

**UNIVERSITAS INDONESIA**

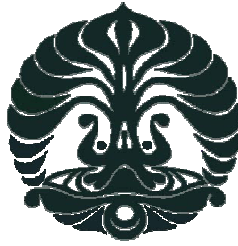
**GAMBARAN FAKTOR-FAKTOR PREDISPOSISI DAN  
PRAKTIK MINUM OBAT PADA PENGOBATAN MASSAL  
FILARIASIS DI 7 RW KELURAHAN BAKTIJAYA  
DEPOK TAHUN 2009**

**SKRIPSI**

**DEWI KUSUMAWARDANI  
1005000459**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN EPIDEMIOLOGI  
DEPOK**

Gambaran faktor-faktor..., Dewi Kusumawardani, FKM UI, 2009 **JUNI 2009**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**GAMBARAN FAKTOR-FAKTOR PREDISPOSISI DAN  
PRAKTIK MINUM OBAT PADA PENGOBATAN MASSAL  
FILARIASIS DI 7 RW KELURAHAN BAKTIJAYA  
DEPOK TAHUN 2009**

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM)**

**DEWI KUSUMAWARDANI  
1005000459**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN EPIDEMIOLOGI  
DEPOK**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Dewi Kusumawardani

NPM : 1005000459

Mahasiswa Program : Epidemiologi

Tahun Akademik : 2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

**GAMBARAN FAKTOR-FAKTOR PREDISPOSISI DAN PRAKTIK MINUM OBAT PADA PENGOBATAN MASSAL FILARIASIS DI 7 RW KELURAHAN BAKTIJAYA DEPOK TAHUN 2009**

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Juli 2009

Dewi Kusumawardani

## LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :  
Nama : Dewi Kusumawardani  
NPM : 1005000459  
Program Studi : Epidemiologi  
Judul Skripsi : Gambaran Faktor-Faktor Predisposisi dan Praktik  
Minum Obat Pada Pengobatan Massal Filariasis  
Di 7 RW Kelurahan Baktijaya Depok Tahun 2009

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia**

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Dr. Sudarto Ronoatmodjo, dr, MSc ( )  
Penguji : dr. Tri Yunis Miko, MSc ( )  
Penguji : dr. Ani Rubiani, M.Kes ( )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 26 Juni 2009

## KATA PENGANTAR

*Praise be to Allah, The Lord of The worlds*

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena hanya atas perkenan-Nya jualan penulisan skripsi ini dapat penulis selesaikan. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Sudarto Ronoatmodjo, dr, MSc selaku pembimbing skripsi yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya untuk membimbing saya dalam menyelesaikan skripsi ini;
2. dr. Tri Yunis Miko, MSc dan dr. Ani Rubiani, M.Kes. yang telah berkenan menguji dan memberikan masukan yang berharga bagi saya;
3. Dinas Kesehatan Kota Depok, Kelurahan Baktijaya, Puskesmas Kelurahan Baktijaya dan Pengurus RT/RW di Kelurahan Baktijaya yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
4. Keluarga tercinta: H. Miftah M Oe, SE (Papa), Hj. Titiek S, MM (Mama), dr. Kornadi, dr. Dian, Adi Cachyadi, Indah, Skm., dan Farid Wijaya (Kakak-kakak dan Adik), serta Ahmad, Fathiya, Abiyu dan Farhana (keponakan-keponakan) yang senantiasa mengisi tempat di hati saya;
5. Teman-teman enumerator dan skripsi: Bapak Mahindra (Dinkes), Bapak Pairin (Kelurahan), Ibu Siti (Puskesmas), Bapak Rahmat (Kesbang), Ibu Yayuk dan Mas Indra (Departemen), Marfiin (Eks Gizi 2006), Ridwan (Reg Epidemiologi 2006), Dara (Reg PKIP 2006), Budi (Reg MRS 2006), Lulu dan Kartika (Reg Epidemiologi 2005), Wahyu (Reg PKIP 2006), Dwi (Eks Gizi 2006), Wahyu (Reg Gizi 2004), Permatasari (Mutu), A.Fahrozi (Reg Epidemiologi 2004), Gita (Kimia 2006), Uni Lily

(Magister IKM) yang telah banyak membantu saya dalam proses pembuatan skripsi ini;

6. Teman-teman Gerakan Sehat Bersama FKM UI: Nurdianaturrahma, Skm. Yulianti, Skm., beserta teman-teman di gedung G lantai 3, Keluarga Kosan KANIA no 7, Keluarga CORAL EO, Keluarga Bahasa Indonesia SMANSA, Keluarga KOPMA FKM UI, Keluarga 2005 BEDA, Keluarga NSC YEH Indonesia dan Keluarga EPISENTRUM beserta Kelompok Praktikum Kesmas 2005 yang banyak mendukung saya selama ini;
7. Sahabat-sahabat saya: Hastomi (Sipil 2005), Hadi (K3 2005), Aswin (K3 2004) dan Delta (Elektro 2005) yang senantiasa memberi pencerahan;

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini memberi manfaat.

Depok, 26 Juni 2006

Penulis

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

=====

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dewi Kusumawardani

NPM : 1005000459

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Departemen : Epidemiologi

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis karya : Skripsi

demikian demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

GAMBARAN FAKTOR-FAKTOR PREDISPOSISI DAN PRAKTIK MINUM OBAT PADA PENGOBATAN MASSAL FILARIASIS DI 7 RW KELURAHAN BAKTIJAYA DEPOK TAHUN 2009

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 26 Juni 2009

Yang menyatakan

Dewi Kusumawardani

## ABSTRAK

Nama : Dewi Kusumawardani  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul : Gambaran Faktor-Faktor Predisposisi dan Praktik Minum Obat  
Pada Pengobatan Massal Filariasis Di 7 RW Kelurahan Baktijaya  
Depok Tahun 2009

Skripsi ini membahas gambaran faktor-faktor predisposisi yakni umur, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan dan pengetahuan tentang Filariasis yang berhubungan dengan praktik minum obat Filariasis di 7 RW Kelurahan Baktijaya Depok tahun 2009. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *cross sectional* (potong lintang) dan menggunakan data primer. Hasil penelitian menyarankan bahwa kegiatan sosialisasi berupa penyuluhan tentang Filariasis dan pengobatan massal Filariasis agar diperbanyak sehingga dapat meningkatkan pengetahuan tentang Filariasis dan membuat masyarakat mau meminum obat massal Filariasis.

Kata Kunci:  
Filariasis, Predisposisi, Pengobatan massal

The focus of this study is the description of disposing factors there are age, sex, job, education grade and knowledge about Filariasis disease which is related to Filariasis drugs consumption in 7 RW Kelurahan Baktijaya Depok 2009. This research is quantitative descriptive interpretive with *cross sectional* design. The data were collected by means of interviews. The researcher suggest to increase dissemination activities of Filariasis and the drugs consumption information so we can improve people's knowledge about Filariasis disease and make they already to eat the Filariasis drugs.



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Di negara berkembang, penyakit menular masih merupakan sebuah masalah. Setiap hari para dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lain menangani penyakit menular baik di rumah sakit maupun di lapangan kerja lainnya. Pentingnya penyakit menular ini untuk ditanggapi tidak hanya karena frekuensi dan morbiditasnya yang masih tinggi, tapi juga karena munculnya penyakit-penyakit menular yang baru atau yang disebut dengan *new emergent disease* seperti HIV/AIDS, dan kembalinya penyakit-penyakit lama atau *reemergent disease* seperti TBC (Benenson 1995 dalam Miko, 2003).

Di Indonesia, penyakit menular juga merupakan masalah utama dalam bidang kesehatan. Menurut SKRT 1995, penyebab kematian terbesar di Indonesia adalah penyakit infeksi. Terdapat sedikitnya tiga puluh empat infeksi penyakit menular yang banyak ditemukan di Indonesia, diantaranya adalah penyakit yang ditularkan melalui vektor nyamuk yakni Filariasis (Soedarto, 1990).

Filariasis atau penyakit kaki gajah adalah penyakit menular menahun yang disebabkan oleh cacing *Filaria*. Penyakit ini ditularkan secara biologik ke dalam tubuh manusia oleh berbagai jenis nyamuk, diantaranya yakni nyamuk *Culex*, *Aedes*, dan *Anopheles*. Setelah masuk ke dalam tubuh manusia, cacing ini akan hidup dalam saluran limfe serta kelenjar limfe manusia dan merusaknya hingga menimbulkan kecacatan yang permanen bila tidak segera dicegah (Soedarto, 1990).

Pada tahun 2004, diperkirakan terdapat seperlima penduduk dunia atau 1,1 milyar penduduk di 83 negara berisiko terinfeksi Filariasis, terutama di negara-negara dengan daerah tropis dan subtropis (Depkes, 2005). Menurut WHO, urutan negara dengan kasus Filariasis terbanyak adalah Asia Selatan (India dan Bangladesh), Afrika, Pasifik dan Amerika, serta diikuti oleh Thailand dan Indonesia (Asia Tenggara).

Di Indonesia, berdasarkan hasil survei yang dilaksanakan pada tahun 2000-2004, diperkirakan 6 juta orang terinfeksi Filariasis dan dilaporkan lebih dari 8.243 diantaranya menderita klinis kronis Filariasis atau *Elephantiasis*

khususnya di daerah pedesaan (Depkes 2005). Kemudian hingga Januari 2007, tercatat 10.443 kasus kronis Filariasis yang tersebar di 376 kabupaten/kota (Republika, 2008). Khusus di Jawa Barat, Filariasis menyerang hampir di seluruh kota. Berdasarkan hasil survei tahun 2002-2003, dilaporkan sebanyak 139 penderita Filariasis yang tersebar di 102 desa di Jawa Barat (Sinar Harapan 2005).

Salah satu wilayah di Jawa Barat yang telah dinyatakan sebagai daerah endemis Filariasis adalah Kota Depok. Di Kota ini telah ditemukan kasus klinis Filariasis yakni di Kecamatan Limo Depok dengan jumlah kasus tersebar di 4 kelurahan; 1 kasus di Kelurahan Meruyung, 1 kasus di Grogol, 2 kasus di Krukut dan 1 kasus di Limo. Selain itu juga ditemukan adanya 2 kasus yang sesuai dengan jarak terbang nyamuk yakni 100m. Kasus kronis Filariasis di Kota Depok kini tersebar di 6 Kecamatan dan 15 Kelurahan yakni sebanyak 22 kasus (Dinkes Depok 2009)

Pada tahun 1997, *World Health Assembly* menetapkan resolusi “Elimination Lymphatic Filariasis as a Public Health Problem” yang kemudian dipertegas oleh WHO dengan deklarasi “The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health Problem by the Year 2020”. Indonesia sepakat untuk memulai program eliminasi Filariasis secara bertahap mulai tahun 2002 sebagai salah satu prioritas nasional pemberantasan penyakit menular sesuai dengan Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 7 tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2004-2009, Bab 28 D, 5. Selain itu, Menteri Kesehatan pada tanggal 8 April 2002 telah menerbitkan Surat Edaran Menteri Kesehatan nomor 612/MENKES/VI/2004 kepada Gubernur dan Bupati/Walikota di seluruh Indonesia tentang Pelaksanaan Pemetaan Endemisitas Filariasis, Pengobatan Massal Daerah Endemis Filariasis, dan Tatalaksana Penderita Filariasis di Seluruh Daerah (Depkes 2005).

Strategi yang diterapkan dalam program eliminasi Filariasis adalah memutuskan mata rantai penularan dengan pengobatan massal di daerah endemis serta upaya pencegahan dan membatasi kecacatan melalui penatalaksanaan kasus klinis Filariasis. Kemudian untuk monitoring dan evaluasi, dilakukan perhitungan terhadap cakupan geografis dan cakupan pengobatan massal (Depkes 2005).

Dalam pelaksanaannya, pengobatan massal baru dilakukan pada tahun 2006 pada

sekitar 7.480.210 orang di 54 Kota/Kabupaten dari keseluruhan Kota/Kabupaten endemis sebanyak 262 dengan jumlah sasaran pengobatan massal berjumlah 98.281.200 orang, itu berarti cakupan pengobatan massalnya masih sedikit atau baru 7,6 % (Republika, 2008).

Di Kota Depok, pengobatan massal Filariasis telah dilakukan di seluruh kecamatan pada tahun 2008. Kecamatan tersebut adalah Limo, Sawangan, Pancoran Mas, Beji, Cimanggis, dan Sukmajaya. Pada enam kecamatan tersebut, telah diketahui angka cakupan minum obat pada pengobatan massal atau yang disebut dengan angka realisasi minum obat dengan hasil yang bervariasi. Berdasarkan Laporan Pengobatan Massal Filariasis Dinas Kesehatan Kota Depok tahun 2008, persentase angka realisasi minum obat Filariasis tertinggi yakni 100% terdapat di Kelurahan Meruyung, Grogol, Pangkalan Jati Baru dan Cipayung, sedangkan persentase angka realisasi minum obat Filariasis terendah terdapat di Kecamatan Sukmajaya, yakni di Kelurahan Baktijaya dengan persentase hanya mencapai 77% atau dalam arti lain, ada hampir seperempat penduduk sasaran dengan jumlah 10.198 orang di Kelurahan Baktijaya yang tidak meminum obat pada pengobatan massal Filariasis tahun 2008, hal ini dapat menjadi faktor penghambat dalam keberhasilan program eliminasi Filariasis di Indonesia, khususnya di Kota Depok.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Salah satu strategi utama program eliminasi Filariasis di Indonesia adalah memutuskan mata rantai penularan dengan pengobatan massal di daerah endemis Filariasis. Kota Depok sebagai daerah endemis Filariasis telah mengadakan pengobatan massal pada tahun 2008. Dari seluruh kelurahan yang menjadi sasaran pengobatan massal di Kota Depok, kelurahan dengan persentase angka realisasi minum obat terkecil ada di Kecamatan Sukmajaya, yakni Kelurahan Baktijaya. Dari 44.577 penduduk yang dijadikan sasaran minum obat, hanya 34.379 orang atau 77% yang minum obat. Hal ini dapat menjadi faktor penghambat dalam keberhasilan program eliminasi Filariasis di Indonesia, khususnya di Kota Depok.

Berdasarkan rumusan masalah tersebut, peneliti tertarik untuk melihat bagaimana gambaran faktor-faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan dan pengetahuan tentang Filariasis) dan praktik minum obat pada pengobatan massal Filariasis di Kelurahan Baktijaya Depok tahun 2009.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Bagaimana gambaran faktor-faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan dan pengetahuan tentang Filariasis) dan praktik minum obat pada pengobatan massal Filariasis di Kelurahan Baktijaya Depok tahun 2009?

### **1.4 Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan Umum**

Mengetahui gambaran faktor-faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan dan pengetahuan tentang Filariasis) dan praktik minum obat pada pengobatan massal Filariasis di Kelurahan Baktijaya Depok tahun 2009.

#### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Diketuainya gambaran distribusi penerimaan obat massal Filariasis di Kelurahan Baktijaya Depok tahun 2008
2. Diketuainya gambaran distribusi praktik minum obat Filariasis masyarakat pada pengobatan massal Filariasis di Kelurahan Baktijaya Depok tahun 2008
3. Diketuainya gambaran pengetahuan masyarakat tentang Filariasis di Kelurahan Baktijaya Depok tahun 2009
4. Diketuainya gambaran faktor-faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan dan pengetahuan tentang Filariasis) yang berhubungan dengan praktik minum obat Filariasis di Kelurahan Baktijaya Depok tahun 2009

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1. Bagi Peneliti**

Penelitian ini bermanfaat untuk menambah pengetahuan, wawasan dan pengalaman penelitian dalam bidang kesehatan masyarakat. Bagi peneliti lain, hasil penelitian ini bermanfaat sebagai masukan untuk melakukan penelitian selanjutnya.

