Buletin Ilmu Kebidanan dan Keperawatan (BIKK) **E-ISSN 2962-4142**
DOI: 10.56741/bikk.v4i01.843 **P-ISSN 2962-5734**



Faktor Risiko Terjadinya Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Pangandaran

[1]Shella Agustin, [2]Wuri Ratna Hidayani*
Corresponding Author: *wuri.ratnahidayani@gmail.com
[1] Dinas Kesehatan Pangandaran, Jawa Barat, Indonesia
[2] Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Respati Tasikmalaya, Jawa Barat, Indonesia

Article submitted: 4 February 2025 **Revised:** 5 March 2025 **Accepted:** 14 March 2025

Abstract

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit demam akut yang disebabkan oleh virus dengue yang masuk ke peredaran darah manusia melalui nyamuk aedes aegypti. Dinas Kesehatan Jawa Barat tahun 2021 menyatakan bahwa jumlah kasus DBD sebanyak 6.152 kasus dengan kasus tertinggi yaitu Kota Tasikmalaya dan Kabupatem Bogor. Angka kematin DBD di Jawa Barat masih berada di atas target yaitu < 1% dengan nilai CFR tertinggi adalah Kota Bogor 10,9%, Kota Banjar sebesar 7,7%, Kota Cimahi sebesar 6,4%, Kabupaten Indramayu sebesar 4,2%, Kabupaten Pangandaran sebesar 4% dan Tasikmalaya sebesar 3,5%. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor risiko terjadinya DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Pangandaran tahun 2022. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif analitik dengan pendekatan cross sectional survey. Hasil dari penelitian ini diperoleh bahwa tidak ada hubungan antara umur (p-value = 0,131), kepadatan rumah (p-value = 0,641), kepemilikan TPA (p-value = 0,273), ketersediaan tutup penampungan air (p-value= 0,409) dan kebiasaan menggantung pakaian bekas sebesar (p-value = 0,740) dengan kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Pangandaran pada Tahun 2022. Tidak adanya hubungan antara variabel dalam penelitian ini dengan kejadian DBD karena ada faktor lain yang mempengaruhi kejadian DBD. Kesimpulan dalam penelitian ini adalah tidak ada hubungan antara umur, kepadatan rumah, kepemilikan TPA, ketersediaan tutup penampungan air dan kebiasaan menggantung pakaian bekas dengan kejadian DBD. Adapun upaya pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan menerapkan perilaku 3M yaitu menguras atau membersihkan tempat penampungan air, menutup rapat tempat penampungan air, dan memanfaatkan kembali barang bekas yang berpotensi menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk.

Keywords: *DBD, Demam Berdarah Dengue, Kesehatan, Keperawatan, Puskesmas Pangandaran*

Pendahuluan

DBD menjadi salah satu masalah kesehatan di dunia. Centers For Disease Control and Prevention (CDC) memberi laporan terdapat kira kira 2,5 miliyar orang atau 40 % dari populasi dunia hidup di daerah rawan penularan DBD [1]. Begitupun di Indonesia DBD masih menjadi masalah kesehatan yang terus ada sepanjang tahun. Berdasarkan data Kemenkes tahun 2020 kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) di Indonesia hingga Juli mencapai 71.700 kasus. Ada 10 provinsi yang melaporkan jumlah kasus terbanyak yaitu di Jawa Barat 10.772 kasus, Bali 8.930 kasus, Jawa Timur 5.948 kasus, NTT 5.539 kasus, Lampung 5.135 kasus, DKI Jakarta 4.227 kasus, NTB 3.796 kasus, Jawa Tengah 2.846 kasus, Yogyakarta 2.720 kasus, dan Riau 2.255 kasus sedangkan tahun 2019 jumlah kasus lebih tinggi berjumlah 112.954. Selain itu jumlah kematian di seluruh Indonesia mencapai 459 [2].

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Jawa Barat tahun 2021 Jumlah Kasus DBD di Jawa Barat 2021 sebanyak 6.152 kasus. Kasus kematian akibat DBD di Jawa Barat sebanyak 49 kematian dengan

jumlah kasus tertinggi terdapat pada kota Tasikmalaya dan Kab Bogor dengan jumlah 7 kematian. Angka Kematian (CFR) di Jawa Barat masih berada diatas target yaitu kurang dari 1% dengan nilai CFR tertinggi adalah Kota Bogor sebesar 10,9%, Kota Banjar sebesar 7,7%, kota Cimahi sebesar 6,4%, Kab Indramayu sebesar 4,2%, Kab Pangandaran 4%, dan Tasikmalaya sebesar 3,5%.

Pemerintah Indonesia telah merancang berbagai program pencegahan yang efektif untuk penanggulangan DBD yaitu Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), 3M plus melalui gerakan 1 Rumah 1 Jumantik. Yang mana salah satu indikator keberhasilan yang dapat digunakan dalam upaya pengendalian penyakit DBD yaitu Angka Bebas Jentik (ABJ) [3]. Peningkatan kasus DBD biasanya disebabkan oleh beberapa faktor risiko, diantaranya lingkungan rumah (jarak rumah dan kondisi tempat penampungan air), lingkungan biologi (tanaman hias, tanaman pekarangan yang mempengaruhi kelembaban serta keberadaan jentik), lingkungan sosial (kebiasaan menggantung pakaian, kebiasaan tidur siang, partisipasi masyarakat dalam pembersihan sarang nyamuk). Faktor lain yang dapat mempengaruhi kejadian DBD diantaranya karakteristik penduduk (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan), lingkungan sosial (kebiasaan menggunakan obat anti nyamuk, menggunakan kawat kassa pada ventilasi) dan lingkungan rumah (keberadaan barang bekas yang dapat menampung air) [4].

