

KARAKTERISTIK PENDERITA *DENGUE HEMORRHAGIC FEVER* DI RSUD
PROF DR W.Z JOHANNES KUPANG TAHUN 2012

*PATIENT CHARACTERISTICS OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER in PROF
DR WZ Johannes Hospital KUPANG IN 2012*

Dani¹, Budi Widyarto², Elsa Belinda³

¹Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran,
Universitas Kristen Maranatha,

²Bagian Parasit, Fakultas Kedokteran, Universitas
Kristen Maranatha

³Fakultas Kedokteran, Universitas Kristen
Maranatha

Jalan Prof. Drg. Suria Sumantri MPH No. 65 Bandung 40164
Indonesia

ABSTRAK

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan virus *dengue*, yang terdiri dari DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4. *Dengue Hemorrhagic Fever* merupakan salah satu penyakit infeksi yang masih menimbulkan masalah kesehatan di negara yang sedang berkembang terutama Indonesia. Hal ini dikarenakan terjadinya peningkatan jumlah kesakitan maupun kematian akibat DHF.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik penderita *Dengue Hemorrhagic Fever* ditinjau dari berbagai faktor di Rumah Sakit Umum Daerah Prof DR W.Z Johannes Kupang tahun 2012.

Metodologi yang digunakan adalah observasional deskriptif survei, menggunakan 525 sample data rekam medik pasien yang menderita DHF di Rumah Sakit Umum Daerah Prof DR W.Z Johannes Kupang tahun 2012.

Hasil penelitian yang didapat dari data rekam medik tahun 2012 pada bagian rekam medik RSUD Prof DR W.Z Johannes Kupang didapatkan 525 kasus DHF. DHF terbanyak menyerang pada usia dibawah 15 tahun (79%) dan lebih banyak pada pasien perempuan (52%) daripada laki-laki (48%). Puncak insidensi DHF terjadi di bulan Februari (37%), serta lebih banyak menyerang pada status ekonomi rendah (36%).

Simpulan dari penelitian ini adalah karakteristik penderita DHF bisa dipengaruhi beberapa faktor, yaitu usia terbanyak kurang dari 20 tahun, lebih banyak pada perempuan, dengan puncak insidensi tertinggi pada bulan Februari, serta dipengaruhi oleh status sosial ekonomi rendah.

Kata kunci: karakteristik, DHF, Kupang, NTT

ABSTRACT

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is a disease caused by the dengue virus, which consists of DEN-1, DEN-2, DEN-3 and DEN-4. Dengue Hemorrhagic Fever is one of the infectious diseases that still cause health problems in most of the developing countries, especially Indonesia. Due to the increase in morbidity and mortality DHF.

This study aims to investigate the characteristics of patients with Dengue Haemorrhagic Fever in terms of various factors on General Hospital Prof. Dr. WZ Johannes Kupang in 2012.

The methodology used is descriptive observational surveys, using a sample of 525 medical records of patients who suffer from DHF in General Hospital Prof. Dr. WZ Johannes Kupang in 2012.

The results obtained from the medical records of 2012 on the medical records of Hospital Prof. Dr. WZ Johannes Kupang found 525 cases of DHF. DHF most attack at the age of less than 15 years of years (79%) and more in female patients (52%) than male (48%). The peak incidence of DHF occurred in February (37%), and more common in the lower economic groups (36%).

The conclusion of this study is to described that the characteristics of DHF patients can be influenced by several factors, which are; most DHF most patient are at age of less than 20 years, more in women, with the highest incidence peaks in February, and is affected by low socioeconomic circumstances.

Keywords : Characteristic, DHF, Kupang, NTT

PENDAHULUAN

Penyakit Demam Berdarah atau *Dengue Hemorrhagic Fever* ialah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue dengan tipe DEN 1, DEN 2, DEN 3, DEN 4 yang ditularkan melalui cucukan nyamuk *Aedes aegypti* yang habitatnya pada daerah pemukiman dan *Aedes albopictus* yang habitatnya di hutan atau daerah dengan pepohonan rapat. Kedua jenis nyamuk ini terdapat hampir di seluruh pelosok Indonesia kecuali di tempat ketinggian lebih dari 1000 m di atas permukaan air laut, sehingga penyakit DHF masih menjadi masalah bagi masyarakat, terutama di daerah dataran rendah dengan pemukiman yang padat¹

Penyakit DHF sering salah di diagnosis dengan penyakit lain seperti flu atau tipus. Hal ini karena infeksi virus dengue yang menyebabkan DHF bisa asimtomatik atau tidak jelas gejalanya². Dan baru pada 1968 nampak jelas kecenderungan peningkatan jumlah penderita yang tersangka, demikian juga dengan makin meluasnya penyakit tersebut, dimana terlihat bahwa penyakit ini semula hanya ditemukan di beberapa kota besar saja, kemudian menyebar sampai ke pedesaan dengan penduduk padat dalam waktu relatif singkat²

