

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Infeksi virus dengue dapat menimbulkan manifestasi yang serius yaitu *dengue shock syndrome (DSS)*. Kewaspadaan dini terhadap tanda-tanda syok pada penderita demam berdarah dengue (DBD) sangat penting oleh karena terjadinya kematian pada *DSS* 10 kali lebih besar dibandingkan penderita DBD yang tanpa disertai syok (Kemenkes RI, 2013). Menurut Hadinegoro (1996) pada hampir di seluruh rumah sakit yang ada di Indonesia memperoleh prevalensi syok sebesar 16%-40%. Sedangkan penelitian Raihan dkk. (2010) di RSCM Jakarta disebutkan bahwa syok terjadi pada 103 (37,3%) pasien dari 276 pasien yang diteliti.<sup>1</sup> Dalam saripediatri IDAI (2008) mengatakan pasien yang pada waktu masuk rumah sakit dalam keadaan baik sewaktu-waktu dapat jatuh ke dalam keadaan *DSS*, oleh karena itu kecepatan menentukan diagnosis, monitor, dan pengawasan yang ketat menjadi kunci keberhasilan penanganan DBD.<sup>2</sup> Dengan mengetahui faktor resiko terjadinya syok pada DBD

dapat meningkatkan kewaspadaan kita pada pasien yang memiliki faktor resiko tersebut.

Demam berdarah dengue memiliki tingkat kematian tinggi terutama pada anak-anak dan banyak ditemukan di daerah tropis dan sub-tropis. 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. Indonesia yang berada di wilayah tropis pada daerah ekuator memungkinkan perkembang biakan nyamuk *Aedes aegypti* yang merupakan vektor dari virus dengue (Pusat data dan surveilans epidemiologi kementerian kesehatan RI, 2010).<sup>3</sup>

Data dari seluruh dunia menunjukkan Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DBD setiap tahunnya. Terhitung sejak tahun 1968 hingga tahun 2009, *World Health Organization (WHO)* mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara. Di Indonesia sendiri pada tahun 2014 provinsi Bali merupakan provinsi dengan angka kesakitan DBD tertinggi (204,22 kasus per 100.000 penduduk), sedangkan Maluku merupakan provinsi dengan angka kesakitan DBD terendah (0,70 kasus per 100.000 penduduk). Di Jawa Timur, DBD menjadi salah

satu penyakit tropis yang endemis di hampir seluruh kabupaten/kota. Pada tahun 2012, *incidence rate (IR)* DBD di Jawa Timur mencapai 21,49 per 100.000 penduduk dengan angka kematian 116 jiwa<sup>4</sup>; tahun 2013 meningkat tajam mencapai 39,14 per 100.000 penduduk dengan angka kematian 156 jiwa<sup>5</sup>; dan tahun 2014 kembali menurun mencapai 24,07 per 100.000 penduduk dengan angka kematian 107 jiwa<sup>6</sup>(Profil kesehatan Indonesia, 2012-2014). Departemen kesehatan provinsi Jawa Timur menetapkan kejadian luar biasa (KLB) DBD sejak tanggal 1 Januari 2015. Selama bulan Januari 2015 di Provinsi Jawa Timur KLB DBD terjadi di 37 Kabupaten/Kota, dengan total jumlah kasus sebanyak 3.136 kasus DBD dan angka kematian sebanyak 52 kasus.<sup>7</sup> Surabaya merupakan kota dengan penderita DBD tertinggi di Jawa Timur (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2013)<sup>8</sup>. Mayetti, 2010 dalam penelitiannya di RS DR. M. Djamil Padang mendapati 119 orang pasien *DSS* (46%) dari 259 pasien DBD pada periode januari sampai Desember 2007<sup>11</sup>. Yenni Risniati, 2011 dalam penelitiannya di RSPI. Prof. dr. Sulianti Saroso mendapati 43 orang pasien *DSS* (33,3%) dari 129 pasien DBD selama bulan Januari 2006-April 2008<sup>10</sup>. DBD masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia, kasus DBD yang banyak di Indonesia terutama di Surabaya, serta lokasi yang terjangkau oleh

peneliti menjadi alasan peneliti untuk meneliti pasien DBD di provinsi Jawa Timur, kota Surabaya.

