



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**MAKNA PERAWATAN FILARIASIS UNTUK KLIEN DEWASA  
DI WILAYAH KECAMATAN MARGAASIH KAB. BANDUNG  
( STUDI FENOMENOLOGI)**

**TESIS**

**NADIRAWATI  
0806446542**

**PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI, 2010**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**MAKNA PERAWATAN FILARIASIS UNTUK KLIEN DEWASA  
DI WILAYAH KECAMATAN MARGAASIH KAB. BANDUNG  
( STUDI FENOMENOLOGI)**

**TESIS**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Ilmu Keperawatan

**Oleh :**

**NADIRAWATI  
0806446542**

**PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI, 2010**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

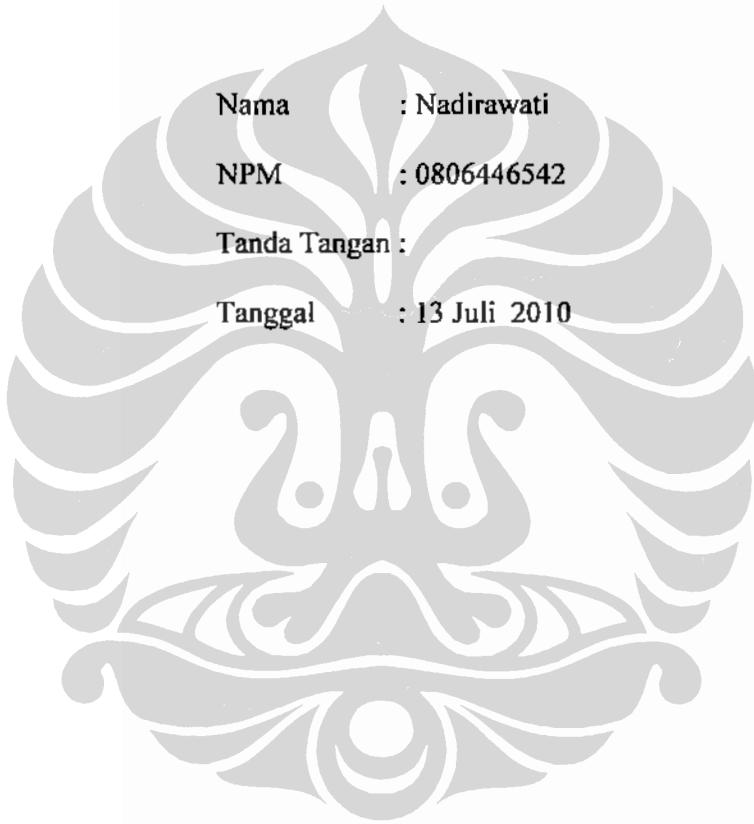
Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Nadirawati

NPM : 0806446542

Tanda Tangan :

Tanggal : 13 Juli 2010



## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Nadirawati  
NPM : 0806446542  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul Tesis : Makna Perawatan Filariasis Untuk Klien Dewasa  
Di Wilayah Kecamatan Margaasih Kab. Bandung  
(Studi Fenomenologi)

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan, Peminatan Keperawatan Komunitas pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Ketua : Dra. Junaiti Sahar, M.AppSc., Ph.D. (.....)

Anggota 1 : Ns. Henny Permatasari, M.Kep., Sp.Kom (.....)

Anggota II : Sigit Mulyono, MN. (.....)

Anggota III : Nawang Pujiastuti, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom (.....)

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 13 Juli 2010

**LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Nadirawati  
NPM : 0806446542  
Program Studi : Program Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan : Ilmu Keperawatan Komunitas  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

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

**MAKNA PERAWATAN FILARIASIS UNTUK KLIEN DEWASA  
DI WILAYAH KECAMATAN MARGAASIH KAB. BANDUNG  
( STUDI FENOMENOLOGI)**

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

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 13 Juli 2010

Yang menyatakan



(NADIRAWATI)

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji dan syukur hanya untuk Allah SWT karena atas limpahan ridho-Nya peneliti dapat menyelesaikan Tesis yang berjudul “Makna Perawatan filariasis Untuk Klien Dewasa Di Wilayah Kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung (Studi Fenomenologi). Selama melakukan penyusunan Tesis ini, peneliti banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Rasa hormat, ucapan terimakasih serta penghargaan setinggi-tingginya peneliti sampaikan kepada :

1. Dewi Irawaty, M.A., Ph.D., sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc., sebagai Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc, Ph.D, selaku pembimbing I yang telah memberikan ide, bimbingan, semangat, arahan dan motivasi pada peneliti untuk penyusunan tesis ini.
4. Ners. Henny Permatasari, S.Kep., M.Kep., Sp.Kom, selaku pembimbing II yang senantiasa memberi perhatian, dorongan, motivasi, mencurahkan waktu dan dengan sabar memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dalam penyusunan tesis ini.
5. Bapak Dedi S. Djahhuri, dr., Sp.B (Ketua Stikes Ahmad Yani – Cimahi) beserta jajarannya yang telah memberikan izin dan memberikan bantuan, baik moril maupun materil kepada peneliti sampai terselesaikannya pendidikan ini.
6. Seluruh staff pengajar Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia khususnya bagian keilmuan komunitas yang telah memberikan ilmunya.
7. Seluruh Staf Akademik dan Staf Perpustakaan yang telah membantu selama proses belajar mengajar di program Magister Keperawatan dan penyusunan tesis ini.
8. Suami tercinta (Arief Wibawa Sukmana) yang mendukung dengan segala pengorbanan, doa, dan supportnya, serta anakku tercinta (Zahra Aliya Khoerunnisa) yang telah memberikan dukungan, pengertian, dan kesediaan

untuk hilangnya waktu kebersamaan selama menjalani proses pendidikan dan selalu menjadi inspirasi dan semangat untuk menyelesaikan pendidikan.

9. Ayah, Mak, Kakak dan adik-adik tercinta, dan seluruh keluarga yang telah memberikan dukungan serta semangat untuk terus maju.
10. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung dan Kepala Puskesmas Margaasih dan Puskesmas Rahayu yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian ini
11. Bidan desa dan kader RW yang telah memberikan waktunya dalam membantu peneliti mendatangi tempat tinggal klien filariasis.
12. Semua partisipan yang telah bersedia meluangkan waktu untuk menceritakan pengalamannya dalam penelitian ini
13. Semua teman-teman Program Magister Keperawatan Angkatan 2008, khususnya teman-teman di Kekhususan Keperawatan Komunitas (Tantut, Elseu, Oop, Endang, Rully, Yayat, Tanti, dan Tyo) yang telah banyak membantu, memberikan dukungan serta semangat untuk terus maju.
14. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini, tanpa mengurangi rasa terimakasih, tidak dapat disebutkan satu persatu.

Peneliti menyadari bahwa penyusunan tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran sangat peneliti harapkan demi kesempurnaan tesis ini. Peneliti berharap semoga penelitian ini nantinya dapat memberikan manfaat bagi kemajuan ilmu keperawatan pada umumnya, khususnya klien dengan filariasis agar dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

Depok, Juli 2010

Peneliti

UNIVERSITAS INDONESIA  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Tesis, Juli 2010

Nadirawati

Makna Perawatan Filariasis Untuk Klien Dewasa di Kecamatan Margaasih  
Kabupaten Bandung, 2010

xii + 169 halaman + 11 lampiran

#### Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang makna perawatan filariasis untuk klien dewasa di kecamatan margaasih dan bagaimana memaknai pengalaman tersebut. Penelitian ini dilakukan melalui pendekatan kualitatif desain fenomenologi deskriptif dengan metode wawancara mendalam. Partisipan dalam penelitian ini adalah klien dengan filariasis. Data yang dikumpulkan berupa hasil rekaman wawancara dan catatan lapangan yang dianalisis dengan menerapkan teknik Collaizi. Penelitian ini mengidentifikasi 10 tema yaitu respon psikologis; respon fisik; kurang mendukung program eliminasi filariasis; mendukung program eliminasi filariasis; aktivitas sehari-hari; dampak yang dialami setelah menderita sakit; prilaku pencarian pelayanan kesehatan; hambatan terhadap upaya pencarian pelayanan kesehatan; dukungan terhadap penderita; keinginan klien filarisis.

Kata kunci : filariasis, usia dewasa, perawatan



UNIVERSITY OF INDONESIA  
MASTER PROGRAM IN NURSING SCIENCE  
MAJORING IN NURSING COMMUNITY  
POST GRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING

Thesis, July 2010

Nadirawati

The Meaning Of Filariasis Caring For Adult Client in Margaasih Subdistrict.,  
Bandung Regency.

#### Abstract

xii + 169 pages + 11 appendixes.

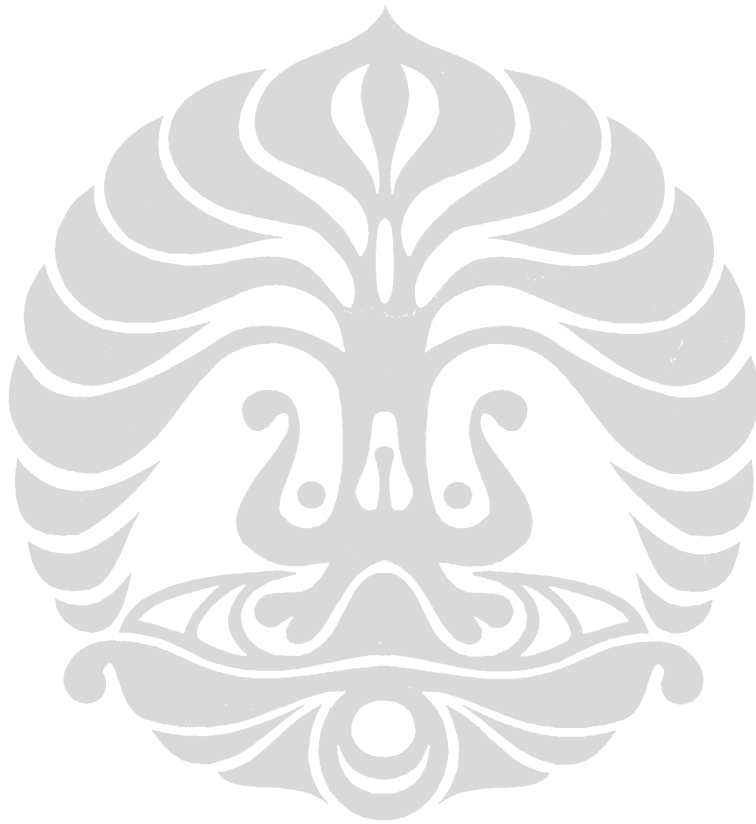
The aim of this study is to explore the experience of client living with filariasis in Margaasih Subdistrict and how to find the meaning from this experience. This study employs the qualitative descriptive phenomenology design, and the data are collected by in-depth interview. The participants in this research are individuals with filariasis that are collected by purposive sampling. The data gathered are in form of the results from the recording of in-depth interview and field note form transcribed and analyzed by using the Collaizi's method. This study identifies 10 themes, which are : psychological responses; physical responses ; un-supporting the global program to eliminate lymphatic filariasis ; supporting the global program to eliminate lymphatic filariasis; daily activities ; impact of the filariasis,; health service seeking behavior; obstacles toward the effort of health seeking behavior; social support for the client with filariasis ; the want of client with filariasis.

Key words : filariasis; adult; caring.

## DAFTAR ISI

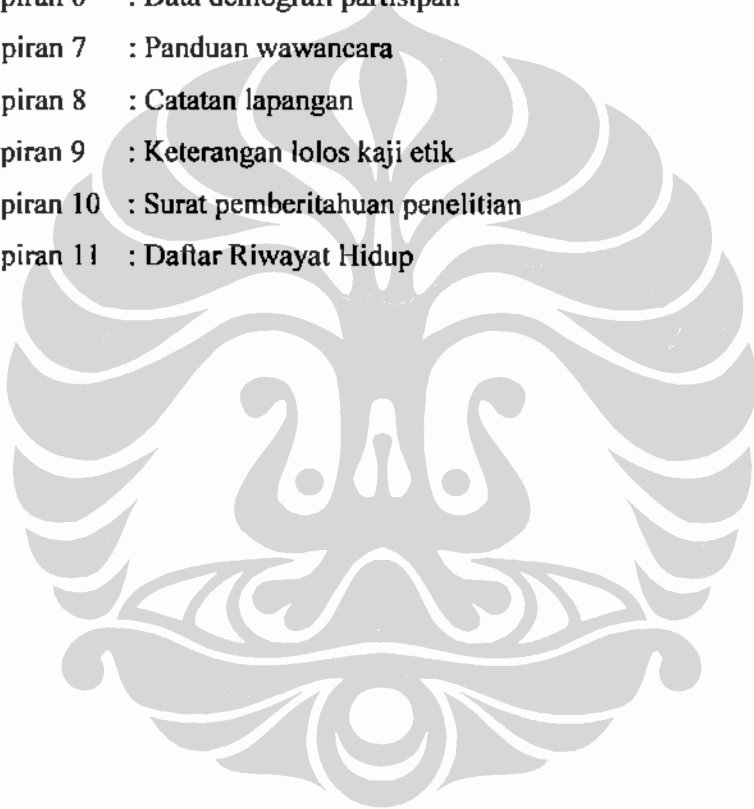
	Hal
HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL .....	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN TESIS .....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH .....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
<b>1. PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1.Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah Penelitian.....	13
1.3 Tujuan Penelitian.....	14
1.4 Manfaat Penelitian.....	15
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>16</b>
2.1 Population At Risk.....	16
2.2 Stigma Filariasis.....	52
2.3 Pendekatan Fenomenologi dalam Penelitian Kualitatif.....	55
<b>3. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>60</b>
3.1 Rancangan Penelitian.....	60
3.2 Populasi dan Paertisipan.....	61
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	63
3.4 Etika Penelitian.....	63
3.5 Alat Bantu Pengumpulan Data.....	66
3.6 Prosedur Pengumpulan Data.....	68
3.7 Analisis Data.....	71
3.8 Keabsahan Data.....	72
<b>4. HASIL PENELFTIAN.....</b>	<b>75</b>
4.1 Karakteristik Partisipan.....	75
4.2 Tema.....	76
<b>5. PEMBAHASAN.....</b>	<b>109</b>
5.1 Interpretasi Hasil dan Analisis Kesenjangan.....	109
5.2 Keterbatasan Penelitian.....	147
5.3 Implikasi untuk Keperawatan.....	148
<b>6. SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>155</b>
6.1 Simpulan.....	155
6.2 Saran.....	156

DAFTAR PUSTAKA..... 161



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Karakteristik partisipan
- Lampiran 2 : Kisi-kisi tema
- Lampiran 3 : Skema tema Makna Perawatan Filariasis Untuk Klien Dewasa
- Lampiran 4 : Penjelasan penelitian
- Lampiran 5 : Lembar persetujuan
- Lampiran 6 : Data demografi partisipan
- Lampiran 7 : Panduan wawancara
- Lampiran 8 : Catatan lapangan
- Lampiran 9 : Keterangan lolos kaji etik
- Lampiran 10 : Surat pemberitahuan penelitian
- Lampiran 11 : Daftar Riwayat Hidup



# BAB 1

## PENDAHULUAN

Pada bab ini akan dijelaskan tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan, dan manfaat penelitian kualitatif fenomenologi mengenai makna perawatan filariasis untuk klien di Kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung.