Salah satu faktor risiko DBD adalah lingkungan dan perilaku. Pada penelitian Ismah dkk [5] aspek lingkungan yang menjadi faktor risiko DBD yang banyak diteliti adalah breeding place atau tempat perindukan nyamuk, seperti genangan air. Populasi nyamuk akan bertambah jika masyarakat menyimpan air dalam tempat penyimpanan air yang akan menjadi breeding place bagi nyamuk. Penyimpanan air yang semakin banyak, akan berisiko meningkatkan Container Index dan Breteau Index menjadi tinggi. Faktor perilaku dalam penelitian Rosdawati [6] disebutkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara variabel kebiasaan menggantung pakaian dengan kejadian DBD. Pakaian-pakaian bekas pakai yang lembab dan jauh dari sorotan cahaya menjadi tempat pilihan nyamuk untuk beristirahat. Sedangkan dalam penelitian Ismah dkk. [5] menyebutkan bahwa faktor perilaku pencegahan pada masyarakat di daerah tropis yang diteliti terhadap kejadian DBD, yaitu perilaku pencegahan yang berkaitan kepada kebersihan lingkungan. Dari penelitian ini didapatkan variabel yang paling signifikan yaitu perilaku menggantung pakaian. Masih tingginya kejadian DBD khususnya di Kabupaten Pangandaran dapat dipengaruhi oleh faktor umur, kepadatan rumah dan kebiasaan menggantung pakaian maupun faktor lingkungan seperti keberadaan tempat penampungan air dan ketersediaan tutup penampungan air. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Jawa Barat, Kabupaten Pangandaran termasuk salah satu wilayah dengan angka CFR yang cukup tinggi akibat DBD. Selain itu, DBD menjadi penyakit menular yang berpotensi menjadi KLB tertinggi.

Berdasarkan hal tersebut untuk mengetahui secara jelas faktor risiko kejadian DBD di Kecamatan pangandaran maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai faktor risiko kejadian DBD. Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan, tujuan penelitian ini adalah menganalisis faktor risiko kejadian penyakit DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Pangandaran.

Metode

Jenis penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan kuantitatif. Desain penelitian ini menggunakan cross-sectional survey yaitu survey yang dirancang untuk sekali waktu. Survey ini digunakan untuk memotret pendapat atau perilaku masyarakat pada suatu periode waktu tertentu. Variabel yang diteliti pada penelitian ini yaitu faktor Risiko Penyakit DBD yang terdiri dari Umur, Kepadatan hunian, Tempat penampungan air, Ketersediaan tutup penampungan air, Kebiasaan menggantung pakaian. Penelitian cross-sectional, merupakan penelitian yang tidak memberikan perlakuan apapun kepada responden, hanya mengumpulkan data menggunakan instrumen yang telah dibakukan, seperti angket, tes dan lain sebagainya. Dalam penelitian ini dilakukan metode survei yang bertujuan untuk mengetahui faktor risiko terjadinya DBD di Puskesmas Pangandaran. Populasi dalam penelitian ini merupakan semua kepala keluarga yang ada di wilayah kerja Puskesmas Pangandaran yaitu sebanyak 279 kepala keluarga. Sampel penelitian adalah sebagian kepala keluarga yang ada di wilayah kerja Puskesmas Pangandaran. Penentuan besar sampel menggunakan rumus pendekatan epidemiologi. sejumlah 248 kepala keluarga.

Untuk mengumpulkan data penelitian, digunakan kuesioner. Data yang dikumpulkan yaitu terkait faktor yang mempengaruhi kejadian penyakit DBD meliputi umur, kepadatan rumah, tempat penampungan air, ketersediaan tutup penampungan air, kebiasaan menggantung pakaian. Tabel 1 menunjukkan kriteria inklusi dan ekslusi.

Tabel 1. Kriteria inklusi dan Ekslusi

Kriteria Inklusi	Kriteria Eksklusi
• Responden berusia > 17 tahun. • Mampu berkomunikasi dengan baik dan benar. • Responden bersedia menjadi sampel penelitian. • Bertempat tinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Pangandaran.	• Responden menolak menjadi sampel penelitian. • Tidak mampu berkomunikasi dengan baik dan benar. • Responden tidak bertempat tinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Pangandaran.

Instrumen adalah alat-alat yang akan digunakan dalam pengumpulan data. Data yang akan dikumpulkan adalah menggunakan kuesioner dan meteran data yang menggunakan kuesinoer yaitu seperti Umur, Tempat penampungan air, Ketersediaan tutup penampungan air, dan Kebiasaan menggantung pakaian. Analisis dilakukan dengan Univariat dan Bivariat. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah chi-square. Penggunakan uji statistik chi square dengan tingkat signifikan p=0,05 (taraf kepercayaan 95%). Apabila p-value < 0,05 berarti ada hubungan yang bermakna secara statistik. Syarat uji chi-square adalah tidak ada nilai observed bernilai nol dan sel nilai expected (E) kurang dari 5 maksimal 20% dari jumlah sel. Apabila tidak memenuhi syarat, maka akan digunakan uji fisher. Hasil yang dibaca bagian Fisher's Exact Test.

E-ISSN 2962-4142
DOI: 10.56741/bikk.v4i01.843
P-ISSN 2962-5734

Hasil

A. Gambaran Hasil Analisis Univariat

Analisis univariat adalah distribusi frekuensi untuk mendapatkan gambaran dari variabel terikat dan variabel bebas. Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui distribusi responden berdasarkan beberapa variabel umur dapat dilihat pada Fig. 1 sampai dengan Fig. 6.