Penyakit ini pertama kali ditemukan di Filipina pada tahun 1954, DHF menyebar ke beberapa kota besar, yaitu Thailand, Malaysia, Singapura, Sri Lanka, Vietnam, India, Myanmar, Malaysia, dan beberapa daerah di Samudera Pasifik, China, Laos, dan Kamboja³. Menurut WHO, populasi di dunia

diperkirakan berisiko terhadap infeksi dengue mencapai 2,5-3 miliar (sekitar 40% dari populasi dunia) yang tinggal di daerah perkotaan di negara tropis dan subtropis, terutama Asia Tenggara, Amerika Tengah, Amerika, dan Karibia. Saat ini juga diperkirakan ada 50 – 100 juta infeksi dengue yang terjadi diseluruh dunia setiap tahun³

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) merupakan penyakit infeksi yang masih menimbulkan masalah kesehatan di negara yang sedang berkembang, khususnya Indonesia. Hal ini dikarenakan tingginya angka morbiditas dan mortalitas⁴. Berdasarkan data dari Profil Kesehatan Kementerian Kesehatan Indonesia pada tahun 2010 Indonesia menempati urutan tertinggi kasus DHF di ASEAN yaitu sebanyak 156.086 kasus dengan kematian 1.358 orang, tahun 2011 kasus DHF mengalami penurunan yaitu 49.486 kasus dengan kematian 403 orang⁵

Penyakit DHF di Provinsi Jawa Barat merupakan penyakit yang selalu ada setiap tahun dan selalu berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB). Jumlah Kasus DHF tahun 2007 adalah 4.418 kasus. Bila dibandingkan dengan tahun 2006 telah terjadi kenaikan sebesar 1.414 kasus⁶

Penderita DHF di Provinsi NTT sebagian besar pada anak usia 15 tahun namun bisa terkena pada orang dewasa. Penyakit ini telah menyebar ke beberapa kabupaten/kota terjangkau sampai tahun 2007 sebanyak 9 kabupaten/kota. Penyakit ini sering muncul sebagai KLB dengan angka kesakitan dan kematian relatif tinggi. pada tahun 2012

ditemukan kasus DHF sebanyak 1.542 kasus yang merupakan kasus tertinggi bahkan dinyatakan KLB oleh pemkot yakni Kota Kupang (890 kasus). Angka kematian sebanyak 13 orang dan CFR sebesar 0,8%, dan angka kematian tertinggi di Kota Kupang yaitu sebanyak 8 orang dan CFR 0,9%, menyusul Kab. Belu 3 orang meninggal, Kab. Ngada dan Sumba Timur masing-masing 1 orang meninggal⁷

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif observasional dengan pengambilan data secara retrospektif yang diambil dari bagian Rekam Medis Rumah Sakit Umum Daerah Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang tahun 2012. Pada penelitian ini yang menjadi objek penelitian adalah data rekam medis pasien rawat inap dan terdiagnosis DHF yang diperoleh dari Bagian Rekam Medis di Rumah Sakit Umum Daerah DR. W.Z. Johannes Kupang periode 1 Januari 2012 - 31 Desember 2012. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah semua data (*whole sample*) yang berjumlah 525 data yang diambil dari data rekam medis pasien rawat inap dan yang terdiagnosis DHF yang diperoleh dari Bagian Rekam Medis di Rumah Sakit Umum Daerah DR. W.Z. Johannes Kupang.

PROSEDUR PENELITIAN

Pengumpulan data sekunder dari rekam medik dilakukan dengan mengambil sejumlah data pasien rawat inap dan yang terdiagnosis DHF menggunakan teknik *whole sampling*. Setelah pengambilan data selesai, data tersebut akan disusun dalam bentuk teks dan tabel.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Jumlah data pasien rawat inap dan terdiagnosis DHF yang terkumpul di bagian Rekam Medis Rumah Sakit Umum Daerah DR. W.Z. Johannes Kupang periode 1 Januari 2012 - 31 Desember 2012 yaitu sebanyak 525 data. Data yang diolah meliputi persentase distribusi kasus DHF tahun 2012, musim, umur, jenis kelamin, status ekonomi.

