

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Penyakit Demam Berdarah

a. Etiologi

Penyakit DBD disebabkan oleh virus dengue yang terdiri dari empat serotipe yaitu virus tipe DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4. Terinfeksi seseorang dengan salah satu serotipe tersebut, akan menyebabkan kekebalan seumur hidup terhadap serotipe virus yang bersangkutan. Meskipun keempat serotipe tersebut mempunyai antigenis yang sama namun mereka berbeda dalam menimbulkan proteksi silang meski baru beberapa bulan terjadi infeksi dengan salah satu dari serotipe tersebut (Depkes RI, 2003). Maka dari itu seseorang mungkin dapat terkena dengue lebih dari satu kali, karena terdapat empat subtipe virus *dengue* yang berbeda tetapi masih mempunyai hubungan antara satu subtipe dengan subtipe lainnya (Soedarto, 2012).

b. Insidensi DBD

Angka insiden kejadian dapat diartikan sebagai jumlah kasus baru suatu penyakit yang terlihat dalam suatu populasi selama suatu periode waktu tertentu (Brooker, 2001). Insiden DBD ini sangat penting dalam menentukan apakah suatu wilayah merupakan daerah rawan KLB atau tidak (Lee, 2001).

Insidensi DBD di wilayah Asia Tenggara telah meningkat secara tajam selama 17 tahun terakhir. DBD juga merupakan penyebab utama banyaknya anak yang dirawat inap serta kematian anak di Negara-negara Asia Tenggara (Depkes, 2003).

Di Indonesia berdasarkan laporan Kementerian Kesehatan (Kemenkes) mencatat di tahun 2015 pada bulan Oktober ada 3.219 kasus DBD dengan kematian mencapai 32 jiwa, sementara November ada 2.921 kasus dengan 37 angka kematian, dan Desember 1.104 kasus dengan 31 kematian. Dibandingkan dengan tahun 2014 pada Oktober tercatat 8.149 kasus dengan 81 kematian, November 7.877 kasus dengan 66 kematian, dan Desember 7.856 kasus dengan 50 kematian (Kemenkes RI, 2015).

Di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, tercatat jumlah kasus DBD pada tahun 2012 adalah 1.000 kasus (Dinkes Prov DIY, 2013). Dari observasi awal menunjukkan bahwa di Kabupaten Sleman tercatat jumlah rata-rata penderita 10 tahun terakhir (2006-2015) adalah 5.351 penderita dan tersebar pada 17 kecamatan.

Peningkatan kasus Demam berdarah *dengue* terjadi karena masih luasnya penyebaran nyamuk *Aedes aegypti* di daerah urban atau daerah rural, perkembangan transportasi antar daerah, mobilitas penduduk yang tinggi dan terjadinya DBD di daerah yang sebelumnya belum pernah terjangkau penyakit ini dan urbanisasi ke kota besar yang sulit dikendalikan (Soedarto, 2012).

c. Faktor Risiko Penularan Demam Berdarah *Dengue*

Salah satu faktor risiko penularan DBD adalah pertumbuhan penduduk perkotaan yang cepat, mobilisasi penduduk karena membaiknya sarana dan prasarana transportasi dan terganggu atau melemahnya pengendalian populasi sehingga memungkinkan terjadinya KLB (Smith, 2008). Faktor risiko lainnya adalah kemiskinan yang mengakibatkan orang tidak mempunyai kemampuan untuk menyediakan rumah yang layak dan sehat, pasokan air minum dan

pembuangan sampah yang benar (Solomon, *et al.*, 2009). Tetapi di lain pihak, DBD juga bisa menyerang penduduk yang lebih makmur terutama yang biasa bepergian. Dari penelitian, diketahui faktor yang berpengaruh terhadap kejadian DBD adalah pendidikan dan pekerjaan masyarakat, jarak antar rumah, keberadaan tempat penampungan air, keberadaan tanaman hias dan pekarangan serta mobilisasi penduduk (Roose, 2008).

Faktor lain yang mempengaruhi peningkatan kejadian DBD dapat di kelompokkan sebagai berikut:

- 1) Lingkungan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Sari di Bogor pada tahun 2005 menunjukkan bahwa kualitas perumahan dan jarak antar rumah menjadi faktor risiko dari penyebaran dan peningkatan kasus DBD di Kota Bogor (Sari, 2005 *cit* Candra, 2010).

Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan Kraemer *et al* pada tahun 2015 mengenai prediksi penyebaran vektor *Ae. aegypti* dan *Ae. albopictus* di berbagai belahan dunia berdasarkan data dari National Entomological Survei dari Brazil dan Taiwan, menunjukkan bahwa faktor yang paling mempengaruhi peningkatan kejadian DBD dan penyebaran vektor adalah suhu.

Menurut penelitian yang dilakukan Perwitasari, *et al* pada tahun 2015 di Yogyakarta menunjukkan bahwa perubahan suhu sekitar $\pm 25-27^{\circ}\text{C}$ dan kelembaban sebesar 80-87% dapat meningkatkan kejadian DBD bahkan sampai lebih dari 200 kasus.

2) Iklim

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Perwitasari *et al* pada tahun 2015 di Yogyakarta dengan menggunakan data sekunder kasus DBD dari Dinkes Kota Yogyakarta dan data iklim dari BMKG dari tahun 2004-2011 menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi peningkatan kejadian DBD di Kota Yogyakarta adalah curah hujan yang berkisar diatas 200 mm dan hari hujan lebih dari 20 hari.

3) *Host*

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Sari di Bogor pada tahun 2005 menunjukkan bahwa mobilitas penduduk, pendidikan, pekerjaan, umur, sikap dan suku bangsa menjadi faktor kerentanan suatu masyarakat atau individu untuk terkena penyakit DBD (Sari, 2005 *cit* Candra, 2010). Kemudian menurut penelitian Da Silva-Nunes *et al* pada tahun 2008 terhadap masyarakat pedesaan di Amazon, Brazil menunjukkan bahwa jenis kelamin, kemiskinan, mobilitas dan status imunitas menjadi faktor risiko terjadinya DBD pada populasi di Amazon.

4) Vektor

Kapasitas vektor merupakan hal yang menentukan kualitas penularan DBD oleh nyamuk. (Lubis, 1990 *cit* Candra, 2010). Faktor-faktor yang mempengaruhi kapasitas vektor sendiri yaitu kepadatan nyamuk, frekuensi gigitan, siklus gonotropik, umur nyamuk dan durasi inkubasi ekstrinsik (Canyon, 2000 *cit* Candra, 2010).

d. Gejala Klinis

Secara umum DBD memiliki tiga fase dalam perjalanan penyakitnya, yaitu Fase demam, fase kritis dan fase penyembuhan. Fase demam memerlukan pengobatan simptomatik atau pengobatan yang dilakukan untuk menghilangkan gejala saja seperti menurunkan demam atau meningkatkan perbaikan kondisi penderita DBD setelah penderita DBD bebas selama 24 jam tanpa obat penurun panas, penderita akan masuk dalam fase kritis.

Fase Kritis umumnya dimulai pada hari ketiga sampai kelima sejak diketahui adanya panas/demam yang pertama kali. Fase kritis merupakan fase yang sangat menentukan. Jika berhasil melewati fase ini maka pasien akan ada dalam fase penyembuhan, jika gagal maka pasien akan mengalami keadaan yang lebih fatal. Pada keadaan ini biasanya pasien mengalami mual, muntah, tidak nafsu makan, mengalami perdarahan, sehingga harus dilakukan pemantauan lebih intensif dengan memantau trombosit dan hematokrit.

Fase Penyembuhan pada umumnya berlangsung selama 24-48jam setelah shock. Keadaan ini ditandai dengan kondisi umum penderita yang mulai membaik, nafsu makan meningkat, disertai dengan hasil pemeriksaan tanda vital yang stabil. Makanan yang mengandung gizi tinggi sangat diperlukan untuk memperbaiki daya tahan tubuh penderita (Hastuti, 2008).

e. Diagnosis

1) Demam *Dengue* (kasus *probable*)

Demam disertai 2 atau lebih gejala penyerta seperti sakit kepala, nyeri dibelakang bola mata, pegal, nyeri sendi dan manifestasi perdarahan, leukopenia (leukosit $<5.000/mm^3$), jumlah trombosit $<150.000/mm^3$ dan peningkatan hematokrit 5-10% atau pemeriksaan serologis IgM positif.

2) Demam berdarah *Dengue*

Demam 2-7 hari disertai dengan manifestasi perdarahan. Jumlah trombosit $<100.000/mm^3$, adanya tanda- tanda kebocoran plasma (Peningkatan hematokrit 20% dari nilai normal, dan atau efusi pleura, dan atau ascites, dan atau hipoproteinemia/albuminemia) dan atau hasil pemeriksaan serologis menunjukkan hasil positif atau terjadi peningkatan IgG saja atau IgM dan IgG pada pemeriksaan laboratorium.

