

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.

Chikungunya adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *Chikungunya* yang ditularkan ke manusia melalui gigitan nyamuk. Nama penyakit berasal dari bahasa Swahili yang berarti “yang berubah bentuk atau bungkuk”, mengacu pada postur penderita yang membungkuk akibat nyeri sendi yang hebat (Suharto, 2007).

Chikungunya tergolong *arthropod-borne disease*, yaitu penyakit yang disebarkan oleh arthropoda khususnya nyamuk *Aedes aegypti*. Nyamuk ini memiliki kebiasaan menggigit pada siang hari, sehingga kejadian penyakit ini lebih banyak terjadi pada wanita dan anak-anak dengan alasan mereka lebih banyak berada di rumah siang hari. Penyakit ini ditandai dengan demam, myalgia, arthralgia, ruam kulit, leukopenia, limfadenopati dan penderita mengalami kelumpuhan motorik yang tidak permanen (Widiyono, 2011; Djakaria, Sungkar, 2008).

Penderita penyakit *Chikungunya* umumnya sembuh secara spontan dan diikuti dengan imunitas homolog yang berlangsung lama, terjadinya serangan

kedua oleh penyakit ini belum diketahui. Infeksi yang tidak jelas sering terjadi, terutama pada anak-anak. Pada saat terjadi wabah, poliartritis dan arthritis lebih sering terjadi pada wanita dewasa dan pada orang-orang yang secara genetik memiliki fenotip HLA DR7 Gm a+x+b+ (Chin, 2006).

Chikungunya tersebar di daerah tropis dan subtropis yang berpenduduk padat seperti Afrika, India dan Asia tenggara. Di Afrika, virus ini dilaporkan menyerang di Zimbabwe, Kongo, Kenya dan Uganda. Pertama kali terjadi di Tanzania pada tahun 1952, negara selanjutnya yang terserang adalah Thailand pada tahun 1958; Kamboja, Vietnam, Srilanka dan India pada tahun 1964, 2006 di Pakistan serta tahun 2007 di Kerala, India yang menyerang sekitar 7000 penderita. Di Indonesia, *Chikungunya* pertama kali dilaporkan pada tahun 1973 yang terjadi di Samarinda, selanjutnya di Kuala Tungkal (Jambi) tahun 1980 dan di Martapura, Ternate serta Yogyakarta tahun 1983. Kejadian Luar Biasa (KLB) demam *Chikungunya* di Bogor, Bekasi, Purworejo dan Klanten pada tahun 2002. Lokasi penyebaran penyakit ini tidak jauh berbeda dengan demam berdarah *Dengue* karena vektor utamanya sama yaitu nyamuk *Aedes aegypti* (Smith *et al*, 2009; Widoyono, 2011).

Di Sumatra Barat sendiri terdapat peningkatan kasus *Chikungunya* yang sangat signifikan yaitu dari 11 kasus pada tahun 2011 menjadi 1607 kasus di tahun 2012. Peningkatan kasus tertinggi terjadi di kabupaten Solok yaitu sebanyak 1400 kasus, sisanya kota Padang 168 kasus, kota Bukit tinggi 34 kasus dan kota Pariaman sebanyak 5 kasus. Dari data kasus *Chikungunya* dinas kesehatan kabupaten Solok tahun 2012, dilihat berdasarkan wilayah kerja puskesmas

sekabupaten Solok yang terdiri atas 18 puskesmas, kejadian kasus *Chikungunya* tahun 2012 terjadi di 3 wilayah kerja puskesmas yaitu wilayah kerja puskesmas Singkarak, wilayah kerja puskesmas Selayo dan wilayah kerja puskesmas Tanjung Bungkung. Jika dilihat berdasarkan tingkat nagari, kejadian kasus *Chikungunya* terbanyak dan terbaru terjadi di nagari Saning Bakar yang merupakan wilayah kerja puskesmas Singkarak. Kejadian kasus *Chikungunya* di Saning Bakar terbanyak terjadi di jorong Balai Gadang (Dinas kesehatan propinsi Sumatra Barat, 2012; dinas kesehatan kabupaten Solok, 2012 dan data laporan penderita demam *Chikungunya* di nagari Saning Bakar, 2012).

Peningkatan kasus ini tentunya dipengaruhi oleh perilaku masyarakat dalam pencegahan penyakit *Chikungunya*. Salah satu perilaku masyarakat Saning Bakar yang memicu peningkatan kasus *Chikungunya* adalah pengelolaan boto-botol bekas minuman, tempurung kelapa dan benda-benda yang dapat menampung air lainnya yang berserakan disekitar rumah, yang pengelolaannya masih kurang baik. Karna air yang tertampung tersebut dapat menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk *Aedes aegypti*.