Tabel 4.1 Gambaran jumlah kasus DHF sepanjang tahun 2012

Bulan	Jumlah kasus	Persentase (%)
Januari	144	27.43
Februari	196	37.33
Maret	100	19.04
April	35	6.67
Mei	13	2.48
Juni	5	0.95
Juli	0	0
Agustus	2	0.38
September	5	0.95
Oktober	3	0.57
November	8	1.52
Desember	14	2.67

Berdasarkan data yang diperoleh pada tahun 2012 terlihat bahwa pada bulan Februari didapatkan puncak insidensi dengan jumlah 196 kasus (37,33%), sedangkan pada bulan Juli tidak terdapat adanya pasien DHF, dapat dilihat pada tabel 4.1.

Menurut penelitian dari Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi Kementerian Kesehatan RI tahun 2010, di Provinsi Nusa Tenggara Timur AI (Angka Insidensi) untuk kasus DHF mulai meningkat saat mulai masuk musim hujan dan mencapai puncak hingga dua bulan sesudah ICH (Index Curah Hujan) puncak.

Menurut Depkes RI (2005), pada saat musim hujan tiba, tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* yang pada musim kemarau tidak terisi air, akan mulai terisi air. Telur-telur yang tadinya belum sempat menetas akan menetas. Selain itu, pada musim hujan semakin banyak tempat penampungan air alamiah yang terisi air hujan dan dapat digunakan sebagai tempat berkembangbiaknya nyamuk ini. Oleh karena itu, pada musim hujan populasi nyamuk *Aedes aegypti* akan meningkat. Bertambahnya populasi nyamuk ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan peningkatan penularan penyakit dengue.

Dari data BMKG di NTT, iklim di Provinsi NTT bulan kemarau lebih panjang atau lama dibanding bulan hujan atau basah, dimana selama 8 bulan mengalami musim kemarau dan 4 bulan mengalami musim hujan, mulai dari bulan november – februari.

Tabel 4.2 Perbandingan usia dari jumlah kasus DHF di RSUD Prof DR W.Z Johannes tahun 2012

Umur Pasien	Jumlah Kasus	Presentase (%)
<15	416	81,72%
15-50	102	16,95%
>50	6	1,33%

Berdasarkan data yang diperoleh, usia yang paling banyak terserang virus *dengue* adalah usia ≤ 15 tahun sebanyak 416 kasus (81,72%) dan insidensinya menurun pada usia >50 tahun tahun sebanyak 7 kasus (1,33%).

Berdasarkan data kasus DHF yang dikumpulkan Ditjen P2M dan PLP dari tahun 1968-1984, 90% kasus DHF terdiri dari kasus pada anak berusia kurang dari 15 tahun (Widya Hary Cahyati dan Suharyo, 2006). Menurut IDAI, 2012 anak golongan usia 10 – 15 merupakan golongan umur tersering menderita DBD dibandingkan dengan bayi dan orang dewasa.

Penelitian di RSUP H Adam Malik dari Januari-Desember 2009 didapatkan 92 kasus DHF pada anak, dengan rincian 47 orang (51,1%) adalah laki-laki dan 45 orang (48,9%) adalah perempuan (Zubir dan Fathirah, 2011). Menurut data dari dinas kesehatan, 2010 laki-laki 30.232 kasus dan perempuan sebanyak 28.883 kasus (Depkes RI, 2010).

Tabel 4.3 Perbandingan pasien DHF berdasarkan jenis kelamin di RSUD Prof DR W.Z Johannes tahun 2012

Jenis Kelamin	Jumlah kasus	Persentase (%)
Laki-laki	254	48.38
Perempuan	271	51.62

Berdasarkan perbedaan jenis kelamin laki-laki dan perempuan didapatkan hasil pada perempuan lebih banyak daripada laki-laki dengan kasus pada perempuan sebanyak 271 kasus (51,62%) sedangkan pada laki-laki 254 kasus (48,38%) seperti yang terlihat pada diagram di atas.

Menurut Widya Hary Cahyati dan Suharyo (2006), tempat potensial untuk nyamuk *Aedes aegypti* yaitu benda tergantung yang ada dalam rumah seperti gorden, kelambu, dan pakaian di kamar yang gelap dan lembab serta tempat penampungan air bersih dan nyamuk *Aedes aegypti* lebih banyak mencucuk di dalam rumah dari pada di luar rumah⁹

Keadaan sosial di kota Kupang perempuan lebih sering di rumah dibandingkan laki-laki yang lebih senang bermain atau bekerja di luar rumah, sehingga perempuan di NTT lebih berisiko terkena DHF.

Tabel 4.4 Perbandingan pemabayaran pasien DHF di RSUD Prof DR W.Z Johannes tahun 2012

Keluarga Pasien	Jumlah kasus	Persentase (%)
Askes Negeri	138	26.29
In Health	5	0.95
Jamkesda	56	10.67
Jamkesmas	83	15.81
Pengaman	49	9.33
Karyawan RS	10	1.91
Umum	169	32.19

Berdasarkan data yang diperoleh, masyarakat ekonomi rendah lebih banyak seperti terlihat pada diagram terdapat 188 orang (35,81%) yang menggunakan jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin, terdiri dari jamkesmas 15,81%, pengaman 9,33%, jamkesda 10,67%.