3) Sindroma syok *Dengue*

Memenuhi semua kriteria DBD, ditambah dengan bukti adanya kegagalan sirkulasi yang ditunjukkan dengan adanya nadi yang cepat dan lemah dan tekanannadi yang menyempit (<20 mmHg), atau dengan manifestasi hipotensi (berdasarkan nilai normal untuk umur), disertai akral dingin, sembab dan gelisah sampai terjadi syok berat (Kemenkes RI, 2011).

f. Mekanisme Penularan

Demam berdarah merupakan penyakit infeksi virus yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Virus ditularkan

melalui gigitan nyamuk betina yang terinfeksi (WHO, 2012). Terdapat tiga faktor yang memegang peran pada penularan infeksi *dengue*, yaitu manusia, virus, dan vektor perantara.

Virus *dengue* masuk ke dalam tubuh nyamuk pada saat menggigit manusia yang sedang mengalami viremia, kemudian virus *dengue* ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Nyamuk betina menyimpan virus tersebut pada telurnya dan Nyamuk jantan akan menularkan virus pada nyamuk betina saat melakukan kontak seksual (Satari, 2004). Seseorang yang di dalam darahnya memiliki virus *dengue* (infektif) merupakan sumber penular DBD. Virus *dengue* berada dalam darah selama 4-7 hari mulai 1-2 hari sebelum demam (masa inkubasi instrinsik). Bila penderita DBD digigit nyamuk penular, maka virus dalam darah akan ikut terhisap masuk ke dalam lambung nyamuk. Selanjutnya virus akan berkembangbiak dan menyebar ke seluruh bagian tubuh nyamuk, dan juga dalam kelenjar saliva. Kira-kira satu minggu setelah menghisap darah penderita (masa inkubasi ekstrinsik), nyamuk tersebut siap untuk menularkan kepada orang lain. Virus ini akan tetap berada dalam tubuh nyamuk sepanjang hidupnya. Oleh karena itu nyamuk *Aedes aegypti* yang telah menghisap virus *dengue* menjadi penular (infektif) sepanjang hidupnya (Soedarto, 2012).

Penularan ini terjadi karena setiap kali nyamuk menggigit (menusuk), sebelum menghisap darah akan mengeluarkan air liur melalui saluran alat tusuknya (probosis), agar darah yang dihisap tidak membeku. Bersama air liur inilah virus *dengue* dipindahkan dari nyamuk ke orang lain. Hanya nyamuk *Aedes aegypti* betina yang dapat menularkan virus *dengue* (Satari, 2004).

Nyamuk betina sangat menyukai darah manusia (anthropophilic) dari

pada darah binatang. Kebiasaan menghisap darah terutama pada pagi hari jam 08.00-10.00 dan sore hari jam 16.00-18.00. Nyamuk betina mempunyai kebiasaan menghisap darah berpindah-pindah berkali-kali dari satu individu ke individu lain (multiple biter). Hal ini disebabkan karena pada siang hari manusia yang menjadi sumber makanan darah utamanya dalam keadaan aktif bekerja/bergerak sehingga nyamuk tidak bisa menghisap darah dengan tenang sampai kenyang pada satu individu. Keadaan inilah yang menyebabkan penularan penyakit DBD menjadi lebih mudah terjadi (Satari, 2004).

Penularan DBD semakin mudah saat ini karena berbagai faktor. Tingginya mobilisasi seseorang dapat meningkatkan kesempatan penyakit DBD menyebar luas. Tingkat kepadatan penduduk yang tidak merata juga dapat menjadi faktornya. Daerah yang lebih padat, lebih memudahkan proses penyebaran DBD. Selain itu, sering pemberantasan nyamuk sebagai vektor tidak efektif. Hanya nyamuk dewasa yang diberantas, sedangkan jentik atau telur nyamuk dibiarkan terus berkembang biak di tempatnya. Akibatnya, dalam waktu singkat vektor akan bersemai dan kembali menjadi perantara penyakit DBD (Satari, 2004).

g. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis infeksi virus *dengue* dapat bersifat asimtomatik atau dapat berupa demam yang tidak khas, demam dengue, demam berdarah dengue, atau sindrom syok *dengue* (Suhendro, 2006).

