

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan atau *Aedes albopictus*. Infeksi virus *dengue* ini dengan cepat menyebar luas ke sebagian besar negara-negara Asia Tenggara termasuk di Indonesia terutama pada penduduk yang tinggal di daerah tropis dan subtropis. Penyakit DBD kali pertama muncul pada tahun 1968 di kota Surabaya dan Jakarta. Hingga saat ini masih menjadi masalah kesehatan terhadap masyarakat dan endemik di berbagai negara di dunia (WHO, 2012).

DBD merupakan “*Major Problem Diseases In The World*” berdasarkan angka kesakitan dan kematian akibat DBD yang masih tinggi. Menurut WHO, angka kesakitan DBD dapat mencapai lebih kurang 50 juta jiwa manusia dilaporkan lebih dari 100 negara di dunia yang terkena kasus DBD 2,5 miliar jiwa (Taufiq, 2007).

Sumber data dari Kementerian Kesehatan (2012), jumlah penderita DBD yang dilaporkan pada tahun 2012 sebanyak 90.245 kasus dengan jumlah kematian 816 orang (*Index Ratio (IR)* = 37,27 per 100.000 penduduk dan *Case Fatality Rate (CFR)* = 0,90 %). Kasus DBD pada tahun 2012 terdapat 8.177 kasus DBD di Jawa Timur. Menurut data dari Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, angka kesakitan pada penyakit DBD pada tahun 2008 sebesar 23,75%, pada tahun 2009 sebesar 14,15%, pada tahun 2010 sebesar 18,75%. Jumlah pasien DBD di Jawa

Timur mencapai 26.059 orang dengan angka kesakitan (*Index Ratio* atau *IR*) sebesar 68,53/100.000 penduduk. Sedangkan 19.663 kasus di Jawa Barat, 7.088 kasus di Jawa Tengah dan 6.669 kasus di DKI Jakarta. Wilayah Provinsi tersebut memiliki jumlah penduduk yang besar dengan tingkat kepadatan penduduk yang tinggi sehingga merupakan salah satu faktor risiko penyebaran DBD (Depkes RI, 2012).

Perjalanan penyakit DBD ini cepat, tidak hanya menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) tetapi tanda awal syok pada penderita DBD juga dapat mengakibatkan kematian bila terlambat mendapatkan pengobatan yang tidak adekuat (Depkes RI, 2005). Penyebab lain kematian DBD ialah perdarahan hebat pada saluran pencernaan biasanya terjadi setelah syok berlangsung lama dan tidak dapat diatasi (Depkes RI, 2005). Syok yang terjadi pada penderita DBD dikenal dengan *Dengue Shock Syndrome (DSS)* yang merupakan kegagalan sirkulasi darah karena kehilangan plasma dalam darah akibat permeabilitas kapiler darah yang meningkat (Nadesul, 2007). Hal ini terjadi pada DBD derajat III dan derajat IV. Pada DBD derajat III terdapat tanda-tanda syok seperti nadi teraba cepat dan lemah, penurunan tekanan darah, gelisah, sianosis disekitar mulut, kulit teraba dingin dan lembab pada ujung hidung, jari tangan dan kaki serta terjadi hemokonsentrasi dan trombositopenia (Depkes, 2005). Sedangkan pada DBD derajat IV penderita mengalami penurunan tingkat kesadaran, denyut nadi tidak teraba, tekanan darah tidak terukur serta sudah terjadi hemokonsentrasi dan trombositopenia (Anggraeni, 2010).

Menurut Tatty (2004) dalam Jurnal Kedokteran Brawijaya, Vol. XXI, No.1, April 2005, pada stadium awal DBD sulit untuk dapat dibedakan dimana infeksi

dengue ringan dan infeksi *dengue* yang berat. Hal ini disebabkan karena kesulitan memprediksi perjalanan klinis dari DBD sehingga mengakibatkan keterlambatan untuk mendeteksi munculnya syok pada stadium awal dan dapat menyebabkan timbulnya komplikasi salah satunya disfungsi organ multiple. Pasien yang pada waktu masuk keadaan umumnya tampak baik, namun dalam waktu singkat dapat menjadi buruk dan tidak tertolong dan akhirnya meninggal (stadium *Dengue Shock Syndrome* atau DSS).