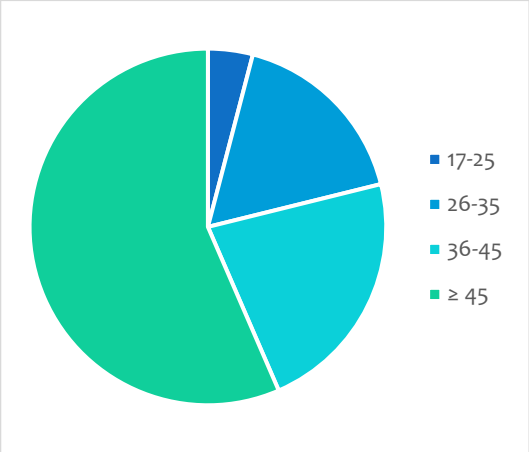


Fig. 1. Distribusi berdasar Umur

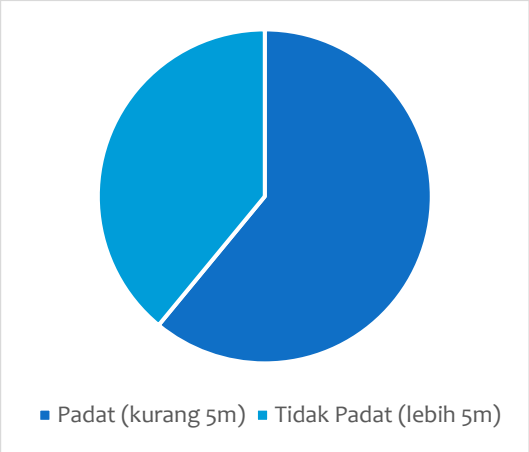


Fig. 2. Distribusi berdasar Kepadatan Rumah

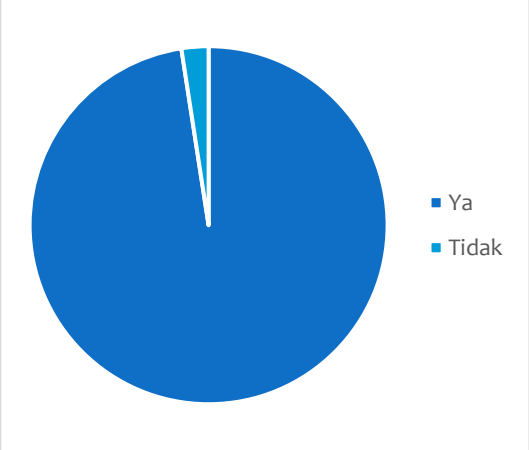


Fig. 3. Distribusi berdasar Pemilikan TPA

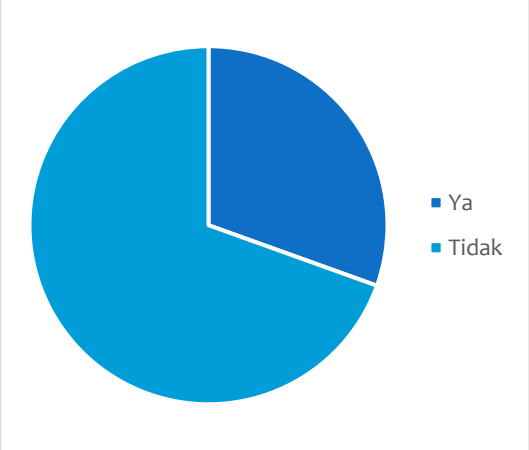


Fig. 4. Distribusi berdasar Ketersediaan Tutup Air

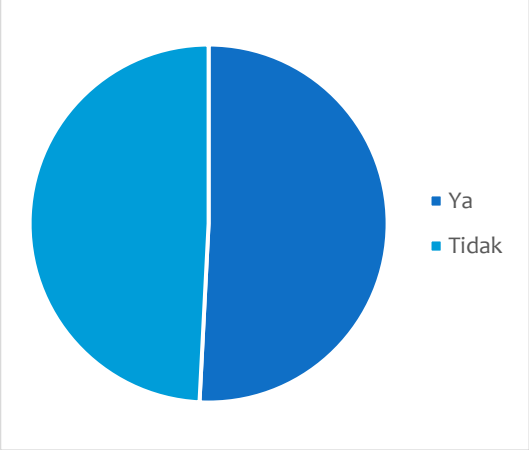


Fig. 5. Distribusi berdasar Kebiasaan Menggantung Pakaian

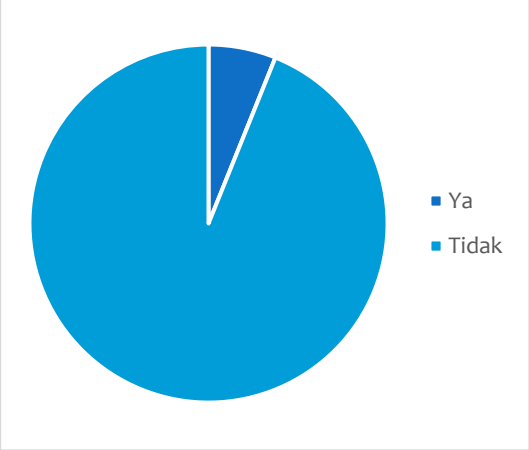


Fig. 6. Distribusi berdasar Kejadian DBD

Berdasarkan hasil analisis univariat, mayoritas responden berada dalam kelompok umur ≥ 45 tahun (56,5%), sedangkan kelompok umur 17-25 tahun memiliki proporsi paling kecil (4,1%) (Fig. 1). Dari segi kepadatan rumah, sebanyak 61,0% responden tinggal di lingkungan padat dengan luas hunian kurang dari 5m, sementara 39,0% tinggal di lingkungan tidak padat (lebih dari 5m) (Fig. 2). Sebagian besar responden (97,6%) memiliki Tempat Penampungan Air (TPA), sementara hanya 2,4% yang tidak memilikinya (Fig. 3). Namun, hanya 30,5% responden yang memiliki tutup pada tempat penampungan air, sedangkan mayoritas (69,5%) tidak menggunakan tutup (Fig. 4). Kebiasaan menggantung pakaian bekas cukup merata, dengan 50,8% responden memiliki kebiasaan tersebut dan 49,2% tidak (Fig. 5). Terkait kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD), dalam kurun waktu 6 bulan terakhir, sebanyak 6,1% responden pernah mengalami DBD, sedangkan 93,9% tidak mengalami penyakit tersebut (Fig. 6). Hasil ini memberikan gambaran umum mengenai karakteristik responden serta faktor-faktor yang berpotensi berpengaruh terhadap kejadian DBD.

B. Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan dari masing- masing variabel bebas dengan variabel terikat yaitu kejadian DBD dengan menggunakan uji chi square. Dikatakan bermakna jika p-value≤0,05 dan tidak bermakna jika p-value>0,05. Hasil analisis bivariat antara beberapa variabel dan kejadian DBD disajikan dalam Tabel 1.

Tabel 2. Hasil Uji Statistik Hubungan Beberapa Variabel dan Kejadian DBD

	Kejadian DBD		*p-value*	OR	95% CI
	Ya	Tidak			
Umur					
17-25 Tahun	0	10	0,131	0,866	3,20- 3,43
26-35 Tahun	0	42			
36-45 Tahun	6	49			
≥ 45 Tahun	9	130			
Kepadatan rumah					
Padat (< 5m)	10	140	0,641	1,30	0,430- 3,927
Tidak Padat (> 5m)	5	91			
Kepemilikan TPA					
Ya	14	226	0,273	0,310	0,034-2.834
Tidak	1	5			
Ketersediaan Tutup					
Ya	6	69	0,409	1,565	0,536-4,567
Tidak	9	162			
Kebiasaan Menggantung Pakaian					
Ya	7	118	0,740	0,838	0,294-2,387
Tidak	8	113			