Menurut Cardosa (2006), perjalanan penyakit DBD akibat infeksi virus *dengue* ini dibagi jadi tiga tahap, yaitu DD, DBD dan DSS. Demam *Dengue* (DD) merupakan penyakit demam akut yang ditandai dengan panas 2-7 hari disertai dua atau lebih gejala seperti sakit kepala, nyeri

belakang mata, nyeri pada otot dan sendi. Pada tahap ini penderita panas tinggi 3-5 hari, lalu turun selama 3-5 hari, kemudian naik lagi. DBD merupakan demam *dengue* yang disertai gejala atau tanda pendarahan yang nyata dan hasil laboratorium darah menunjukkan trompositopenia dan kenaikan hematokrit lebih dari 20%. DDS merupakan demam berdarah *dengue* yang disertai dengan gejala-gejala syok yaitu takikardi, ujung tangan dan kaki dingin, tekanan darah turun, hingga hilang kesadaran. Pada tahap ini penderita tidak menunjukkan demam dan terjadi pada hari ke 4-7 periode sakit. DDS inilah yang sering menyebabkan kematian.

h. Komplikasi

Jika penyakin dengue tidak segera di tangani maka akan berubah menjadi berat dan akan menimbulkan komplikasi seperti ensefalopati, kerusakan hati, kerusakan otak, kejang-kejang dan syok. Untuk mengetahui diagnosis secara cepat dapat di gunakan rapid Diagnostic Test Kits yang dapat pula untuk menemtukan apakah penderita mengalami infeksi dengue primer atau skunder (Soedarto, 2012).

i. Distribusi Penyakit DBD Menurut Tempat

Penyakit DBD dapat menyebar pada semua tempat kecuali tempat-tempat dengan ketinggian 1000 meter dari permukaan laut karena pada tempat yang tinggi dengan suhu yang rendah perkembangbiakan *Aedes aegypti* tidak sempurna. *Aedes aegypti* yang menjadi vector penularan *dengue* adalah nyamuk yang bersifat domestik, *Aedes aegypti* adalah spesies nyamuk yang sesuai dengan iklim tropis. Jarak terbang nyamuk spesies ini sekitar 30-50 meter per hari. berada di dalam rumah, dan tempat-tempat lain yang ada di

dalam rumah, nyamuk dapat ditemukan di tempat gelap yang dingin dan terlindung (soedarto, 2012).

j. Factor resiko

1) Mobilitas penduduk

Salah satu faktor risiko penularan DBD adalah pertumbuhan penduduk yang cepat, mobilisasi penduduk karena membaiknya sarana dan prasarana transportasi dan terganggu atau melemahnya pengendalian populasi sehingga memungkinkan terjadinya KLB (Smith, 2008).

2) Lingkungan

Menurut penelitian yang dilakukan Perwitasari, *et al* pada tahun 2015 di Yogyakarta menunjukkan bahwa perubahan kelembaban sebesar 80-87% dan suhu sekitar $\pm 25-27^{\circ}\text{C}$ dapat meningkatkan kejadian DBD bahkan sampai lebih dari 200 kasus.

3) Iklim

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Perwitasari *et al* pada tahun 2015 di Yogyakarta dengan menggunakan data sekunder kasus DBD dari Dinkes Kota Yogyakarta dan data iklim dari BMKG dari tahun 2004-2011 menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi peningkatan kejadian DBD di Kota Yogyakarta adalah hari hujan lebih dari 20 hari dan curah hujan yang berkisar diatas 200 mm.

k. Pencegahan

Pemberantasan nyamuk *Aedes aegypti* merupakan cara yang dilakukan untuk memberantas penyakit DBD, karena belum tersedianya vaksin untuk mencegah dan obat untuk membasmi virusnya. Dengan demikian

pengendalian DBD tergantung pada pengendalian nyamuk *Aedes Aegypti*. Pemberantasan nyamuk *Aedes aegypti* dapat dilakukan terhadap nyamuk dewasa atau jentiknya. Cara memberantas nyamuk *Aedes aegypti* ialah dengan melakukan PSN yaitu kegiatan untuk memberantas jentik nyamuk di tempat berkembangbiaknya. Dengan demikian keberadaan jentik nyamuk *Aedes aegypti* dapat meningkatkan risiko timbulnya penyakit DBD (Respati & Keman, 2007).