### 1.1. LATAR BELAKANG

Daerah tropis merupakan daerah yang sangat ideal untuk kehidupan sebagian besar parasit yang ada di dunia (Yadav, 2004). Walaupun parasit tersebar diseluruh dunia tetapi temperatur dan kelembaban didaerah tropis merupakan keadaan yang optimal untuk kehidupan parasit, sehingga sebagai daerah tropis, penduduk Indonesia memiliki risiko untuk tertular berbagai penyakit infeksi yang diakibatkan oleh parasit yang setiap saat dapat menjadi ancaman bagi kesehatan masyarakat (Sudomo, 2008). Salah satu penyakit infeksi yang diakibatkan parasit adalah penyakit filariasis (Haryuningtyas & Subekti, 2008).

Penyakit filariasis merupakan masalah kesehatan yang menjadi perhatian baik pemerintah maupun tenaga kesehatan di dunia, karena setiap tahun prevalensi penyakit ini selalu meningkat (Depkes, 2009). Walaupun penyakit tersebut tidak muncul dengan tiba-tiba dan menyebabkan kematian, tetapi merupakan penyakit yang secara perlahan mengganggu kesehatan masyarakat, menyebabkan kecacatan tetap, penurunan intelegensia, menurunkan produktivitas klien, keluarga dan secara tidak langsung menurunkan produktivitas masyarakat serta negara (Sudomo, 2008). Penanggulangan Filariasis didunia dilaporkan menghabiskan dana lima juta dollar setiap tahunnya dan menduduki ranking ketiga setelah malaria dan tuberculosis paru (Haryuningtyas & Subekti, 2008). Hal ini tentunya menuntut pemerintah maupun pihak-pihak yang memiliki perhatian cukup besar terhadap masalah kesehatan masyarakat, termasuk didalamnya perawat komunitas, agar segera mencoba mencari terobosan yang kreatif agar masalah

Universitas Indonesia

penyakit yang ada di masyarakat khususnya filariasis dapat diatasi (Palestin, 2010).

WHO (2006) memperkirakan satu milyar penduduk di dunia berisiko terinfeksi filariasis. Populasi yang menjadi risiko terjangkit penyakit ini adalah penduduk sosial ekonomi rendah (miskin), penduduk yang tinggal di pedesaan dan penduduk yang tinggal di dataran rendah dan berawa (Soeyoko, 2002). Penelitian Nwoke et. al ( 2007) menyebutkan bahwa banyak faktor yang menyebabkan masyarakat dengan tingkat sosial ekonomi rendah termasuk populasi yang sangat berisiko untuk terinfeksi filariasis. Kemiskinan menyebabkan ketidakmampuan mengakses pelayanan kesehatan, sehingga kebanyakan dari mereka tidak mendatangi petugas kesehatan pada saat sakit (Addiss & Brady, 2007). Selain itu kemiskinan menyebabkan ketidakmampuan untuk melanjutkan pendidikan (Onwuliri, 2005). Pendidikan yang rendah menyebabkan pengetahuan mereka tentang penyakit kurang (Anderson & McFarlane, 2004). Penelitian Febrianto (2008) menyebutkan bahwa pengetahuan tentang penyakit sangat berpengaruh terhadap perilaku penduduk. Pengetahuan yang baik mengenai filariasis menunjukkan perlindungan terhadap risiko penularan lebih baik dibandingkan dengan mereka yang pengetahuannya kurang, karena individu yang paham akan penyakit ini akan lebih waspada terhadap risiko penularan.

Soeyoko (2002) menyebutkan bahwa penduduk pedesaan yang jauh dari kota juga menjadi populasi berisiko (*at risk*) filariasis. Menurut Partono (1990) filariasis sering mengenai penduduk pedesaan karena sulit dijangkau oleh petugas kesehatan. Hal ini didukung oleh Anderson dan McFarlane (2004) yang menyebutkan bahwa akses terhadap pelayanan kesehatan bagi penduduk pedesaan tidak adekuat, akibat jarak geografik yang jauh dan transportasi yang tidak memadai, menyebabkan penduduk desa terisolasi dari informasi-informasi kesehatan sehingga berisiko untuk terjadi berbagai masalah kesehatan.

Febrianto (2008) dalam penelitiannya tentang faktor risiko filariasis di Pekalongan menyebutkan salah satu faktor yang menyebabkan penduduk pedesaan berisiko tinggi tertular filariasis adalah karena pada umumnya rumah penduduk di pedesaan sangat dekat dengan kandang ternak. Kedekatan rumah penduduk dengan kandang ternak ini mempunyai dampak yang besar untuk tertular penyakit filariasis, karena lokasi kandang ternak mempunyai temperatur dan kelembaban yang ideal untuk berkembang biaknya vektor utama cacing filaria yaitu nyamuk. Lokasi yang berdekatan ini dapat meningkatkan risiko tertular filariasis dibandingkan mereka yang tidak memiliki kandang ternak, karena nyamuk akan lebih mudah menggigit penduduk yang tempat tinggalnya dekat dengan kandang.

Oemijati (1993) menyebutkan bahwa penduduk yang tinggal di dekat rawa juga merupakan populasi berisiko terinfeksi filariasis. Daerah berawa merupakan tempat yang cocok untuk berkembang biaknya nyamuk dari jenis *Mansonia*. Nyamuk jenis ini merupakan salah satu vektor penular penyakit filariasis (Febrianto, 2008).

Saat ini, penyakit filariasis sudah tersebar di 73 negara dimana sekitar 120 juta orang terinfeksi oleh penyakit ini (Bahbehani, 2002) dan 40 juta diantaranya mengalami kecacatan (Sudomo, 2008). Di Asia Tenggara diperkirakan 700 juta penduduk berisiko terjangkit oleh penyakit ini dan 40 juta penduduk Indonesia telah terinfeksi filariasis. Data terakhir menunjukkan Indonesia menempati peringkat ketiga setelah Bangladesh dan India (WHO, 2006).

Penyakit filariasis tersebar luas hampir diseluruh provinsi dan diperkirakan ada sekitar 5000 daerah kantong filariasis di Indonesia (Ilyas, 1990). Berdasarkan laporan dari hasil survei pada tahun 2009 tercatat sebanyak 1553 desa di 647 Puskesmas tersebar di 386 Kabupaten/kota dari 26 propinsi sebagai lokasi yang endemis, ([Http://www.kalbe.com](http://www.kalbe.com) diperoleh tanggal 17 desember 2009). Sedangkan jumlah penderita filariasis kronis hingga bulan

Oktober 2009 mencapai 11.699 kasus (<http://newspaper.pikiranrakyat.com> diperoleh tanggal 2 Januari 2010).

Di Jawa Barat, data dari tahun 2000 sampai 2009, ada 980 orang menderita penyakit filariasis. Penderita ini tersebar di 26 kabupaten dan kota, 147 kecamatan dan 267 desa. Salah satu daerah yang menjadi endemis filariasis adalah Kabupaten Bandung (Dinas Kesehatan Jawa Barat, 2009). Diestimasikan sebanyak 2,7 juta dari 3,1 juta penduduk Kabupaten Bandung berisiko tinggi tertular filariasis (<http://www.kompas.com> diakses pada tanggal 28 Februari 2010). Banyak faktor yang menjadikan Kabupaten Bandung sebagai daerah endemik filariasis, diantaranya yaitu sebagian besar masyarakat kabupaten Bandung merupakan masyarakat dengan sosial ekonomi menengah kebawah, banyak masyarakat yang kurang peduli dengan lingkungan yang sehat, curah hujan yang tinggi serta lingkungan yang kumuh (Profil Kesehatan Kab. Bandung, 2008). Ini menyebabkan nyamuk vektor dengan mudah berkembang biak di daerah tersebut sehingga memungkinkan mempercepat penyebaran penyakit ini.

Bupati Bandung mengatakan, 15 kecamatan dari 31 kecamatan di Kabupaten Bandung, merupakan endemik filariasis (<http://www.kompas.com> pada tanggal 28 Februari 2010). Sepanjang tahun 2007 - 2009, jumlah penderita filariasis di kabupaten Bandung mencapai 31 orang yang tersebar di 15 kecamatan di Kabupaten Bandung (<http://www.koranjakarta.com> diakses pada tanggal 28 Februari 2010). Kecamatan endemik yang paling banyak penderita penyakit filariasis adalah Kecamatan Margaasih, yaitu sebanyak 5 orang yang sudah kronis dan tujuh orang yang di dalam darahnya positif mikrofilia (Profil Kesehatan Kabupaten Bandung, 2008).

Kecamatan Margaasih merupakan salah satu kecamatan yang paling banyak penderita filariasis dan juga merupakan daerah yang tingkat endemisnya tinggi. Ini dibuktikan dengan survey dari 600 sampel yang diperiksa dan didapatkan jumlah sampel yang positif terpapar cacing penyebab kaki gajah



(mikrofilia) lebih dari 1 % yaitu 1.14 %. Dari 600 sampel yang diperiksa 7 orang dinyatakan positif memiliki cacing filaria di dalam darahnya (<http://www.ahmadheryawan.com> diakses pada tanggal 10 februari 2008). Staf bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL), menyebutkan kecamatan ini tingkat endemisitasnya tinggi. Penyebaran penyakit filariasis di daerah tersebut sangat cepat karena daerahnya padat, kumuh, kebanyakan penduduk miskin, dan banyak lahan persawahan yang merupakan tempat ideal berkembangbiaknya nyamuk vektor filariasis. (<http://www.ahmadheryawan.com> didapat tanggal 10 Februari 2010).

Pihak Puskesmas Margaasih mengatakan, saat ini tidak ada perawatan khusus yang diberikan kepada penderita filariasis, yang umumnya dilakukan yaitu pemberian obat DEC, sampai diyakini cacing yang ada di tubuh penderita benar-benar negatif. Namun usaha ini juga mengalami hambatan karena umumnya penderita sering drop out pengobatan karena tidak tahan akan efek samping obat, dan pengobatan filariasis umumnya dilakukan dalam jangka waktu yang relatif lama. Efek samping yang terjadi adalah akibat matinya cacing di dalam tubuh yang menyebabkan demam tinggi, sakit kepala, sakit seluruh badan limfadenitis, limfangistis yang dapat menyebabkan abses. Keluhan ini dapat berlangsung beberapa hari sampai beberapa minggu, sehingga banyak yang putus obat (Ilyas, 1990).

WHO (2000) menyatakan bahwa filariasis merupakan masalah kesehatan yang serius, untuk itu WHO menetapkan kesepakatan global untuk mengatasi peningkatan filariasis dengan diluncurkannya satu program Eliminasi Filariasis yang dinamakan *Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis* (GPELF) pada tahun 2000. GPELF mempunyai dua tujuan utama, yaitu memutus mata rantai penularan dengan cara pengobatan massal kepada penduduk di kecamatan endemis selama 5 – 10 tahun dan penatalaksanaan kasus klinis untuk mencegah kecacatan. Menteri Kesehatan, menyebutkan bahwa program ini ditetapkan sebagai salah satu program prioritas pemberantasan penyakit filariasis karena penderita filariasis menjadi

sumber penularan bagi 125 juta penduduk yang tinggal di daerah sekitarnya. Namun sampai saat ini, program eliminasi ini sering mengalami hambatan, terutama di Indonesia (Ilyas, 1990).

Hambatan yang paling berpengaruh terhadap penanggulangan filariasis yaitu faktor adat kebiasaan masyarakat setempat, kepercayaan, dan perlakuan terhadap penyakit (Onwuliri, 2005). Kebiasaan masyarakat yang menyebabkan seseorang mudah terinfeksi penyakit ini adalah kebiasaan tidur yang jarang memakai kelambu dan memakai obat nyamuk (Anorital & dewi, 2004). Tentunya kebiasaan ini tidak mendukung upaya penanggulangan filariasis karena risiko mendapat infeksi sangat besar. Selain itu masih banyak masyarakat yang menganggap penyakit filariasis sebagai penyakit keturunan, kutukan atau gangguan roh halus (Nwoke, 2007). Mereka percaya bahwa orang yang sering demam disebabkan oleh gangguan roh halus oleh karena itu mereka tidak segera mencari pengobatan ke tenaga kesehatan tetapi lebih memilih pergi ke pengobatan alternatif.

Pengobatan alternatif merupakan salah satu tempat pertama yang dikunjungi oleh klien filariasis sebelum ke petugas kesehatan. Hal ini berkaitan dengan stigma yang berkembang dimasyarakat bahwa penyakit filariasis merupakan penyakit kutukan atau akibat gangguan roh halus. Pengambilan keputusan untuk mencari bantuan selain dari intervensi pelayanan kesehatan akan berakibat fatal bagi penderita yaitu dapat menimbulkan kecacatan permanen karena sudah terlambat untuk ditanggulangi. Pengobatan tradisional seperti mendatangi dukun atau supranatural yang dilakukan oleh klien filariasis umumnya kurang efektif dalam penyembuhan penyakit filariasis, dan bertentangan dengan intervensi kesehatan sehingga menambah kondisi keparahan klien filariasis (Addis & brady, 2007).

Peran serta masyarakat dalam menanggulangi penyakit ini juga dirasakan masih kurang. Parwasi (2001) menyatakan bahwa faktor yang paling mendukung meningkatnya Mf filariasis adalah kurang peran serta masyarakat

dalam program eliminasi filariasis. Hal ini didukung oleh Azhari (2007) yang menyatakan bahwa peningkatan prevalensi Mf rate filariasis disebabkan oleh perilaku masyarakat sendiri yang kurang aktif dalam program pencegahan penyakit filariasis, seperti tidak mau ikut dalam pemeriksaan darah jari, kurang aktifnya masyarakat berpartisipasi dalam pencegahan penyakit filariasis, menolak sewaktu diadakan penyemprotan rumah serta menolak memakan obat yang diberikan pada pengobatan masal. Hal ini dibuktikan dalam penelitiannya mengenai peran serta masyarakat dalam eliminasi filariasis di Kab. Asahan, didapatkan bahwa 88 % responden didalam penelitiannya kurang berpartisipasi dalam program pencegahan penyakit filariasis.

Hambatan lainnya yaitu sikap masyarakat di daerah lokasi juga banyak yang tidak positif, mereka umumnya kurang tanggap terhadap kebersihan lingkungan sehingga nyamuk dengan bebas berkembangbiak. Selain itu pula banyak penduduk yang menolak dilakukan pengobatan karena setelah meminum obat tersebut mereka menjadi sakit (Kasnodihardjo, 1990). Penolakan ini juga terjadi di kecamatan Margaasih, dimana cakupan desa yang memakan obat anti filarial, tiga dari enam desa tidak mencapai 85 %. Ditambah lagi dengan terjadinya kematian delapan warga Majalaya akibat meminum obat antifilarial pada saat pengobatan massal. Hal ini menyebabkan masyarakat menjadi bertambah takut untuk meminum obat tersebut, karena masyarakat mempunyai persepsi bahwa obat filariasislah yang menyebabkan kematian warga mereka sehingga tidak aman untuk dikonsumsi (Sani, 2009).