Menurut Gubler dan Meltzer, 1999 faktor ekonomi berperan penting dalam insiden dan prevalensi DF dan DHF. Masyarakat dengan ekonomi yang menengah mampu memenuhi kebutuhan dan pencegahan serta pengobatan penyakit. Penggunaan TV sebagai sarana untuk pengetahuan dan promosi kesehatan serta pasokan air yang aman di negara-negara kaya membantu dalam pelayanan pencegahan dan kesehatan yang lebih baik serta mengurangi atau menghilangkan angka kematian dari DHF¹⁰

Menurut perekonomian daerah di NTT, kemampuan ekonomi penduduk NTT terutama di kota Kupang masih lemah ditandai dengan IPM (Index Pembangunan Manusia) di NTT yang masih di bawah Indonesia, ini juga bisa terlihat dari keluarga pasien dari data pasien DHF di RSUD Prof DR W.Z Johannes tahun 2012 lebih banyak menggunakan jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin¹¹

Masyarakat miskin sulit mendapatkan air bersih, sehingga cenderung untuk menyimpan air hujan di atap, penampungan air di drum, jarang menguras bak penampungan air, kebiasaan menggantung pakaian di dalam rumah menyebabkan risiko yang lebih tinggi untuk perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* sehingga berperan dalam penularan penyakit DHF yang tinggi¹²

SIMPULAN

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa:

- Jumlah kasus DHF di RSUD Prof DR W.Z Johannes tahun 2012 adalah 525 kasus
- Insidensi DHF terjadi pada peralihan musim dan mencapai puncak pada bulan februari sebanyak 37,33%

- Lebih banyak terdapat pada usia dibawah 15 tahun sebanyak 81,72%
- Berdasarkan jenis kelamin insidensi pada perempuan 51,62% > laki-laki 48,38%
- Kasus DHF ini lebih banyak terjadi pada pasien dengan status ekonomi rendah yaitu 35,81%

DAFTAR PUSTAKA

- 1 Sri Sulasmi. 2012. Jurnal Buski, Vol.4, No. 2, Desember 2012, Hal. 59-65. Tersedia : <http://ejournal.litbang.depkes.go.id>. (diakses 26 Maret 2014).
- 2 Kristina, Ismiah, Leny Wulandari.2004. Kajian masalah kesehatan Demam Berdarah Dengue. Tersedia : <http://www.litbang.depkes.go.id/maskes/052004/demamberdarah1.htm>. (diakses 16 Desember 2014)
- 3 WHO. 2014. *Dengue hemorrhagic fever* Tersedia : <http://who.int/csr/disease/dengue/en/> (diakses 14 Januari 2014).
- 4 T.H Rampengan, I. R Laurentz. 1997. Demam Berdarah Dengue. Dalam: *Penyakit Infeksi Tropis Pada Anak*. Jakarta:EGC.hal 136-155
- 5 Ditjen PP & PL Kemkes RI. 2011. Tersedia : <http://www.pppl.depkes.go.id/> (diakses 16 Januari 2014).
- 6 Depkes Bandung, 2008. Tersedia : http://www.depkes.go.id/downloads/profil/profil_kesehatan_kota_bandung.pdf (diakses 27 Januari 2014).
- 7 Dinkes NTT. 2012. *Profil Kesehatan Provinsi NTT tahun 2012*. Tersedia : <http://depkes.go.id/downloads/NTT5200k.pdf> (diakses 20 Januari 2014).
- 8 Depkes. 2010. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2010*. Tersedia : <http://www.depkes.go.id> (diakses 5 Desember 2014)
- 9 Widya Hary Cahyati dan Suharyo. *Dinamika Aedes aegypti Sebagai Vektor Penyakit*. KEMAS - Volume 2 / No. 1 / Juli - Desember 2006. Semarang.
- 10 Gubler DJ, Meltzer M. 1999. *Impact of Dengue/Dengue Haemorrhagic Fever*

- on the Developing World*. Advances in Virus Research.
- 11 BPS dan Bank Indonesia. 2014. *Perekonomian Daerah NTT*. Tersedia: <http://nttprov.go.id/new/index.php/2014-03-13-05-53-54/ekonomi-daerah> (diakses 19 November 2014).
 - 12 Widyana. 1998. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian DBD di Kabupaten Bantul*. Jurnal Epidemiologi Indonesia Vol. 2 Edisi 1.