Memberantas nyamuk *Aedes aegypti* merupakan cara terbaik untuk mencegah penyebaran virus dengue. Pemberantasan nyamuk dewasa maupun larva harus dilakukan bersama dengan pemusnahan sarang nyamuk. Selain itu repellent dapat digunakan untuk mencegah gigitan nyamuk (Soedarto, 2009).

I. Pemberantasan dan Pengendalian Vektor DBD

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2011) cara pemberantasan DBD dibagi dua yaitu: Pemberantasan terhadap nyamuk dewasa dilakukan dengan cara penyemprotan (foging) dengan insektisida dan Pemberantasan jentik atau yang dikenal sebagai pemberantasan sarang nyamuk DBD dilakukan dengan cara Fisik, Kimiawi, dan Biologi.

a) Secara Fisik

Cara ini dikenal dengan kegiatan 3M, yaitu menguras bak mandi, menutup tempat penampungan air, dan memusnahkan barang bekas. Pengurasan tempat-tempat penampungan air setidaknya dilakukan seminggu sekali agar nyamuk tidak berkembang biak ditempat itu. Saat ini dikenal dengan istilah 3M plus, yaitu kegiatan 3M yang diperluas. Bila PSN DBD dilaksanakan oleh seluruh masyarakat, maka populasi nyamuk *Aedes*

aegypti dapat ditekan serendah-rendahnya, sehingga penularan DBD tidak terjadi lagi.

b) Secara Kimia

Cara memberantas nyamuk *Aedes Aegypti* dengan menggunakan Insektisida pembasmi jentik (Larvasida) ini antara lain dikenal dengan istilah Larvasidasi. Larvasidasi yang sering digunakan antara lain temephos.

c) Secara Biologi

Cara memberantas *Aedes aegypti* dengan pendekatan biologis antara lain dengan memelihara ikan pemakan jentik (ikan cupang, ikan gupi, dan lain-lain).

Selain itu pemberantasan juga dapat dilakukan dengan Program 3M (menguras, menutup, mengubur). Penanggulangan DBD yang telah dilakukan oleh kementerian kesehatan diutamakan pada kegiatan preventif dan promotif dengan menggerakkan serta memberdayakan masyarakat dalam upaya pemberantasan sarang nyamuk. Kegiatan ini dikenal dengan “3M plus”, yaitu menguras bak penampungan air, menutup rapat tempat penampungan air, mengubur barang bekas dan plus memakai obat anti nyamuk, memanfaatkan barang bekas, memelihara ikan pemakan jentik dan lain sebagainya (Depkes, 2012).

Pengendalian DBD yang tepat sampai saat ini adalah dengan cara memutus rantai penularan yaitu dengan pengendalian vektornya, karena vaksin dan obatnya masih dalam penelitian (Depkes, 2007). Penyebaran vektor DBD sudah sangat luas di seluruh wilayah Indonesia. Hal ini disebabkan oleh keadaan iklim. Kemajuan teknologi transportasi, mobilitas penduduk, urbanisasi, dan perubahan iklim global.

Yatim (2005), berpendapat bahwa terdapat beberapa cara untuk mengendalikan penyakit DBD, diantaranya adalah:

- 1) Pelacakan penderita, yaitu kegiatan mendatangi rumah-rumah dari kasus yang dilaporkan.
- 2) Penemuan dan pertolongan penderita, yaitu mencari kegiatan penderita lain.
- 3) Abatisasi selektif, kegiatan memberikan atau menaburkan larvasida ke dalam penampungan air yang positif terdapat jentik aedes.
- 4) Fogging focus, yaitu menyemprot dengan insektisida.
- 5) Pemeriksaan jentik berkala, yaitu kegiatan tiga bulan sekali dengan cara mengambil sampel 100 rumah/desa/kelurahan.
- 6) Pembentukan kelompok kerja DBD di semua level administrasi, mulai dari desa, kecamatan, sampai tingkat pusat.
- 7) Penggerakan PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) dengan 3M (menutup, menguras tempat penampungan air, dan mengubur barang bekas).
- 8) Penyuluhan tentang gejala awal penyakit, pencegahan, dan rujukan penderita.