### **1.5.2. Bagi Instansi Kesehatan**

Penelitian ini dapat bermanfaat sebagai evaluasi program pemberantasan penyakit menular Filariasis di Kelurahan Baktijaya Kecamatan Sukmajaya Depok, sehingga dapat menjadi masukan untuk menyempurnakan program agar menjadi lebih baik dan efektif. Selain itu, hasil penelitian ini juga dapat menjadi bahan pertimbangan untuk mengembangkan strategi intervensi kesehatan dan kebijakan yang efektif dalam menjalankan program pemberantasan penyakit menular Filariasis, khususnya di wilayah Depok.

## **1.6 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran faktor-faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan dan pengetahuan tentang Filariasis) dan praktik minum obat pada pengobatan massal Filariasis di Kelurahan Baktijaya Depok tahun 2009. Penelitian dilaksanakan pada bulan April 2009 di Kelurahan Baktijaya, Kecamatan Sukmajaya Depok. Penetapan lokasi ditentukan dari angka cakupan realisasi minum obat yang paling rendah berdasarkan laporan pengobatan massal Filariasis Dinas Kesehatan Kota Depok tahun 2008. Data yang digunakan adalah data primer melalui pengisian kuesioner.

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Filariasis

#### 2.1.1 Etiologi dan Penularan Filariasis

Filariasis atau penyakit kaki gajah adalah penyakit menular menahun yang disebabkan oleh cacing *Filaria*. Filariasis di Indonesia dapat disebabkan oleh tiga jenis spesies cacing *Filaria*, yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi*, dan *Brugia timori*. Secara umum, daur hidup ketiga spesies cacing tersebut tidak berbeda, yakni terjadi di dalam tubuh manusia dan tubuh nyamuk. Cacing dewasa (disebut makrofilaria) hidup di saluran dan kelenjar limfe, sedangkan anaknya (disebut mikrofilaria) ada di dalam sistem peredaran darah (Depkes, 2005).

**Tabel 1. Jenis Mikrofilaria yang Terdapat di Indonesia dalam Sediaan Darah dengan Pewarnaan Giemsa**

| No | Karakteristik                               | <i>W. bancrofti</i>        | <i>B. malayi</i>          | <i>B. timori</i>     |
|----|---|----------------------------|---------------------------|----------------------|
| 1  | Gambaran umum dalam sediaan darah           | Melengkung lurus           | Melengkung kaku dan patah | Melengkung dan patah |
| 2  | Perbandingan lebar dan panjang ruang kepala | 1 : 1                      | 1 : 2                     | 1 : 3                |
| 3  | Warna sarung                                | Tidak berwarna             | Merah muda                | Tidak berwarna       |
| 4  | Ukuran panjang ( $\mu\text{m}$ )            | 240-300                    | 175-230                   | 265-325              |
| 5  | Inti badan                                  | Halus, tersusun rapi       | Kasar, berkelompok        | Kasar, berkelompok   |
| 6  | Jumlah inti di ujung ekor                   | 0                          | 2                         | 2                    |
| 7  | Gambaran ujung ekor                         | Seperti pita ke arah ujung | Ujung agak tumpul         | Ujung agak tumpul    |

Mikrofilaria akan terbawa masuk ke dalam lambung nyamuk dan melepaskan selubungnya pada saat nyamuk menghisap darah manusia atau hewan yang mengandung mikrofilaria, kemudian mikrofilaria tersebut menembus dinding lambung dan bergerak menuju otot atau jaringan lemak di bagian dada. Setelah  $\pm 3$  hari, mikrofilaria mengalami perubahan bentuk

menjadi larva stadium 1 (L1). Setelah  $\pm$  6 hari, larva tumbuh menjadi larva stadium 2 (L2) yang disebut dengan larva preinfektif. Larva stadium 2 ini mulai menunjukkan adanya gerakan. Kemudian larva tumbuh menjadi larva stadium 3 (L3) dengan gerakan yang aktif dan disebut sebagai cacing infektif.

Seseorang pada dasarnya dapat tertular Filariasis apabila digigit oleh nyamuk infektif atau nyamuk yang mengandung larva stadium 3. Nyamuk infektif mendapat mikrofilaria dari pengidap, baik pengidap dengan gejala klinis maupun pengidap yang tidak menunjukkan gejala klinis. Orang yang terinfeksi Filariasis tetapi belum menunjukkan gejala klinis, biasanya di dalam tubuhnya sudah terjadi perubahan-perubahan patologis (Depkes, 2005).

### 2.1.2 Vektor Filariasis

Nyamuk yang diidentifikasi telah menjadi vektor bagi mikrofilaria di Indonesia berjumlah 23 spesies dari 5 genus, yaitu: *Mansonia*, *Anopheles*, *Culex*, *Aedes* dan *Armigeres*. Sepuluh nyamuk *Anopheles* diidentifikasi sebagai vektor *W. bancrofti* tipe pedesaan. Selanjutnya, nyamuk *Culex quinquefasciatus* diidentifikasi sebagai vektor *W. bancrofti* tipe perkotaan dan merupakan vektor yang paling banyak membawa mikrofilaria di pulau Jawa (Depkes, 2005).

### 2.1.3 Lingkungan

Lingkungan sangat berpengaruh terhadap distribusi kasus Filariasis dan mata rantai penularannya. Biasanya daerah endemis *B. malayi* adalah daerah dengan hutan rawa, sepanjang sungai atau badan air lain yang ditumbuhi tanaman air. Sedangkan daerah endemis *W. bancrofti* tipe perkotaan (urban) adalah daerah-daerah perkotaan yang kumuh, padat penduduknya dan banyak genangan air kotor sebagai habitat dari vektor nyamuk *Culex quinquefasciatus* (Depkes, 2005).

Selain lingkungan fisik, lingkungan sosial, ekonomi dan budaya yang timbul sebagai akibat adanya interaksi antar manusia yakni perilaku,

adat istiadat, budaya, kebiasaan dan tradisi penduduk juga perlu diperhatikan. Kebiasaan bekerja di kebun pada malam hari, kebiasaan keluar pada malam hari, atau kebiasaan tidur perlu diperhatikan karena berkaitan dengan intensitas kontak dengan vektor pembawa mikrofilaria. Diketahui juga bahwa insiden Filariasis pada laki-laki lebih tinggi daripada insiden Filariasis pada perempuan karena umumnya laki-laki lebih sering kontak dengan vektor karena pekerjaannya (Depkes, 2005).

#### 2.1.4 Patogenesis Filariasis

Perkembangan klinis Filariasis dipengaruhi oleh faktor kerentanan individu terhadap parasit, seringnya mendapat gigitan nyamuk, banyaknya larva infeksi yang masuk ke dalam tubuh dan adanya infeksi sekunder oleh bakteri atau jamur. Perkembangan klinis Filariasis secara umum dapat dibagi menjadi fase dini dan fase lanjut. Pada fase dini, timbul gejala klinis akut karena cacing dewasa menginfeksi tubuh manusia bersama-sama dengan bakteri dan jamur, sedangkan pada fase lanjut terjadi kerusakan saluran dan kelenjar limfe, kerusakan katup saluran limfe, termasuk kerusakan saluran limfe kecil yang terdapat di kulit.

Depkes dalam buku Penatalaksanaan Kasus Klinis Filariasis 2005 menyatakan bahwa perkembangan klinis Filariasis terjadi karena cacing filaria dewasa yang tinggal dalam saluran limfe menimbulkan pelebaran (dilatasi) saluran limfe dan bukan penyumbatan (obstruksi), sehingga terjadi gangguan fungsi sistem limfatik:

1. Penimbunan cairan limfe. Yaitu penimbunan yang menyebabkan aliran limfe menjadi lambat dan tekanan hidrostatisnya meningkat, sehingga cairan limfe masuk ke jaringan menimbulkan edema jaringan. Adanya edema jaringan mengakibatkan kerentanan yang berlebih pada kulit terhadap infeksi bakteri dan jamur. Keadaan ini dapat menimbulkan peradangan akut atau disebut sebagai *acute attack*
2. Terganggunya pengangkutan bakteri dari kulit atau jaringan melalui saluran limfe ke kelenjar limfe. Akibatnya bakteri tidak



dapat dihancurkan (fagositosis) oleh sel *Reticulo Endothelial System* (RES), bahkan menjadi mudah untuk berkembang biak

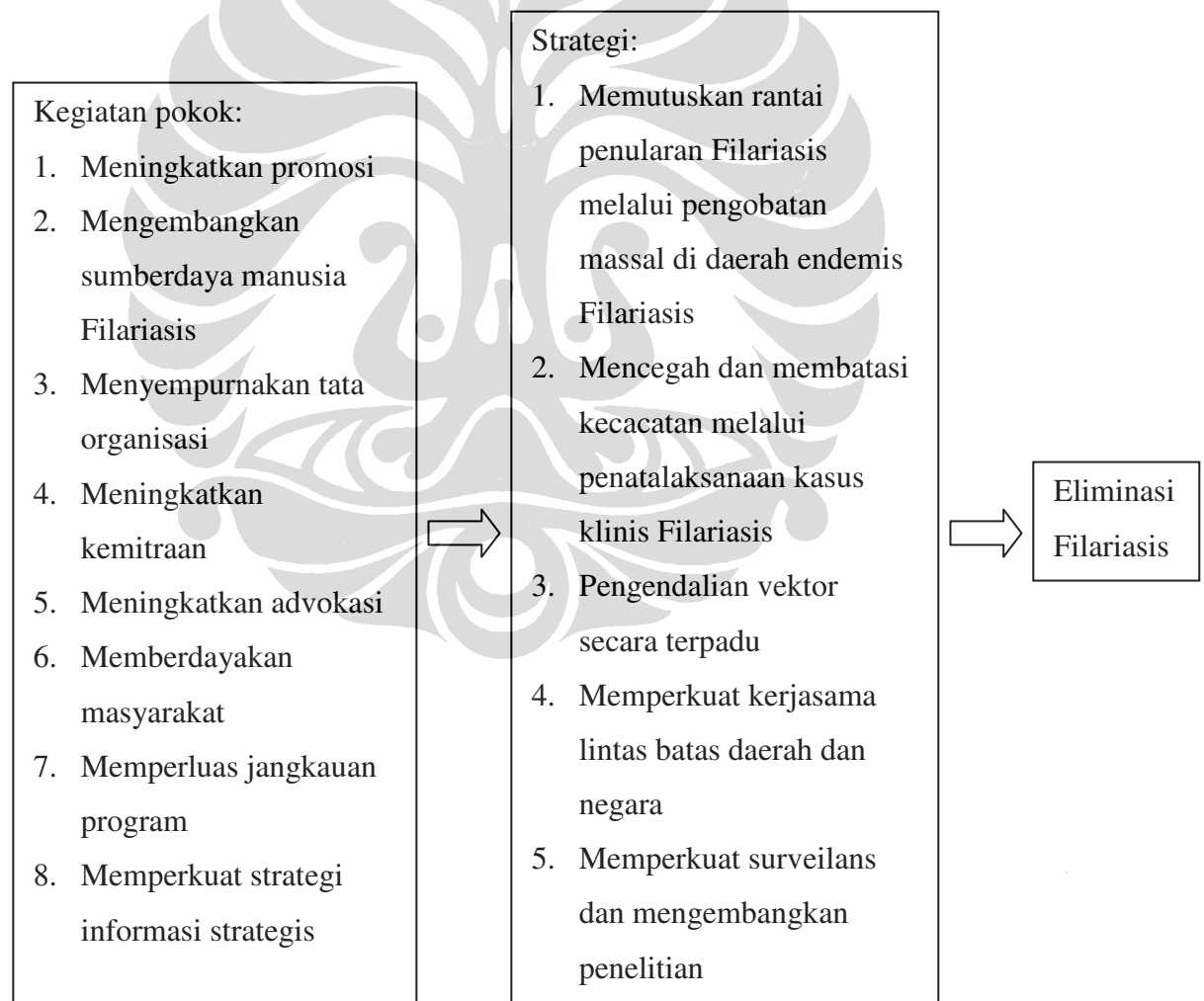
3. Kelenjar limfe tidak dapat menyaring bakteri yang masuk ke dalam kulit
4. Infeksi bakteri berulang akan menyebabkan serangan akut berulang sehingga menimbulkan gejala klinis sebagai berikut:
  - a. Gejala peradangan lokal, yaitu:
    - (1) Limfangitis, peradangan di saluran limfe
    - (2) Limfadenitis, peradangan di kelenjar limfe
    - (3) Adeno limfangitis (ADL), peradangan saluran dan kelenjar limfe
    - (4) Abses (lanjutan ADL)
    - (5) Peradangan oleh spesies *W. bancrofti* di daerah genital (alat kelamin) dapat menimbulkan epididimitis, funikulitis dan orkitis.
  - b. Gejala peradangan umum, berupa demam, sakit kepala, sakit otot, rasa lemah dan lain-lainnya.
5. Kerusakan sistem limfatik, sehingga dapat terjadi limfedema
6. Pada penderita limfedema, serangan akut berulang oleh bakteri atau jamur akan menyebabkan penebalan dan pengerasan kulit, hiperpigmentasi, hiperkeratosis (pertumbuhan lapisan zat tanduk yang berlebihan) dan peningkatan pembentukan jaringan ikat sehingga terjadi peningkatan stadium limfedema, dimana pembengkakan yang semula hilang timbul (pitting) akan menjadi pembengkakan menetap (non pitting).