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung mengatakan, sebenarnya penyebab meninggalnya warga di Kabupaten Bandung bukan akibat meminum obat Filariasis. Menurutnya, kemungkinan korban meninggal karena ada penyakit lain yang diderita klien yang meminum, sehingga menimbulkan kontra indikasi. Beliau juga menyatakan bahwa Obat filariasis sebenarnya aman dan tidak dapat menimbulkan kematian. Tetapi apabila ada penyakit dalam tubuh korban, bisa menimbulkan efek samping yang bisa

menyebabkan kematian. Beliau mengakui bahwa pada saat pemberian obat-obatan tersebut, memang tidak didukung oleh pemeriksaan medis yang memadai (<http://www.okezone.com> diakses tanggal 20 Desember 2010).

Mendukung hal di atas, setelah dikonfirmasi kepada salah satu kepala puskesmas di majalaya, karena pelaksanaan pengobatan yang serentak jadi tidak memungkinkan dokter ada di dua tempat secara bersamaan. Setelah dilakukan pengusutan, ternyata dari 8 orang yang meninggal, 3 orang diantaranya tidak meminum obat anti filariasis. Namun karena media begitu gencar memberitakan hal ini, sehingga masyarakat sudah mempunyai persepsi obat tersebut tidak aman di konsumsi dan kebanyakan menolak meminumnya.

Hambatan dan penolakan masyarakat akibat salah persepsi terhadap program eliminasi filariasis tentu saja dapat meningkatkan prevalensi kejadiannya. Hal ini merupakan tantangan bagi pemberi pelayanan karena dampak negatif yang ditimbulkan penyakit ini sangat banyak. Penyakit kronis seperti ini dapat berdampak pada fisik, psikologis, sosial, dan spiritual (Strauss, 1975; Gerhardt; 1990 dalam Hitchcock, et al 1999). Filariasis menyebabkan penderitaan fisik karena cacat yang ditimbulkannya (Ilyas, 1990). Dampak fisik ini mengakibatkan keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehingga menyebabkan penurunan produktivitas. Keterbatasan melakukan aktivitas secara tidak langsung akan berdampak pada keadaan perekonomian sebuah keluarga (Sudomo, 2008). Penyakit ini menyebabkan kerugian ekonomi karena mewakili 11 % dari masa usia produktif (<http://www.kalbe.com> pada tanggal 17 Desember 2009).

Mendukung hal di atas, penelitian yang dilakukan di China menunjukkan terjadinya kerugian ekonomi pada masyarakat karena hilangnya tenaga kerja disektor industri dan pertanian karena banyak diderita oleh laki-laki berusia produktif. Sedangkan di Indonesia telah dihitung oleh Gani (dalam Sudomo, 2008) bahwa biaya perawatan penderita filariasis sebesar 17,8 % dari biaya total rumah tangga atau sekitar 32,2 % dari biaya yang diperlukan untuk

makan satu rumah tangga. Selain hal itu filariasis banyak diderita oleh laki-laki berusia dewasa dibandingkan usia remaja atau anak-anak. Hal ini disebabkan karena laki-laki dewasa lebih sering keluar rumah berkaitan dengan pekerjaannya, akibatnya kemungkinan kontak dengan nyamuk akan lebih besar (Soeyoko, 2002).

Masalah yang ditimbulkan oleh penyakit filariasis tersebut juga berdampak pada masalah psikologis. Penderita filariasis tampak jarang keluar rumah karena stigma sosial dan malu (Sudomo, 2008). Dampak psikologis lainnya yaitu kebanyakan penderita filariasis mengalami harga diri rendah, susah untuk mencari pasangan hidup, penurunan kemampuan melakukan hubungan seksual bagi yang berkeluarga sampai menghindari dunia nyata (Nwoke et. al, 2007). Hal ini tentu saja berefek terhadap kualitas hidup mereka baik secara fisik, emosi, maupun ekonomi (Onwuliri, 2005). Lebih jauh Nwoke et. al (2007) menyebutkan, jika hal di atas tidak segera diatasi maka akan berdampak buruk terhadap keadaan psikologis penderita yang dapat mengakibatkan depresi berkepanjangan sampai menyebabkan bunuh diri.

Penyakit filariasis juga berdampak terhadap sosial. Menurut Penelitian Person et. al (2009) yang dilakukan di Republik Dominika dan Ghana bahwa wanita yang terkena filariasis terisolasi dikomunitasnya, jarang mendapat pelayanan dari petugas kesehatan, sering ditolak untuk sekolah dan bekerja serta tidak mendapatkan perhatian dari masyarakat. Bahkan banyak keluarga yang mengungsikan penderita ke tempat lain karena takut tertular penyakit tersebut (Mulyadi, 2007).

Dampak lain dari penyakit filariasis yaitu terhadap spiritual. Hitchcock, et al (1999) menyatakan penyakit yang bersifat kronis menyebabkan terjadinya pergeseran spiritualitas mereka. Mereka dapat menjadi lebih dekat kepada Tuhan atau bahkan menjauh. Hymovich dan Hagopian (1992) menyatakan bahwa individu dengan penyakit kronis memperlihatkan spiritual distress. Spiritual distress dapat menyebabkan mimpi buruk, perubahan perilaku dan

keadaan jiwa yang dimanifestasikan dengan kesedihan mendalam, marah, menarik diri, cemas, permusuhan dan apatis.

Upaya yang bisa dilakukan untuk mengatasi penderitaan klien dengan filariasis yang sudah kronis sangat sedikit, sehingga eliminasi penyakit ini lebih difokuskan pencegahan penularan kepada penduduk yang berisiko tinggi (Nwoke et. al, 2007). Penyakit ini bisa mencapai kronis karena umumnya masyarakat lebih memilih pengobatan tradisional dibandingkan dengan tenaga kesehatan. Pengobatan tradisional yang dilakukan klien filariasis kurang mengacu pada intervensi pelayanan kesehatan yang baik, sehingga bisa berefek negatif pada klien filariasis. Selain itu, pengenalan terhadap intervensi pelayanan kesehatan yang terlambat akan berakibat pada keterlambatan penetapan diagnosis, sehingga dapat mengakibatkan keterlambatan penanganan. Permasalahan penanganan perawatan klien filariasis di komunitas diantaranya terkait dengan persepsi masyarakat yang masih salah tentang penyakit filariasis, yang beranggapan bahwa penyakit filariasis merupakan penyakit kutukan, keturunan, dosa dan gangguan roh halus, sehingga penyakit tersebut tidak dapat disembuhkan oleh tenaga kesehatan dan lebih baik mendatangi dukun (Mulyadi, 2007). Tentunya hal ini menuntut dan membutuhkan penanganan khusus dari petugas kesehatan.

Hal ini sesuai dengan tanggung jawab seorang perawat komunitas yaitu melakukan identifikasi kebutuhan komunitas; mengidentifikasi populasi yang berisiko; merencanakan, melakukan implementasi dan evaluasi populasi yang fokus intervensinya adalah dengan menekankan pada aspek promosi kesehatan bagi populasi yang berisiko (Clemen, Stone, McGuire, Eigsti, 2002). Perawat komunitas merupakan mata, telinga dan hidung dari setiap kejadian dalam suatu komunitas (Anderson & Mc.Farlane, 2004). Karena itu menurut Swanson dan Nies (1997), perawat komunitas harus dapat berperan dalam pencegahan terhadap penyakit menular dengan melakukan pelayanan kesehatan yang mengutamakan pencegahan primer, sekunder, dan tersier

terutama terhadap populasi berisiko. Untuk mencapai hal tersebut tentu tidak mudah sehingga dibutuhkan suatu penggalian yang mendalam dalam menyelesaikan suatu masalah yang ada di komunitas.

Penggalian yang mendalam terkait filariasis dapat dilakukan dengan studi kualitatif, dengan menggali fenomena berkenaan dengan pemahaman bagaimana keseharian, dunia kehidupan penderita filariasis baik itu sebelum kejadian dan sesudah kejadian sehingga peneliti dapat mengungkap arti dan makna, konsep atau fenomena pengalaman yang didasari oleh kesadaran yang terjadi pada individu (Embakri, 2009). Saat ini penelitian melalui pendekatan ilmu sosial (kualitatif) jarang dipahami oleh petugas kesehatan, hal ini bisa berdampak pada program eliminasi yang sekarang ini kurang berjalan dengan baik karena tidak bisa menggali lebih dalam dari arti dan makna persepsi masyarakat terhadap penyakit itu sendiri. Padahal studi kualitatif mampu mengungkap fakta, bagaimana persepsi individu terhadap penyebab penyakit arti dan makna dari preventasi yang dilakukan, apa makna penyakit terhadap diri sendiri, apa konsekuensi sosial dari penyakit, serta kenapa seseorang menolak program pengobatan (Wind, 2007).

Fenomena klien dengan filariasis ini tidak dapat digambarkan secara kuantitatif karena dialami secara berbeda oleh setiap individu. Kenyataan yang dihadapi oleh masing-masing penderita dapat dipengaruhi oleh nilai-nilai sosial, budaya, ekonomi, suku dan jenis kelamin (Denzin & Lincoln, 1994). Kenyataan yang dihadapi tersebut akan mempengaruhi arti dan makna seseorang terhadap fenomena yang terjadi, oleh karena itu peneliti perlu menggunakan pendekatan kualitatif, khususnya disain fenomenologi karena pendekatan ini merupakan cara yang paling baik untuk menggambarkan dan memahami pengalaman manusia (Streubert & Carpenter, 1998).

Menurut Husserl (Creswell, 1998) peneliti fenomenologis berusaha mencari tentang hal-hal yang perlu (esensial), struktur invarian (esensi) atau arti pengalaman yang mendasar dan menekankan pada intensitas kesadaran

dimana pengalaman terdiri hal-hal yang tampak dari luar dan hal-hal yang berada dalam kesadaran masing-masing berdasarkan memori, image dan arti. Penelitian fenomenologi mencoba menjelaskan atau mengungkap makna konsep atau fenomena pengalaman yang didasari oleh kesadaran yang terjadi pada beberapa individu.

Berdasarkan teori-teori di atas, maka fenomenologi merupakan metode yang tepat untuk penelitian keperawatan khususnya melihat makna perawatan filariasis untuk klien dewasa di masyarakat, karena kegiatan keperawatan merupakan pelayanan kepada klien dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia yang dicerminkan oleh adanya respon klien secara fisiologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual (Mulyadi, 2009). Pelayanan keperawatan diberikan berdasarkan data dan fakta yang seringkali berbeda antara satu dengan yang lainnya. Dengan banyaknya fenomena tersebut maka penelitian kuantitatif tidak mampu menghimpun semua informasi yang terkait dengan fenomena. Atas dasar hal tersebut maka dasar penelitian yang akan dilakukan dalam menggali arti dan makna perawatan filariasis untuk klien dewasa di Kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung adalah studi fenomenologi.

Studi kualitatif dengan disain fenomenologi mengenai pengalaman klien yang menderita filariasis akan memunculkan pemahaman yang mendalam tentang bagaimana pengalaman klien yang menderita penyakit tersebut dan makna pengalaman tersebut dalam hidup perawat. Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran tentang sikap klien menghadapi penyakit tersebut dan akan memberikan pemahaman kepada perawat khususnya perawat komunitas yang bertugas di area keperawatan keluarga dan keperawatan komunitas tentang kebutuhan yang sangat dibutuhkan oleh klien dengan filariasis sehingga dapat menjadi dasar untuk memberikan pelayanan kesehatan yang lebih efektif. Hasil Penelitian ini juga dapat digunakan oleh profesi lain untuk menyikapi fenomena yang ditemukan sehingga hasilnya dapat digunakan untuk menurunkan insiden dan prevalensi penyakit tersebut di masyarakat.



Saat ini belum ditemukan penelitian kualitatif mengenai hal tersebut, sehingga peneliti tertarik untuk meneliti pengalaman klien menjalani sakit filariasis.

## 1.2 RUMUSAN MASALAH

Penyakit filariasis di Kabupaten Bandung selalu terjadi peningkatan setiap tahun. Pada tahun 2007 ditemukan satu kasus, tahun 2008 ditemukan 18 kasus, dan pada tahun 2009 ditemukan 12 kasus baru, sehingga sepanjang tahun 2007 – 2009, terdapat 31 penderita filariasis yang tersebar di 15 kecamatan di Kabupaten Bandung (diakses dari <http://www.bandungkab.go.id> pada tanggal 28 Februari 2010). Peningkatan ini dimungkinkan karena program eliminasi belum berjalan dengan baik dan banyaknya hambatan dalam program tersebut (Ilyas, 1990).

Penyakit Filariasis memberikan dampak negatif yang besar bagi individu, keluarga dan masyarakat (Sudomo, 2008). Oleh karena itu penderita penyakit ini tentu saja sangat membutuhkan bantuan dan dukungan dari masyarakat, sektor pelayanan kesehatan agar dapat hidup normal seperti biasa, baik itu di dalam keluarga maupun di masyarakat. Agar perawat komunitas dapat memberikan layanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan keluarga, maka kebutuhan klien selama menjalani perawatan di masyarakat perlu diidentifikasi terlebih dahulu. Dengan demikian, pemahaman yang mendalam tentang pengalaman klien dengan filariasis sangat diperlukan untuk dapat menentukan bentuk dan tingkat dukungan atau jenis pelayanan yang dibutuhkan klien. Berdasarkan hal diatas, maka studi kualitatif perlu dilakukan dengan disain fenomenologi untuk menjawab pertanyaan penelitian tentang Apa arti dan makna perawatan filariasis untuk klien dewasa di Kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung.

### **1.3 TUJUAN PENELITIAN**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mendapatkan gambaran mengenai arti dan makna perawatan filariasis untuk klien dewasa di wilayah Kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung.

#### **1.3.2 Tujuan khusus :**

Tujuan khusus penelitian ini adalah teridentifikasinya :

- 1.3.2.1 Respon klien saat pertama kali didiagnosis filariasis
- 1.3.2.2 Respon klien terhadap program eliminasi filariasis
- 1.3.2.3 Pola hidup sehari-hari selama mengalami penyakit Filariasis
- 1.3.2.4 Upaya yang dilakukan klien dalam mengatasi penyakit filariasis
- 1.3.2.5 Sistem pendukung yang digunakan klien dalam melakukan upaya mengatasi penyakit filariasis.
- 1.3.2.6 Harapan klien terhadap pelayanan kesehatan/keperawatan terkait penyakit filariasis

### **1.4 MANFAAT PENELITIAN**

Secara umum, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dan penambah wawasan bagi perawat komunitas ataupun tenaga kesehatan yang bekerja di masyarakat dalam melakukan intervensi terkait dengan penanganan masalah filariasis. Adapun manfaat dari penelitian secara khusus dapat menjadi masukan bagi :

#### **1.4.1 Bagi Pelayanan Keperawatan komunitas**

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan masukan dalam mengembangkann program perawatan klien dengan filariasis agar dapat memenuhi kebutuhannya. Hasil penelitian juga dapat dijadikan landasan kebijakan bagi program yang terkait populasi berisiko filariasis seperti program pengobatan untuk populasi tersebut, dukungan sosial yang diperlukan oleh klien dan keluarga penderita, pelayanan kesehatan yang

dibutuhkan oleh klien dan memberikan dukungan informasi yang dibutuhkan terkait penyakit filariasis.