2. Endemis

a. Pengertian

Endemis adalah istilah yang dipakai pada penyakit-penyakit yang sudah lama ada disuatu tempat, suatu keadaan dimana suatu penyakit atau agen infeksi tertentu secara terus menerus ditemukan di suatu wilayah tertentu. Bisa juga dikatakan sebagai suatu penyakit yang umum di temukan di suatu

wilayah. Ukuran tentang waktu yang dianggap sudah lama dapat berarti sudah tahunan, bulanan, atau mingguan tergantung dari pola hidup dan usia mahluk atau penyakit yang dianggap endemis tersebut. Jika masa inkubasi dari penyakit sangat pendek atau dalam hitungan beberapa hari atau Luas wilayah yang terjangkit juga sangat menentukan karena penyakit menular cenderung berpindah dari satu wilayah kewilayah lain terutama wilayah yang berdekatan, jika dipakai ukuran kabupaten maka penyakit bisa jadi sangat lama berputarpindah dari desa ke desa terutama bila pemerintah daerah tidak melakukan tindakan apa-apa. Jika suatu penyakit tiba-tiba ada muncul disuatu tempat dimana sebelumnya belum pernah ada maka ini disebut epidemi atau KLB penyakit (Kemenkes, 2011).

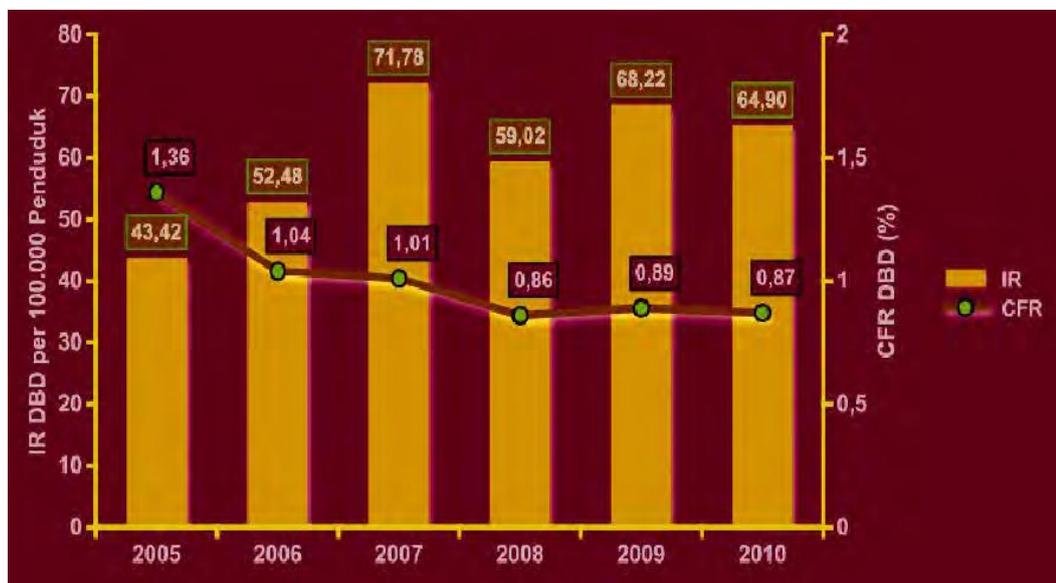
b. Endemis DBD

Demam Berdarah Dengue merupakan penyakit endemis dan menimbulkan masalah kesehatan, bukan hanya di Indonesia tapi juga di negara - negara tropis dan subtropis di dunia. Di Asia penyakit ini endemis di negara - negara ASEAN.

DBD di Indonesia endemis di perkotaan maupun daerah pedesaan. Di daerah perkotaan vector penularan umumnya adalah nyamuk *Aedes aegypti* sedangkan di daerah pedesaan adalah nyamuk *Aedes albopictus*. Namun sering terjadi bahwa kedua spesies ini terdapat bersama-sama pada satu daerah, misalnya di daerah yang bersifat semi-urban (soedarto, 2009).

Demam Berdarah Dengue (DBD) di Indonesia merupakan salah satu penyakit endemis dengan angka kesakitan yang cenderung meningkat dari tahun ke tahun dan daerah terjangkit semakin meluas hingga mencapai 400

kabupaten/kota dari 474 kabupaten/kota di Indonesia, bahkan sering menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB).