## 2.2 Pengobatan Massal Filariasis

### 2.2.1 Program Eliminasi Filariasis

Eliminasi Filariasis merupakan salah satu prioritas nasional program pemberantasan penyakit menular. Strategi yang diterapkan dalam program eliminasi Filariasis adalah memutuskan mata rantai penularan dengan pengobatan massal di daerah endemis serta upaya pencegahan dan membatasi kecacatan melalui penatalaksanaan kasus klinis Filariasis. Berikut adalah skema eliminasi Filariasis, strategi dan kegiatan pokoknya:

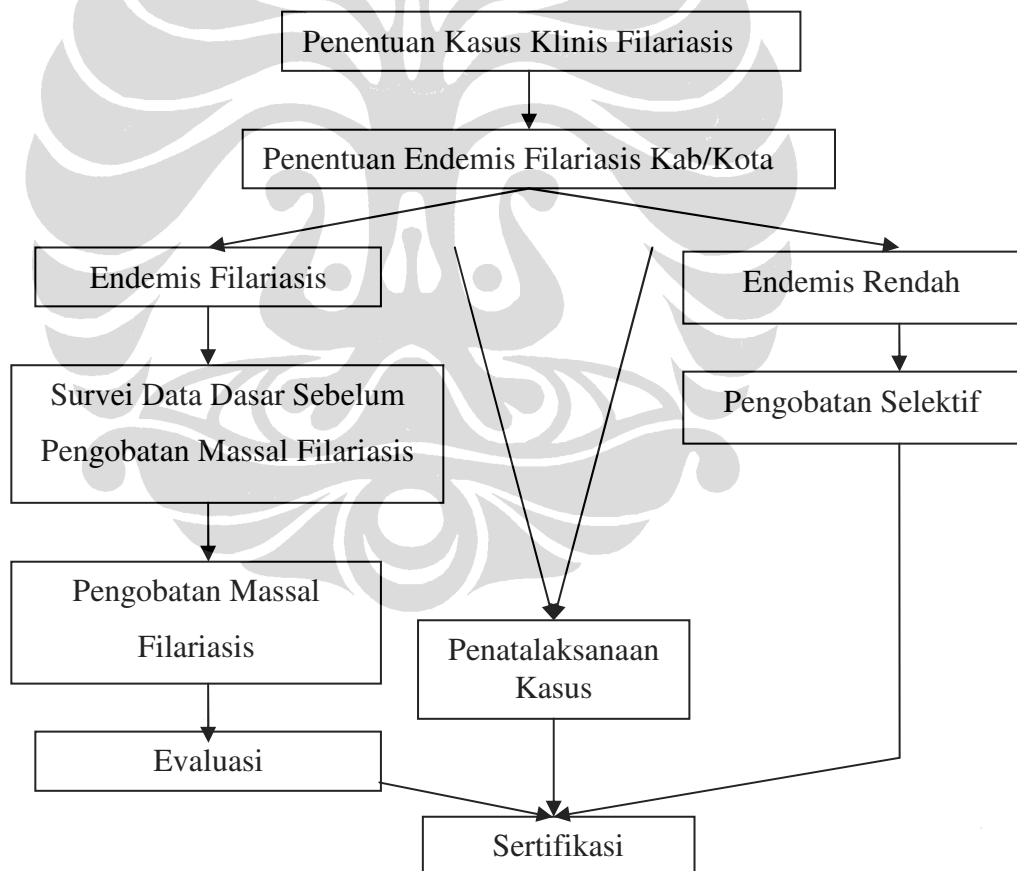
**Bagan 1. Skema Eliminasi Filariasis, Strategi dan Kegiatan Pokok**



(sumber: Depkes RI 2005)

Pengobatan massal dilaksanakan di daerah endemis Filariasis yaitu daerah dengan angka mikrofilaria *rate* (*Mf rate*)  $\geq 1\%$  dengan unit pelaksanaannya adalah kabupaten atau kota. Pengobatan massal bertujuan untuk mematikan semua mikrofilaria yang ada di dalam darah setiap penduduk dalam waktu bersamaan sehingga memutus rantai penularannya. Ada 2 hal yang menjadi fokus tujuan, yaitu menurunkan mikrofilaria *rate* menjadi  $< 1\%$  dan menurunkan kepadatan rata-rata mikrofilaria (Depkes, 2005). Berikut adalah skema proses eliminasi Filariasis di Kabupaten/Kota:

**Bagan 2. Skema Proses Eliminasi Filariasis di Kabupaten/Kota**



(sumber: Depkes RI 2005)

Proses eliminasi Filariasis ini dilakukan dengan bantuan sumber daya penduduk setempat. Sumber daya manusia yang membantu pelaksanaan kegiatan pengobatan massal ini disebut sebagai Tenaga Pembantu Eliminasi (TPE), yaitu kader masyarakat yang terlatih tentang cara pemberian obat, pengenalan efek samping, pengemasan obat, pembuatan puyer dan pendataan penduduk yang wajib minum obat.

Penduduk yang wajib minum obat disebut sebagai sasaran pengobatan massal, yaitu semua penduduk yang tinggal di daerah endemis Filariasis berusia 2-65 tahun, namun pengobatan ditunda sementara bagi:

1. Anak berusia kurang dari 2 tahun
2. Ibu hamil
3. Orang yang sedang sakit berat
4. Penderita kasus kronis Filariasis yang sedang dalam serangan akut
5. Anak berusia kurang dari 5 tahun dengan marasmus atau kwasiorkor

### **2.2.2 Jenis Obat dan Cara Pemberian**

Depkes dalam buku Pengobatan Massal Filariasis tahun 2005 menyebutkan bahwa pengobatan massal Filariasis dilaksanakan dengan menggunakan kombinasi obat DEC 6 mg/kbBB, Albendazole 400 mg dan Parasetamol 500 mg. Cara kerja DEC adalah melumpuhkan otot mikrofilaria, sehingga tidak dapat bertahan di tempat hidupnya dan mengubah komposisi dinding mikrofilaria menjadi lebih mudah dihancurkan oleh sistem pertahanan tubuh. Setelah diminum, DEC dengan cepat diserap oleh saluran cerna dan mencapai kadar maksimal dalam plasma darah setelah 4 jam lalu selanjutnya akan dikeluarkan seluruhnya dari tubuh bersama air kencing dalam waktu 48 jam.

Albendazole dikenal sebagai obat yang digunakan dalam pengobatan cacing usus (gelang, kremi, cambuk dan tambang). Albendazole juga dapat meningkatkan efek DEC dalam mematikan cacing

filaria dewasa dan mikrofilaria tanpa menambah reaksi yang tidak dikehendaki.

Pengobatan massal dengan penggunaan obat-obat tersebut diberikan hanya sekali setahun selama minimal 5 tahun berturut-turut. Dilaksanakan oleh TPE (Tenaga Pelaksana Eliminasi) dibawah pengawasan petugas kesehatan Puskesmas di pos-pos pengobatan massal atau kunjungan dari rumah ke rumah. Waktu pengobatan massal adalah bulan Agustus-Oktober. Obat diminum di depan petugas dua jam setelah makan. Berikut adalah perhitungan dosis obat berdasarkan berat badan dan umur:

**Tabel 2. Dosis Obat Berdasarkan Berat Badan**

| Berat Badan<br>(Kg) | DEC<br>(100 mg ) tablet | Albendazole<br>(400mg) Tablet | Parasetamol<br>(500 mg) Tablet |
|---------------------|-------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 10-16               | 1                       | 1                             | 0,5                            |
| 17-25               | 1,5                     | 1                             | 0,5                            |
| 26-33               | 2                       | 1                             | 1                              |
| 34-40               | 2,5                     | 1                             | 1                              |
| 41-50               | 3                       | 1                             | 1                              |
| 51-58               | 3,5                     | 1                             | 1                              |
| 59-67               | 4                       | 1                             | 1                              |
| 68-75               | 4,5                     | 1                             | 1                              |
| 76-83               | 5                       | 1                             | 1                              |
| > 84                | 5,5                     | 1                             | 1                              |

(sumber: Depkes RI 2005)

**Tabel 3. Dosis Obat Berdasarkan Umur**

| Umur<br>(Tahun) | DEC<br>(100 mg ) tablet | Albendazole<br>(400mg) Tablet | Parasetamol<br>(500 mg) Tablet |
|-----------------|-------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 2-5             | 1                       | 1                             | 0,25                           |
| 6-14            | 2                       | 1                             | 0,5                            |
| ≥ 14            | 3                       | 1                             | 1                              |

(sumber: Depkes RI 2005)

### 2.2.3 Reaksi Pengobatan

Obat DEC dan Albendazole adalah obat yang aman dan memiliki toleransi yang baik, tetapi terkadang dapat menimbulkan reaksi pengobatan, terutama pada infeksi *B. malayi* dan *B. timori*. Reaksi yang ditimbulkan bermacam-macam:

#### 1. Reaksi Umum

Terjadi akibat respon imunitas individu terhadap matinya mikrofilaria. Makin banyak mikrofilaria yang mati, makin besar reaksi pengobatan yang dirasakan. Reaksinya terdiri dari sakit kepala, pusing, demam, mual, menurunnya nafsu makan, muntah, sakit otot, sakit sendi, lesu, gatal-gatal, keluar cacing usus, asma bronkial dan *wheezing*.

#### 2. Reaksi Lokal

Reaksi lokal disebabkan oleh matinya cacing dewasa yang dapat timbul sampai 3 minggu setelah pengobatan massal.

##### a. Reaksi lokal pada infeksi *W. bancrofti*

- Nodul atau gumpalan kecil jaringan di kulit skrotum adalah reaksi lokal yang paling sering terjadi sebagai akibat dari matinya cacing dewasa
- Limfadenitis, Limfangitis, Adenolimfangitis, Funikulitis, Epididimitis, Orkitis, Orkalgia, Abses atau bernanah, Ulkus atau luka terbuka dan Limfedema

##### b. Reaksi lokal pada infeksi *B. malayi* dan *B. timori*

- Limfadenitis, Limfangitis, Adenolimfangitis
- Abses, Ulkus
- Limfedema

Hal yang paling penting dalam pengobatan massal adalah penjelasan dan pemahaman yang baik mengenai reaksi pengobatan kepada penduduk sehingga penduduk tidak merasa takut dan tidak menolak untuk meminum obat pada tahap selanjutnya. Apabila terjadi kemungkinan reaksi pengobatan yang tidak diinginkan, akan dilaksanakan tindakan SAE

## 2.3 Perilaku

### 2.3.1 Pengertian Perilaku

Perilaku manusia pada hakekatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan sangat luas, antara lain berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, dan sebagainya. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003)

Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2003) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dilihat dari respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua:

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*), yaitu respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau masih tertutup. Respon masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.
2. Perilaku terbuka (*overt behavior*), yaitu respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka, atau sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*) yang dengan mudah dapat dilihat oleh orang lain.

### 2.3.2 Perilaku Kesehatan

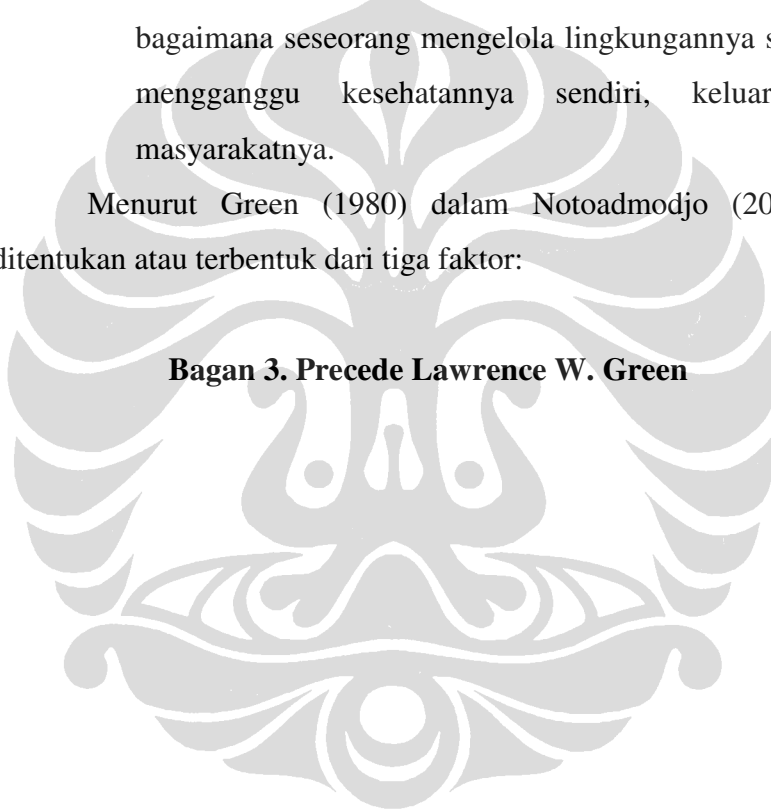
Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok (Notoatmodjo, 2003):

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan, yaitu perilaku seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit. Perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari tiga aspek yakni perilaku pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, dan perilaku gizi (makanan) dan minuman

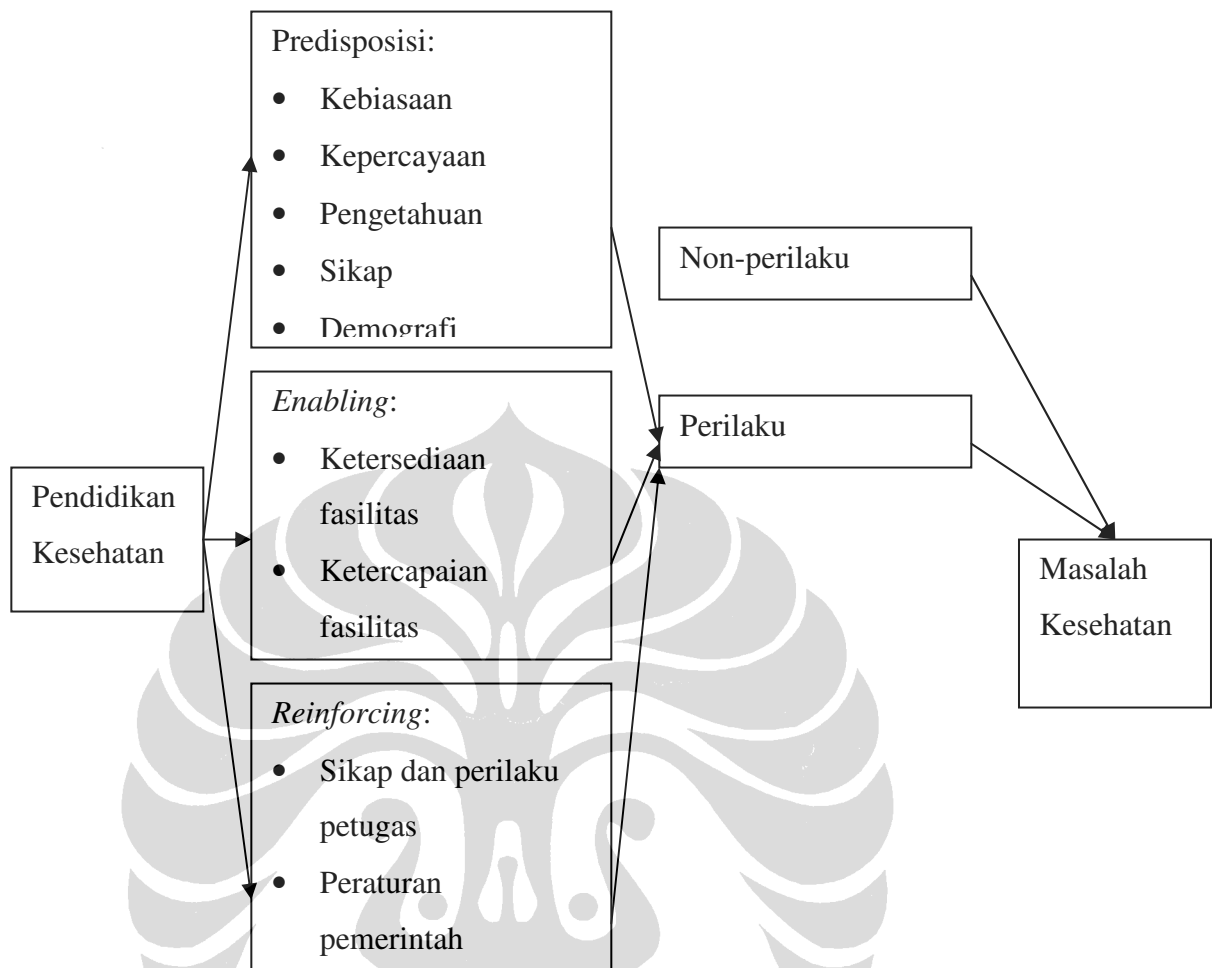
2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau disebut sebagai perilaku pencarian pengobatan. Perilaku ini menyangkut upaya seseorang pada saat menderita penyakit atau kecelakaan
3. Perilaku kesehatan lingkungan, yakni bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya dan sebagainya sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya atau dengan perkataan lain, bagaimana seseorang mengelola lingkungannya sehingga tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga, ataupun masyarakatnya.

