BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit demam berdarah dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus yang dibawa oleh vektor yaitu nyamuk. Penyakit ini telah menjadi masalah kesehatan masyarakat internasional dalam beberapa tahun terakhir. Secara global, 2.5 milyar orang tinggal di daerah dimana virus dengue mewabah dan bisa ditransmisikan. Demam berdarah dengue merupakan penyakit yang menjadi endemik di berbagai negara di dunia. Penyakit ini pertama kali diakui pada tahun 1950 saat terjadi wabah demam berdarah di Filipina dan Thailand.[1]

Dari tahun 2000 hingga 2008, jumlah rata- rata tahunan kasus di dunia adalah 1.656.870 kasus atau hampir tiga setengah kali dari kasus DBD pada tahun 1990-1999 yang berjumlah 479.848 kasus. Pada tahun 2008, 69 negara dari kawasan WHO (*World Health Organization*) Asia Tenggara, Pasifik Barat dan Amerika telah melaporkan aktivitas demam berdarah.[2]

Dari tahun 2001 sampai tahun 2007 dilaporkan kasus dengue di Amerika Serikat dengan jumlah 4.332.731 kasus dengue dan pada periode yang sama sekitar 106.037 kasus DBD. Kematian yang disebabkan DBD dari tahun 2001 sampai 2007 adalah 1.299 orang *(Case Fatality Rate/CFR = 1,2%).* [2]

repository.unisba.ac.id

Data dari seluruh dunia menunjukkan Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DBD setiap tahunnya.[3] Penyakit DBD di Asia Tenggara menjadi epidemik sejak tahun 2000. Pada tahun 2003, delapan negara telah melaporkan kejadian penyakit DBD diantaranya negara Bangladesh, India, Indonesia, Maldives, Myanmar, Sri Lanka, Thailand, dan Timor Leste. Epidemik DBD merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia, Myanmar, Sri Lanka, Thailand dan Timor Leste. Negara-negara tersebut berada di daerah tropis dan zona khatulistiwa, dimana *Aedes aegypti* tersebar luas, dapat menularkan virus dengue dan menyebabkan meningkatnya angka kejadian rawat inap dan kematian pada anak-anak.[2]

Sejak tahun 1968 sampai tahun 2009, WHO mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara. Penyakit DBD masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia. Jumlah penderita dan luas daerah penyebarannya semakin bertambah seiring dengan meningkatnya mobilitas dan kepadatan penduduk. Di Indonesia, DBD pertama kali ditemukan di Surabaya pada tahun 1968, dimana sebanyak 58 orang terinfeksi dan 24 orang diantaranya meninggal dunia (Angka Kematian/AK : 41,3%) dan sejak saat itu penyakit ini menyebar luas ke seluruh Indonesia, setelah ditemukannya kasus serupa di Bandung dan Yogyakarta.[3]

Data Departemen Kesehatan mencatat sebanyak 114.311 kasus DBD dengan kematian 1229 orang (1,04 %) pada tahun 2006 yang tersebar di 330

repository.unisba.ac.id

kabupaten/kota, jumlah kasus DBD pada tahun 2007 sebanyak 156.767 dengan kematian 1.670 orang (1,00 %) yang tersebar di 357 kabupaten/kota. [3]

Sedangkan di Jawa Barat pada tahun 2006 ditemukan sebanyak 25.871 penderita DBD, 283 diantaranya meninggal dunia (*Case Fatality Rate/CFR* 1,09%). Terdapat peningkatan jumlah kasus maupun kematian pada tahun 2006 bila dibandingkan dengan tahun 2005.[4]

Sejak Januari hingga Oktober 2010, sebanyak 1.562 orang dirawat di Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin karena menderita DBD. Dari jumlah tersebut, 683 pasien atau 43,73% adalah anak-anak, sementara 879 pasien atau 56,27 % merupakan pasien dewasa. Jumlah pasien terbanyak terjadi pada bulan April dan Mei masing-masing sebanyak 224 orang.[5]

Penyakit DBD dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat, oleh karena itu perlu diwaspadai penyebab kematian pada pasien DBD. Penanganan yang spesifik untuk pasien DBD adalah penggantian cairan yang hilang karena kebocoran plasma. Pemberian cairan yang tepat dapat mencegah terjadinya kelebihan ataupun kekurangan cairan yang dapat menyebabkan DBD dengan syok.[3]

Syok pada pasien DBD dikenal dengan Dengue Syok Sindrom (DSS) yaitu terjadinya kegagalan peredaran darah karena kehilangan plasma dalam darah akibat peningkatan permeabilitas kapiler darah.[6] DSS terjadi pada tingkatan DBD derajat III dan DBD derajat IV.