Data di Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya menunjukkan jumlah kasus rawat inap DBD tahun 2015 sebesar 140 kasus, prevalensi kasus tertinggi terjadi pada usia 5-10 tahun. Jumlah kasus rawat inap DBD tahun 2015 sebesar 140 kasus, 52,17% kasus terjadi pada anak usia 5-10 tahun (Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya, 2015).<sup>9</sup> Prevalensi tertinggi pada kelompok anak umur 5-10 tahun dan hanya tersedianya program anthro-plus WHO untuk mengukur status gizi berdasarkan BB/U pada usia 5-10 tahun ini menjadi dasar peneliti untuk mengambil populasi penelitian dari kelompok anak umur 5-10 tahun.

Beberapa penelitian di Indonesia telah mencari faktor-faktor apa yang berhubungan dengan syok pada DBD. Yenni Risniati dalam penelitiannya di RSPI. Prof. dr. Sulianti Saroso dkk (2009) mendapati adanya hubungan antara leukositopenia, trombositopenia, dan status gizi dengan *DSS* dan meningkatkan resiko terjadinya *DSS*<sup>10</sup>. Mayetti dkk (2010) dalam penelitiannya di RS. M. Djamil Padang mendapati tidak adanya hubungan antara status gizi dengan kejadian syok pada DBD. Penelitian Mayetti dkk (2010) juga mendapatkan hasil ada hubungan antara

trombositopenia dengan *DSS* dan meningkatkan resiko terjadinya *DSS*<sup>11</sup>. Hung dkk. (2005) menyebutkan bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat keberatan *DBD/DSS* pada anak dengan malnutrisi ataupun anak dengan gizi normal.<sup>12</sup> Hasil penelitian yang masih berbeda satu sama lain membuat peneliti tertarik untuk meneliti status gizi dan gambaran hematologi sebagai faktor resiko syok pada pasien dengue anak. Peneliti berharap melalui penelitian ini dapat meningkatkan kewaspadaan kita terhadap pasien dengue yang memiliki faktor resiko syok.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah terdapat hubungan gambaran hematologi (trombositopenia, leukopenia, dan peningkatan hematokrit) dan status gizi dengan terjadinya syok pada demam berdarah dengue anak usia 5-10 tahun di Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Menganalisis hubungan gambaran hematologi (trombositopenia, leukositopenia, dan peningkatan hematokrit) dan status gizi dengan terjadinya syok pada penyakit demam berdarah dengue anak usia 5-10 tahun di Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi gambaran status gizi pada pasien DBD anak usia 5-10 tahun di RS Gotong Royong Surabaya periode 1 Januari 2015-31 Desember 2015.
- b. Mengidentifikasi gambaran hematologi yang meliputi trombosit, leukosit, dan hematokrit pada pasien DBD anak usia 5-10 tahun di RS Gotong Royong Surabaya periode 1 Januari 2015-31 Desember 2015.
- c. Mengidentifikasi prevalensi kejadian syok pada pasien DBD anak usia 5-10 tahun di RS Gotong Royong Surabaya periode 1 Januari 2015-31 Desember 2015.
- d. Menganalisis hubungan status gizi dengan kejadian syok pada pasien DBD anak usia 5-10 tahun di Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya.
- e. Menganalisis hubungan trombositopenia dengan kejadian syok pada pasien DBD anak usia 5-10 tahun di Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya.
- f. Menganalisis hubungan leukositopenia dengan kejadian syok pada pasien DBD anak usia 5-10 tahun di Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya.

- g. Menganalisis hubungan peningkatan hematokrit dengan kejadian syok pada pasien DBD anak usia 5-10 tahun di Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### 1.4.1 Bagi Peneliti :

Menambah wawasan dalam mengetahui faktor resiko apa yang perlu diwaspadai sebagai faktor resiko terjadinya syok pada pasien DBD anak usia 5-10 tahun.

##### 1.4.2 Bagi Masyarakat dan Dunia Kedokteran :

1.4.2.1 Membantu menganalisis hubungan gambaran hematologi (trombositopenia, leukositopenia, dan peningkatan hematokrit) pasien DBD dengan kejadian syok pada DBD.

1.4.2.2 Membantu menganalisis hubungan status gizi pasien DBD dengan kejadian syok pada DBD.

##### 1.4.3 Bagi Rumah Sakit Gotong Royong :

Memberikan gambaran faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian syok pada DBD sehingga pengawasan pada pasien yang terdapat faktor resiko tersebut menjadi lebih ketat.