Menurut Green (1980) dalam Notoadmodjo (2003), perilaku ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor:

### **Bagan 3. Precede Lawrence W. Green**







1. Faktor-faktor predisposisi atau pemudah, yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
2. Faktor-faktor *enabling* atau pendukung, yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat kontrasepsi dan sebagainya.
3. Faktor-faktor *reinforcing* atau pendorong, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

### 2.3.3 Determinan Perilaku Minum Obat pada Pengobatan Massal Filariasis

#### 1. Umur

Menurut Kamanto tahun 2000, suatu bentuk dari stratifikasi berdasarkan perolehan adalah stratifikasi usia. Dalam sistem ini anggota masyarakat yang berusia lebih muda mempunyai hak dan kewajiban berbeda dengan anggota masyarakat yang lebih tua.

## 2. Jenis Kelamin

Jenis Kelamin berpengaruh terhadap perilaku kesehatan. Umumnya wanita lebih sensitif dan cepat khawatir akan kesehatannya dibandingkan dengan pria. Wanita lebih cepat mengambil tindakan saat terjadi masalah kesehatan pada dirinya, sedangkan pria pada umumnya akan memeriksakan diri apabila masalah kesehatan tersebut telah secara nyata mengganggu aktivitasnya. Menurut Rita tahun 2005, pada laki-laki, perilaku mencari pengobatan dapat dianggap menunjukkan kelemahannya.

## 3. Pekerjaan

Status pekerjaan berhubungan dengan keadaan ekonomi seseorang. Menurut Kamanto tahun 2000, kekayaan dan kepemilikan yang dimiliki seseorang dan keluarganya memang mempunyai pengaruh besar terhadap peluang hidupnya. Seseorang yang berpenghasilan tinggi secara finansial mampu menjalani pemeriksaan dan perawatan medis hingga ke luar negeri, sedangkan seseorang yang berpenghasilan rendah banyak yang mendadak meninggal dunia tanpa diketahui sebabnya karena tidak mengenal manfaat upaya medik modern dan andaikan tahu pun tidak akan mampu membiayai pemeriksaan dan perawatan medik yang paling sederhana.

Status pekerjaan secara tidak langsung juga mempengaruhi perilaku kesehatan orang tersebut. Orang yang memperhatikan penghasilannya pada umumnya juga memperhatikan kesehatannya karena merupakan sarana pendukung untuk mencapai keberhasilannya dalam bekerja. Orang yang menderita Filariasis akut pada umumnya mengalami hambatan dalam mencari pekerjaan dan mendapatkan penghasilan (Depkes, 2005).

## 4. Tingkat Pendidikan

Secara umum diketahui bahwa jenjang pendidikan formal berkaitan erat dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan masyarakat (Siagian, 1993). Dalam bidang kesehatan, tingkat pendidikan seseorang berperan dalam kemudahan penerimaan informasi atau pesan kesehatan. Seseorang yang berpendidikan tinggi diharapkan dapat menerima pesan kesehatan secara lebih baik dibandingkan dengan seseorang yang berpendidikan rendah. Oleh karena itu tingkat pendidikan biasanya diikutsertakan sebagai variabel penting yang berhubungan dengan perilaku seseorang.

#### 5. Pengetahuan

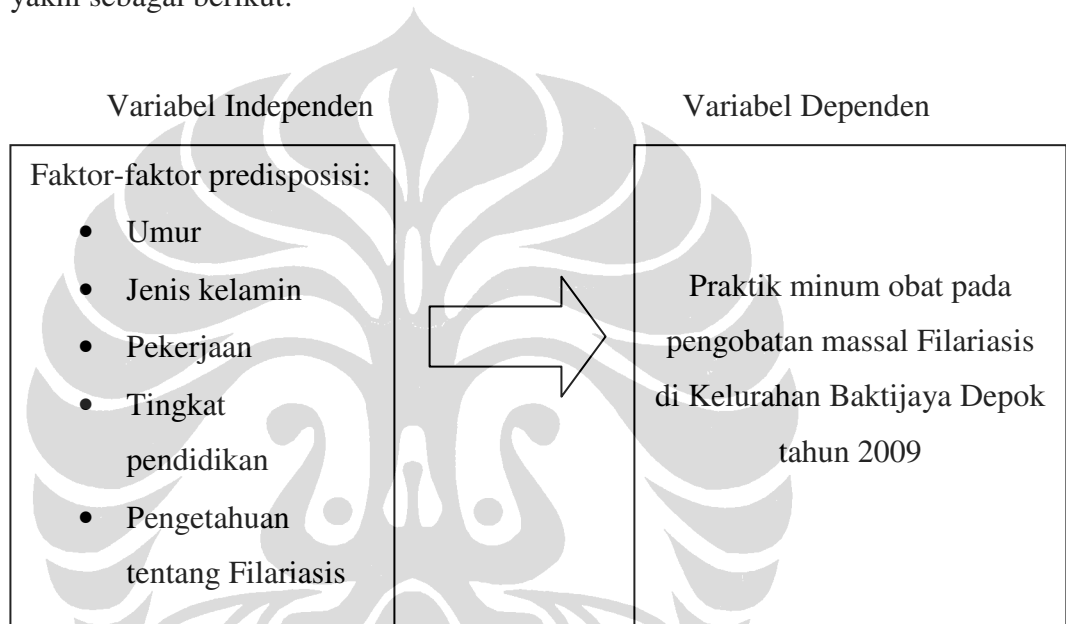
Menurut Kosanah tahun 1996, umur, pendidikan dan pekerjaan merupakan beberapa faktor yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang. Semakin baik pengetahuan seseorang, maka diharapkan akan semakin positif sikap yang ditujukan terhadap suatu hal tersebut dan sikap itu akan diwujudkan dalam bentuk perilaku positif pula. Dalam pengobatan massal, ada kalanya masyarakat takut terhadap efek samping obat dan lain sebagainya sehingga menolak untuk meminum obat, hal ini merupakan bagian dari tingkat pengetahuan yang masih rendah.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan mengenai distribusi penderita mikrofilaria tentang tingkat pengetahuan Filariasis di Desa Sawah Baru tahun 1994 (Herjatno, 1994), diketahui bahwa terdapat 30 % penderita mikrofilaria yang memiliki pengetahuan yang baik dengan skor skala ukur 9-10 nilai benar, lalu terdapat 3 % penderita mikrofilaria yang memiliki pengetahuan cukup dengan skor skala ukur 6-8 nilai benar, dan sebanyak 64% mempunyai pengetahuan kurang dengan skor skala ukur 0-5 nilai benar. Hal ini menunjukkan bahwa variabel pengetahuan berpengaruh terhadap kejadian Filariasis.

## BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

### 3.1 Kerangka Konsep

Pada penelitian ini peneliti mencoba menyederhanakan kerangka konsep untuk praktik minum obat pada pengobatan massal Filariasis di Kelurahan Baktijaya Depok dengan faktor-faktor yang mempengaruhinya yakni sebagai berikut:



### 3.2 Definisi Operasional

| No | Variabel   | Definisi   | Cara Ukur/<br>Alat ukur | Hasil<br>Ukur   | Skala<br>Ukur |
|----|--|--|-------------------------|---|---------------|
| 1. | Praktik minum obat pada pengobatan massal Filariasis | Keadaan seseorang yang meminum atau tidak minum obat dalam rangka pengobatan massal Filariasis             | Wawancara/<br>Kuesioner | (1) Minum obat<br>(2) Tidak minum obat  | Nominal       |
| 2. | Umur   | Umur seseorang pada saat wawancara berdasarkan ulang tahun terakhir  | Wawancara/<br>Kuesioner | (1) 15 - 54 tahun (usia produktif)<br>(2) 55 - 65 tahun (lansia)<br>(SKRT, 2004)        | Interval      |
| 3. | Jenis kelamin  | Suatu ciri yang membedakan seseorang dari yang lain berdasarkan ciri anatomi yang dimiliki                 | Wawancara/<br>Kuesioner | (1) Laki-laki<br>(2) Perempuan  | Nominal       |
| 4. | Pekerjaan  | Aktivitas seseorang dalam mendapatkan penghasilan  | Wawancara/<br>Kuesioner | (1) Bekerja<br>(2) Tidak bekerja  | Nominal       |
| 5. | Tingkat pendidikan                                   | Jenjang pendidikan formal terakhir yang pernah diikuti   | Wawancara/<br>Kuesioner | (1) Tinggi, $\geq$ SMA<br>(2) Rendah, $<$ SMA   | Ordinal       |
| 6. | Pengetahuan tentang Filariasis                       | Hal-hal yang dipahami oleh responden tentang tanda, gejala, cara penularan, dan cara pencegahan Filariasis | Wawancara/<br>Kuesioner | (1) "Baik", skor $\geq 60$ % skor maksimal<br>(2) "Kurang baik", $< 60$ % skor maksimal | Ordinal       |

## BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan dan pengetahuan tentang Filariasis) dan praktik minum obat pada pengobatan massal Filariasis di Kelurahan Baktijaya Depok tahun 2009. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *cross sectional* (potong lintang), dimana variabel independen dan variabel dependen diamati dalam waktu yang bersamaan.

### 4.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan April tahun 2009 di Kelurahan Baktijaya Depok tahun 2009. Penetapan lokasi ditentukan dari angka cakupan realisasi minum obat yang paling rendah berdasarkan laporan pengobatan massal Filariasis Dinas Kesehatan Kota Depok tahun 2008.

### 4.3 Populasi dan Sampel

Populasi target dalam penelitian ini adalah seluruh penduduk Kelurahan Baktijaya Depok tahun 2009 yang menjadi sasaran pengobatan massal Filariasis. Populasi studi adalah rumah tangga dengan unit sampel anggota keluarga. Kriteria inklusinya adalah penduduk yang menjadi sasaran pengobatan massal, berumur diatas sama dengan 15 tahun. Rumus perhitungan sampelnya adalah:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Dimana:

n = Besar sampel

P = Estimasi proporsi

d = Simpangan mutlak (0,10)

$Z_{1-\alpha/2}$  = Nilai Z pada derajat kemaknaan  $\alpha$  yakni 5% (1,96)

Diketahui bahwa cakupan minum obat Filariasis di Kelurahan Baktijaya adalah 77%, tingkat pengetahuan tentang Filariasis di masyarakat menurut penelitian Suherni tahun 2008 proporsinya yakni 35 %, sedangkan untuk variabel umur, jenis kelamin, pekerjaan dan tingkat pendidikan dengan rentang umur 15–65 tahun tidak diketahui, maka digunakan proporsi 50 %.

**Tabel 4. Perhitungan Besar Sampel**

| No | Variabel  | P    | n  |
|----|---|------|----|
| 1  | Cakupan minum obat (Dinkes Depok tahun 2008)        | 77 % | 69 |
| 2  | Umur  | 50 % | 97 |
| 3  | Jenis Kelamin                                       | 50 % | 97 |
| 4  | Pekerjaan   | 50 % | 97 |
| 6  | Tingkat pendidikan                                  | 50 % | 97 |
| 7  | Pengetahuan baik tentang Filariasis (Suherni, 2008) | 35 % | 88 |

(df = 1)

Sampel minimal yang dibutuhkan adalah 97 responden. Untuk antisipasi maka ditambah 10% sehingga jumlah sampel keseluruhan berjumlah 107. Setelah dilakukan pengambilan data di Kelurahan Baktijaya, didapatkan kuesioner yang terisi dengan lengkap berjumlah 118.

#### 4.4 Metode Pengumpulan Data

Metode pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan secara *cluster*. Dari 28 RW yang ada di Kelurahan Baktijaya, diambil 7 RW secara acak. Kemudian dari setiap RW ditetapkan jumlah sampel sama besar yakni minimal 15 responden. Pengambilan sampel dimulai dengan *mapping* dari titik awal atau *central point* di rumah bapak RW, ibu ketua PKK, atau kantor RW, setelah itu dipilih rumah pertama dan diteruskan rumah kedua dengan metode pintu rumah terdekat.

Jenis data dalam penelitian ini adalah data primer yang dikumpulkan dengan cara wawancara menggunakan kuesioner. Wawancara dilakukan oleh

peneliti sendiri dan dibantu petugas pengumpul data yang telah diberi pengarahan. Peneliti dan petugas pengumpul data melakukan wawancara dengan mendatangi responden ke rumahnya satu-persatu. Wawancara ini bertujuan untuk memperoleh data mengenai faktor-faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan dan pengetahuan tentang Filariasis) dan praktik responden dalam meminum obat pada pengobatan massal Filariasis.

#### 4.5 Manajemen Data

Langkah yang dilakukan sebelum mengolah data adalah melakukan proses *coding* yakni pembuatan klasifikasi data dan memberi kode pada jawaban pertanyaan untuk memudahkan dalam mengedit dan memasukkan data. Berikutnya dilakukan *editing* untuk menghindari kesalahan dalam pengisian kuesioner sehingga data yang dikumpulkan hasilnya akurat. Data yang telah terkumpul lalu dimasukkan ke dalam perangkat lunak kemudian dilakukan pengecekan dan pembersihan data untuk menghindari kesalahan dalam memasukkan data.

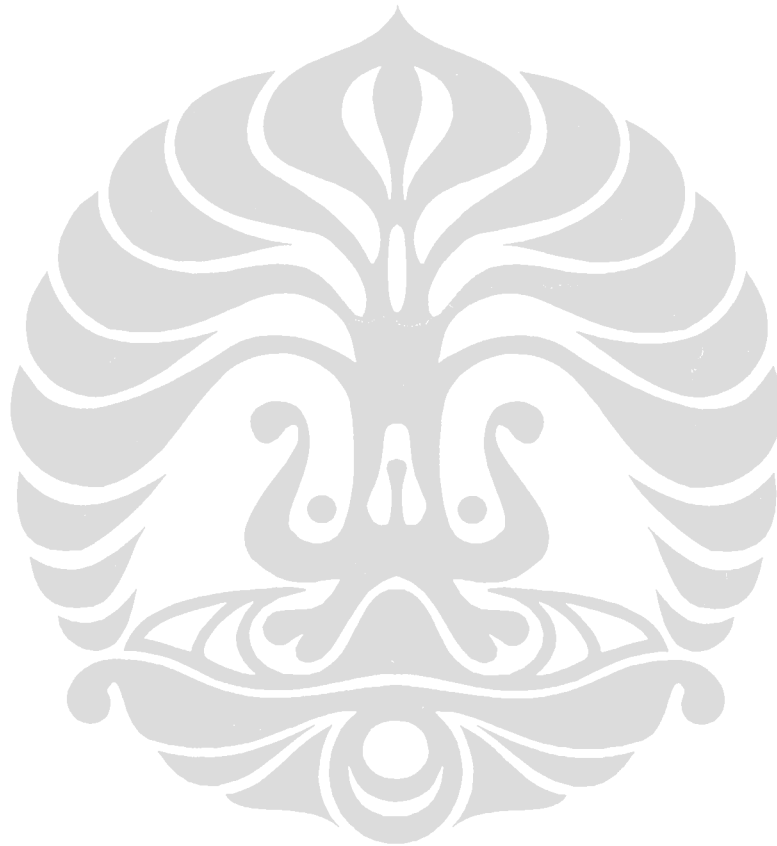
#### 4.6 Analisis Data

Analisis univariat bertujuan untuk menggambarkan setiap variabel yang diteliti, baik variabel dependen maupun variabel independen. Analisis univariat dilakukan dengan menggunakan pendekatan statistik untuk menghitung frekuensi dan persentase pada tiap variabel (Metodologi Penelitian, 2007). Frekuensi dan presentase variabel yang dilihat yakni variabel umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengetahuan, dan praktik minum obat Filariasis.