Gambar 2.1. Insidensi Rate DBD per 100.000 penduduk dan Case Fatality Rate (CFR) di indonesia Th 2005-2010

Dari Gambar 2.1. nampak bahwa Sejak tahun 2005, terdapat kecenderungan penurunan CFR DBD. Sedikit peningkatan nampak pada tahun 2009. Kecenderungan penurunan tersebut tidak nampak pada IR DBD per 100.000 penduduk. IR DBD sejak 2006 hingga 2010 cenderung fluktuatif. Pada tahun 2010 jumlah kasus DBD yang dilaporkan sebanyak 155.777 penderita (IR: 65,57/100.000 penduduk) dengan jumlah kematian sebanyak 1.358 (CFR 0,87 %) (Kemenkes, 2011).

c. Klasifikasi endemisitas DBD

Menurut Menkes (2011), endemis dapat dibagi menjadi tiga yaitu endemis tinggi, sedang dan rendah. Endemis tinggi adalah kecamatan yang

dalam 3 tahun terakhir, setiap tahun ada penderita DBD. Endemis rendah adalah kecamatan yang dalam 3 tahun terakhir terdapat penderita DBD namun tidak setiap tahun. Endemis rendah kecamatan yang dalam 3 tahun terakhir tidak pernah ada penderita DBD, tetapi penduduknya padat, mempunyai hubungan transportasi yang ramai dengan wilayah yang lain.

3. Mobilitas

a. Pengertian

Mobilitas adalah perpindahan penduduk dari suatu daerah ke daerah lain. (KBBI). Definisi mobilitas menurut Wiliam Kornblum (1988:172). Mobilitas adalah perpindahan individu, keluarga dan kelompok dari suatu daerah ke daerah lainnya. Seiring dengan kemajuan transportasi kini mobilitas penduduk berjalan lebih cepat dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Mobilitas penduduk dapat dibedakan antara mobilitas penduduk vertikal dan mobilitas penduduk horizontal, Mobilitas penduduk vertikal sering disebut dengan perubahan status, dan salah satu contohnya adalah perubahan status pekerjaan misalnya seseorang yang mula mula bekerja dalam sektor pertanian sekarang bekerja dalam sektor non pertanian. Sedangkan untuk mobilitas penduduk horizontal adalah pergerakan penduduk yang melintasi batas wilayah tertentu dengan periode waktu tertentu (Effendi, 1986:3).

b. Mobilitas

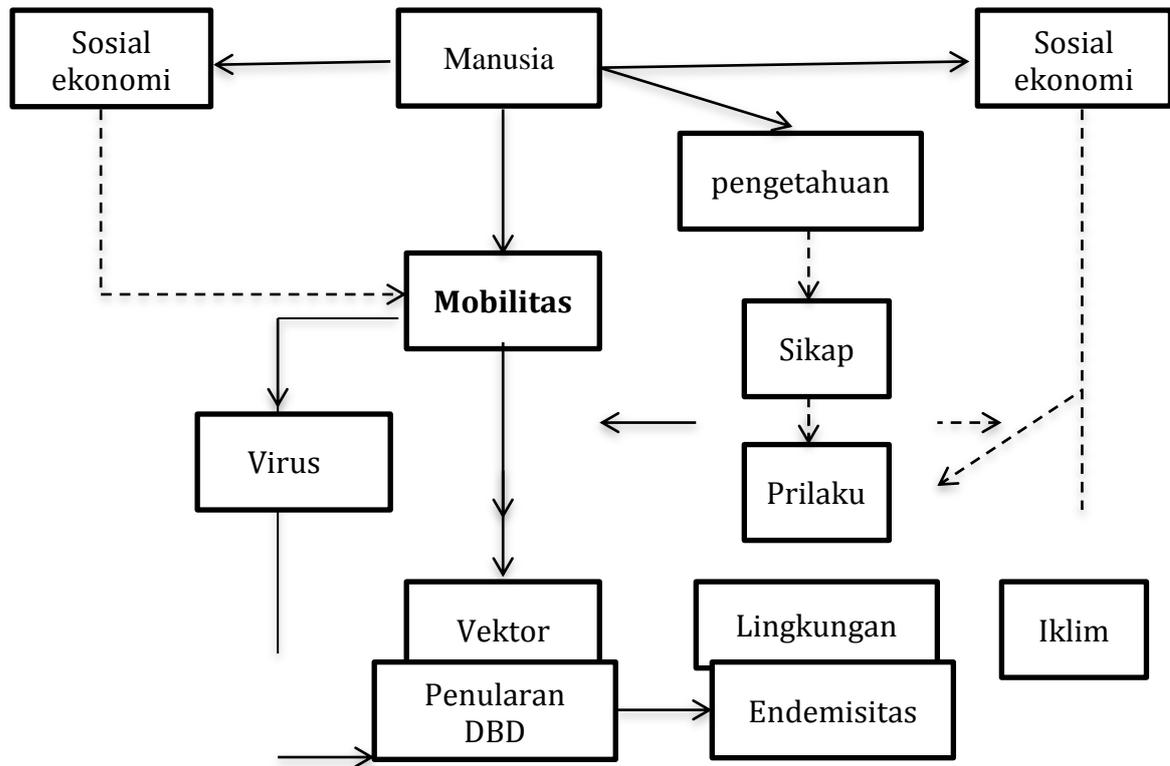
Penularan DBD semakin mudah dikarenakan berbagai factor. Tingginya mobilitas seorang dapat meningkatkan peluang terjadinya DBD menyebar luas. Tingkat kepadatan penduduk yang tidak merata juga dapat menjadi faktornya. Daerah yang lebih padat lebih memudahkan proses