Total	15	231			

Tabel 2 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara umur dan kejadian DBD, dengan p-value > 0,05 serta nilai RR sebesar 0,866 (95% CI = 3,20-3,43). Hal ini menunjukkan bahwa responden berusia di bawah 45 tahun memiliki perlindungan lebih tinggi terhadap DBD dibandingkan dengan responden yang berusia lebih dari 45 tahun.

Selain itu, tidak ditemukan hubungan antara kepadatan rumah dan kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Pangandaran, dengan p-value sebesar 0,641 (p-value>0,05) dan nilai OR sebesar 1,30 (95% CI = 0,430-3,927). Ini berarti bahwa responden yang tinggal di rumah dengan kepadatan lebih dari 5m memiliki risiko 1,3 kali lebih tinggi terkena DBD dibandingkan dengan mereka yang tinggal di rumah dengan kepadatan kurang dari 5m. Selanjutnya, tidak ada hubungan antara kepemilikan tempat penampungan air dan kejadian DBD, dengan p-value 0,273 (p-value>0,05) dan nilai OR sebesar 0,310 (95% CI = 0,034-2,834). Artinya, responden yang tidak memiliki tempat penampungan air cenderung lebih terlindungi dari DBD dibandingkan dengan mereka yang memiliki tempat penampungan air.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara ketersediaan tutup penampungan air dan kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Pangandaran. Hal ini ditunjukkan oleh p-value 0,409 (> 0,05) dan nilai OR sebesar 1,565 (95% CI = 0,536-4,567), yang mengindikasikan bahwa responden yang tidak menyediakan tutup penampungan air memiliki risiko 1,565 kali lebih tinggi terkena DBD dibandingkan dengan mereka yang memiliki tutup penampungan air. Terakhir, tidak ditemukan hubungan antara kebiasaan menggantung pakaian dan kejadian DBD, dengan p-value 0,740 (> 0,05) dan nilai OR sebesar 0,838 (95% CI = 0,294-2,387). Ini menunjukkan bahwa responden yang tidak memiliki kebiasaan menggantung pakaian cenderung lebih terlindungi dari DBD.

Pembahasan

A. Gambaran Kejadian DBD

Hasil penelitian yang dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Pangandaran ditemukan 15 kasus DBD dengan proporsi tertinggi terjadi pada kelompok umur ≥ 45 tahun sebanyak 9 responden (60%) dan sisanya terjadi pada kelompok umur 36-45 tahun sebanyak 6 responden (30%). Dari 15 responden yang terkena DBD 10 responden (66.7%) diantaranya tinggal di lingkungan dengan kepadatan hunian < 5 M, 14 responden (93,3%) diantaranya memiliki Tempat Penampungan air, 9 responden (60%) diantaranya tidak memiliki tutup penampungan air dan 7 responden (46,7%) diantaranya memiliki kebiasaan menggantung pakaian.