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara setiap variabel independen dengan variabel dependen, caranya adalah dengan menggunakan uji Chi-Square. Derajat kepercayaan yang digunakan adalah 95% dengan nilai  $P = 0,05$ . Jika nilai  $P < 0,05$  maka hasil perhitungan statistik adalah bermakna (signifikan), dan bila nilai  $P > 0,05$  maka hasil perhitungan statistik tersebut tidak bermakna. Rumus uji Chi-Square tersebut adalah  $X^2 = \sum \{(O-E)^2/E\}$ , dimana  $X^2$  adalah nilai *Chi-Square*, O adalah nilai observasi, dan E adalah nilai ekspektasi. Apabila dalam perhitungan tabel 2x2 terdapat cell yang tidak



memenuhi syarat atau mempunyai nilai ekspektasi kurang dari 5, maka digunakan perhitungan Fisher's Exact Test. Variabel yang akan dikaitkan adalah hubungan antara umur dengan praktik minum obat, jenis kelamin dengan praktik minum obat, pekerjaan dengan praktik minum obat, tingkat pendidikan dengan praktik minum obat dan pengetahuan tentang Filariasis dengan praktik minum obat Filariasis.



## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

##### **5.1.1 Letak dan Keadaan Geografis**

Kelurahan Baktijaya adalah salah satu kelurahan yang berada dalam wilayah Kecamatan Sukmajaya Kota Depok dengan luas wilayah 255 Ha dan dihuni oleh 10.931 Kepala Keluarga serta kepadatan penduduknya mencapai rata-rata 174 jiwa/Ha<sup>2</sup>. Kelurahan Baktijaya terbagi 28 Rukun Warga dan 226 Rukun Tetangga. Berikut adalah wilayah lain yang menjadi perbatasan dengan wilayah Kelurahan Baktijaya:

Sebelah utara : Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis  
Sebelah Selatan : Kelurahan Abadijaya Kecamatan Sukmajaya  
Sebelah Timur : Kelurahan Cisalak Kecamatan Sukmajaya  
Sebelah Barat : Kelurahan Mekarjaya Kecamatan Sukmajaya

Pemanfaatan luas wilayah Baktijaya atas penggunaan tanah sebagai berikut:

1. Perumahan / Pemukiman : 175 Ha
2. Jalan : 45 Ha
3. Pemakaman / Kuburan : 4,5 Ha
4. Perkantoran : 0,5 Ha
5. Lapangan Olah Raga : 2 Ha
6. Tanah Peribadatan : 1,5 Ha
7. Tanah Bangunan Pendidikan : 2 Ha
8. Tanah Fasilitas Umum dan Taman : 0,5 Ha

##### **5.1.2 Keadaan Struktur / Pola Organisasi dan Tata Kerja**

Struktur dan tata kerja sekretariat Kelurahan Baktijaya berpedoman kepada Perda nomor 16 tahun 2003 tentang Susunan Organisasi Perangkat Daerah, Keluarga Baktijaya dipimpin oleh seorang Lurah dibantu seorang Sekretaris dan Kepala-kepala Seksi beserta staf.

### 5.1.3 Keadaan Demografi / Ekonomi dan Sosial Budaya

Penduduk Kelurahan Baktijaya pada umumnya heterogen, memiliki keanekaragaman sosial budaya yang berbeda karena banyak dipadati penduduk pendatang dari berbagai kota dan desa di Indonesia. Jumlah penduduk yang tercatat pada tahun 2008 telah terjadi adanya perubahan penduduk antara lain:

Penduduk Datang : 1.374 jiwa

Penduduk Pindah : 939 jiwa

Lahir : 347 jiwa

Mati : 270 jiwa

Berikut adalah distribusi jumlah penduduk menurut usia berdasarkan laporan penduduk yang ada di Kelurahan Baktijaya bulan Maret 2009:

**Tabel 5**  
**Jumlah Penduduk Menurut Usia berdasarkan Laporan Penduduk Bulan Maret 2009 Kelurahan Baktijaya Kecamatan Sukmajaya Kota Depok**

| No | Usia        | Penduduk  |           |        |
|----|-------------|-----------|-----------|--------|
|    |             | Laki-laki | Perempuan | Jumlah |
| 1  | 0 - 4       | 2.158     | 2.109     | 4.267  |
| 2  | 5 - 9       | 2.112     | 2.058     | 4.170  |
| 3  | 10 - 14     | 2.192     | 2.140     | 4.332  |
| 4  | 15 - 19     | 1.864     | 1.801     | 3.665  |
| 5  | 20 - 24     | 1.884     | 1.828     | 3.712  |
| 6  | 25 - 29     | 1.878     | 1.807     | 3.685  |
| 7  | 30 - 34     | 1.776     | 1.725     | 3.501  |
| 8  | 35 - 39     | 1.724     | 1.672     | 3.396  |
| 9  | 40 - 44     | 1.634     | 1.586     | 3.220  |
| 10 | 45 - 49     | 1.553     | 1.504     | 2.057  |
| 11 | 50 - 54     | 1.584     | 1.551     | 3.135  |
| 12 | 55 - 59     | 1.181     | 1.129     | 2.310  |
| 13 | 60 - 64     | 825       | 767       | 1.592  |
| 14 | 65 - 69     | 686       | 624       | 1.310  |
| 15 | 70 - 74     | 506       | 456       | 962    |
| 16 | 75 - keatas | 857       | 758       | 1.615  |
|    | Jumlah      | 24.414    | 23.515    | 47.929 |

Berikut adalah tabel distribusi penduduk menurut mata pencaharian berdasarkan Laporan Bulanan Kelurahan Baktijaya:

**Tabel 6**  
**Jumlah Penduduk Menurut Mata Pencaharian berdasarkan Laporan Penduduk Bulan Maret 2009 Kelurahan Baktijaya Kecamatan Sukmajaya Kota Depok**

| No | Mata Pencaharian           | Jumlah |
|----|----------------------------|--------|
| 1  | Petani                     | 0      |
| 2  | Wiraswasta                 | 6.071  |
| 3  | Pengrajin / industri kecil | 51     |
| 4  | Buruh                      | 12.132 |
| 5  | Pedagang                   | 4.015  |
| 6  | PNS                        | 6.424  |
| 7  | TNI / POLRI                | 651    |
| 8  | Pensiunan / PRWN           | 757    |
| 9  | Lain-lain                  | 17.828 |

Berikut adalah tabel distribusi penduduk menurut tingkat pendidikan berdasarkan Laporan Bulanan Kelurahan Baktijaya:

**Tabel 7**  
**Jumlah Penduduk Menurut Tingkat Pendidikan berdasarkan Laporan Penduduk Bulan Maret 2009 Kelurahan Baktijaya Kecamatan Sukmajaya Kota Depok**

| No | Tingkat Pendidikan                 | Jumlah |
|----|------------------------------------|--------|
| 1  | Belum sekolah                      | 5.602  |
| 2  | Tidak tamat sekolah                | 2.311  |
| 3  | Tamat SD / sederajat               | 8.961  |
| 4  | Tamat SLTP / sederajat             | 9.707  |
| 5  | Tamat SLTA / sederajat             | 13.105 |
| 6  | Tamat Akademi / sederajat          | 4.703  |
| 7  | Tamat Perguruan Tinggi / sederajat | 3.540  |

#### 5.1.4 Keadaan Sosial Politik / Keamanan dan Ketertiban

Secara umum kondisi Sosial Politik Keamanan dan Ketertiban di wilayah Kelurahan Baktijaya cukup aman dan terkendali, dengan adanya sistem koordinasi yang baik dari semua pihak, baik dari tokoh politik, tokoh agama serta sistem keamanan yang dilakukan di tiap-tiap lingkungan RT / RW melalui siskamling. Jumlah Hansip Kelurahan sebanyak 140 orang, dari jumlah yang ada tenaga hansip periode siap terdapat hanya 20 orang.

#### 5.1.5 Sarana dan Prasarana yang Ada di Kelurahan Baktijaya

- a. Sarana / Prasarana Pemerintahan Kelurahan
  1. Kantor Kelurahan : 1 buah
  2. Aula kantor kelurahan : 1 buah
  3. Pos kamling : 28 buah
- b. Sarana Perhubungan / jalan
  1. Jalan Hot Mix : 2 buah
  2. Jalan aspal : 18 buah
  3. Jalan beton : 6 buah
  4. Jalan tanah : 3 buah
- c. Sarana Pendidikan Umum
  1. Taman kanak-kanak : 13 buah
  2. Sekolah Dasar (SD) sederajat : 16 buah
  3. SLTP / sederajat : 5 buah
- d. Sarana Pendidikan Keagamaan
  1. TPA / TK Islam : 11 buah
  2. Madrasah Ibtidaiyah : 4 buah
  3. Madrasah Tsanawiyah : 2 buah
  4. Pondok pesantren : 1 buah
  5. Majelis Ta'lim : 54 buah
- e. Sarana Peribadatan
  1. Masjid : 31 buah
  2. Mushola : 7 buah
  3. Gereja : 4 buah

## f. Sarana Kesehatan

1. Puskesmas : 1 buah
2. BKIA : 2 buah
3. Poliklinik : 2 buah
4. Rumah bersalin / pertolongan kelahiran: 13 buah
5. Posyandu : 29 buah
6. Apotek : 5 buah

## g. Jumlah tenaga medis yang tersedia

1. Dokter umum : 14 orang
2. Dokter gigi : 6 orang
3. Tenaga bidan : 21 orang
4. Bidan praktek swasta : 13 orang
5. Peraji / dukun bayi : 3 orang
6. Kader posyandu : 225 orang

## 5.2 Gambaran Distribusi Responden Berdasarkan Beberapa Variabel

Hasil dari analisis ini antara lain adalah distribusi karakteristik responden yang meliputi umur, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan; distribusi pengetahuan tentang Filariasis, distribusi cakupan pengobatan massal Filariasis, serta distribusi praktik minum obat pada pengobatan massal Filariasis di Kelurahan Baktijaya Depok.

### 5.2.1 Umur

**Tabel 8**  
**Distribusi Responden Menurut Umur**  
**di Kelurahan Baktijaya Depok Tahun 2009**

| Umur          | Jumlah | Persentase |
|---------------|--------|------------|
| 15 – 54 tahun | 93     | 78,8       |
| 55 – 65 tahun | 25     | 21,2       |
| Jumlah        | 118    | 100,0      |

Berdasarkan tabel 8 dapat dilihat bahwa responden yang diwawancarai dengan kelompok umur antara 15–54 tahun berjumlah 93 orang (78,8 %) lebih banyak bila dibandingkan dengan jumlah responden dengan kelompok umur 55–65 tahun yaitu 25 orang (21,2 %).

### 5.2.2 Jenis Kelamin

**Tabel 9**  
**Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin**  
**di Kelurahan Baktijaya Depok Tahun 2009**

| Jenis Kelamin | Jumlah | Persentase |
|---------------|--------|------------|
| Laki-laki     | 45     | 38,1       |
| Perempuan     | 73     | 61,9       |
| Jumlah        | 118    | 100,0      |

Berdasarkan tabel 9 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu berjumlah 73 orang (61,9%) dan hanya 45 orang (38,1%) yang berjenis kelamin laki-laki.

### 5.2.3 Pekerjaan

**Tabel 10**  
**Distribusi Responden Menurut Pekerjaan**  
**di Kelurahan Baktijaya Depok Tahun 2009**

| Pekerjaan     | Jumlah | Persentase |
|---------------|--------|------------|
| Bekerja       | 44     | 37,3       |
| Tidak bekerja | 74     | 62,7       |
| Jumlah        | 118    | 100,0      |

Berdasarkan tabel 10 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden tidak bekerja yaitu berjumlah 74 orang (62,7%), lebih banyak bila dibandingkan dengan jumlah responden yang bekerja yaitu 44 orang (37,3%).

#### 5.2.4 Tingkat Pendidikan

**Tabel 11**  
**Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan**  
**di Kelurahan Baktijaya Depok Tahun 2009**

| Pendidikan        | Jumlah | Persentase |
|-------------------|--------|------------|
| ≥ SMA / Sederajat | 80     | 67,8       |
| < SMA / Sederajat | 38     | 32,2       |
| Jumlah            | 118    | 100,0      |

Berdasarkan tabel 11 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan  $\geq$ SMA / Sederajat yaitu berjumlah 80 orang (67,8%), lebih banyak bila dibandingkan dengan jumlah responden yang memiliki tingkat pendidikan < SMA / Sederajat yaitu 38 orang (32,2%).

#### 5.2.5 Pengetahuan Tentang Filariasis

Pengetahuan responden terhadap Filariasis dalam penelitian ini diukur dengan mengajukan 10 pertanyaan tentang Filariasis. Responden yang menjawab 6 atau lebih pertanyaan dengan benar ( $\geq 60\%$ ) dikategorikan dalam kelompok pengetahuan “baik”, sedangkan responden yang menjawab kurang dari 6 pertanyaan dengan benar dikategorikan dalam kelompok pengetahuan “kurang baik”.

**Tabel 12**  
**Distribusi Responden Menurut Pengetahuan Tentang Filariasis**  
**di Kelurahan Baktijaya Depok Tahun 2009**

| Pengetahuan   | Jumlah | Persentase |
|---------------|--------|------------|
| “Baik”        | 19     | 16,1       |
| “Kurang baik” | 99     | 83,9       |
| Jumlah        | 118    | 100,0      |

Berdasarkan tabel 12 diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan yang “kurang baik” tentang penyakit Filariasis yaitu 99 orang (83,9 %), sedangkan responden yang memiliki tingkat pengetahuan “baik” tentang penyakit Filariasis hanya berjumlah 19 orang (16,1 %). Distribusi nilai responden

dapat dilihat dalam tabel berikut:



**Tabel 13**  
**Distribusi Responden Menurut Nilai Pengetahuan Tentang Filariasis**  
**di Kelurahan Baktijaya Depok Tahun 2009**

| Nilai Pengetahuan | Jumlah | Persentase |
|-------------------|--------|------------|
| 0                 | 10     | 8,5        |
| 1                 | 22     | 18,6       |
| 2                 | 17     | 14,4       |
| 3                 | 22     | 18,6       |
| 4                 | 12     | 10,2       |
| 5                 | 16     | 13,6       |
| 6                 | 11     | 9,3        |
| 7                 | 4      | 3,4        |
| 8                 | 2      | 1,7        |
| 9                 | 1      | 0,8        |
| 10                | 1      | 0,8        |
| Jumlah            | 118    | 100,0      |

Dari hasil analisa diperoleh skor pengetahuan dengan rentang nilai antara 0 sampai 10, memiliki nilai rata-rata (*mean*) adalah 3,2; nilai tengah (*median*) adalah 3,0; dan nilai dengan frekuensi paling banyak (*modus*) adalah 1,0. Untuk melihat distribusi nilai lebih rinci, berikut adalah daftar pertanyaan untuk menilai tingkat pengetahuan tentang penyakit Filariasis:

**Tabel 14**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Daftar Pertanyaan Pengetahuan**  
**Tentang Filariasis di Kelurahan Baktijaya Depok Tahun 2009**

| 1. Penyebab Utama | Jumlah | Persentase |
|-------------------|--------|------------|
| Cacing Filaria    | 15     | 12,7       |
| Alergi            | 1      | 0,8        |
| Darah             | 2      | 1,7        |
| Makanan           | 1      | 0,8        |
| Keturunan         | 1      | 0,8        |
| Kotoran binatang  | 1      | 0,8        |
| Kuman             | 4      | 3,4        |
| Kurang gizi       | 7      | 5,9        |
| Kurang olah raga  | 1      | 0,8        |

|  |               |                   |
|--|---------------|-------------------|
| Virus                                  | 8             | 6,8               |
| Tidak tahu                             | 68            | 57,6              |
| Tidak sesuai                           | 9             | 7,6               |
| <b>2. Cara Masuk ke Dalam Tubuh</b>    | <b>Jumlah</b> | <b>Persentase</b> |
| Gigitan nyamuk                         | 56            | 47,5              |
| Jalan tidak pakai alas kaki            | 2             | 1,7               |
| Kena lalat                             | 1             | 0,8               |
| Kena tikus                             | 1             | 0,8               |
| Sentuhan kulit                         | 3             | 2,5               |
| Tertelan                               | 2             | 1,7               |
| Tidak tahu                             | 44            | 37,3              |
| Tidak sesuai                           | 9             | 7,6               |
| <b>3. Penyakit Menular</b>             | <b>Jumlah</b> | <b>Persentase</b> |
| Ya                                     | 61            | 51,7              |
| Tidak                                  | 33            | 28,0              |
| Tidak tahu                             | 15            | 12,7              |
| Tidak sesuai                           | 9             | 7,6               |
| <b>4. Cara Penularan</b>               | <b>Jumlah</b> | <b>Persentase</b> |
| Gigitan nyamuk                         | 34            | 28,8              |
| Air                                    | 1             | 0,8               |
| Dekat dengan penderita                 | 1             | 0,8               |
| Kotoran                                | 2             | 1,7               |
| Makan bersama                          | 1             | 0,8               |
| Percikan ludah                         | 1             | 0,8               |
| Sentuhan kulit                         | 1             | 0,8               |
| Udara                                  | 2             | 1,7               |
| Tidak tahu                             | 18            | 15,3              |
| Tidak sesuai                           | 57            | 48,3              |
| <b>5. Tanda dan Gejala Penyakit</b>    | <b>Jumlah</b> | <b>Persentase</b> |
| Gejala khusus, ada pembengkakan        | 94            | 79,7              |
| Tidak tahu                             | 15            | 12,7              |
| Tidak sesuai                           | 9             | 7,6               |
| <b>6. Pembengkakan di Bagian Tubuh</b> | <b>Jumlah</b> | <b>Persentase</b> |
| Lainnya                                |               |                   |

|                                    |        |            |
|------------------------------------|--------|------------|
| Ya                                 | 36     | 30,5       |
| Tidak                              | 30     | 25,4       |
| Tidak tahu                         | 28     | 23,7       |
| Tidak sesuai                       | 24     | 20,3       |
| 7. Pengecekan Penyakit             | Jumlah | Persentase |
| Pemeriksaan darah biasa            | 38     | 32,2       |
| Pemeriksaan darah tepi, malam hari | 3      | 2,5        |
| Tidak tahu                         | 68     | 57,6       |
| Tidak sesuai                       | 9      | 7,6        |
| 8. Obat yang Diminum               | Jumlah | Persentase |
| Obat cacing dan parasetamol        | 3      | 2,5        |
| Obat parasetamol                   | 5      | 4,2        |
| Tidak tahu / lainnya               | 110    | 93,2       |
| 9. Frekuensi Minum Obat            | Jumlah | Persentase |
| Satu kali setahun selama 5 tahun   | 20     | 16,9       |
| Tidak tahu / lainnya               | 98     | 83,1       |
| 10. Pencegahan Penyakit            | Jumlah | Persentase |
| Menghindari gigitan nyamuk         | 17     | 14,4       |
| Gizi dan kebersihan lingkungan     | 10     | 8,5        |
| Hanya dengan minum obat            | 69     | 58,5       |
| Tidak dapat dicegah                | 4      | 3,4        |
| Tidak tahu                         | 18     | 15,3       |

Berdasarkan tabel 14 dapat diketahui bahwa jumlah jawaban paling banyak yang didapat dari responden adalah jawaban tidak tahu (57,6%) pada pertanyaan apa penyebab utama penyakit Filariasis, jawaban gigitan nyamuk (47,5%) pada pertanyaan bagaimana penyebab utama penyakit Filariasis bisa masuk ke dalam tubuh manusia, jawaban menular (51,7%) pada pertanyaan apakah penyakit Filariasis menular, jawaban gigitan nyamuk (28,8%) dari pertanyaan bagaimana cara penularan penyakit Filariasis, jawaban gejala khusus dengan pembengkakan (79,7%) pada pertanyaan bagaimana tanda-tanda khas orang yang terkena penyakit Filariasis, jawaban ya (30,5%) pada pertanyaan apakah pembengkakan dapat terjadi di bagian tubuh lain selain tangan dan kaki, jawaban tidak tahu (57,6%) pada pertanyaan bagaimana cara mengetahui bahwa

seseorang menderita penyakit kaki gajah dengan tidak melihat gejala fisik, jawaban tidak tahu atau lainnya (93,2%) pada pertanyaan obat apa yang diminum saat pengobatan massal Filariasis, jawaban tidak tahu atau lainnya (83,1%) pada pertanyaan berapa kali seseorang harus meminum obat pada pengobatan massal Filariasis, dan jawaban hanya dengan minum obat (58,5%) pada pertanyaan bagaimana cara mencegah penyakit Filariasis. Pilihan tidak sesuai adalah untuk responden yang tidak tahu atau tidak pernah mendengar tentang Filariasis.

### 5.2.6 Cakupan Penerimaan Obat Filariasis

**Tabel 15**  
**Distribusi Responden Menurut Penerimaan Obat Filariasis**  
**di Kelurahan Baktijaya Depok Tahun 2009**

| Menerima Obat       | Jumlah | Persentase |
|---------------------|--------|------------|
| Menerima obat       | 86     | 72,9       |
| Tidak menerima obat | 32     | 27,1       |
| Jumlah              | 118    | 100,0      |

Berdasarkan tabel 15 dapat dilihat bahwa responden yang menerima obat Filariasis pada pengobatan massal Filariasis hanya berjumlah 86 responden (72,8%).

### 5.2.7 Praktik Minum Obat Filariasis

**Tabel 16**  
**Distribusi Responden Menurut Praktik Minum Obat Filariasis**  
**di Kelurahan Baktijaya Depok Tahun 2009**

| Praktik Minum Obat | Jumlah | Persentase |
|--------------------|--------|------------|
| Minum obat         | 73     | 84,9       |
| Tidak minum obat   | 13     | 15,1       |
| Jumlah             | 86     | 100,0      |

Berdasarkan tabel 16 dapat diketahui bahwa dari 86 responden yang menerima obat Filariasis, hanya 73 orang (84,9 %) responden yang meminum obat tersebut.

### 5.3 Hubungan Praktik Minum Obat Filariasis dengan Beberapa Variabel

Hubungan kemaknaan yang diteliti dalam penelitian ini adalah antara variabel dependen yaitu praktik minum obat pada pengobatan massal Filariasis di Kelurahan Baktijaya Depok 2009 dengan variabel independen yaitu umur, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan dan pengetahuan tentang Filariasis.

#### 5.3.1 Hubungan Praktik Minum Obat Massal Filariasis dengan Umur

**Tabel 17**  
**Distribusi Praktik Minum Obat Menurut Umur**  
**di Kelurahan Baktijaya Depok Tahun 2009**

| Umur          | Praktik Minum Obat |      |             |      | Jumlah |       | P value |
|---------------|--------------------|------|-------------|------|--------|-------|---------|
|               | Minum              |      | Tidak Minum |      | n      | %     |         |
|               | n                  | %    | n           | %    |        |       |         |
| 15 – 54 tahun | 57                 | 85   | 10          | 15   | 67     | 100,0 | 1,00*   |
| 55 – 65 tahun | 16                 | 84,2 | 3           | 15,8 | 19     | 100,0 |         |
| Jumlah        |                    |      |             |      | 86     | 100,0 |         |

Berdasarkan tabel 17 dapat dilihat bahwa proporsi praktik minum obat pada kelompok umur 15–54 tahun (85%) lebih tinggi bila dibandingkan dengan proporsi praktik minum obat pada kelompok umur 55–65 tahun (84,2%). Perbedaan distribusi tersebut tidak berbeda bermakna secara statistik.

### 5.3.2 Hubungan Praktik Minum Obat Massal Filariasis dengan Jenis Kelamin

**Tabel 18**  
**Distribusi Praktik Minum Obat Menurut Jenis Kelamin**  
**di Kelurahan Baktijaya Depok Tahun 2009**

| Jenis Kelamin | Praktik Minum Obat |      |             |      | Jumlah |       | P value |
|---------------|--------------------|------|-------------|------|--------|-------|---------|
|               | Minum              |      | Tidak Minum |      | n      | %     |         |
|               | n                  | %    | n           | %    |        |       |         |
| Laki-laki     | 19                 | 82,6 | 4           | 17,4 | 23     | 100,0 | 0,74*   |
| Perempuan     | 54                 | 85,7 | 9           | 14,3 | 63     | 100,0 |         |
| Jumlah        |                    |      |             |      | 86     | 100,0 |         |

Berdasarkan tabel 18 dapat dilihat bahwa proporsi praktik minum obat pada jenis kelamin laki-laki (82,6%) lebih rendah bila dibandingkan dengan proporsi praktik minum obat pada jenis kelamin perempuan (85,7%). Perbedaan distribusi tersebut tidak berbeda bermakna secara statistik.

### 5.3.3 Hubungan Praktik Minum Obat Massal Filariasis dengan Pekerjaan

**Tabel 19**  
**Distribusi Praktik Minum Obat Menurut Pekerjaan**  
**di Kelurahan Baktijaya Depok Tahun 2009**

| Pekerjaan     | Praktik Minum Obat |    |             |    | Jumlah |       | P value |
|---------------|--------------------|----|-------------|----|--------|-------|---------|
|               | Minum              |    | Tidak Minum |    | n      | %     |         |
|               | n                  | %  | n           | %  |        |       |         |
| Bekerja       | 20                 | 74 | 7           | 26 | 27     | 100,0 | 0,101*  |
| Tidak bekerja | 53                 | 90 | 6           | 10 | 59     | 100,0 |         |
| Jumlah        |                    |    |             |    | 86     | 100,0 |         |

Berdasarkan tabel 19 dapat dilihat bahwa proporsi praktik minum obat pada responden yang bekerja (74%) lebih rendah bila dibandingkan dengan proporsi praktik minum obat pada responden yang tidak bekerja (90%). Perbedaan distribusi tersebut tidak berbeda bermakna secara statistik.

### 5.3.4 Hubungan Praktik Minum Obat Massal Filariasis dengan Tingkat Pendidikan

**Tabel 20**  
**Distribusi Praktik Minum Obat Menurut Tingkat Pendidikan di Kelurahan Baktijaya Depok Tahun 2009**

| Tingkat Pendidikan | Praktik Minum Obat |    |             |    | Jumlah |       | P value |
|--------------------|--------------------|----|-------------|----|--------|-------|---------|
|                    | Minum              |    | Tidak Minum |    | n      | %     |         |
|                    | n                  | %  | n           | %  |        |       |         |
| ≥ SMA/Sederajat    | 53                 | 90 | 6           | 10 | 59     | 100,0 | 0,101*  |
| < SMA/Sederajat    | 20                 | 74 | 7           | 26 | 27     | 100,0 |         |
| Jumlah             |                    |    |             |    | 86     | 100,0 |         |

Berdasarkan tabel 20 dapat dilihat bahwa proporsi praktik minum obat pada kelompok tingkat pendidikan  $\geq$  SMA/Sederajat (90%) lebih tinggi bila dibandingkan dengan proporsi praktik minum obat pada kelompok tingkat pendidikan <SMA/Sederajat (74 %). Perbedaan distribusi tersebut tidak berbeda bermakna secara statistik.

### 5.3.5 Hubungan Praktik Minum Obat Massal Filariasis dengan Pengetahuan Tentang Filariasis

**Tabel 21**  
**Distribusi Praktik Minum Obat Menurut Pengetahuan Tentang Filariasis di Kelurahan Baktijaya Depok Tahun 2009**

| Pengetahuan   | Praktik Minum Obat |      |             |      | Jumlah |       | P value |
|---------------|--------------------|------|-------------|------|--------|-------|---------|
|               | Minum              |      | Tidak Minum |      | n      | %     |         |
|               | n                  | %    | n           | %    |        |       |         |
| “Baik”        | 17                 | 94   | 1           | 6    | 18     | 100,0 | 0,28*   |
| “Kurang baik” | 56                 | 82,4 | 12          | 17,6 | 68     | 100,0 |         |
| Jumlah        |                    |      |             |      | 86     | 100,0 |         |

Berdasarkan tabel 21 dapat dilihat bahwa proporsi praktik minum obat pada responden dengan tingkat pengetahuan “baik” tentang Filariasis (94%) lebih tinggi bila dibandingkan dengan proporsi praktik minum obat pada responden

dengan pengetahuan “kurang baik” tentang Filariasis (82,4%). Perbedaan distribusi tersebut tidak berbeda bermakna secara statistik.





## **BAB VI PEMBAHASAN**

### **6.1 Keterbatasan Penelitian**

1. Penelitian ini adalah penelitian *cross sectional* sehingga tidak bisa melihat hubungan kausal karena pada penelitian *cross sectional* sulit menentukan mana yang lebih dulu terjadi antara variabel dependen dengan variabel independen yang sedang diteliti.
2. Pada saat pengambilan data, terdapat beberapa orang responden yang tidak dapat ditemui sehingga dilakukan penggantian responden dengan cara mewawancarai rumah tangga terdekat dari responden yang tidak dapat ditemui tersebut. Pemilihan pengganti ini mungkin tidak bisa menggantikan sepenuhnya karakteristik responden yang tidak jadi diwawancarai tersebut.

### **6.2 Hal-hal yang berkaitan dengan Distribusi Responden**

Responden yang paling banyak diwawancarai adalah kelompok umur 15–54 tahun (78,8%). Hal ini sejalan dengan data demografi Kelurahan Baktijaya bahwa kelompok umur 15–54 tahun memang jumlahnya 6,7 kali lebih banyak dibandingkan dengan kelompok umur 55–64 tahun, sehingga kemungkinan untuk mewawancarai kelompok umur 15–54 tahun lebih besar.

Distribusi responden lainnya adalah berjenis kelamin perempuan (61,9%) dan tidak bekerja (62,7%). Hal ini terjadi karena waktu pengambilan data dalam penelitian ini pagi dan siang hari sehingga responden yang ditemui adalah responden yang sedang ada di rumah atau tidak bekerja yaitu didominasi oleh ibu rumah tangga. Sehingga bila ingin mendapatkan karakteristik responden pada variabel jenis kelamin dan pekerjaan yang sesuai dengan data demografi Kelurahan Baktijaya, maka pengambilan data hendaknya dilakukan pada hari libur atau sore hari saat kelompok jenis kelamin laki-laki dan pekerja sedang berada di rumah.

### 6.3 Cakupan Penerimaan Obat Filariasis

Pada hari pelaksanaan pengobatan massal Filariasis yang dilakukan serempak di Kota Depok termasuk di Kelurahan Baktijaya, diketahui hanya 86 responden (72,9%) yang menerima obat Filariasis dengan sepertiga diantaranya menerima obat Filariasis karena didatangi ke rumah oleh petugas kesehatan. Angka ini masih jauh lebih rendah daripada target yang menerima obat yaitu 100%. Responden yang tidak menerima obat Filariasis berjumlah 32 orang dengan alasan tidak menerima karena tidak ada di tempat (46,9%), merasa tidak terdaftar (3,1%), takut untuk mengambil obat (6,2%), dan tidak tahu ada pengobatan massal Filariasis (43,8%). Hal yang juga perlu diperhatikan adalah ternyata dari 32 orang yang tidak menerima obat, ada 1 orang yang menyatakan mencari obat tersebut ke Kelurahan Baktijaya namun tidak dapat karena ketidaktersediaan obat. Responden tersebut seharusnya bisa mendapatkan obat Filariasis apabila mengetahui informasi bahwa pengambilan obat Filariasis hanya tersedia di Puskesmas, bukan di Kelurahan.