#### **1.4.2 Bagi perkembangan Ilmu Keperawatan**

Pengembangan penelitian ini dapat memperkaya khasanah penelitian kualitatif secara umum dan dapat dikembangkan sesuai tema yang ditemukan dengan penelitian lanjutan, baik yang bersifat kuantitatif maupun kualitatif. Contoh Penelitian kuantitatif, seperti Pengaruh dukungan psikososial terhadap kualitas hidup pada klien filariasis, sedangkan contoh untuk penelitian kualitatif seperti Pengalaman klien filariasis mendapatkan dukungan sosial dalam menjalani kehidupan sehari-hari dimasyarakat. Hasil penelitian ini juga dapat memberikan masukan bagi profesi keperawatan khususnya keperawatan komunitas dan keluarga sebagai dasar mengembangkan intervensi keperawatan yang efektif bagi penderita filariasis. Hasil penelitian ini juga bisa memberikan gambaran pembentukan *support group/self help group* penderita filariasis atau merancang program yang melibatkan peran serta masyarakat dalam memberikan dukungan bagi klien dan keluarga yang merawat penderita filariasis.

#### **1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi institusi pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bagi para peserta didik dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan filariasis baik yang belum dan sudah terjadi komplikasi sesuai dengan yang dibutuhkan oleh klien, keluarga dan masyarakat. Institusi pendidikan dapat dijadikan sebagai pelopor dalam mengembangkan model asuhan keperawatan klien dengan filariasis. Institusi juga dapat mengembangkan kurikulum pendidikan dengan substansi terkait penyakit infeksi menular yang banyak berkembang dimasyarakat. Perawat Komunitas juga hendaknya dapat menyumbangkan kurikulum yang terkait populasi berisiko filariasis dan klien filariasis sebagai populasi berisiko.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka pada bab II ini akan dipaparkan teori dan konsep yang berkaitan dengan filariasis serta beberapa penelitian yang terkait dengan permasalahan filariasis selama ini sebagai bahan rujukan dan pemahasan untuk bab berikutnya. Tinjauan pustaka akan menguraikan pendekatan konsep *at risk* pada populasi berisiko filariasis, stigma filariasis, dan pendekatan fenomenologi pada penelitian kualitatif.

#### 2.1 Populasi Berisiko (*Population At Risk*)

##### 2.1.1 Pengertian Risiko dan Populasi Berisiko (*Population At Risk*)

Risiko adalah bagaimana suatu kondisi dari aspek psikologi dan lingkungan termasuk perilaku seseorang, lingkungan sosial yang kemungkinan besar dapat menyebabkan masalah kesehatan (Valanis, 1992, dalam Stanhope & Lancaster, 1996). Risiko merupakan kemungkinan munculnya suatu kejadian, seperti status kesehatan seseorang yang terpapar oleh faktor tertentu maka ia akan menderita suatu penyakit tertentu pula (Swanson & Nies, 1997). Risiko dalam epidemiologi dapat diartikan kemungkinan seseorang terkena penyakit setelah kontak dengan berbagai faktor (Clemen, et al, 2002). Berdasarkan dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa risiko adalah suatu kemungkinan timbulnya penyakit atau masalah kesehatan yang dapat disebabkan oleh faktor internal dan faktor eksternal.

Faktor internal merupakan faktor yang ada pada diri individu atau manusia yang dapat mempengaruhi timbulnya penyakit atau masalah kesehatan pada manusia. Sedangkan faktor eksternal adalah faktor yang terkait dengan lingkungan yang dapat mempengaruhi keterpaparan manusia terhadap penyakit atau masalah kesehatan. Selain itu menurut Swanson dan Nies (2007) faktor risiko juga berkaitan dengan umur, jenis

kelamin, gaya hidup dan keturunan. Apabila faktor risiko tersebut secara terus menerus bersinggungan terhadap individu maka dapat meningkatkan angka kesakitan, kematian atau kecelakaan (Darmawi, 2005). Oleh sebab itu faktor-faktor tersebut sangat penting untuk diperhatikan karena akan mempengaruhi timbulnya penyakit atau masalah kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2003), baik individu atau populasi.

Populasi berisiko merupakan kumpulan dari orang-orang yang memiliki beberapa kemungkinan yang telah jelas teridentifikasi atau telah ditentukan meskipun sedikit atau kecil terhadap munculnya suatu kejadian (Stanhope & Lancaster, 1996; Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Sedangkan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, Populasi Berisiko adalah masyarakat atau kelompok khusus yang kemungkinan bisa terpapar terhadap substansi tertentu dibanding dengan populasi lainnya, yang dapat menimbulkan masalah kesehatan. Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Populasi Berisiko adalah sekelompok orang yang telah teridentifikasi untuk kemungkinan besar terpapar terhadap substansi tertentu yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan.

### 2.1.2 *Population at Risk* Filariasis

WHO mengestimasikan bahwa sekitar satu milyar penduduk dunia berisiko tertular filariasis dan sekitar 125 juta penduduk Indonesia berisiko terinfeksi penyakit tersebut. Hal ini didasarkan karena penyakit filariasis sangat mudah menular sebab ditularkan melalui berbagai jenis nyamuk diantaranya *anopheles*, *culex*, *mansonia*, *aedes*, dan *armiges* (Supriyadi, 2009). Berdasarkan data dari departemen kesehatan RI bahwa sampai bulan oktober 2009, prevalensi mikrofilaria di Indonesia sebesar 19 %. Artinya ada lebih dari 40 juta penduduk Indonesia mengandung mikrofilaria ditubuhnya. Ini berarti bahwa sekitar 125 juta penduduk yang berada didekatnya berisiko tertular filariasis (diakses <http://www.libangdepkes.go.id> pada tanggal 22 Desember 2009).

Penentuan suatu populasi beresiko terkena filariasis maka perlu diidentifikasi faktor utama penyebab penyakit tersebut (Swanson & Nies, 1997). Identifikasi tersebut diperlukan untuk menentukan bahwa suatu populasi benar-benar beresiko untuk terkena masalah kesehatan dan juga untuk menentukan faktor-faktor resiko, yang nantinya bisa digunakan oleh perawat komunitas untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit (Nies & McEwan, 2007). Model yang bisa digunakan untuk mengidentifikasi suatu penyakit infeksi menular yaitu dengan model segitiga epidemiologi atau model agen – penjamu dan lingkungan (Anderson & McFarlane, 2004). Secara epidemiologi dapat dikatakan bahwa penyakit filariasis melibatkan banyak faktor yang sangat kompleks yaitu cacing filarial sebagai agen, manusia sebagai hospes (inang), nyamuk sebagai vektor dan lingkungan baik itu lingkungan fisik, biologis maupun sosial (Santoso dkk, 2006).

#### 2.1.2.1 Agen

Clemen-Stone, et al (2002) menyatakan kareakteristik agen akan mempengaruhi kemungkinan penularan, prevalensi dan proses penyakit. Begitu pula dengan agen penyakit yang mengakibatkan filariasis. Untuk memutus mata rantai penularan filariasis, perlu diketahui karakteristik agen penyakit filariasis dan vektornya (Santoso, 2006).

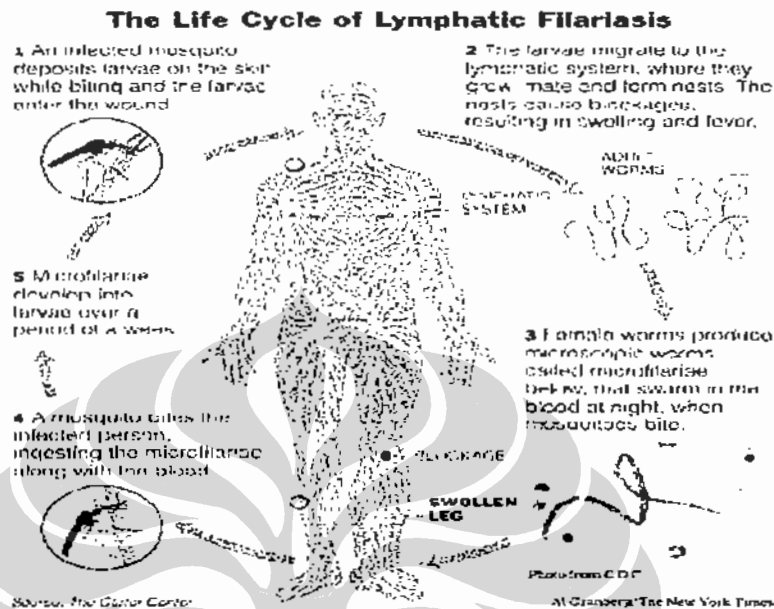
Filariasis limfatik atau Elephantiasis adalah golongan penyakit menular yang disebabkan oleh cacing mikrofilia jenis *Wuchereria Bancrofti*, *Brugia Malayi* dan *Brugia timori* yang ditularkan kepada manusia melalui berbagai jenis nyamuk (Depkes RI, 2001). Karena ditularkan melalui nyamuk inilah maka filariasis dapat menular dengan sangat cepat (Aditya, 2009). Ditambah lagi gejala dari penyakit ini tidak dapat dideteksi secara langsung karena gejala yang ditimbulkannya bertahap dan menahun (Mulyadi, 2009).

Cacing filariasis ini pertama kali ditemukan pada kera jenis *prebystis* (Mulyadi, 2009). Di Indonesia, kera merupakan hospes reservoir (tempat hidup) filariasis, terutama kera *Presbytis Cristata* (lutung) yang banyak tinggal di hutan Indonesia. Hal ini dibuktikan dengan nyamuk yang ditangkap di dekat hutan kebanyakan mempunyai larva cacing filariasis infeksi. Jika nyamuk tersebut menggigit kera kemudian menggigit manusia, saat itulah penyakit ini ditularkan (Oemijati, 1993).

Daur hidup cacing jenis *Wuchereria Bancrofti*, *Brugia Malayi* dan *Brugia timori* hampir mirip kecuali berbeda hanya pada vektornya saja (Mulyadi, 2009). Cacing ini mengalami lima stadium pertumbuhan untuk menjadi dewasa. Pertama larva cacing (mikrofilia) yang terhisap oleh nyamuk baik dari hospes definitive maupun reservoir melepaskan sarungnya didalam lambung nyamuk kemudian bersarang ke otot thoraks. Pada stadium I larva cacing ini memendek. Dalam waktu kurang dari seminggu kemudian berganti kulit, tubuhnya menjadi gemuk dan panjang (Stadium II), kemudian berganti kulit sekali lagi pada hari ke sepuluh kemudian disebut larva stadium III (Sutanto dkk, 2008).

Gerak Larva stadium III sangat aktif, bentuk ini bermigrasi ke rongga abdomen kemudian pindah ke probosius (alat penghisap) nyamuk. Apabila seseorang mendapat larva infeksi stadium III yang masuk kedalam darah melalui gigitan nyamuk, larva kemudian secara aktif bermigrasi ke kelenjar limfe yang terdekat. Didalam limfe, larva mengalami dua kali pergantian kulit (stadium IV) dan selanjutnya tumbuh menjadi cacing dewasa (stadium V) dalam waktu 3 – 12 bulan. Rata-rata masa inkubasi larva sebelum menjadi infeksi adalah 15 bulan. Cacing dewasa ini dapat hidup di dalam tubuh manusia antara 5 -- 10 tahun (Haryuningtyas & Subekti, 2008). Daur hidup cacing filariasis dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

Gambar 2.1  
Daur Hidup Cacing Filaria



Sumber [http:// www.cdc.gov](http://www.cdc.gov) didapatkan tanggal 2 Januari 2010.

Periodisitas mikrofilia penting untuk diperhatikan yaitu waktu beredarnya mikrofilia ke dalam aliran darah tepi (Sutanto, dkk, 2008). Cacing jenis *Wuchereria Bancrofti* bersifat periodisitas nokturna artinya mikrofilianya banyak ditemukan dalam darah tepi pada saat malam hari. Sedangkan Periodisitas *Brugia malayi* bersifat subperiodik nokturna yang artinya mikrofilia dapat ditemukan dalam darah tepi pada waktu siang dan malam hari (Supriyadi, 2009).

Karakteristik vektor utama penyakit filariasis juga penting untuk diketahui. Ada 23 spesies nyamuk betina dari genus *culex*, *anopheles*, *aedes*, *mansonia* dan *armiges* yang bisa menularkan penyakit ini (Depkes RI, 2001). Masing-masing nyamuk berbeda-beda tata hidupnya (binomik). Binomik nyamuk yaitu berbagai perilaku kehidupan nyamuk seperti perilaku berkembangbiak, perilaku menggigit (mencari darah) dan

Universitas Indonesia



perilaku istirahat (Syahrial, 2004). Setiap nyamuk mempunyai tempat perindukan yang berbeda-beda misalnya di rawa, air kotor (comberan), air sawah, atau laguna. Tempat menggigit dibedakan menjadi eksofagik (tempat menggigit diluar rumah) dan endofagik (menggigit didalam rumah). Demikian juga tempat beristirahatnya berbeda-beda tiap jenis nyamuk. Pada umumnya nyamuk beristirahat di tempat yang teduh, seperti disemak-semak ditempat perindukan dan didalam rumah pada tempat-tempat gelap (Soeyoko, 2002).

Nyamuk yang menjadi vektor utama penyakit filariasis seperti *Anopheles*, *culex* dan *mansonia* umumnya menggigit pada malam hari, dan hanya sebagian yang aktif menggigit pada siang hari seperti *Aedes* (Depkes RI, 2001). Kebanyakan nyamuk vektor mempunyai tempat istirahat diluar rumah (Febrianto, 2008). Temperatur udara saat hari mulai menjelang malam biasanya lebih rendah diluar rumah daripada didalam rumah, sehingga nyamuk lebih menyukai daerah di luar rumah karena suhu diluar rumah yang tidak terlalu tinggi yaitu berkisar antara 25 – 26 °C (Syahrial dkk, 2004). Hal ini didukung oleh hasil penelitian dari Ambarita dan Sitorus (2004) menyatakan bahwa sebesar 65,27 % nyamuk vektor filariasis menggigit manusia di luar rumah.

#### 2.1.2.2 Penjamu (Hospes)

Manusia yang didalam tubuhnya mengandung parasit (cacing) selalu dapat menjadi sumber infeksi bagi orang lain (Sutanto,dkk, 2008). Pada umumnya laki-laki lebih banyak terinfeksi filariasis. Hal ini dikarenakan laki-laki lebih sering keluar rumah sehingga mempunyai banyak kesempatan untuk mendapatkan gigitan nyamuk (Soeyoko, 2002).

Manusia merupakan hospes definitif yaitu hospes yang membantu hidup parasit dalam stadium dewasa dari cacing filarial. Setelah Dewasa cacing betina akan melepaskan ribuan mikrofilia yang mempunyai selubung ke dalam sirkulasi limfe lalu masuk ke sirkulasi darah perifer. Sedangkan

cacing dewasa tetap tinggal di pembuluh limfe yang menyebabkan pembuluh darah berdilatasi. Sejumlah besar cacing dewasa ditemukan di saluran ekstremitas atas, bawah dan genitalia (Ulyana, 2008).