Penyakit DBD adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk aedes aegypti. Penyakit ini dapat menyerang semua orang dan dapat mengakibatkan kematian. Anak-anak lebih rentan terkena DBD karena tingkat imunitasnya yang masih kurang. Apabila nyamuk aedes aegypti sudah menggigit orang yang terkena DBD maka virus dengue akan masuk ke dalam tubuh nyamuk bersama dengan darah yang dihisap dan dapat menularkan ke manusia yang lain. Sehingga penderita deman berdarah dengue merupakan sumber penularan.

Beberapa faktor risiko terjadinya demam berdarah dengue diantanya kepadatan hunian dan pertumbuhan populasi manusia, urbanisasi dan mobilitas penduduk yang tidak terencana, penyediaan air bersih yang tidak adekuat, pengelolaan sampah padat yang belum baik, dan meningkatnya tempat perindukan vektor nyamuk. Indonesia merupakan salah satu Negara yang berpotensi terkena wabah DBD. Permasalahan DBD merupakan masalah yang kompleks sehingga penanganannya memerlukan kerjasama lintas sektor antara pemerintah, swasta, dunia usaha, LSM dan masyarakat. Pemberantasan sarang nyamuk merupakan suatu program yang dianggap paling efektif dan efisien karena metode

tersebut bertujuan untuk memutus siklus hidup vektor DBD. Adapun cara yang terbaik untuk mencegah penularan DBD adalah dengan melakukan kegiatan "3M" yaitu menguras tempat penampungan air, menutup tempat penampungan air dan mengubur atau mendaur ulang barang-barang bekas. Selain memutus mata rantai penularan, cara tersebut juga dapat memberantas nyamuk yang menjadi vektor dengue [7].

B. Hubungan Umur dengan Kejadian DBD

Berdasarkan analisis diketahui bahwa responden dengan kelompok umur kurang dari 45 tahun lebih banyak terkena DBD dalam kurun waktu 6 bulan terakhir sebanyak 9 responden dibandingkan dengan kelompok umur 36-45 tahun sebanyak 6 responden. Hasil uji statistik chi square diperoleh p-value sebesar 0.131 sehingga p-value > 0,05 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Pangandaran yang terjadi selama 6 bulan terakhir, dengan nilai RR sebesar 0,866 (95% CI = 3,20-3,43) yang berarti bahwa responden dengan kelompok umur kurang dari 45 tahun memiliki pelindung terkena DBD dibandingkan responden lebih dari 45 tahun. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyu Handoko, dkk. [8] bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat umur responden dengan kejadian DBD dari hasil uji chi square dengan p-value = 0.267 (p-value > 0,05).

Umur merupakan variabel yang selalu diperhatikan dalam penyelidikan-penyelidikan epidemiologi. Meskipun DBD mampu dan terbukti menyerang tubuh manusia dewasa, namun lebih banyak kasus ditemukan pada pasien anak-anak yang berusia kurang dari 15 tahun. Hal ini disebabkan karena sistem kekebalan tubuh pada anak-anak masih kurang sehingga rentan terhadap penyakit DBD. Sedangkan pada kelompok usia 15 tahun keatas sistem kekebalan tubuh yang terbentuk mulai kompleks [9]. Akan tetapi, semua golongan umur dapat terserang penyakit DBD.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa sebagian besar penderita demam berdarah berada pada kelompok umur lebih dari 45 tahun yang berusia produktif. Dengan kata lain bahwa kelompok usia produktif memiliki risiko lebih tinggi dibanding kelompok usia lainnya. Kelompok usia lebih dari 45 tahun merupakan kelompok usia produktif dengan kegiatan yang cukup padat di siang hari baik di dalam ataupun luar ruangan, mobilisasi dan interaksi dengan orang lain juga tinggi sehingga memudahkan vektor nyamuk aedes aegypti untuk menularkan virus dengue. Kelompok usia produktif mempunyai tingkat mobilitas yang tinggi apabila dibandingkan dengan kelompok umur lainnya, kemudian usia produktif juga memiliki aktivitas yang padat seperti bekerja atau sekolah. Oleh sebab itu, kelompok usia dewasa lebih sering terkena paparan penyakit DBD di luar rumah [10].

Hasil ini dapat dijelaskan bahwa umur tidak berhubungan dengan kejadian DBD karena pada usia produktif lebih dari 45 tahun sistem kekebalan tubuh sudah kompleks. Penyakit DBD merupakan penyakit yang sering muncul sepanjang tahun dan menyerang berbagai kelompok umur. Kejadian DBD dapat dipengaruhi oleh faktor lain seperti sanitasi lingkungan yang buruk dan faktor perilaku seperti mobilisasi dan interaksi yang tinggi pada kelompok umur tersebut. Upaya yang dapat dilakukan oleh responden adalah dengan melakukan cek kesehatan untuk mengetahui kondisi daya tahan tubuh, menggunakan repellent atau lotion anti nyamuk, memakai pakaian tertutup untuk menghindari gigitan

nyamuk aedes aegypti pada responden yang sering melakukan aktivitas di luar rumah, menjaga kebersihan lingkungan sekitar seperti tempat kerja dan melakukan vaksin dengue sebagai upaya pencegahan demam berdarah.

C. Kepadatan Rumah dengan Kejadian DBD

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji chi square diperoleh p-value = 0.641, karena p-value>0,05 maka artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara kepadatan rumah dengan kejadian demam berdarah dengue dengan nilai OR sebesar 1,30 (95% CI = 0,430-3,927) yang berarti bahwa responden yang berada pada kepadatan rumah lebih dari 5m) memiliki risiko 1,3 kali untuk terkena DBD. Suatu rumah dikatakan padat apabila kepadatan huniannya kurang dari 5m.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aran dkk. [11] yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara kepadatan rumah dengan kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Magepanda berdasarkan hasil uji statistik chi square dengan nilai p = 0,711. Penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian Maharani dkk. [12] yang menemukan tidak adanya hubungan antara kepadatan hunian rumah dengan kejadian DBD.