Pada bagan 1 tinjauan pustaka halaman 12 telah disebutkan bahwa kegiatan pokok dalam program eliminasi Filariasis diantaranya adalah meningkatkan promosi, memperluas jangkauan program dan memperkuat strategi informasi strategis. Kegiatan pokok tersebut ditekankan pada sosialisasi Filariasis dan pengobatannya yang sangat membutuhkan sumber daya manusia seperti kader kesehatan dan aparat pemerintah sebagai Tenaga Pembantu Eliminasi. Oleh karena itu dalam persiapan pengobatan massal Filariasis, telah dilakukan lokakarya pengenalan Filariasis dan perencanaan pelaksanaan pengobatannya di Kelurahan Sukmajaya Depok pada bulan Juni tahun 2008. Dalam kegiatan ini, masing-masing RW mendatangkan perwakilannya sebanyak 2 orang. Isi dari kegiatannya mencakup penjelasan tentang Filariasis dan persiapan pengobatan massal Filariasis di Kelurahan Baktijaya 2008. Selanjutnya para peserta ini diberikan *handout* pengarahannya beserta dua buah *leaflet* Filariasis untuk dibawa pulang kemudian dibagikan kepada masyarakat dengan cara difoto kopi menggunakan dana swadaya masyarakat.

Sosialisasi yang dilakukan kepada para kader ini sudah dianggap efektif, namun sosialisasi lanjutan dari kader kepada masyarakat belum dapat mencakup

seluruh masyarakatnya. Dari seluruh responden, terdapat 11,9 % responden yang mengaku tidak menerima informasi apapun seputar kegiatan pengobatan massal Filariasis di Kelurahan Baktijaya Depok, hal ini bisa disebabkan karena waktu pensosialisasian pengobatan massal kurang lama yaitu hanya berlangsung selama satu bulan. Di sisi lain, 88,1 % responden yang tahu adanya kegiatan pemberian obat Filariasis di Kelurahan Baktijaya menyebut kegiatan ini dalam berbagai versi, yaitu kegiatan imunisasi seperti PIN atau Pekan Imunisasi Nasional (12,7%), kegiatan pembagian obat gratis (11,9%), kegiatan pengobatan massal (24,6%), dan jawaban terbanyak adalah kegiatan pencegahan dari penyakit Filariasis (46,6 %). Hal ini menyebabkan sebagian masyarakat menganggap bahwa kegiatan pemberian obat tersebut adalah untuk pencegahan dan sifatnya tidak diharuskan.

Dari penjelasan di atas dapat diketahui bahwa terdapat peran penting dari para kader dan aparat pemerintah setempat dalam mensosialisasikan pengobatan massal kepada masyarakat yang menjadi sasaran pengobatan massal Filariasis dalam jangka waktu satu bulan. Sosialisasi pengobatan massal lewat komunikasi massal maupun *leaflet* sebaiknya dilakukan lebih sering dan merata kepada seluruh masyarakat agar pada hari pelaksanaannya masyarakat akan sedia untuk datang ke Pos Minum obat sehingga obat tidak perlu diantar ke rumah-rumah dan walaupun ada masyarakat yang sedang tidak ada di rumah, saudara atau tetangganya dapat mengambilkannya untuk mereka yang tidak ada di tempat atau berhalangan hadir. Kemudian apabila ada keterbatasan jumlah obat di Pos Minum Obat, maka Puskesmas setempat masih menyediakan obat tersebut dalam jumlah yang cukup.

#### **6.4 Cakupan Minum Obat Filariasis**

Menurut Nandha dkk 2007, ada dua hal penting dalam pengobatan massal Filariasis, yaitu strategi pendistribusian obat Filariasis yang mencakup seluruh sasaran dan strategi komunikasi untuk mengajak orang meminum obat. Dari penjelasan tentang penerimaan obat sudah diketahui bahwa tidak semua responden menerima obat Filariasis dan dari segi cakupan minum obat, ternyata

tidak semua responden yang menerima obat Filariasis telah meminum obat Filariasis tersebut.

#### **6.4.1 Cakupan Minum Obat Filariasis dari Seluruh Responden**

Dari jumlah keseluruhan 118 responden, hanya 61,9 % yang menyatakan telah meminum obat Filariasis pada pengobatan massal Filariasis di Kelurahan Baktijaya Depok 2008 karena responden lainnya tidak menerima obat (27,1%) dan tidak jadi minum obat (11%). Angka cakupan minum obat dari responden sasaran pengobatan massal ini kurang dari standar yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan yaitu >85% (Suherni, 2008).

Dari penelitian ini diketahui pula bahwa dari 118 responden, sebanyak 94 responden (79,7 %) menyatakan akan meminum obat massal Filariasis bila diadakan kembali pada tahun 2009, sedangkan sebanyak 16 responden (13,6 %) menyatakan tidak akan minum karena sudah pernah atau merasa tidak perlu dan takut akan efek samping. Selanjutnya sebanyak 8 responden (6,8 %) menyatakan tidak tahu apakah akan minum obat massal Filariasis lagi atau tidak. Hal ini terjadi karena sebagian masyarakat masih belum paham tentang pengobatan Filariasis.

Penelitian di Kabupaten Belitung menunjukkan hasil yang konsisten dengan penelitian ini. Dari 16 responden, alasan tidak minum obat Filariasisnya yaitu takut pada efek samping obat (68,8%) dan tidak tahu ada pengobatan massal (31,2%) (Suherni, 2008). Jadi dapat dilihat bahwa ketidaktahuan responden tentang adanya pengobatan massal dan bagaimana pelaksanaannya mempengaruhi angka cakupan minum obat Filariasis dari seluruh responden.

#### **6.4.2 Cakupan Minum Obat Filariasis dari Responden yang Menerima Obat Filariasis**

Dari jumlah 86 responden yang menerima obat Filariasis, terdapat 13 orang (15,1%) yang tidak jadi meminum obat Filariasis dengan alasan takut pada efek samping (84,6%) dan merasa tidak perlu minum karena tidak sakit Filariasis (13,4%). Menurut beberapa ibu kader kesehatan di Kelurahan Baktijaya, faktor ketiadaan dokter atau tenaga medis di Pos Minum Obat juga menurunkan

kepercayaan masyarakat untuk minum obat Filariasis karena masyarakat berfikir bila terjadi efek samping obat, tidak ada dokter atau tenaga kesehatan yang siap sedia mengatasi masalah tersebut, padahal setelah dikonfirmasi, di Kelurahan Baktijaya tidak ada kejadian efek samping serius akibat pengobatan massal Filariasis. Dari penjelasan yang telah dikemukakan tersebut dapat disimpulkan bahwa informasi mengenai efek samping dari pengobatan massal harus diberitahukan dengan lebih jelas kepada masyarakat sehingga ketakutan akan efek samping obat dapat ditanggulangi.

## **6.5 Faktor-faktor Predisposisi yang Mempengaruhi Praktik Minum Obat Filariasis**

### **6.5.1 Umur**

Pada tinjauan pustaka telah disebutkan bahwa kriteria sasaran pengobatan massal yakni penduduk yang tinggal di daerah yang menjadi sasaran pengobatan massal dengan rentang umur 2–65 tahun. Kemudian berdasarkan SKRT 2004, umur produktif adalah dari 15–54 tahun, sehingga peneliti membagi umur kedalam dua kelompok yaitu kelompok umur 15–54 tahun dan kelompok umur 55–65 tahun.

Dari hasil penelitian diketahui bahwa perbedaan distribusi praktik minum obat Filariasis pada kedua kelompok umur tidak berbeda bermakna secara statistik. Hal ini terjadi karena pada kedua kelompok umur tidak dirasakan adanya hak dan kewajiban yang berbeda untuk mendapatkan pelayanan kesehatan berupa pengobatan massal Filariasis.

Temuan ini konsisten dengan penelitian Suherni 2008 yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara praktik minum obat Filariasis dengan umur. Namun temuan ini tidak sejalan dengan penelitian Nandha, *dkk* tahun 2007 yang menyatakan bahwa praktik orang dalam meminum obat Filariasis berhubungan dengan umur. Penelitian Nandha, *dkk* mengatakan bahwa kepatuhan minum obat Filariasis secara signifikan lebih rendah pada kelompok responden berusia >61 tahun.

### 6.5.2 Jenis Kelamin

Pada kelompok jenis kelamin wanita, terdapat kriteria bahwa yang menjadi sasaran pengobatan massal adalah wanita yang sedang tidak dalam keadaan hamil dan menyusui. Sehingga orang dengan jenis kelamin wanita yang diikutsertakan dalam penelitian ini adalah wanita yang pada saat pengobatan massal Filariasis 2008 sedang tidak hamil ataupun menyusui.

Proporsi praktik minum obat pada responden perempuan adalah 85,7%, sedangkan yang tidak minum obat ada 14,3%. Alasan untuk tidak minum obatnya adalah karena takut pada efek samping obat (84,6%) dan merasa tidak perlu minum obat karena tidak sakit (15,4%).

Proporsi praktik minum obat pada responden laki-laki yaitu 82,6%, sedangkan yang tidak minum obat adalah 17,4%. Alasan untuk tidak minum obatnya adalah karena takut pada efek samping obat (100%). Ketakutan ini bisa terjadi karena kebanyakan responden berjenis kelamin laki-laki adalah pekerja (64%) sehingga memungkinkan responden sedang tidak ada di tempat saat pembagian obat berlangsung. Untuk itu, diperlukan sosialisasi yang lebih sering kepada jenis kelamin laki-laki terutama tentang efek samping pengobatan massal Filariasis yang sebenarnya bisa ditanggulangi.

Temuan ini konsisten dengan penelitian di Pondicherry, India Selatan (Nandha, 2007) yang menyatakan bahwa proporsi laki-laki (47,6 %) yang tidak minum obat Filariasis di setiap putaran pengobatan massal Filariasis secara signifikan lebih tinggi dibandingkan perempuan (20,3%). Selanjutnya pada penelitian Suherni 2008 di Subang juga ditemukan kondisi yang sama bahwa jumlah laki-laki yang minum obat proporsinya lebih rendah daripada perempuan. Menurutnya, laki-laki lebih besar untuk tidak minum obat karena laki-laki adalah tulang punggung keluarga. Seorang laki-laki tidak ingin pekerjaannya terganggu apabila setelah minum obat muncul efek samping seperti mengantuk dan mual.

### 6.5.3 Pekerjaan

Status pekerjaan secara tidak langsung juga mempengaruhi praktik kesehatan seseorang. Orang yang memperhatikan penghasilannya pada umumnya juga memperhatikan kesehatannya karena merupakan sarana pendukung untuk mencapai keberhasilannya dalam bekerja. Orang yang menderita Filariasis akut pada umumnya mengalami hambatan dalam mencari pekerjaan dan mendapatkan penghasilan (Depkes, 2005).

Hasil analisa menyatakan bahwa responden yang bekerja dan menerima obat (61%) lebih rendah daripada responden yang tidak bekerja namun menerima obat (80%). Hal ini bisa terjadi karena orang yang bekerja mempunyai lebih banyak kesibukan sehingga tidak ada di tempat saat pengobatan massal berlangsung. Dari responden bekerja dan menerima obat Filariasis, ternyata tidak semuanya meminum obat yang sudah didapat tersebut (25,9%) dengan alasan takut akan efek samping obat yang mungkin akan mengganggu pekerjaannya. Oleh karena itu, dibutuhkan penyampaian informasi tentang efek samping obat Filariasis yang mungkin timbul akibat reaksi obat ataupun karena tidak makan sebelum minum obat kepada para responden, khususnya yang bekerja, agar bisa mengerti bahwa efek samping obat Filariasis ini dapat dicegah dan tidak mengganggu pekerjaan.

Temuan ini konsisten dengan penelitian Suherni 2008 yang menyatakan bahwa responden yang bekerja mempunyai peluang yang lebih besar untuk tidak minum obat Filariasis. Dalam penelitiannya dikatakan bahwa peluang responden yang bekerja untuk tidak minum obat Filariasis adalah 1,24 kali lebih besar bila dibandingkan dengan responden yang tidak bekerja. Menurut Suherni 2008, hal ini dikarenakan seseorang yang bekerja mungkin saja tidak memiliki pengetahuan dan pemahaman yang benar tentang Filariasis dan pengobatan massal Filariasis, sebagai contoh, orang yang bekerja menganggap bahwa efek samping obat Filariasis merupakan sesuatu yang negatif atau tidak mengenakan bagi dirinya karena dapat mengganggu pekerjaan mereka.

Alasan serupa juga dikemukakan dalam penelitian Kasnodihardjo dan Sahat tahun 1994 bahwa pengobatan DEC di Kumpeh Jambi mengalami kesulitan karena masyarakatnya takut akan efek samping pengobatan yang timbul seperti

pusing dan mual. Masyarakat berpendapat bahwa orang yang tadinya tidak sakit setelah minum obat malah menjadi sakit. Pendapat ini menyebabkan cakupan pengobatan menjadi rendah.

#### 6.5.4 Tingkat Pendidikan

Soekidjo, 1993 menyebutkan bahwa tujuan pendidikan pada akhirnya menuju kepada suatu perubahan, yakni perubahan tingkah laku individu maupun masyarakat. Dalam penelitian ini, tingkat pendidikan dibagi menjadi dua kelompok yaitu  $\geq$  SMA/Sederajat dan  $<$  SMA/Sederajat dengan harapan bahwa orang dengan tingkat pendidikan  $\geq$  SMA/Sederajat mempunyai proporsi praktik minum obat Filariasis yang lebih tinggi dibandingkan responden dengan tingkat pendidikan  $<$  SMA/Sederajat.

Proporsi responden yang minum obat dengan tingkat pendidikan  $\geq$  SMA/Sederajat (90%) memang lebih tinggi bila dibandingkan dengan proporsi responden yang minum obat dengan tingkat pendidikan  $<$  SMA/Sederajat (74%). Namun berdasarkan uji statistik, diketahui bahwa tidak ada perbedaan distribusi yang bermakna antara praktik minum obat pada kedua kelompok tingkat pendidikan tersebut. Hasil penelitian ini berbeda dengan yang diharapkan karena responden yang berpendidikan rendah ternyata berpeluang untuk tidak minum obat Filariasis hampir sama besar bila dibandingkan dengan responden yang berpendidikan tinggi. Temuan ini konsisten dengan penelitian Suherni 2008, yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan praktik minum obat Filariasis.

Responden yang tidak minum obat Filariasis pada tingkat pendidikan  $\geq$  SMA/Sederajat berjumlah 6 orang. Alasan tidak minum obatnya adalah takut (83%) dan merasa tidak perlu (17%). Selanjutnya pada 7 responden dengan tingkat pendidikan  $<$  SMA/Sederajat yang tidak minum obat, alasannya tidak minum obatnya adalah takut (86%), dan merasa tidak perlu (14%). Dari kedua hasil tersebut dapat dilihat bahwa penyebab utama responden untuk tidak minum obat adalah karena takut akan efek samping obat Filariasis. Oleh karena itu, sosialisasi dan penyuluhan langsung tentang Filariasis dan pengobatan massal



Filariasis terutama mengenai efek samping adalah salah satu solusi penting dalam menghilangkan ketakutan dan meningkatkan proporsi minum obat Filariasis.

