . Analisis data: univariat, bivariate <i>chi square</i> , dan multivariat.	Variabel yang paling berperan meningkatkan risiko kejadian DBD di Kota Denpasar adalah keadaan lingkungan dalam rumah, mobilitas responden serta riwayat kontak. Diperlukan upaya-upaya promosi kesehatan yang lebih menekankan faktor risiko yang lokal spesifik, dan lebih mengarahkan jumatik untuk memperhatikan perindukan nyamuk dalam rumah.
3.	(Kusumawardani & Achmadi, 2012)	Demam berdarah <i>dengue</i> di Perdesaan	Penelitian desain serial kasus untuk menggambarkan variabel orang, tempat, dan waktu pada sekelompok orang yang menderita penyakit. Data potensi penularan horizontal DBD yang dilihat dari riwayat penyakit dan mobilitas didapatkan melalui wawancara dan observasi menggunakan instrument kuesioner.	Hasil penyelidikan epidemiologi DBD menunjukkan sebagian besar kasus terjangkit pada orang yang berjenis kelamin laki-laki, berusia 15 tahun, tidak bekerja/ibu rumah tangga, melakukan mobilitas, mempunyai pengetahuan yang baik, dan mempunyai tempat penampungan air.

Perbedaan yang sangat terlihat dari ketiga penelitian tersebut terletak pada metode penelitian yang berbeda, lokasi penelitian dan juga hasil penelitian yang bervariasi. Seperti yang diketahui bahwa pada penelitian yang dilakukan oleh Gama dan Betty pada tahun 2010 dengan judul penelitian Analisis faktor risiko kejadian demam berdarah *dengue* di Desa Mojosongo Kabupaten Boyolali melakukan penelitian tersebut berdasarkan metode lokasi dan desain penelitian, populasi dan sampel, pengumpulan data dan analisis data. Pada lokasinya dilakukan Desa Mojosongo, Kecamatan Mojosongo, Kabupaten Boyolali. Sifat penelitian ini adalah penelitian survei di lapangan dan menurut waktu pelaksanaan merupakan penelitian *cross sectional*. Data di peroleh secara primer dari hasil wawancara dan kuesioner. Walaupun memiliki data primer namun data tersebut juga diambil dari data-data sekunder yang di peroleh studi dokumenter (register puskesmas). Sedangkan teknik sampling yang digunakan adalah *non probability sampling*.

Pada penelitian Subagia *et.al* pada tahun 2012 dengan judul lingkungan dalam rumah, mobilitas dan riwayat kontak sebagai determinan kejadian demam berdarah *dengue* di Denpasar tahun 2012 tersebut lebih menekankan kepada metode penelitian kasus kontrol, dilaksanakan sejak Januari-September 2012. Lokasi tempat penelitiannya dilaksanakan di Kota Denpasar Bali yang merupakan salah satu kota dengan jumlah penduduk terbesar yang ada di pulau Bali. Cara menganalisisnya pun menggunakan rumus untuk uji hipotesis *odds-ratio* dan dipilih secara *systematic random sampling*. Sedangkan pada penelitian yang terakhir yang di tulis oleh Kusumawardani dan Achmadi dengan judul Demam

berdarah *dengue* di Perdesaan. Penelitian dilaksanakan pada periode akhir bulan April sampai Mei 2012. Penelitian ini dilaksanakan di Kecamatan Tenjo yang terletak di daerah perbatasan Kabupaten Bogor dan Kabupaten Lebak, Jasinga, dan Sukajaya (Kabupaten Bogor), serta Kecamatan Maja, Curugbitung, Cipanas, dan Lebak Gedong (Kabupaten Lebak). Populasi penelitian adalah semua kasus confirm DBD yang dilaporkan ke Puskesmas Tenjo, Jasinga, Sukajaya, Maja, Curugbitung, Cipanas, dan Lebak Gedong. Sampel penelitian adalah seluruh kasus confirm DBD yang memiliki catatan rekam medis lengkap di tujuh puskesmas tersebut. Pada penelitian ini data diperoleh dari puskesmas di wilayah perdesaan daerah perbatasan Kabupaten Bogor dan Kabupaten Lebak dari tahun 2011 sampai tahun 2012.

Pada hasil dari ketiga penelitian di atas pun sangat bervariasi dimana pada penelitian yang dilakukan oleh Gama dan Betty disimpulkan bahwa bahwa keberadaan kontainer dan mobilitas penduduk merupakan faktor risiko untuk terjadinya DBD. Pada penelitian Subagia *et.al* menyimpulkan bahwa variabel yang paling berperan meningkatkan risiko kejadian DBD di Kota Denpasar adalah keadaan lingkungan dalam rumah, mobilitas responden serta riwayat kontak. Diperlukan upaya-upaya promosi kesehatan yang lebih menekankan faktor risiko yang lokal spesifik, dan lebih mengarahkan jumatik untuk memperhatikan perindukan nyamuk dalam rumah. Sedangkan pada penelitian Kusumawardani dan Achmadi di dapatkan bahwa Hasil penyelidikan epidemiologi DBD menunjukkan sebagian besar kasus terjangkit pada orang yang berjenis kelamin

laki-laki, berusia 15 tahun, tidak bekerja/ibu rumah tangga, melakukan mobilitas, mempunyai pengetahuan yang baik, dan mempunyai tempat penampungan air.