Kepadatan rumah dapat menjadi faktor risiko DBD apabila disertai dengan kepadatan penghuni rumahnya. Menurut UU No. 1 Tahun 2011 Tentang Perumahan dan Kawasan Permukiman dijelaskan bahwa suatu hunian dikatakan padat apabila kepadatan huniannya kurang dari 9 m2/orang. Maka dari itu, padat atau tidaknya rumah bukan merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian DBD.

Kepadatan rumah yang tinggi bukan berarti memiliki risiko terhadap gigitan nyamuk maupun risiko kejadian DBD juga tinggi. Hal ini dapat saja terjadi karena kepadatan rumah bukan merupakan faktor kausatif terjadinya DBD, tetapi dapat menjadi faktor risiko apabila dibersamai dengan faktor lain seperti jumlah penghuni, mobilitas atau aktivitas dalam rumah, kepadatan nyamuk dalam rumah, kondisi dalam rumah seperti suhu, kelembaban dan pencahayaan serta tindakan perlindungan diri anggota keluarga terhadap gigitan nyamuk [12].

Sebuah rumah harus memenuhi persyaratan rumah sehat supaya anggota keluarga yang tinggal di dalamnya merasa nyaman dan tetap sehat serta terbebas dari penyakit dan bahaya karena kondisi rumah yang tidak memenuhi persyaratan rumah sehat. Kepadatan rumah dikatakan baik apabila kepadatan huniannya lebih dari 8 m2/orang [13]. Semakin padat hunian maka semakin mudah untuk terjadi penularan DBD [14].

Namun hasil menunjukkan hal berbeda bahwa kepadatan rumah tidak berhubungan dengan kejadian DBD karena terdapat faktor lain yang dapat mempengaruhi kejadian DBD. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, responden yang berada pada kepadatan rumah kurang dari 5m, tetapi responden melakukan upaya pencegahan mengurangi gigitan nyamuk sehingga dapat mengurangi risiko kejadian DBD. Peneliti juga merekomendasikan supaya responden tetap menjaga sanitasi lingkungan rumah, memasang kawat kassa di lubang jendela atau ventilasi, penggunaan kelambu berinsektisida di kamar tidur, tidak menumpuk atau menggantung pakaian terlalu lama serta menghias rumah dengan tanaman anti nyamuk alami seperti serai wangi, bunga lavender, daun peppermint dan bunga geranium (tapak dara). untuk menghindari gigitan nyamuk aedes aegypti.

D. Kepemilikan TPA (Tempat Penampungan Air) dengan Kejadian DBD

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji chi square diperoleh p-value = 0,273, karena p-value>0,05 maka artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara kepemilikan TPA dengan kejadian demam berdarah dengue dengan nilai OR sebesar 0,310 (95% CI = 0,034-2,834) yang berarti bahwa responden yang memiliki tempat penampungan air terhindar sebesar 0,31 kali dari terkena DBD. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Siti Lailatin Nasifah yang menunjukkan tidak ada hubungan antara keberadaan TPA dengan kejadian DBD (p-value = 0,189).

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, tempat penampungan air yang dimiliki oleh responden adalah bak mandi, bak WC, drum penyimpanan air untuk kebutuhan rumah tangga seperti memasak. Sebagian besar responden sudah menerapkan kegiatan menguras TPA seperti bak mandi atau bak WC secara teratur, kemudian drum tempat penyimpanan air juga memiliki tutup.

Kejadian DBD tidak hanya dipengaruhi oleh kepemilikan TPA, akan tetapi non TPA seperti tempat minum hewan peliharaan, barang bekas (ban bekas, botol, plastik, pecahan piring dan gelas) atau tempat perindukan alami seperti potongan bambu yang dapat menampung air merupakan sarana yang memungkinkan sebagai tempat perindukan dan perkembangbiakan nyamuk. Semakin banyak benda yang dapat menampung air, semakin banyak tempat bagi nyamuk untuk berkembangbiak sehingga semakin meningkat pula risiko kejadian DBD. Lingkungan yang menjadi habitat nyamuk aedes aegypti ialah genangan air yang tidak berkontak langsung dengan tanah dan tidak terkena sinar matahari langsung [15].

Ketersediaan tempat penampungan air apabila disertai dengan upaya- upaya pencegahan DBD seperti melakukan pengurasan satu minggu sekali dan melakukan abatisasi atau ikanisasi dapat mencegah TPA menjadi tempat perindukan nyamuk aedes aegypti. TPA dapat menjadi faktor risiko terjadinya DBD apabila diikuti dengan faktor lain seperti jumlah TPA, kondisi TPA yang lembab dan warna TPA serta keberadaan barang bekas yang dapat menampung air.

Kepemilikan TPA tidak berhubungan dengan kejadian DBD apabila diikuti dengan perilaku responden yang sudah menerapkan 3M diantaranya menguras TPA secara rutin, menutup TPA dan mengubur barang bekas yang dapat menampung air. Peneliti juga merekomendasikan responden untuk melakukan kegiatan abatisasi yaitu menaburkan bubuk abate dan ikanisasi pada tempat penampungan air yang berpotensi menjadi tempat perindukan nyamuk aedes aegypti.