Faktor risiko dari pejamu yang menyebabkan terjadinya infeksi *dengue* salah satunya usia. Usia yang sering terkena infeksi *dengue* dibawah 15 tahun. Menurut penelitian Nicolas Duma S. Dkk (2007) usia penderita DBD terbanyak 5-14 tahun (32,6%), yang terendah pada usia 0-4 tahun dan ≥ 15 tahun berjumlah 1 orang (0,4%). Sedangkan pada penelitian yang dilakukan oleh Kan (2004) usia 5-9 tahun dan Dewi dkk, (2006) usia 6-10 tahun merupakan kelompok yang banyak terinfeksi virus *dengue* dan memiliki derajat keparahan yang cenderung lebih tinggi. Terjadi fenomena pergeseran umur pada usia produktif karena DBD merupakan penyakit endemik. Makin muda usia penderita, makin tinggi mortalitasnya. Hal ini diduga disebabkan karena pada anak yang lebih muda endotel pembuluh darah kapiler rentan terjadi pelepasan sitokin sehingga terjadi peningkatan permeabilitas kapiler. Jenis kelamin perempuan dan laki-laki pada umumnya tidak memiliki perbedaan pada penyakit ini.

Klasifikasi status gizi pada penelitian ini dipakai menurut berat badan terhadap usia. Idealnya digunakan berat badan ideal menurut tinggi badan, namun pada data rekam medik tidak mencantumkan data tinggi badan anak. Pada status gizi dipengaruhi oleh keseimbangan asupan dan penyerapan gizi. Penelitian di

Thailand (dalam Hakim, 2012) orang dengan status gizi lebih, 1,01 kali lebih besar peluangnya untuk terinfeksi virus dengue dibandingkan orang dengan status gizi normal. Orang dengan status gizi kurang atau lebih, lebih rentan terhadap infeksi virus *dengue* dibandingkan dengan orang dengan status gizi normal.

Untuk dapat menegakkan diagnosis DBD yang dapat menjadi DSS perlu dilakukan pemeriksaan laboratorium seperti pemeriksaan serologi, pemeriksaan darah. Awal perjalanan penyakit, diagnosis banding mencakup ITP (*Immune Thrombocytopenic Purpura*), demam chikungnya, malaria, demam tifoid. Adanya trombositopenia disertai hemokonsentrasi dapat membedakan antara DBD dengan penyakit lain (Sumarno&Herry, dkk, 2002).

Di Rumah Sakit PHC Surabaya, Kejadian DBD selalu termasuk dalam 10 penyakit terbanyak yang terdapat pada penderita anak yang dirawat selama 5 tahun terakhir. Penelitian ini berupaya untuk menganalisa hubungan antara beberapa faktor determinan terhadap kejadian syok pada penderita DBD anak di Rumah Sakit PHC Surabaya pada periode Januari hingga Desember tahun 2013.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana hubungan antara beberapa faktor determinan dari faktor pejamu (*host*) dengan angka kejadian syok pada penderita DBD anak yang dirawat di RS PHC Surabaya ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara beberapa faktor determinan dari *host* terhadap angka kejadian syok pada penderita anak DBD yang dirawat di RS PHC.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Menganalisis hubungan status gizi penderita dengan terjadinya syok pada anak DBD.
2. Menganalisis hubungan usia penderita terhadap terjadinya syok pada anak DBD.
3. Menganalisis hubungan jenis kelamin penderita terhadap terjadinya syok pada anak DBD.
4. Menganalisis hubungan kecepatan datang penderita saat mulai dirawat terhadap terjadinya syok.