Cacing yang berada pada sistem limfatik dan pembuluh darah akan mengakibatkan berbagai masalah kesehatan, baik akut maupun kronis (Haryuningtyas & Subekti, 2008). Gejala akut ditandai dengan Adenitis (pembesaran kelenjar) dan saluran limfe (lymphangitis) yang disebut Adenolymphangitis. Selain itu terdapat demam berulang-ulang, menggigil dan edema pada kaki (Ulyana, 2008). Gejala kronis dari penyakit terjadi, setelah cacing tersebut dewasa. Pada penderita hampir 50 % menderita kerusakan genital terutama hidrokele (pembengkakan kantong testis berisi cairan), kiluria (air seni yang berwarna seperti susu akibat bocornya saluran limfe oleh cacing dewasa yang mengakibatkan masuknya cairan limfe kedalam saluran kemih) dan elephantiasis (pembengkakan) penis dan skrotum. (Schmidt & Robert, 2000).

Penelitian Dreyer, et al (1997) di Brazil membedakan manifestasi klinis dari filariasis menjadi 2 jenis yaitu Acute Filarial Lymphangitis (AFL) yang disebabkan oleh cacing dewasa yang mati dan Acute Dermatolymphangioadenitis (ADLA) yang dikarenakan ada infeksi bakteri sekunder. Gejala dari AFL termasuk ringan, seperti demam ringan, sakit kepala, merasa tidak enak badan, dan biasanya sembuh sendiri tanpa diobati. Tetapi serangan ADLA sangat berat. ADLA bisa menyebabkan kulit sampai melepuh (seperti terbakar api). Biasanya ADLA juga disertai dengan sakit disekitar kulit yang melepuh, terjadi pembengkakan, demam dan menggigil. Pada daerah endemik, ADLA lebih sering terjadi dibandingkan AFL.

### **2.1.2.3 Lingkungan**

Keadaan lingkungan sangat mempengaruhi endemisitas filariasis (Soeyoko, 2002). Jenis cacing filarial yang ada di suatu daerah endemik

dapat diperkirakan dengan melihat lingkungannya (Sutanto, dkk, 2008). Penyakit filariasis tersebar hampir diseluruh wilayah Indonesia dan beberapa daerah memiliki tingkat endemisitas cukup tinggi (Sudomo, 2008). Daerah endemis filariasis pada umumnya adalah daerah dataran rendah, terutama pedesaan, pantai, pedalaman, persawahan, rawa-rawa dan hutan (Ulyana, 2008).

Jenis cacing yang banyak ditemukan di wilayah Indonesia adalah jenis *Wuchereria Bancrofti*, *Brugia Malayi* dan *Brugia timori* (Yadav, 2004). Cacing jenis *Wuchereria Bancrofti* umumnya tersebar di Pulau Jawa, Kalimantan, Sulawesi, Nusa Tenggara, Maluku dan Irian jaya. Daerah yang endemis *Wuchereria Bancrofti* dibedakan menjadi tipe perkotaan dan tipe pedesaan dilihat dari vektor yang menularkannya. *Wuchereria Bancrofti* tipe pedesaan ditularkan oleh nyamuk jenis *Anopheles*, *culex* dan *Aedes* yang banyak ditemukan didaerah Papua dan Nusa Tenggara. Sedangkan *Wuchereria Bancrofti* tipe perkotaan ditularkan oleh vektor *culex quingefasciatus* yang tempat perindukannya di genangan air yang kotor sehingga banyak ditemukan di Jakarta, Bekasi, Tangerang, pekalongan dan lebak yang merupakan daerah kumuh, padat penduduk dan banyak genangan air kotor (Ulyana, 2008).

*Brugia Malayi* lebih banyak ditemukan di daerah pedesaan, karena vektor utamanya adalah nyamuk jenis *Mansonia* yang tempat perindukannya di rawa-rawa dekat hutan. *Brugia malayi* mempunyai daerah penyebaran lebih luas terutama diluar pulau jawa yaitu Sumatra, Kalimantan dan Sulawesi (Oemijati, 1993). Sedangkan *brugia timori* hanya ditemukan di area pesawahan di beberapa pulau Flores, Alor, Roti, Timor Timur dan sumba (Joesoef & Ross, 1978 di dalam Syahril, 2005).

Penyebaran ini berkaitan erat dengan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kehidupan hospes, parasit maupun vektor utama pembawa penyakit ini, antara lain keadaan sosial ekonomi, air, temperatur, sinar

Universitas Indonesia

matahari, waktu, flora dan fauna (Sabesan, et al, 2006). Negara Indonesia dengan iklim tropis, yang mempunyai ciri-ciri diantaranya yaitu panas, namun curah hujan cukup sehingga mempunyai kelembaban yang cukup hal ini memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan berbagai jenis parasit, demikian pula untuk kelangsungan hidup vektor perantara sangat dipengaruhi oleh iklim dan cuaca (Oemijati, 1993). Daerah yang ideal untuk kehidupan nyamuk yaitu dataran rendah sekitar 0 – 1800 di atas permukaan laut, rata-rata mempunyai temperatur 8°C - 37°C, curah hujan 300 – 1500 mm dan kelembaban antara 40 % - 90% (Sabesan et al, 2006). Sedangkan jika dilihat dari sosial budaya kebanyakan masyarakat yang beresiko adalah penduduk yang tinggal di daerah kumuh dan padat penduduk yang rata-rata merupakan penduduk miskin (Poerta, 2009).

Dari uraian diatas, dapat diidentifikasi bahwa penduduk yang berisiko terinfeksi filariasis adalah penduduk yang tinggal di daerah endemik, penduduk pedesaan, perkotaan yang tinggal di lingkungan yang padat penduduk dan kumuh. Penduduk yang tinggal di daerah endemik sangat dekat dengan sumber penularan sehingga kemungkinan tertular penyakit tersebut sangat besar (WHO, 1996). Penduduk pedesaan biasanya tinggal dekat dengan hutan, dimana hutan merupakan habitat reservoir utama penyakit ini yaitu kera sehingga kedekatan ini meningkatkan risiko terinfeksi (Oemijati, 1993).

### **2.1.3 Faktor Risiko Filariasis**

Faktor risiko filariasis dapat ditinjau dari beberapa aspek antara lain manusia, demografi dan geografi suatu wilayah ( Santoso, 2006).

#### **2.1.3.1 Faktor Manusia**

##### **a. Usia**

WHO menyebutkan bahwa penyakit filariasis mudah menyerang individu terutama remaja dan dewasa. Hal ini didukung oleh penelitian Santoso (2006) di Banyuasin yang memeriksa 401 sampel, hasilnya

30 dari 31 yang positif mikrofilia berusia diatas 30 tahun. Febrianto (2008) menyatakan bahwa penyakit ini kebanyakan memang menyerang usia remaja dan dewasa muda karena kebiasaan dan aktivitas keseharian mereka yang cenderung mendukung terinfeksi filariasis.

Kebanyakan masyarakat tidak menyadari bahwa perilaku keluar rumah pada malam hari, cenderung meningkatkan risiko, seperti meronda, buang air yang masih banyak dilakukan di sungai, menonton TV di rumah tetangga, suka bergadang di malam hari bagi remaja. Risiko terjangkit filariasis semakin besar apabila mereka tidak menggunakan alat pelindung diri dari gigitan nyamuk vektor filariasis karena kebanyakan nyamuk vektor filariasis mempunyai aktivitas menggigit pada malam hari seperti *Anopheles sp*, *Culex sp*, dan *Mansonia sp* dan hanya sebagian kecil yang aktif menggigit pada siang hari seperti *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* (Depkes RI, 2001).

#### **b. Jenis Kelamin**

Onwuliri (2005) menyebutkan bahwa laki-laki lebih banyak terkena filariasis karena disebabkan oleh laki-laki sering keluar malam, oleh sebab itu mereka lebih mudah terinfeksi oleh filariasis karena beberapa nyamuk yang merupakan vektor utama dari penyakit filariasis sering menggigit pada malam hari dan tempat istirahatnya berada di luar rumah. Hal ini didukung oleh penelitian Santoso (2006) di Banyuwangi yang memeriksa 401 sampel, hasilnya 30 dari 31 yang positif mikrofilia berusia berjenis kelamin laki-laki dan hanya 1 orang yang berkelamin wanita.

#### **c. Pekerjaan**

Penduduk di daerah endemis filariasis umumnya memiliki pekerjaan pokok menyadap karet di hutan atau bertani di ladang/sawah. Umumnya ladang/sawah lebih dekat dengan hutan, sehingga

kemungkinan untuk terinfeksi sangat besar (Poerta, 2009). Selain itu, pada saat berangkat kerja biasanya mereka memakai baju lengan pendek dan celana hanya sebatas lutut. Selain itu, pekerjaan ini biasanya mereka lakukan hingga sore hari, malahan mereka tidak jarang tinggal/tidur di tempat kerja seperti itu dalam waktu yang relatif lama, tentunya hal tersebut meningkatkan risiko mereka untuk terinfeksi filariasis karena nyamuk akan sangat mudah menggigit mereka (Kasnodiharjo, 1990).

**d. Budaya Perilaku hidup bersih dan sehat.**

Perilaku hidup bersih dan sehat merupakan modal utama bagi pencegahan penyakit filariasis (Febrianto, 2008). Penduduk di daerah endemis filariasis umumnya kurang tanggap terhadap kebersihan dan keadaan lingkungan sekitarnya. Buruknya sanitasi lingkungan yang ditandai dengan got-got yang banyak sampah dan berbau karena jarang dibersihkan menjadi tempat perindukan yang ideal untuk nyamuk vektor jenis *Culex* (Ulyana, 2008). Keadaan sekitar rumah juga sering tidak menjadi perhatian, hal ini tercermin pada masih banyaknya daerah rawa-rawa di sekitar pemukiman dan tetap dibiarkan terbuka, tanpa dimanfaatkan menjadi lahan produktif misalnya menjadi lahan persawahan atau pemanfaatan lainnya. Menurut Oemijati (1993) daerah rawa yang tetap terbuka merupakan tempat yang cocok untuk berkembang biaknya nyamuk jenis *Mansonia*. Nyamuk jenis ini merupakan salah satu vektor penular penyakit filariasis.

**2.1.3.2 Demografi**

**a. Ekonomi**

Keadaan ekonomi yang belum pulih dari krisis yang berkepanjangan berdampak pada peningkatan penduduk miskin disertai dengan menurunnya kemampuan menyediakan lingkungan pemukiman yang sehat. Kondisi ini mendorong peningkatan jumlah populasi yang

berisiko terhadap serangan berbagai penyakit menular termasuk filariasis (Sudomo, 2008). Sedangkan rendahnya status sosial ekonomi akan menyebabkan akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan akan terbatas yang pada akhirnya akan mendorong meningkatnya prevalensi penyakit filariasis (Febrianto, 2008).

#### **b. Pendidikan**

Penelitian Onwuliri (2005) menyebutkan bahwa tingginya kasus filariasis pada wanita Afrika dikarenakan rendahnya pendidikan mereka. Rendahnya pendidikan akan berdampak terhadap kurangnya pengetahuan atau pemahaman tentang filariasis terutama cara mencegah penularan, sehingga akan memberikan dampak pula terhadap perilaku yang tidak sehat. Febrianto (2008) menyebutkan bahwa pengetahuan yang baik mengenai filariasis menunjukkan bahwa usaha untuk melindungi diri terhadap risiko penularan delapan kali lebih baik dibanding mereka yang pengetahuannya kurang.

#### **2.1.3.3 Faktor risiko Geografi**

Sebagai daerah tropis Indonesia memiliki potensi menjadi daerah endemik beberapa penyakit infeksi yang setiap saat dapat menjadi ancaman bagi kesehatan masyarakat (Sudomo, 2008). Pengaruh geografis dapat mendorong terjadinya peningkatan kasus maupun angka kesakitan. Walaupun parasit tersebar secara *cosmopolitan* (di seluruh dunia) tetapi daerah tropis merupakan daerah yang sangat ideal untuk kehidupan sebagian besar parasit yang ada di dunia (Yadav, 2004). Temperatur dan kelembaban di daerah tropis merupakan keadaan yang optimal untuk kehidupan parasit (Ratnani dkk, 2001).

#### **2.4 Dampak Penyakit Filariasis**

WHO (2006) melaporkan bahwa penyakit filariasis merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius dan penyebab utama angka kesakitan terhadap manusia baik di daerah tropis maupun subtropis, Afrika dan Asia

terutama asia tenggara. Penyakit ini umumnya menyerang penduduk desa dan penduduk miskin. Dampak terbesar akibat dari penyakit ini ditemukan di India, Nigeria, dan Indonesia. Penyakit Filariasis tidak secara langsung mengakibatkan kematian tetapi berdampak terhadap sosial ekonomi, produktivitas, perkawinan dan kehidupan seksual seseorang, psikososial dan pendidikan (Santoso, 2006).

#### **2.4.1 Dampak Terhadap Sosial ekonomi dan produktivitas**

Selain menyebabkan kesakitan pada penderita, filariasis menyebabkan penurunan produktivitas individu sehingga akan menurunkan produktivitas keluarga, masyarakat serta negara (Sudomo, 2008). Penyakit filariasis berdampak serius terhadap produktivitas karena kehilangan waktu kerja seseorang baik terhadap suatu pekerjaan, rumahtangga, dan terhadap masyarakat. Penyakit ini menghambat aktivitas sehari-hari baik itu fase akut maupun kronis. Kehilangan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari mengakibatkan dampak yang berat, contohnya memasak, mencuci, mengasuh anak harus dialihkan kepada oranglain. Penelitian Raimaiah (2000) menyebutkan bahwa wanita dengan Filariasis kehilangan waktu aktifnya sekitar 1.55 jam perhari.

Penyakit ini juga berdampak serius terhadap perekonomian. Di Cina telah dilakukan penelitian mengenai kerugian ekonomi karena infeksi filariasis pada masyarakat. Hasilnya menunjukkan bahwa kerugian terbesar terjadi akibat hilangnya tenaga kerja di sektor industri dan pertanian. Sedangkan di Indonesia telah dihitung oleh Gani (dalam Sudomo, 2008) bahwa biaya perawatan penderita filariasis sebesar 17,8% dari biaya total rumah tangga atau sekitar 32,2% dari biaya yang diperlukan untuk makan satu rumah tangga penderita filariasis.

#### **2.4.2 Dampak terhadap perkawinan dan seksual**

WHO (1993) melaporkan bahwa penyakit ini berdampak serius terhadap wanita dibandingkan dengan pria karena mempengaruhi harga diri wanita



yang terkena tersebut. Penyakit ini menimbulkan kerusakan pada kulit. Kerusakan yang parah terhadap kulit akan berdampak pada kecantikan tubuh mereka. Sehingga banyak wanita dewasa dengan filariasis terhalangi untuk melakukan perkawinan dan kesempatan lainnya.