E. Ketersediaan Tutup Penampungan Air dengan Kejadian DBD

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji chi square diperoleh p-value = 0.409, karena p-value>0,05 maka artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan tutup penampungan air dengan kejadian demam berdarah dengue dengan nilai OR sebesar 1,565 (95% CI = 0,536-4,567) yang berarti bahwa responden yang tidak menyediakan tutup penampungan air memiliki risiko 1,565 kali untuk terkena DBD.

Ketersediaan tutup penampungan air bukan merupakan faktor penyebab terjadinya DBD, tetapi dapat menjadi faktor risiko apabila diikuti dengan faktor lain. Ketersediaan tutup TPA sangat dipengaruhi oleh pemanfaatan dari air yang disimpan dalam TPA. Untuk TPA di kamar mandi/ WC sebagian besar responden tidak menggunakan tutup, sedangkan untuk TPA yang dimanfaatkan untuk

memasak, sebagian besar sudah dilengkapi dengan tutup. TPA yang berada di kamari mandi/WC responden biasanya dilakukan pengurasan secara teratur untuk mencegah perkembangbiakan nyamuk aedes aegypti dan diisi dengan volume air yang cukup untuk kebutuhan satu keluarga sehari sehingga tidak menjadi tempat perindukan nyamuk.

Penggunaan tutup yang rapat pada setiap tempat penampungan air dapat mencegah nyamuk untuk bersarang dan bertelur. Tempat penampungan air yang terbuka akan memungkinkan nyamuk untuk berkembangbiak dengan mudah. Tempat penampungan air bersih di rumah umumnya menggunakan gentong dan ember plastik, tempat tersebut harus mempunyai tutup yang rapat dan harus dibersihkan paling sedikit dua kali dalam seminggu. Kemudian, TPA harus diletakan di tempat yang tidak mudah dicemari, lebih tinggi dari lantai, jauh dari tempat sampah dan selalu tertutup rapat.

Ketersediaan tutup penampungan air tidak berhubungan dengan kejadian DBD karena sebagian besar responden melakukan perilaku menguras TPA secara rutin meskipun TPA tidak menggunakan tutup dan mengisi TPA dengan volume yang cukup untuk sehari. Namun, peneliti tetap merekomendasikan supaya TPA tetap diberi tutup agar tidak menjadi tempat perindukan nyamuk dan melaksanakan perilaku 3M meliputi menguras TPA secara rutin, menutup TPA dan mengubur barang bekas yang dapat menampung air, membersihkan tempat penampung air lainnya seperti ember, kaleng atau vas bunga, dan menggunakan obat pembunuh jentik nyamuk seperti temefos.

F. Kebiasaan Menggantung Pakaian dengan Kejadian DBD

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji chi square diperoleh p-value = 0,740, karena p-value>0,05 maka artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan menggantung pakaian bekas dengan kejadian demam berdarah dengue dengan nilai OR sebesar 0,838 (95% CI = 0,294-2,387) yang berarti bahwa responden yang tidak memiliki kebiasaan menggantung pakaian terhindar sebesar 0,838 kali dari terkena DBD. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Istiqomah dan Syahrul [16] yang menyatakan bahwa kebiasaan menggantung pakaian bukan merupakan faktor risiko DBD pada anak usia kurang dari 15 tahun.

Keberadaan pakaian yang digantung memang dapat menjadi tempat peristirahatan nyamuk aedes aegypti, akan tetapi hal tersebut bukan merupakan faktor risiko DBD. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan responden biasanya menggantung pakaian di tempat tertutup seperti lemari, karena apabila menyimpan pakaian yang baru selesai dipakai di tempat tertutup serta dengan kondisi kamar yang memiliki intensitas pencahayaan yang cukup tidak akan menjadi tempat peristirahatan ataupun perindukan nyamuk. Bahwa kebiasaan menggantung pakaian tidak berhubungan dengan kejadian DBD apabila pakaian yang digantung atau disimpan di tempat tertutup seperti lemari. Akan tetapi, peneliti tetap merekomendasikan responden untuk tidak membiasakan menggantung pakaian atau segera masukkan ke mesin cuci pakaian yang baru selesai dipakai.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian terdapat 15 responden (6,1%) yang mengalami DBD dalam kurun waktu 6 bulan terakhir dari total sampel 246 responden. Tidak ada hubungan antara umur dengan kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Pangandaran dengan p-value = 0,131. Tidak ada hubungan

antara kepadatan rumah dengan kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Pangandaran dengan p-value = 0,641 dan nilai OR sebesar 1,30 (95% CI = 0,430-3,927) yang berarti bahwa responden yang berada pada kepadatan rumah kurang dari 5m memiliki risiko 1,3 kali untuk terkena DBD. Tidak ada hubungan antara kepemilikan TPA dengan kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Pangadaran dengan p-value = 0,273 dan nilai OR sebesar 0,310 (95% CI = 0,034- 2,834) yang berarti bahwa responden yang memiliki tempat penampungan air terhindar sebesar 0,31 kali dari terkena DBD. Tidak ada hubungan antara ketersediaan tutup penampungan air dengan kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Pangandaran dengan p-value = 0,409 dan nilai OR sebesar 1,565 (95% CI = 0,536-4,567) yang berarti bahwa responden yang tidak menyediakan tutup penampungan air memiliki risiko 1,565 kali untuk terkena DBD. Tidak ada hubungan antara kebiasaan menggantung pakaian bekas dengan kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Pangandaran dengan p-value = 0,740 dan nilai OR sebesar 0,838 (95% CI = 0,294- 2,387) yang berarti bahwa responden yang tidak memiliki kebiasaan menggantung pakaian terhindar sebesar 0,838 kali dari terkena DBD.