Suherni 2008 menyatakan bahwa responden yang berpendidikan tinggi mungkin tidak minum obat Filariasis dikarenakan responden tersebut tidak memiliki pengetahuan yang baik tentang Filariasis dan pengobatan massal Filariasis. Pendidikan yang tinggi bukan ukuran seseorang mengetahui dan memahami dengan benar tentang Filariasis dan pengobatan massal Filariasis.

### **6.5.5 Pengetahuan Tentang Filariasis**

Responden berpengetahuan “baik” tentang Filariasis ternyata memang lebih banyak yang patuh minum obat Filariasis bila dibandingkan dengan responden berpengetahuan “kurang baik”. Pada umumnya responden yang berpengetahuan “baik” tentang Filariasis merasa takut pada gejala klinis dan kecacatan yang ditimbulkan penyakit ini sehingga responden yang berpengetahuan “baik” lebih tanggap dan patuh untuk mengikuti kegiatan pengobatan massal Filariasis. Sehingga dapat dilihat bahwa semakin banyak orang yang pengetahuan “baik” tentang Filariasis maka semakin banyak orang yang patuh untuk meminum obat Filariasis.

Informasi tentang Filariasis paling banyak diketahui oleh responden dari televisi (31%) dan petugas kesehatan (30%). Kemudian dari keseluruhan responden yang tahu tentang Filariasis, hanya 33% yang menyatakan telah mendapatkan penyuluhan tentang Filariasis. Hal ini membuktikan masih sedikitnya informasi yang disampaikan secara langsung lewat penyuluhan kepada masyarakat di Kelurahan Baktijaya. Selanjutnya dari 118 responden, terdapat beberapa responden yang tidak pernah mendengar sama sekali tentang penyakit Filariasis (7,6%), hal ini secara langsung menyebabkan penurunan proporsi pengetahuan tentang Filariasis pada responden. Beberapa ibu pengurus PKK dan Posyandu yang bertugas sebagai Tenaga Pelaksana Eliminasi mengatakan bahwa informasi tentang Filariasis di Depok untuk masyarakat di Kelurahan Baktijaya memang kurang, salah satunya adalah tidak tersebarunya spanduk atau poster tentang kasus Filariasis di Kelurahan Baktijaya. Beberapa indikator penilaiannya terlihat dalam bab hasil halaman 41 bahwa untuk pengetahuan terhadap penyebab

penyakit Filariasis, hanya 12,7% yang menjawab benar yaitu cacing *Filaria*. Selanjutnya pada pertanyaan bagaimana mencegah Filariasis, hanya 14,4% yang menjawab dengan menghindari gigitan nyamuk. Hal ini menunjukkan bahwa responden belum menyadari bahwa penularan Filariasis terjadi melewati gigitan nyamuk sehingga responden tidak melindungi diri dari gigitan nyamuk untuk mencegah terkena Filariasis.

Dari penelitian Sudomo *dkk*, 1994 dikemukakan bahwa rendahnya pengetahuan tentang Filariasis adalah hal yang sangat umum dan merata di berbagai daerah dan negara, namun setelah dilakukan penyuluhan dan kontak sosial dengan petugas kesehatan, maka sebagian besar masyarakat mulai sadar bahwa Filariasis adalah penyakit menular sehingga mereka mau melakukan upaya pencegahan dan pengobatan massal. Kesimpulan yang dapat diambil bahwa untuk mendapatkan partisipasi aktif dari masyarakat dalam pengobatan massal Filariasis, maka diperlukan pengetahuan yang “baik” tentang Filariasis di masyarakat, salah satunya dengan penginformasian tentang Filariasis, baik dari media maupun melalui penyuluhan secara langsung kepada masyarakat.

Temuan ini konsisten dengan penelitian Suherni 2008 yang menyebutkan bahwa pengetahuan seseorang tentang Filariasis mempengaruhi praktik minum obat Filariasis. Pada penelitiannya, proporsi pengetahuan “kurang baik” adalah 67,4 %, lebih tinggi bila dibandingkan dengan proporsi pengetahuan “baik” (32,6 %). Demikian pula dengan penelitian Tomar dan Kusnanto di Kepulauan Mentawai 2007 yang menghasilkan hubungan antara pengetahuan dengan praktik minum obat Filariasis.

## **BAB VII PENUTUP**

### **7.1 Kesimpulan**

1. Responden dalam penelitian ini berjumlah 118 orang dengan karakteristik responden berumur  $\geq 15 - 54$  tahun (78,8 %), berjenis kelamin perempuan (61,9 %), tidak bekerja (62,7 %), dan memiliki tingkat pendidikan  $\geq$ SMA/Sederajat (67,8 %).
2. Responden dengan pengetahuan “baik” tentang Filariasis berdasarkan penilaian 6 jawaban benar hanya berjumlah 16,1%.
3. Responden yang mengetahui adanya pengobatan massal Filariasis di Kelurahan Baktijaya Depok berjumlah 88,1%.
4. Responden yang menerima obat pada pengobatan massal Filariasis berjumlah 86 orang (72,9%).
5. Responden yang menerima obat Filariasis dan meminumnya pada pengobatan massal Filariasis berjumlah 73 orang (84,9%).
6. Proporsi praktik minum obat 86 responden pada variabel karakteristik demografi; umur 15 – 54 tahun (85%), umur 55–65 tahun (84,2%), jenis kelamin laki-laki (82,6%), jenis kelamin perempuan (85,7%), bekerja (74%), tidak bekerja (90%), tingkat pendidikan  $\geq$ SMA/Sederajat (90%), tingkat pendidikan  $<$ SMA/Sederajat (74%), dan pengetahuan “baik” tentang Filariasis (94%) serta pengetahuan “kurang baik” tentang Filariasis (82,4%).
7. a. Proporsi praktik minum obat pada kelompok umur 15–54 tahun (85%) lebih tinggi bila dibandingkan dengan proporsi praktik minum obat pada kelompok umur 55–65 tahun (84,2%). Perbedaan distribusi tersebut tidak berbeda bermakna secara statistik  
b. Proporsi praktik minum obat pada jenis kelamin laki-laki (82,6%) lebih rendah bila dibandingkan dengan proporsi praktik minum obat pada jenis kelamin perempuan (85,7%). Perbedaan distribusi tersebut tidak berbeda bermakna secara statistik  
c. Proporsi praktik minum obat pada responden yang bekerja (74%) lebih rendah bila dibandingkan dengan proporsi praktik minum obat pada

responden yang tidak bekerja (90%). Perbedaan distribusi tersebut tidak berbeda bermakna secara statistik

- d. Proporsi praktik minum obat pada kelompok tingkat pendidikan  $\geq$  SMA/Sederajat (90%) lebih tinggi bila dibandingkan dengan proporsi praktik minum obat pada kelompok tingkat pendidikan  $<$  SMA/Sederajat (74 %). Perbedaan distribusi tersebut tidak berbeda bermakna secara statistik
- e. Proporsi praktik minum obat pada responden dengan tingkat pengetahuan “baik” tentang Filariasis (94%) lebih tinggi bila dibandingkan dengan proporsi praktik minum obat pada responden dengan pengetahuan “kurang baik” tentang Filariasis (82,4%). Perbedaan distribusi tersebut tidak berbeda bermakna secara statistik

## 7.2 Saran

### 7.2.1 Bagi Puskesmas dan Departemen / Lembaga Terkait

1. Responden yang berpengetahuan “baik” pada penelitian ini masih rendah (16,1 %). Proporsi minum obat Filariasis pada responden dengan tingkat pengetahuan “baik” tentang Filariasis lebih tinggi bila dibandingkan dengan proporsi praktik minum obat pada responden dengan pengetahuan “kurang baik” tentang Filariasis. Penelitian Sudomo, *dkk* menyebutkan bahwa setelah adanya penyuluhan dan kontak sosial dengan para petugas kesehatan, nilai pengetahuan sebagian besar masyarakat tentang Filariasis menjadi lebih tinggi. Oleh karena itu kegiatan penyuluhan tentang Filariasis melalui tenaga kader kesehatan agar lebih dioptimalkan dalam pelaksanaannya.
2. Terdapat responden yang tidak mengetahui adanya pengobatan massal Filariasis di Kelurahan Baktijaya Depok (11,9%). Oleh karena itu sosialisasi tentang pengobatan massal Filariasis lebih ditingkatkan intensitasnya dan diperjelas informasinya dengan menggunakan media seperti leaflet atau poster.
3. Tidak semua responden yang menerima obat Filariasis meminum obat Filariasis. Oleh karena itu, peran Tenaga Pelaksana Eliminasi Filariasis

seperti dokter dan kader untuk memantau masyarakat meminum obat langsung di tempat atau di Pos Minum Obat sangat diperlukan. Selain itu, penyediaan sarana pemudah untuk minum obat seperti air putih, pisang, dan obat Filariasis dalam bentuk serbuk perlu dipersiapkan dengan lebih baik lagi.

4. Pada variabel jenis kelamin laki-laki dan pekerja, penyuluhan agar lebih ditekankan pada seberapa pentingnya minum obat Filariasis dan tentang efek samping obat yang bisa ditanggulangi dan dihindari. Hal ini bisa dilakukan dengan memberikan leaflet di tempat kerja atau mengadakan sosialisasi dan penyuluhan di hari libur.

### **7.2.2 Bagi Peneliti Lain**

Untuk mengetahui bagaimana kelancaran kegiatan pengobatan massal Filariasis diperlukan informasi tentang distribusi obat Filariasis, sistem pencatatan minum obat Filariasis dan keberadaan Tenaga Eliminasi Filariasis di tiap Pos Minum Obat sehingga apabila ada penelitian lain tentang pengobatan massal Filariasis, hendaknya mencari informasi tentang hal-hal tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anorital, 2001. "Reseach Report from JKPKBPPK: Model Pengobatan Filariasis Malayi dengan Diethyl Carbamazine Citrate (DEC) Dosis Bertahap di Kabupaten Tabalog Kalsel Tahun 2001". Center for Research and Development of Disease Control, NIHRD (Online).24 Desember 2002.
- Ariawan, Iwan, 1998. *Besar Sampel pada Penelitian Kesehatan*. Jurusan Biostatistik dan Kependudukan FKM UI, Depok.
- Basker, Nandha, dkk.2007. "Filaria journal: Delivery Strategy of Mass Annual Single Dose DEC Administration to Eliminate Lymphatic Filariasis in the Urban Areas of Pondicherry, South India: 5 Years of Experience". <http://www.filariajournal.com/content/6/1/7>. 24 Agustus 2007.
- Beaglehole, R, dkk., 1997. *Dasar-Dasar Epidemiologi*. Penerjemah: Adi Heru. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Chattab, Ibnu, 2005. Gambaran Pengetahuan dan Perilaku Berisiko Terinfeksi HIV/AIDS pada Remaja di Lembaga Pemasarakatan Anak Kelas II A Kota Bumi Lampung Utara Tahun 2005. Skripsi Program Sarjana Kesehatan Masyarakat FKM UI, Depok.
- C62, 2008. "Mencegah Kaki Gajah". Republika Online.
- Damayanti, Rita, 2005. *Psikologi Kesehatan*. Jurusan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku FKM UI, Depok.
- Danim, Sudarwan, 1997. *Metode Penelitian untuk Ilmu-Ilmu Perilaku*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal PP & PL, 2005. *Program Eliminasi Filariasis*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal PP & PL, 2005. *Epidemiologi Filariasis*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal PP & PL, 2005. *Harapan Baru Bagi Penderita Penyakit Kaki Gajah (Filariasis)*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal PP & PL, 2005. *Penatalaksanaan Kasus Klinis Filariasis*. Jakarta.

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal PP & PL, 2005. *Penentuan dan Evaluasi Daerah Endemis Filariasis*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal PP & PL, 2005. *Pengobatan Massal Filariasis*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal PP & PL, 2005. *Promosi Kesehatan dalam Eliminasi Filariasis*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal PP & PL, 2005. *Tenaga Pelaksana Eliminasi (TPE) Filariasis*. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Depok, 2008. *Laporan Pengobatan Massal Filariasis 9 Agustus 2008*. Depok.
- Herjatno, Wowon, 1994. *Pengetahuan Sikap dan Tindakan Penderita Mikrofilaremia Terhadap Filariasis Bancrofti dan Penularannya di Desa Sawah Baru Kecamatan Ciputat Kabupaten Tangerang Jawa Barat*. Skripsi Program Sarjana Kesehatan Masyarakat FKM UI, Depok.
- Jon dan Van, 2005. "Penyakit Kaki Gajah Melanda Warga Bekasi dan Depok". Sinar Harapan.
- Kasnodihardjo dan Sahat Omposunggu. 2006, "Sikap dan Penerimaan Penduduk Terhadap Pengobatan Filariasis dengan Campuran Diethyl Carbamazine-Garam Beryodium di Daerah Jambi, Kalimantan Selatan, dan Sulawesi Tengah". *Medika* Vol.XXXII Juli 2006.
- Kosanah, M. A, 1996. *Faktor-faktor Berhubungan dengan Pengetahuan dan Sikap Kepala Keluarga dan Tokoh Masyarakat Tentang Kusta di Kabupaten Kuningan*. Skripsi Program Sarjana Kesehatan Masyarakat FKM UI, Depok.
- Lemeshow, Stanley, dkk, 1997. *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Mardesni, Fitri, 2006. Hubungan Lingkungan Rumah, Perilaku dan Pekerjaan dengan Kejadian Filariasis di Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2006. Program Pasca Sarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UI, Depok.
- Miko, Tri Y, 2003. *Epidemiologi Penyakit Menular*. Jurusan Epidemiologi FKM UI, Depok.

- Molyneux, David, 2003. "Filaria journal: Lymphatic Filariasis (Elephantiasis) Elimination: A Public Health Success and Development Opportunity".  
<http://www.filariajournal.com/content/2/1/13>.
- Muda, Ahmad A. K, 1994. *Kamus Lengkap Kedokteran*. Surabaya: Gitamedia Press.
- Nelwan, R.H.H, 2007. "Filariasis in the New Millennium". Medical Journal of Indonesia Volume 10, Number 3. Faculty of Medicine, University of Indonesia.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 1993. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sabri, Luknis, dkk, 1999. *Modul Biostatistik Dan Statistik Kesehatan*. Jurusan Biostatistik Dan Kependudukan FKM UI, Depok.
- Soedarto, 1990. *Penyakit-Penyakit Infeksi di Indonesia*. Jakarta: Widya Medika.
- Sudomo, M., dkk. 1994, "Penularan Filariasis di Pemukiman Transmigrasi Kumpeh Jambi Ditinjau dari Aspek Sosio Antropologi". Buletin Penelitian Kesehatan 22(1)1994. Departemen Kesehatan RI.
- Suherni, 2007. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Minum Obat Filariasis Pada Kegiatan Pengobatan Massal Filariasis di Kabupaten Subang, Jawa Barat Tahun 2007*. Skripsi Program Sarjana Kesehatan Masyarakat FKM UI, Depok.
- Sunarto, Kamanto, 2000. *Pengantar Sosiologi Edisi Kedua*. Jakarta: Lembaga Penerbit FE UI.
- Taruna, Johan, 2008. "Endemi Kaki Gajah, Warga Datangi Lokasi Pengobatan Gratis". Indosiar 11 Agustus 2008.