1.4. Manfaat Penelitian

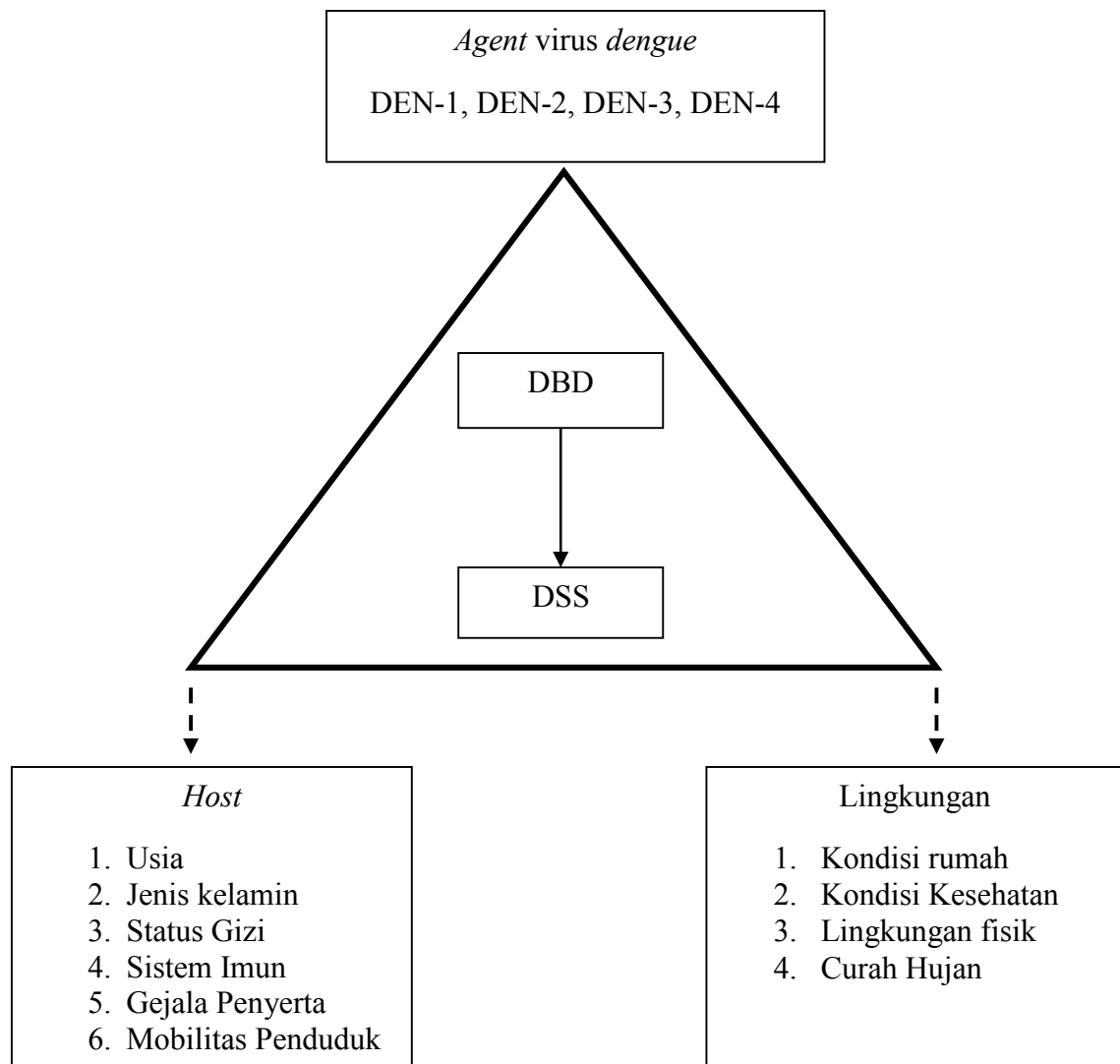
1.4.1. Teoritis

Untuk membuktikan secara ilmiah Ilmu Kedokteran tentang hubungan status gizi, usia, jenis kelamin dan kecepatan datang penderita anak DBD yang timbul syok dan bagi peneliti lain sebagai referensi untuk mengembangkan penelitian ilmiah selanjutnya.

1.4.2. Praktis

Penelitian ini bermanfaat bagi Rumah Sakit PHC sebagai masukan guna lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan terutama dalam memberikan informasi kepada tenaga kesehatan khususnya dokter tentang hubungan status gizi, usia, jenis kelamin dan kecepatan datang penderita anak DBD yang timbul syok.

1.5. Kerangka Teori



Bagan 1.5. Faktor yang berpengaruh terhadap penderita DBD