penyebaran DBD (Satari, 2004). Jadi tingginya mobilitas akan mempengaruhi jumlah angka kejadian DBD.

Perilaku mobilitas penduduk menurut Ravenstein atau disebut dengan hukum-hukum migrasi penduduk adalah sebagai berikut (Mantra, 2003) :

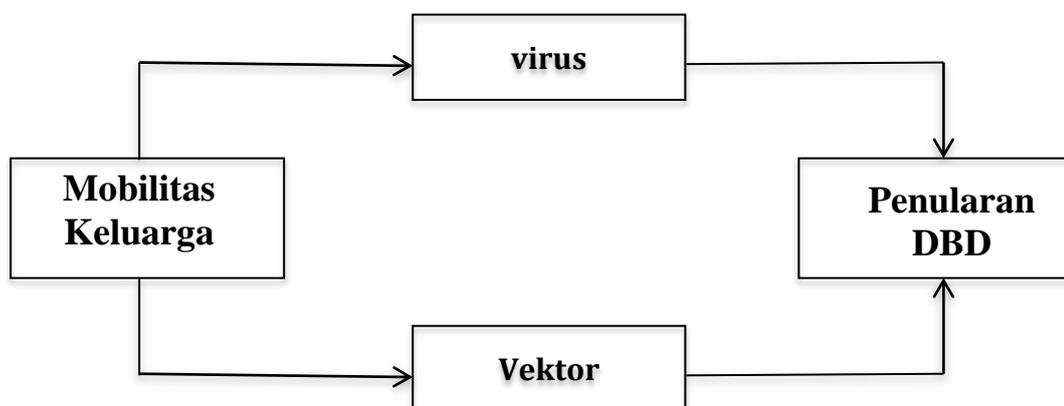
- 1) Para migran cenderung memilih tempat terdekat sebagai daerah tujuan;
- 2) Faktor paling dominan yang mempengaruhi seseorang untuk bermigrasi adalah sulitnya memperoleh pekerjaan dan pendapatan di daerah asal dan kemungkinan untuk memperoleh pekerjaan dan pendapatan yang lebih baik di daerah tujuan. Daerah tujuan harus memiliki kefaedahan wilayah (place utility) lebih tinggi dibandingkan dengan daerah asal;
- 3) Berita-berita dari sanak saudara atau teman yang telah berpindah ke daerah lain merupakan informasi yang sangat penting bagi orang-orang yang ingin bermigrasi;
- 4) Informasi negatif dari daerah tujuan mengurangi niat penduduk untuk bermigrasi;
- 5) Semakin tinggi pengaruh kota terhadap seseorang, semakin besar mobilitasnya;
- 6) Semakin tinggi pendapatan seseorang, semakin tinggi frekuensi mobilitasnya;
- 7) Para migran cenderung memilih daerah tempat teman atau sanak saudara bertempat tinggal di daerah tujuan. Jadi, arah dan arus mobilitas penduduk menuju ke arah asal datangnya informasi;
- 8) Pola migrasi bagi seseorang maupun sekelompok penduduk sulit diperkirakan. Hal ini karena banyak dipengaruhi oleh kejadian yang mendadak seperti bencana alam, peperangan, atau epidemi;
- 9) Penduduk yang masih muda dan belum kawin lebih banyak melakukan mobilitas dari pada mereka yang berstatus kawin.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka konsep

D. Hipotesis

H0 : Tidak terdapat hubungan antara mobilitas keluarga dengan kejadian

DBD di daerah endemic tinggi di kabupaten Sleman Yogyakarta.

H1 : Terdapat hubungan antara mobilitas keluarga dengan kejadian DBD di

daerah Endemik tinggi di Kabupaten Sleman Yogyakarta.