Nwoke et al (2007) juga menyebutkan sangat sedikit pria yang menginginkan wanita dengan filariasis. Selain itu penyakit ini juga berdampak terhadap perkawinan dan mengganggu pemenuhan kebutuhan seksual, lebih jauh akan mengganggu stabilitas sebuah perkawinan dan masa depan mereka. Kebutuhan seksual seorang wanita akan memburuk apabila filariasis sudah menyerang vulva yang mengakibatkan edema pada labia dan paha yang mati rasa. Penyakit ini juga berdampak perusakan pada uterus dan duktus payudara secara permanen. Payudara yang terkena akan menjulur sampai melewati lutut apabila wanita tersebut sedang duduk. Banyak sekali perceraian terjadi akibat penyakit ini (Soeyoko, 2002).

Penyakit ini tidak begitu berdampak serius apabila terkena pada pria. Hunter (1992) menyebutkan bahwa banyak pria sering menyembunyikan dan menyangkal penyakit ini telah menjalar ke skrotum. Komplikasi yang menyerang genetalia tidak berefek terhadap perkawinan di beberapa negara. Contohnya di negara Philipina, pria dengan hidrokkel masih bisa menikah, mempunyai anak dan tinggal dengan keluarga mereka. Bahkan dinegara Ghana, menikah dengan pria dengan filariasis yang sudah terjadi limpadema, hidrokkel, dan kaki gajah umum dilakukan dan diterima kecuali untuk kasus-kasus yang berat (Nwoke et al, 2007).

Kejadian di Polinesia sebaliknya, pria dengan pembengkakan pada skrotum menghalangi mereka untuk berinteraksi sosial. Di Brazil, sebuah penelitian menyebutkan bahwa pria dengan filariasis yang sudah terjadi komplikasi pada skrotum sama sekali tidak melakukan hubungan seksual akibat sakit pada saat berhubungan intim (Drayer, 1997). Jika hal ini

Universitas Indonesia

sudah berdampak pada ketidakmampuan melakukan hubungan seksual, baik pria dan wanitanya sama-sama mendiamkan hal tersebut, apalagi jika sudah terjadi kiluria, hal ini merupakan satu hal yang sangat memalukan bagi pasangan apabila sampai diketahui oleh lingkungan sekitarnya. Dampak serius terhadap psikologis terjadi pada pria penderita filariasis dengan kiluria. Bahkan banyak pria sampai mempunyai keinginan untuk bunuh diri (Nwoke et al, 2007).

#### **2.4.3 Dampak terhadap Psikologis**

Selain berakibat terhadap sosial ekonomi dan perkawinan, filariasis juga berdampak pada psikologis akibat stigma yang di masyarakat. Menurut Goffman (1963 dalam Tzao, 2008) stigma sosial dapat menyebabkan seseorang mendapatkan diskriminasi dari orang lain yang menyebabkan seseorang dijauhi atau diasingkan dari lingkungannya. Dengan adanya stigma ini, seorang penderita filariasis bisa mengalami stress psikologis. Kebanyakan dari mereka merasa malu sehingga menolak kesempatan yang tersedia baik itu bekerja ataupun menemukan pasangan hidup. Kebanyakan dari penderita menarik diri dari lingkungannya. Dalam kasus yang ekstrim, filariasis bisa menyebabkan seseorang mempunyai keinginan bunuh diri karena merasa tidak berharga (Nwoke et al, 2007).

#### **2.4.5 Dampak Terhadap Pendidikan**

Ramaiah (2000) melaporkan bahwa 128 juta orang diestimasi terinfeksi filariasis, dimana 22 juta diantaranya berusia dibawah 15 tahun. Penyakit ini merupakan penyebab utama seseorang sulit untuk melakukan mobilisasi, yang mengakibatkan keterbatasan dalam melakukan kegiatan sehari-hari, sehingga secara tidak langsung dapat berpengaruh terhadap pendidikan mereka dan masa depan mereka. Dampak serangan akut dari penyakit filariasis seperti demam, nyeri dan malaise menyebabkan anak-anak tidak dapat datang ke sekolah. Frekwensi absensi ini sangat sering antara 2 -12 kali episode pertahun dimana absensi mereka akibat serangan akut 2 -3 hari setiap episodenya atau sekitar 4 – 36 hari pertahun.

Di lokasi endemik filariasis, pendidikan anak-anak menjadi tidak diperhatikan oleh orangtua dibandingkan dengan perawatan penyakit itu sendiri. Masa perawatan yang lama menyebabkan orangtua tidak bisa melakukan pekerjaan dan mencari nafkah. Akibatnya anak-anak menjadi bekerja pada usia muda untuk membantu menafkahi keluarga dan membantu orang tua mengerjakan pekerjaan rumah tangga. Kelompok anak-anak ini tentu saja tidak bisa melanjutkan sekolahnya kembali dan sebagian besar berhenti sekolah (Nwoke et al, 2007).

## 2.5 Respon Individu Terhadap Penyakit

Lubkin dan Larsen (2006) menyatakan bahwa sangat penting untuk diingat dan diketahui bahwa seseorang yang didagnosa mengidap penyakit kronis memperlihatkan respon kehilangan. Beberapa individu dapat memperlihatkan respon ketakutan karena dia akan mengalami ketergantungan dan tidak bisa untuk hidup mandiri. Hal ini mengakibatkan seseorang kehilangan kemampuan/kekuatan (*Powerlessness*). Kehilangan kemampuan ini dapat menyebabkan respon berduka, dan pada saat klien didiagnosa menderita penyakit kronis itu sendiri juga merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya terjadinya respon berduka.

Efek dari penyakit filariasis sangat besar pengaruhnya terhadap individu, keluarga dan masyarakat (Coreil, et al, 1998). Penyakit ini mengakibatkan kecacatan yang bersifat permanen diantaranya yaitu limfadema, hidrokela dan elephantiasis (Soeyoko, 2002). Cacat fisik ini mengakibatkan terhambatnya kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas (Nwoke, at al, 2007). Kecacatan membawa pengaruh yang sangat besar terhadap kehidupan klien dengan filariasis. Kebanyakan mereka menunjukkan respon berduka (Coreil et al, 1998). Berduka merupakan respon emosional yang dialami manusia terhadap kehilangan objek yang dicintai. Respon ini melibatkan reaksi fisiologis dan psikososial (Bissler, 2009). Kubler & Ross (1969, dalam Rawlin et al, 1993) mengidentifikasi perilaku dalam proses berduka pada

klien yang kehilangan. Prilaku tersebut digambarkan pada tiap tahap, sebagai berikut :

#### **2.5.1 Tahap Peningkaran (*Denial*)**

Reaksi pertama seseorang yang mengalami kehilangan adalah peningkaran. Seseorang tidak percaya atau menyangkal kenyataan bahwa kehilangan itu benar terjadi. Seseorang yang mengalami kehilangan dan berada pada fase penyangkalan biasanya terjadi perubahan fisik seperti letih, lemah, pucat, mual, diare, gangguan pernafasan, detak jantung cepat, menangis, gelisah. Reaksi fisik tersebut dapat berakhir beberapa menit kemudian atau sampai beberapa tahun. Pada tahap ini biasanya emosi klien dalam keadaan labil, mengisolasi diri, dan menolak perawatan.

#### **2.5.2 Tahap Marah (*Anger*)**

Fase ini dimulai pada saat seseorang mulai sadar akan kenyataan terjadinya kehilangan. Seseorang akan menunjukkan perasaan marah yang meningkat yang sering diproyeksikan kepada orang yang berada di lingkungannya atau Tuhan yang Maha Esa. Marah dapat mencetuskan perasaan bersalah dan bisa sampai menurunkan harga diri. Klien merasa lekas marah dan cemburu pada orang lain. Klien juga menolak untuk berbagi perasaan dan fikiran dengan orang lain.

#### **2.5.3 Tahap Tawar-menawar (*Bargaining*)**

Seseorang yang telah mampu mengungkapkan rasa marah akan kehilangannya, maka orang tersebut akan maju ketahap tawar menawar. Pada tahap ini Individu mencoba membuat penawaran dengan Tuhan Yang Maha Kuasa agar terhindar dari kehilangan.

#### **2.5.4 Tahap Depresi (*Depression*)**

Pada tahap ini, realitas terhadap kehilangan telah disadari klien. Seseorang yang berada pada fase depresi sering menunjukkan sikap menarik diri, tidak mau bicara, kurang minat, kurang motivasi, putus asa dan menangis.

Universitas Indonesia

Kadang-kadang klien merasa tidak berharga bahkan mempunyai keinginan untuk bunuh diri. Gejala fisik yang sering ditampilkan oleh orang tersebut adalah menolak makan, susah tidur dan letih.

### 2.5.5 Tahap Penerimaan (*Acceptance*)

Seseorang yang telah menerima kenyataan akan kehilangannya, secara bertahap perhatiannya beralih pada objek baru. Pada fase penerimaan ini, individu telah dapat mereorganisasi perasaan kehilangan. Klien mulai dapat berbagi tentang kehilangan, menerima kenyataan, kembali beraktivitas seperti biasa dan mulai memandang masa (DeLaune & Ladner, 2002).

Selain itu, juga Juall (2000), pada fase ini biasanya klien sudah mampu memaksimalkan dukungan sosial dari kerabat disekitarnya sehingga mampu menerima penyakit sebagai bagian dari kehidupannya. Pada titik tertentu kebanyakan individu yang kehilangan menyadari bahwa hidup mereka harus berlanjut dan mereka harus mencari makna baru dari keberadaan mereka dengan menerima penyakitnya dan memaksimalkan dukungan yang diperolehnya.

Bentuk kehilangan klien filariasis dapat berupa kehilangan kemandirian, kehilangan control terhadap kehidupan, *privacy*, *body image*, pekerjaan, fungsi tubuh dan status sosial (Coreil et al, 1998). Penilaian individu, keluarga, dan masyarakat dilingkungannya sangat berpengaruh terhadap respon dan penerimaan seseorang terhadap sakit yang dideritanya terutama penyakit yang mengakibatkan kecacatan (Clemen-Stone et al, 2002). Masyarakat menganggap individu yang cacat dianggap tidak mampu, menderita dan tergantung pada orang lain. Sikap masyarakat seperti ini merupakan sesuatu yang sulit untuk diatasi dibandingkan dengan penyakit itu sendiri. Sehingga sikap masyarakat ini bisa meningkatkan isolasi sosial bagi penderita filariasis (Clemen-Stone et al, 2002).

## **2.6 Peran Perawat Komunitas dalam Penatalaksanaan Klien Filariasis.**

Perawat komunitas sebagai ujung tombak di masyarakat untuk memberikan pendidikan kesehatan dalam upaya mencegah penularan penyakit dimasyarakat (Hitchcock et al, 1999). Dalam usaha melakukan pencegahan terhadap penyakit menular, seorang perawat komunitas dapat berperan dengan melakukan pelayanan kesehatan yang mengutamakan pencegahan primer, sekunder, dan tersier (Nies & McEwan, 2007) sehingga perawat komunitas berada dalam posisi yang paling tepat dalam penanganan masalah penyakit filariasis, terutama dalam memberikan dukungan dan pedoman yang diperlukan untuk masyarakat. Berbagai peran dapat dilakukan oleh perawat komunitas dari mulai pencegahan, perawatan, pemberian pengobatan dan dukungan sosial.

### **2.6.1 Peran perawat komunitas dalam pencegahan**

Populasi Beresiko filariasis membutuhkan penanganan secara menyeluruh dalam mencegah penularan dan kecacatan dengan melakukan tiga level pencegahan secara baik yaitu pencegahan primer, sekunder, dan tersier (Hitchcock et al, 1999).

#### **2.6.1.1 Pencegahan Primer**

Pencegahan primer mempunyai tujuan yaitu untuk mencegah/menghalangi penyebaran agen infeksi dan untuk mencegah suatu penyakit menular kepada populasi yang beresiko (Nies & McEwan, 2007). Penyakit filariasis sangat sulit untuk diobati oleh karena itu pencegahan merupakan jalan yang terbaik untuk menghindari penyakit ini (Indah, 2009). Tindakan pencegahan primer yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit filariasis meliputi: penyakit filariasis dan bahayanya, tindakan pencegahan penularan yaitu dengan menghindari gigitan nyamuk seperti (1) menganjurkan menggunakan lotion anti nyamuk atau memakai kelambu (2) menutup ventilasi rumah dengan kasa nyamuk (3) menggunakan obat nyamuk (4) menimbun, mengeringkan atau mengalirkan genakan air sebagai tempat

perindukan nyamuk serta (5) membersihkan pekarangan dan lingkungan disekitar rumah (meningkatkan gaya hidup sehat), penyuluhan tentang program pengobatan dan pemberantasan, serta konseling bagi kelompok berisiko (Depkes, 2001).

Pendidikan kesehatan merupakan proses penting, karena dapat merubah perilaku dan nilai yang dianut sebelumnya tentang suatu penyakit. Melalui pendidikan kesehatan sedikit demi sedikit nilai-nilai dan perilaku lama yang melekat pada diri seseorang dan dianut penduduk setempat dapat dilepaskan oleh masyarakat tersebut (Kasnodiharjo, 1990).

#### 2.6.1.2 Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder bertujuan adalah untuk mengurangi jumlah kasus di dalam populasi berisiko dan memperpendek durasi suatu penyakit (Hitchcock et al, 1999). Kegiatan di dalam pencegahan sekunder meliputi melakukan deteksi dini, pengobatan dan perawatan penyakit filariasis, manajemen kasus filariasis secara efektif pada stadium awal (fase akut) dan mencegah komplikasi terhadap penyakit lainnya (Addiss & Brady, 2007). Salah satu manifestasi klinis pada filariasis yang sering terjadi pada klien filariasis yaitu Acute Dermatolymphangioadenitis (ADLA).

WHO merekomendasikan melakukan intervensi untuk mengurangi serangan ADLA ini, diantaranya yaitu melakukan perawatan kulit dengan menggunakan sabun, membersihkan kulit yang melepuh dengan air dan antiseptik yang berguna untuk menghindari masuknya kuman ke dalam kulit, memakai alas kaki yang tepat, dan memberikan antibiotik. Selain itu juga mengelevasikan kaki setiap ada waktu dan pada saat akan tidur, serta melakukan latihan ROM pada ekstremitas. Sebuah studi yang dilakukan oleh Susan et al (2004) di Haiti membuktikan bahwa intervensi diatas terbukti mengurangi insiden ADLA. Pada saat sebelum

intervensi dilakukan, serangan ADLA bisa sampai 2 kali setahun dan setelah dilakukan menjadi 0.6 kali setahun.

Beberapa intervensi yang dilakukan untuk mengatasi manifestasi klinis dari filariasis menunjukkan banyak keberhasilan, namun hanya sedikit sekali pasien di daerah endemik yang datang ke pelayanan kesehatan. Sehingga Addis dan Brady (2007) menyarankan 4 hal yang harus dilakukan oleh seorang petugas kesehatan yaitu (1) perawat harus menemukan pasien dan membawa mereka ke pelayanan kesehatan (2) memberikan pendidikan kesehatan kepada penderita dan keluarga terkait prinsip dan tindakan yang dapat dilakukan dalam perawatan (3) dukung untuk melakukan perawatan secara terus menerus dan (4) rujuk ke spesialis jika penyakit sudah disertai komplikasi.