Referensi

[1] Akbar, H., & Syaputra, E. M. (2019). Faktor risiko kejadian demam berdarah dengue (DBD) di Kabupaten Indramayu. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, *2*(3), 159-164.
[2] Wardani. (2021). Hak Kekayaan Intelektual (HKI) Video Pendidikan Kesehatan Tentang Pemberantasan Sarang Nyamuk Di Masyarakat. *Skripsi*. Ilmu Kesehatan. Keperawatan. Universitas Muhammadiyah Ponorogo. Ponogoro
[3] Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan RI.
[4] Respati, T., Raksanagara, A., Djuhaeni, H., Sofyan, A., Faridah, L., Agustian, D., & Sukandar, H. (2017). Berbagai faktor yang memengaruhi kejadian demam berdarah dengue di Kota Bandung. *Aspirator Journal of Vector-Borne Diseases*, *9*(2), 91-96.
[5] Ismah, Z., Purnama, T. B., Wulandari, D. R., Sazkiah, E. R., & Ashar, Y. K. (2021). Faktor Risiko Demam Berdarah di Negara Tropis: Risk Factors of Dengue Hemorrhagic Fever in Tropical Countries. *ASPIRATOR-Journal of Vector-Borne Diseases Studies*, *13*(2), 147-158.
[6] Rosdawati, R. (2021). Hubungan Perilaku Kesehatan dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Ma. Kumpeh Kecamatan Kumpeh Ulu Kabupaten Muaro Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, *10*(1), 250-257.
[7] Hidayani, W.R. (2020). *Demam Berdarah Dengue: Perilaku Rumah Tangga dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk dan Program Penanggulangan Demam Berdarah Dengue*. Purwekerto Selatan: Pena Persada.
[8] Handoyo, W., Hestinigsih, R., & Martini, M. (2017). Hubungan Sosiodemografi dan Lingkungan Fisik dengan Kejadian Demam Berdarah Degue (Dbd) pada Masyarakat Pesisir Pantai Kota Tarakan (Studi Kasus pada Daerah Buffer Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Tarakan) The Correlation Of Sociodemographic And Ph. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *3*(3), 186-195.
[9] Putri, A. E. L. (2023). Gambaran Kasus Demam Berdarah Dengue Puskesmas X Kota Malang Tahun 2019-2022. *Media Husada Journal of Environmental Health Science*, *3*(1), 12-18.
[10] Bahar, M., Anwar, E. N., & Fahira, L. (2023). Hubungan hasil jumlah trombosit dengan hasil IgG IgM pada pasien DBD di Laboratorium RS Gading Medika Kota Bengkulu. *Anakes: Jurnal Ilmiah Analis Kesehatan*, *9*(2), 113-120.
[11] Aran, M. L. B., Herminsih, A., & Pitang, Y. (2021). Faktor Lingkungan dan Perilaku dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Dusun Kampung Baru Desa Magepanda Wilayah Kerja Puskesmas Magepanda Kabupaten Sikka. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*, *7*(1).
[12] Maharani, A. R., Wahyuningsih, N. E., & Murwani, R. (2017). Hubungan kepadatan hunian dengan kejadian demam berdarah dengue di Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *5*(5), 434-440.
[13] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Wilayah KLB DBD Ada di 11 Provinsi*. Tersedia: https://www.kemkes.go.id/article/print/16030700001/wilayah-klb-dbd-ada-di-11-provinsi.html

[14] Maharani, A., & Siwiendrayanti, A. (2023). Analisis Potensi Penularan Tuberkulosis Paru di RW 10 Desa Kedung Waringin, Kecamatan Bojonggede, Kabupaten Bogor. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *11*(5), 481-491.
[15] Dompas, B. E., Sumampouw, O. J., & Umboh, J. M. (2020). Apakah Faktor Lingkungan Fisik Rumah Berhubungan dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue?. *Indonesian Journal of Public Health and Community Medicine*, *1*(2), 011-015.
[16] Istiqomah, M., & Syahrul, F. (2016). Faktor Resiko Aktivitas, Mobilitas, dan Menggantung Pakaian Terhadap Kejadian Demam Berdarah pada Anak. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, *1*(2), 21-27.

Penulis



Shella Agustin adalah lulusan S1 Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Respati Tasikmalaya, Jawa Barat. Ia lahir di Ciamis pada 18 Agustus 1999 dan saat ini berdomisili di Babakan, Pangandaran, Indonesia. Ia sekarang bekerja di Dinas Kesehatan Kabupaten Pangandaran, Jawa Barat. Ia memiliki minat yang besar untuk berkontribusi dalam bidang kesehatan masyarakat. Dengan latar belakang akademiknya, ia berkomitmen untuk menerapkan ilmu dan keterampilannya guna meningkatkan kesejahteraan masyarakat. (email: shellaagustinpnd@gmail.com).



Wuri Ratna Hidayani adalah Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Respati Tasikmalaya, Jawa Barat. Dia penulis produktif menghasilkan 53 buku (25 buku terdiri dari Buku Ajar, Monograf, Bookchapter, buku saku dan 28 buku antologi, berbagai artikel jurnal dan prosiding). Selain, penulis juga reviewer di *International Pharmaceutical Research Journal* dan Widyaiswara *Scientific Journal*, Jurnal Maslahat, Jurnal Abdimas Emass, Ketua Redaksi Jurnal Bidkemas STIKes Respati, Reviewer Jurnal Areste. Dia juga Editor di *Journal of Public Health Sciences* di iistr.org. (email: wuri.ratnahidayani@gmail.com).