Dari 10 rumah yang diobservasi, pada 7 rumah ditemukan botol-botol bekas minuman, tempurung kelapa dan benda-benda yang dapat menampung air lainnya yang berserakan disekitar rumah. Saat dilakukan wawancara terhadap masing-masing pemilik rumah mengenai pengaruh benda-benda yang dapat menampung air yang berserakan di sekitar rumah terhadap peningkatan kasus *Chikungunya*, 5 orang menjawab dengan yakin faktor tersebut berpengaruh dan 5 orang lainnya menjawab dengan ragu-ragu bahwa faktor tersebut berpengaruh. Di samping itu

sebagian besar masyarakat juga punya kebiasaan membuang sampah di kebun yang dekat dari rumahnya (450 Ha tanah di nagari Saning Bakar digunakan untuk perkebunan) (Rekapitulasi hasil pendataan keluarga tingkat desa/kelurahan nagari Saning Bakar, 2010).

Terbentuknya perilaku yang kurang baik dalam pengelolaan botol-botol bekas minuman dan benda-benda yang dapat menampung air lainnya yang berserakan di sekitar rumah, tentunya berhubungan dengan tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat mengenai tindakan pencegahan penyakit *Chikungunya*. Sesuai dengan yang disampaikan oleh Notoatmodjo (2007), perubahan perilaku itu mengikuti beberapa tahapan, yakni melalui proses perubahan: pengetahuan (*knowledge*) kemudian menjadi sikap (*attitude*) kemudian menjadi praktik (*practice*) dapat disingkat dengan "PSP" (KAP) (Notoatmodjo, 2007).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti ingin mengetahui bagaimanakah tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat nagari Saning Bakar kabupaten Solok mengenai penyakit *Chikungunya* dan vektornya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengetahui tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat nagari Saning Bakar kabupaten Solok mengenai penyakit *Chikungunya* dan vektornya.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengetahui tingkat pengetahuan masyarakat tentang pencegahan penyakit *Chikungunya* dan vektornya.

2. Mengetahui sikap masyarakat tentang pencegahan penyakit *Chikungunya* dan vektornya.
3. Mengetahui tindakan masyarakat dalam pencegahan penyakit *Chikungunya* dan vektornya.
4. Mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan dengan tindakan pencegahan penyakit *Chikungunya* dan vektornya.
5. Mengetahui hubungan antara sikap dengan tindakan pencegahan penyakit *Chikungunya* dan vektornya.

1.4 Manfaat Penelitian

Dengan mengetahui tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat nagari Saning Bakar kabupaten Solok terhadap pencegahan penyakit *Chikungunya*, diharapkan dapat memberikan manfaat seperti:

1. Bagi instansi yang berwenang, mendapatkan informasi terbaru tentang tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat mengenai pencegahan penyakit *Chikungunya* dan vektornya di kabupaten Solok, serta dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam menentukan langkah selanjutnya untuk melakukan pencegahan penyakit *Chikungunya* lewat pemberantasan vektornya.
2. Bagi peneliti, diharapkan dapat meningkatkan ilmu pengetahuan dalam bidang kedokteran.
3. Bagi institusi pendidikan, mendapatkan informasi terbaru tentang tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat nagari Saning Bakar kabupaten Solok mengenai pencegahan penyakit *Chikungunya* dan vektornya, sehingga

diharapkan munculnya informasi baru untuk menanggulangi masalah penyakit *Chikungunya*.

4. Sebagai bahan masukan untuk dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam kegiatan pencegahan dan pemberantasan penyakit *Chikungunya* dan vektornya.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Chikungunya*

2.1.1 Definisi

Chikungunya adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *chikungunya* yang disebarkan ke manusia melalui gigitan nyamuk. Nama penyakit berasal dari bahasa Swahili yang berarti “ yang berubah bentuk atau bungkuk”, mengacu pada postur penderita yang membungkuk akibat nyeri sendi yang hebat, Manusia dan primata adalah host alami bagi penyakit ini (Suharto, 2007; Gill dan Beeching, 2009).

2.1.2 Epidemiologi

Chikungunya tersebar di daerah tropis dan subtropis yang berpenduduk padat seperti Afrika, India dan Asia Tenggara. Di Afrika, virus ini di laporkan menyerang di Zimbabwe, Kongo, Angola, Kenya dan Uganda. Data terbaru bulan Juni 2007, telah dilaporkan terjadi KLB yang menyerang sekitar 7000 penderita di Kerala, India (Gill dan Beeching, 2009; Widoyono, 2011).

Di Indonesia, *Chikungunya* pertama kali dilaporkan pada tahun 1973 yang terjadi di Samarinda. 2004, dilaporkan KLB yang menyerang sekitar 120 orang di Semarang. Lokasi penyebaran penyakit ini tidak jauh berbeda dengan demam