#### **2.6.1.3 Pencegahan Tersier**

Tujuan dari pencegahan tersier adalah untuk mengurangi prevalensi efek residu dan kecacatan yang diakibatkan oleh suatu penyakit ((Hitchcock et al, 1999). Kegiatan ini diantaranya melakukan pengobatan lanjut, manajemen infeksi kronis untuk mencapai kesehatan optimal dan memaksimalkan dukungan sosial dari berbagai sumber (Kasnodiharjo,1990).

Untuk kasus filariasis yang sudah terjadi hidrokela, pembedahan merupakan satu-satunya intervensi yang sangat dianjurkan. Suatu penelitian kualitatif di Ghana dengan melakukan wawancara klien hidrokela yang sudah 1,5 tahun setelah dilakukan pembedahan menyatakan bahwa mereka mengalami peningkatan harga diri, fungsi seksual, mampu melakukan pekerjaan dan mampu berpartisipasi terhadap kegiatan-kegiatan yang ada di masyarakat Ahorlu et al (dalam Addis & Brady, 2007).



Penyakit kronis seperti filariasis merupakan suatu kondisi yang menyebabkan ketergantungan, yang memaksa klien tergantung pada keluarga atau orang-orang yang dekat dengannya untuk memenuhi kebutuhan dasar (Lubkin & Larsen, 2006). Klien dengan penyakit kronis membutuhkan perawatan jangka panjang yang membutuhkan perawatan di rumah, sehingga untuk melakukan hal ini, teman, tetangga dan anggota keluarga menjadi berperan sentral dalam perawatan klien dengan penyakit kronis sehingga perawat dapat memaksimalkan dukungan sosial dari berbagai sumber terutama keluarga.

Pengkajian yang komprehensif terhadap individu dengan penyakit kronis berikut keluarganya memudahkan perawat untuk mengembangkan intervensi yang sesuai. Sumber-sumber dukungan yang digunakan klien juga dapat dikaji pada proses ini meliputi kekuatan fisik, energi, harapan, motivasi, pengetahuan, konsep diri yang positif, daya tahan psikologis dan dukungan sosial. Fungsi keluarga dan kemampuan untuk menyeimbangkan kebutuhan dengan tingkat stressor yang dihadapi harus diidentifikasi dengan baik. Seorang perawat harus mengenali tingkat perkembangan individu dengan baik sesuai dengan nilai dan kepercayaan yang dianutnya.

Perawat harus menyadari bahwa penyakit kronis dapat menyebabkan penderitaan pada klien, untuk itu perawat harus menyediakan waktu untuk mendengarkan dan mengobservasi individu dan keluarganya, sehingga dapat membantu perawat mengenali tanda-tanda apabila individu mengalami kehilangan kemampuan/kekuatan (*Powerlessness*). Salah satu model yang bisa digunakan untuk mengidentifikasi kehilangan kemampuan/kekuatan (*Powerlessness*) adalah Personal Control Model (White & Robert, 1993 dalam Lubkin & Larsen, 2006).

### 2.6.2 Peran perawat komunitas dalam perawatan dan pengobatan Medis

Perawat komunitas berperan dalam memberikan perawatan secara komprehensif pada klien dengan filariasis di masyarakat. Intervensi keperawatan yang diberikan terkait dengan berbagai manifestasi klinis yang ditemukan pada saat pengkajian meliputi, meningkatkan kebersihan, melakukan perawatan kulit, memperbaiki intoleransi aktivitas dengan latihan, meningkatkan rasa nyaman, memperbaiki status nutrisi, meningkatkan sosialisasi, meningkatkan pengetahuan dan mencegah komplikasi, dan mengatasi rasa sakit akibat gejala akut filariasis (Addiss & Brady, 2007).

Peran perawat komunitas dalam pengobatan adalah memberikan obat dengan benar, membantu klien filariasis dalam mengakses obat, memberikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya pengobatan secara teratur dan efek samping obat serta cara mengatasinya. WHO sudah menetapkan kesepakatan global yaitu *The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health problem by The Year 2020*. Program eliminasi ini dilaksanakan melalui pengobatan massal dengan Diethyl Carbamazine Citrate (DEC) dan Albendazol setahun sekali selama 5 tahun di lokasi yang endemis. Tujuan pengobatan ini adalah untuk memutus mata rantai penularan, mengatasi serangan akut serta mencegah akibat yang lebih lanjut dari filariasis yaitu hidrokela, kiluria dan elephantiasis (Addiss & Brady, 2007). Obat filariasis bersifat membunuh mikrofilia dan makrofilia (cacing dewasa). Ada dua cara pemberian dosis obat untuk filariasis yaitu dosis untuk pengobatan massal dan dosis yang diberikan untuk pengobatan individu (Ilyas, 1990 ; Indah, 2009).

#### 2.6.2.1 Dosis pengobatan massal

Ada tiga cara pemberian obat DEC, yaitu :

#### **2.6.2.1.1 Pengobatan DEC dosis standar**

Setiap penduduk diberikan obat DEC dengan dosis tunggal sehari 5 mg/kg BB selama 15 hari untuk difariasis yang disebabkan cacing *w. bancrofti* dan 10 hari untuk *b. malayi* dan *b timori*.

#### **2.6.2.1.2 Pengobatan DEC dosis bertahap**

Pemberian dosis tunggal sehari 1 tablet Filarzan ( 50mg.DEC). Dosis ini diberikan kepada penduduk berusia diatas 10 tahun dan ½ tablet bagi penduduk berusia dibawah 10 tahun. Pemberian dosis ini berlangsung selama empat hari dan selanjutnya pengobatan dilanjutkan dengan pemberian dosis standar.

#### **2.6.2.1.3 Pengobatan DEC dosis rendah**

Setiap penduduk diberikan dosis tunggal sehari ½ tablet bagi yang berumur diatas 10 tahun dan ¼ tablet bagi yang berumur dibawah 10 tahun. Obat hanya diminum setiap minggu selama 6 bulan dan dilanjutkan enam hari lagi dengan dosis standar.

#### **2.6.2.2 Dosis Untuk Individu**

Aturan dosis yang dianjurkan untuk individu yaitu 6 mg/kg bb/hari selama 12 hari dan diminum sesudah makan, 3 kali sehari. Obat anti filariasis ini mempunyai efek samping yang cukup berat (Indah, 2009), diantaranya (1) Efek samping karena tidak tahan terhadap obat seperti mual, muntah, pusing (2) Efek samping akibat matinya parasit di dalam tubuh yang menyebabkan demam tinggi, sakit kepala, sakit seluruh badan, yang dapat timbul beberapa jam setelah minum obat (Ilyas, 1990).

#### **2.6.4 Peran perawat komunitas terhadap perawatan dan pengobatan Tradisional Yang Dilakukan Klien Filariasis**

Penanganan dan pengobatan yang dilakukan untuk mengatasi penyakit filariasis pada fase klinis menunjukkan banyak keberhasilan, namun hanya

sedikit sekali pasien di daerah endemik yang datang ke pelayanan kesehatan (Addis & Bradi, 2007), hal ini disebabkan karena masih banyak yang mempunyai persepsi bahwa penyakit filariasis diakibatkan oleh keturunan, dosa dan roh halus. DeLaune & Ladner (2002) menyatakan bahwa faktor budaya masyarakat sangat menentukan perilaku baik itu perilaku yang mungkin dapat diterima maupun yang tidak berhubungan langsung terhadap kehidupan sehari-hari. Pada saat konsep budaya ini diaplikasikan terhadap kesehatan, maka hal ini mempengaruhi seseorang untuk bertindak terhadap kesehatan, menurutnya masyarakat Asia lebih banyak menggunakan pelayanan tradisional seperti herbal untuk pengobatan.

Upaya yang dilakukan klien dengan filariasis diantaranya mendatangi pelayanan yang berbau mistis seperti dukun (orang pintar). Kasnodihardjo (1990) menyatakan bahwa sampai saat ini masih banyak di antara penduduk di daerah endemis filariasis yang percaya bahwa filariasis merupakan penyakit keturunan. Sehingga apa yang telah menimpa atau terjadi diterima sebagai nasib. Bahkan mereka percaya bahwa orang sering demam karena gangguan setan/roh halus, padahal sebenarnya demam karena terinfeksi cacing filaria. Alasan lainnya mengapa klien lebih memilih pengobatan alternatif dan komplementer yaitu karena klien dengan penyakit kronis mempunyai kepercayaan bahwa perusahaan obat-obatan mengambil keuntungan dari obat-obatan yang mereka jual, karena itu mereka tidak percaya pada petugas kesehatan sehingga lebih memilih pengobatan tradisional dan komplementer.

Banyak isu yang berkembang sehubungan dengan pengobatan alternatif dan komplementer yang bertentangan dengan aspek spiritual, sosial, nilai-nilai keluarga, medis dan kepercayaan. Contohnya penggunaan marijuana untuk terapi, bertentangan dengan aspek sosial dan merupakan salah satu barang yang dianggap ilegal (Duke dalam Lubkin dan Larsen, 2006). Beberapa terapi alternatif dapat bertentangan dengan pengobatan medis

**Universitas Indonesia**

dan cenderung berbahaya. Beberapa penelitian membuktikan bahwa pengobatan herbal yang dilakukan di tempat-tempat terapi tradisional dapat meningkatkan kecemasan, walaupun bentuknya adalah tehnik relaksasi. Lazarus dan Mayne (1990 dalam Lubkin dan Larsen) menemukan bahwa tehnik relaksasi mempunyai beberapa keterbatasan dan efek samping yang harus dipertimbangkan. Selain itu banyak terapi-terapi modalitas tidak mempunyai basis penelitian yang jelas. Padahal klien berasumsi bahwa terapi herbal aman karena bersifat natural.

Dalam upaya mengatasi efek samping yang ditimbulkan akibat terapi alternative dan komplementer, NCCAM ( National Center For Complementary and Alternative Medicine) melakukan; (1) Melakukan kajian mengeksplere terhadap terapi complementer dan alternative (2) melakukan latihan terhadap peneliti-peneliti dalam bidang terapi komplementer dan alternative (3) memberikan penjelasan tentang terapi komplementer dan alternative kepada masyarakat. Pengenalan terhadap intervensi pelayanan kesehatan yang terlambat akan berakibat pada keterlambatan penetapan diagnosis, sehingga dapat mengakibatkan keterlambatan penanganan sehingga penyakit bisa berakibat fatal terhadap penderitanya.

Penelitian Astin (1998) dan Quinn, (2000) menghasilkan bahwa beberapa alasan yang menyebabkan mengapa konsumen lebih memilih pengobatan alternatif diantaranya karena ada beberapa penyakit yang dianggap tidak bisa disembuhkan oleh medis, adanya campur tangan orang lain dalam memilih pengobatan dan perawatan, menghindari efek samping dari obat-obatan konvensional, dan budaya. Sehingga sebagai seorang perawat harus memahami berbagai jenis pengobatan yang kemungkinan klien filariasis gunakan dan dapat melakukan berbagai intervensi, diantaranya :

#### **2.6.4.1 Holistic Health Care**

Perawatan yang holistic melibatkan beberapa aspek diantaranya *mind, body dan spirit*. Perawat dapat melakukan perawatan menurut model dari Watson yaitu a caring dan healing model. Dimana keperawatan merupakan kombinasi dari ilmu dan seni. Watson menempatkan asuhan sebagai jantung dari seni dan ilmu keperawatan. Human care membutuhkan suatu pribadi, yang secara sosial, moral, dan spiritual memiliki komitmen untuk melayani (*care*) yang merupakan bagian dari keperawatan.

Seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang holistic akan melibatkan seluruh sistem individu termasuk kesehatan dan kesejahteraan dalam konteks memandang sakit. Hal ini harus dikenali oleh seorang individu untuk dapat membuat pilihan mengenai perawatan dan pengobatan yang tentunya berefek terhadap kesehatan mereka termasuk dalam memilih pengobatan alternative dan komplementer. Sehingga perlunya pendampingan perawat dalam membantu klien untuk membuat keputusan terhadap pemilihan perawatan untuk mengobati penyakitnya (Lubkin dan Larsen, 2006).

#### **2.6.4.2 Cultural Integrasion**

Budaya mewakili cara persepsi, perilaku, penilaian atau panduan individu untuk menentukan keyakinan dan perilaku dalam kehidupannya. Keberagaman budaya yang ada di Indonesia dapat mengakibatkan perbedaan dalam nilai, norma, sikap dan gaya hidup masyarakat khususnya dalam bidang kesehatan. Budaya mempengaruhi masyarakat dalam cara memandang kesehatan, cara atau praktek pengobatan dan perawatan, yang dapat mendukung atau bertentangan dengan norma kesehatan yang ada (Hitchcock et al, 1999) termasuk dalam berespon terhadap penyakit filariasis .

Budaya yang ada dimasyarakat menjadi salah satu faktor yang menentukan dalam penanggulangan filariasis (Kasnodiharjo, 1999). Untuk itu diperlukan satu konsep model keperawatan dengan memahami konteks budaya setempat. Salah satu model konsep keperawatan yang dapat digunakan oleh perawat dalam pemberian asuhan keperawatan dengan latar belakang budaya tersebut adalah Model Transcultural Nursing atau keperawatan lintas budaya dari Medeline Leininger. Transkultural keperawatan digunakan untuk melakukan pendekatan budaya yang diyakini oleh klien agar pelayanan keperawatan lebih berkualitas.

Terlaksananya praktik keperawatan yang bersifat komprehensif terhadap klien dengan filariasis, perawat perlu memahami landasan teori dan praktek keperawatan berdasarkan budaya melalui pengkajian budaya yang ada di masyarakat (Hitchcock et al, 1999). Pemahaman terhadap budaya perlu dilakukan supaya dapat memberikan intervensi yang tepat sesuai dengan latar belakang budayanya. Salah satu metode yang bisa diterapkan adalah model *Leininger's Sunrise models* yaitu :

#### 2.6.4.2.1 Pengkajian Budaya

##### a. Faktor teknologi

Teknologi kesehatan adalah sarana yang memungkinkan manusia untuk memilih atau mendapat penawaran menyelesaikan masalah dalam pelayanan kesehatan. Berkaitan dengan pemanfaatan teknologi kesehatan perlu diketahui persepsi klien tentang penggunaan dan pemanfaatan teknologi untuk mengatasi permasalahan kesehatan saat ini, alasan mencari bantuan kesehatan, persepsi sehat-sakit, kebiasaan berobat atau mengatasi masalah kesehatan, alasan klien tidak mau melakukan operasi dan mengapa klien lebih memilih pengobatan alternatif untuk penyakit filariasis.

**b. Faktor Agama dan Falsafah Hidup**

Agama adalah suatu sistem symbol yang mengakibatkan pandangan dan motivasi yang amat realistik bagi para pemeluknya. Agama menyediakan motivasi kuat sekali untuk menempatkan kebenarannya diatas segalanya, bahkan di atas kehidupan sendiri. Faktor agama yang perlu dipahami adalah apa agama yang dianut, kebiasaan agama yang berdampak positif terhadap kesehatan, dan cara beradaptasi terhadap situasinya saat ini, dan cara pandang klien terhadap penyebab penyakit filariasis.