Di Indonesia sendiri, seperti yang sudah dibahas sebelumnya, angka kematian DBD khususnya pada anak yang disebabkan karena DBD dengan

repository.unisba.ac.id

DSS masih cukup tinggi. Kasus DBD perkelompok umur dari tahun 1993-2009 terjadi pergeseran. Dari tahun 1993 sampai tahun 1998 kelompok umur terbesar kasus DBD adalah kelompok umur kurang dari 15 tahun, tahun 1999-2009 kelompok umur terbesar kasus DBD cenderung pada kelompok umur lebih dari 15 tahun.[3]

Pada umumnya pasien DBD berusia di bawah 15 tahun, terbanyak di bawah 10 tahun, memiliki derajat keparahan yang cenderung lebih tinggi. Prevalensi berdasarkan jenis kelamin tidak didapatkan. DSS lebih sering terjadi pada anak imunokompeten dan status gizi baik yang dapat menimbulkan DBD berat.[7]

Pasien DBD dilihat dari karakteristik jenis kelamin umumnya memiliki rasio yang relatif sama. Sebagian besar pasien memiliki status gizi baik. Sekitar 49,6% mengalami hepatomegali, sedangkan perdarahan saluran cerna terjadi pada 14,9% kasus.[7]

Mayoritas pasien (81,2%) mengalami hematokonsentrasi pada kadar hematokrit ≥42% sampai 50%. Leukopenia (≤5.000/mm^3) dijumpai pada 76,8% kasus dan 67,4% mempunyai kadar trombosit 50.000-100.000/mm^3. Dari 103 (37,3%) pasien yang mengalami syok, hepatomegali ditemukan pada 32,3% pasien dan perdarahan saluran cerna sebanyak 11,6%. Sebagian pasien mengalami syok pada hari keempat (30,4%), dengan hemokonsentrasi ≥20% pada 32,6% kasus. Pada saat syok, jumlah leukosit sebagian besar pasien (26,5%) masih <5.000/mm^3 dengan 22,5% mempunyai kadar trombosit ≥50.000-100.000/mm^3.[7]

repository.unisba.ac.id

Sejauh ini, faktor resiko terjadinya DSS yang telah diketahui adalah karena perdarahan, hemokonsentrasi lebih dari 22%, dan infeksi sekunder virus dengue. Jenis kelamin dan malnutrisi bukan menjadi faktor resiko terjadinya DSS saat ini seperti yang telah dijelaskan oleh Hung dkk.[8]

Melihat dari angka kejadian demam berdarah yang masih tinggi, peneliti bermaksud untuk mengetahui dan mengobservasi pasien DBD dengan DSS dilihat dari angka kejadian dan karakteristiknya seperti jenis kelamin, usia, komplikasi, kadar hematokrit, dan kadar trombosit. Dari data yang disebutkan diatas juga bahwa DSS cenderung lebih sering mengenai usia dibawah 10 tahun dan memiliki angka keparahan yang tinggi, maka peneliti ingin melakukan penelitian ini di bagian anak RS Al-Islam Bandung periode 1 Januari 2014 sampai 31 Desember 2014.

1.2 Rumusan Masalah

1. Berapakah angka kejadian kasus DBD dengan DSS di bagian anak Rumah Sakit Al-Islam periode 1 Januari 2014 sampai 31 Desember 2014?
2. Bagaimana gambaran karakteristik pasien DBD dengan DSS di bagian anak RS Al-Islam periode 1 Januari 2013 sampai 31 Desember 2014 berdasarkan jenis kelamin, usia, komplikasi, kadar hematokrit, dan kadar trombosit?

repository.unisba.ac.id

3. Apakah terdapat hubugan antara karakteristik pasien DBD dengan angka kejadian DSS di bagian anak RS Al-Islam periode 1 Januari 2014 sampai 31 Desember 2014?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Menganalisis tingkat kejadian kasus DBD dengan DSS di bagian anak RS Al-Islam periode 1 Januari 2014 sampai 31 Desember 2014.
2. Menganalisis gambaran karakteristik pasien DBD dengan DSS di bagian anak RS Al-Islam periode 1 Januari 2014 sampai 31 Desember 2014 berdasarkan jenis kelamin, usia, komplikasi, kadar hematokrit, dan kadar trombosit.
3. Menilai hubungan antara karakteristik pasien DBD dengan tingkat kejadian DSS di bagian anak RS Al-Islam periode 1 Januari 2014 sampai 31 Desember 2014.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan tentang karakteristik anak dengan DBD dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian DSS pada anak yang bisa digunakan sebagai upaya preventif terjadinya DSS khususnya di rumah sakit.

repository.unisba.ac.id

1.4.2 Manfaat Akademis

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dan masukan bagi penelitian selanjutnya.

repository.unisba.ac.id