**c. Faktor sosial dan keterikatan kekeluargaan**

Pada faktor sosial dan kekeluargaan yang perlu diketahui oleh perawat : umur atau tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, status, tipe keluarga, pengambilan keputusan dalam anggota keluarga, hubungan klien dengan kepala keluarga, kebiasaan yang dilakukan rutin oleh keluarga, dan kegiatan yang dilakukan bersama masyarakat.

**d. Faktor nilai-nilai budaya dan gaya hidup**

Nilai adalah konsepsi-konsepsi abstrak di dalam diri manusia, mengenai apa yang dianggap baik apa yang dianggap buruk. Nilai-nilai budaya adalah sesuatu yang dirumuskan dan ditetapkan oleh penganut budaya yang dianggap baik atau buruk. Hal-hal yang perlu dipahami oleh perawat berkaitan dengan nilai-nilai budaya dan gaya hidup adalah pekerjaan sehari-hari, bahasa yang digunakan, bahasa non verbal yang ditunjukkan klien, kebiasaan membersihkan diri pada saat sakit, perawatan yang dilakukan pada saat sakit, aktivitas sehari-hari sebelum sakit dan kebiasaan keluar malam.

**e. Faktor kebijakan (*Political and Legal factors*)**

Kebijakan dan peraturan rumah sakit yang berlaku adalah segala sesuatu yang mempengaruhi kegiatan individu dan kelompok dalam asuhan keperawatan transkultural. Seperti peraturan dan kebijakan

Universitas Indonesia



berkaitan dengan rumah sakit yang bisa dikunjungi oleh klien filariasis, pembiayaan penyakit filariasis, dan program pengobatan yang digalakkan pemerintah saat ini.

**f. Faktor ekonomi (*economical factors*)**

Klien yang dirawat di rumah memanfaatkan sumber-sumber material yang dimiliki untuk membiayai sakitnya agar segera sembuh. Sumber ekonomi yang pada umumnya dimanfaatkan klien antara lain : asuransi, biaya kantor, tabungan dan patungan antar anggota keluarga. Faktor ekonomi yang perlu diketahui oleh perawat antara lain seperti status sosial ekonomi klien, sumber biaya pengobatan dan siapa pencari nafkah utama di keluarga. Faktor ekonomi dapat ikut menentukan apakah klien selama ini berobat atau membiarkan penyakit yang menimpa dirinya.

**g. Faktor pendidikan (*educational factors*)**

Latar belakang pendidikan klien adalah pengalaman klien dalam menempuh jalur pendidikan formal tertinggi saat ini. Di dalam menempuh pendidikan formal tersebut terjadi suatu proses eksperimental. Suatu proses menghadapi dan menyelesaikan masalah yang dimulai dari keluarga dan selanjutnya dilanjutkan kepada pendidikan di luar keluarga. Semakin tinggi pendidikan klien maka keyakinannya harus didukung oleh bukti-bukti ilmiah yang rasional dan dapat belajar beradaptasi terhadap budaya yang sesuai dengan kondisi kesehatannya (Leininger, 2002).

**2.6.4.2.2 Intervensi Budaya**

Setelah pengkajian lengkap maka perawat membuat intervensi keperawatan. Perawat dituntut untuk menentukan strategi yang tepat dan melaksanakan tindakan yang sesuai dengan latar belakang budaya klien (Giger & Davidhizar, 1995 ; Andrew & Boyle, 1995). Intervensi keperawatan transkultural menawarkan tiga strategi sebagai pedoman

Leininger (1991) Dalam hal ini perawat perlu memperhatikan: *cultural preservation (maintanence)*; *cultural care accomodation (negociation)*; dan *cultural care repatterning (restructuring)* terhadap keuntungan/manfaat, kepuasan dan berarti bagi klien.

*Cultural preservation* dapat berupa membantu budaya tertentu untuk mempertahankan nilai *care* yang berhubungan sehingga sehat. *Cultural accommodation* dapat membantu budaya tertentu untuk bernegoisasi untuk manfaat dan sehat yang memuaskan bersama tim kesehatan. *Cultural repatterning* dapat berupa membantu budaya tertentu untuk berubah, memodifikasi gaya hidup mereka untuk kesehatan yang memuaskan daripada sebelumnya. Evaluasi atas keputusan klinik dan tindakan keperawatan yang efektif dalam pemberian keperawatan lintas budaya perlu melibatkan klien dan keluarga.

Perawat perlu melakukan intervensi keperawatan berdasarkan budaya klien dengan stategi yang ditetapkan di atas, bila budaya klien dengan perawat berbeda maka perawat dan klien mencoba memahami budaya masing-masing melalui proses akulturasi, yaitu proses mengidentifikasi persamaan dan perbedaan budaya yang pada akhirnya akan memperkaya budaya mereka, sehingga akan terjadi tenggang rasa terhadap budaya masing-masing. Bila perawat tidak memahami budaya klien maka akan timbul rasa tidak percaya pada klien yang akan mengakibatkan hubungan perawat-klien yang bersifat terapeutik terganggu. Sehingga intervensi keperawatan yang telah diberikan tidak sepenuhnya dilaksanakan oleh klien. Pemahaman budaya klien amat mendasari efektifitas keberhasilan menciptakan hubungan perawat-klien yang bersifat terapeutik

#### 2.6.4.3 Standarisasi Pengobatan, sertifikasi dan lisensi

Untuk dapat dimanfaatkannya pengobatan tradisional dalam pelayanan kesehatan, banyak yang harus diperhatikan. Salah satu diantaranya yang

dinilai mempunyai peranan yang sangat penting adalah upaya standarisasi. Diharapkan, dengan adanya standarisasi ini bukan saja mutu pengobatan tradisional akan dapat ditingkatkan, tapi yang penting lagi munculnya berbagai efek samping yang secara medis tidak dapat dipertanggung jawabkan, akan dapat dihindari. Pengertian standarisasi adalah keadaan ideal atau tingkat pencapaian tertinggi dan sempurna, yang dipakai sebagai batas penerimaan minimal.

Standar menunjukkan tingkat ideal tercapai tersebut tidak disusun terlalu kaku, tetapi masih dalam batas-batas yang dibenarkan.. Syarat suatu standar yang baik diantaranya : (1) Bersifat jelas, yang artinya dapat diukur dengan baik, termasuk ukuran terhadap penyimpangan-penyimpangan yang mungkin terjadi (2) Masuk akal (3) Mudah dimengerti (4) Dapat dipercaya (5) Absah (6) Meyakinkan (7) Mantap, Spesifik dan Eksplisit (Zulkifli, 2004).

Disamping standarisasi obat-obatan tradisional, ada hal lain yang perlu diperhatikan yaitu lisensi dan sertifikasi untuk praktek-praktek tradisional. Sertifikasi merupakan pengakuan bahwa praktek tersebut berdasarkan ilmu yang jelas. Beberapa departemen kesehatan menetapkan informasi yang akurat/detil pada saat melakukan permohonan izin untuk membuka praktek pengobatan baik itu bersifat alternative maupun komplementer (Lubkin & Larsen, 2006).

#### **2.6.5 Peran perawat komunitas dalam memberikan dukungan sosial**

Pender (2001) mendefinisikan dukungan sosial sebagai perasaan subjektif memiliki, merasa diterima, dihargai, bernilai, dibutuhkan oleh seseorang, tidak hanya apa yang seseorang dapat lakukan bagi orang lain. Lepore (dalam Anderson & McFarlane, 2004) menyebutkan bahwa dukungan sosial dapat meningkatkan status kesehatan dan penerimaan seseorang terhadap penyakit yang dialaminya. Menurut Stewart (1994,

dalam Kozier et al, 2004) bahwa dukungan sosial sangat relevan dengan praktek keperawatan, baik di rumah sakit maupun di komunitas.

Clement et al (2002) menyatakan bahwa dukungan sosial sangat membantu seseorang dalam menjalankan aktivitasnya sehari-hari. Perawat memainkan peran yang sangat penting dalam meningkatkan dan memobilisasi dukungan sosial bagi klien. Perawat dapat mengkaji dukungan sosial yang dibutuhkan; merencanakan intervensi; melakukan intervensi serta mengevaluasi efek dari intervensi yang telah diberikan tersebut.

Pengkajian dukungan sosial meliputi sumber dan jenis dukungan sosial. Sumber dukungan sosial adalah bersumber dari orang lain, yang akan berinteraksi dengan individu sehingga individu tersebut dapat merasakan kenyamanan secara fisik dan psikologis. Sarafino (1998) menyebutkan orang lain yang bisa memberikan dukungan sosial ini terdiri dari pasangan hidup, orang tua, saudara, anak, kerabat, teman, rekan kerja, staf medis serta anggota dalam kelompok masyarakat. Smet (1994); Sarafino (1998); membagi dukungan sosial kedalam lima bentuk. Yaitu :

#### **2.6.5.1 Dukungan emosional**

Bentuk dukungan ini membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin, diperdulikan dan dicintai oleh sumber dukungan sosial sehingga individu dapat menghadapi masalah dengan lebih baik. Dukungan ini lebih mengacu pada pemberian semangat, kehangatan, cinta kasih dan emosi (Wijesinge, et al, 2007). Dukungan emosi ini sangat diperlukan klien filariasis terutama dukungan dari keluarga dan masyarakat, dimana keluarga dan masyarakat saat ini masih cenderung mendiskriminasikan klien dengan filariasis sebagai orang yang membawa penyakit menular sehingga perlu dihindari atau isolasi sosial (Addis & Brady, 2007).

#### **2.6.5.2 Dukungan harga diri**

Bentuk dukungan ini berupa penghargaan positif pada individu, pemberian semangat, persetujuan pada pendapat individu, perbandingan yang positif dengan individu lain. Bentuk dukungan ini membantu individu dalam membangun harga diri dan kompetensi. Bentuk dukungan ini dapat berupa memberikan informasi yang pada seseorang bahwa dia dihargai dan diterima, dimana harga diri seseorang dapat ditingkatkan dengan mengkomunikasikan kepadanya bahwa dia berharga. Stigma yang berkembang menganggap bahwa penyakit filariasis adalah penyakit “kutukan” dari Tuhan, oleh sebab itu klien dengan filariasis sangat membutuhkan dukungan penghargaan berupa penerimaan dan penilaian positif dari masyarakat (Mulyadi, 2007).

#### **2.6.5.3 Dukungan instrumental**

Bentuk dukungan ini merupakan penyediaan materi yang dapat memberikan pertolongan langsung seperti pinjaman uang, pemberian barang, makanan serta pelayanan, sehingga klien dapat mempertahankan dan meningkatkan status kesehatannya. Penyakit ini banyak diderita oleh usia produktif dan sebagian besar adalah laki-laki yang merupakan pencari nafkah utama. Hal ini tentu akan berdampak terhadap sektor ekonomi suatu keluarga (Seyoko, 2002). Bentuk dukungan ini dapat mengurangi stress karena individu dapat langsung memecahkan masalahnya yang berhubungan dengan materi.

#### **2.6.5.4 Dukungan informasional**

Bentuk dukungan ini melibatkan pemberian informasi, saran atau umpan balik tentang situasi dan kondisi individu. Jenis informasi seperti ini dapat menolong individu untuk mengenali dan mengatasi masalah dengan lebih mudah. Sarafino (1994) menyebutkan bahwa dukungan ini termasuk pemberian saran, nasehat, arahan, dan umpan balik tentang apa yang sedang dan telah dilakukan seseorang.

Masyarakat dan khususnya klien dengan filariasis perlu diberikan informasi berupa pendidikan kesehatan tentang penyakit filariasis agar mereka mengetahui bagaimana terjadinya perjalanan penyakit sampai menyebabkan penyakit filariasis, tanda dan gejalanya, serta mekanisme penularan penyakitnya (Depkes RI, 2001) sehingga masyarakat dapat lebih bijaksana dalam menyikapi klien dengan penyakit ini. Pengetahuan ini juga akan menambah pengetahuan mereka akan penyakit sehingga bisa ditanggulangi lebih awal (Wynd et al, 2007).

#### 2.6.5.5 Dukungan dari kelompok sosial

Bentuk dukungan ini akan membuat individu merasa anggota dari suatu kelompok yang memiliki kesamaan minat dan aktifitas sosial dengannya. Dengan begitu individu akan merasa memiliki teman senasib (Addis & Brady, 2007).

Dalam memobilisasi dukungan sosial, Intervensi yang dilakukan melalui peran perawat sebagai konsultan, penghubung (fasilitator), edukator, dan advokat (pelindung), selain peran perawat sebagai pemberi asuhan, peran tersebut dapat membantu klien filariasis mencegah atau mengurangi resiko atau keparahan akibat penyakit filariasis (Nies & McEwan, 2007).

Peran perawat sebagai konsultan bagi klien dengan filariasi meliputi : edukasi, konseling dan fasilitator dari *social support group*, baik yang berada di rumah sakit maupun di masyarakat. Perawat juga berperan sebagai pendidik dan pemberi informasi yang dibutuhkan klien dengan filariasis, baik yang terkait dengan pencegahan, perawatan maupun pengobatan filariasis. Sedangkan peran perawat sebagai fasilitator (penghubung) adalah membantu klien untuk tetap mempertahankan hubungan diantara sesama klien dengan filariasis, keluarga, rekan kerja, tenaga profesional maupun non profesional serta mengkoordinasikan berbagai aspek yang terkait dengan pemberian dukungan sosial.

Universitas Indonesia

Perawat juga dapat memfasilitasi, merujuk klien dengan filariasis yang dirawat maupun tidak dirawat untuk bergabung dengan kelompok dukungan sosial yang ada. Lebih jauh lagi, perawat juga dapat berperan dalam menciptakan kelompok-kelompok dukungan sosial yang dibutuhkan oleh klien dengan filariasis seperti kelompok masyarakat peduli filariasis (Addiss & Brady, 2007).

Kelompok masyarakat peduli (*social support group*) adalah kelompok di luar aggregate dan bagian dari masyarakat yang dibentuk untuk memberikan dukungan, perhatian, materi pada aggregate yang didukung (Pender, 2001). Kelompok pendukung menurut Randall (2003) adalah tempat dimana orang-orang dapat saling memberi dan menerima, sehingga saling tukar menukar informasi seperti informasi medik. Dapat disimpulkan bahwa kelompok pendukung adalah kumpulan orang yang ingin memberikan dukungan kepada orang lain dengan tujuan untuk promosi kesehatan atau saling memotivasi.

Lubkin dan Larsen (2006) menyatakan bahwa pembentukan kelompok Masyarakat Peduli (*support group*) bermanfaat untuk membantu individu-individu dengan penyakit dan kondisi yang kronis. Kelompok ini dapat memfasilitasi individu untuk beradaptasi dengan penyakitnya dan beradaptasi terhadap perubahan identitas sosial terkait penyakit yangalaminya. *Support group* dapat meningkatkan kesadaran diri seseorang, memberikan arti yang lain terhadap penyakit, memberikan alternative untuk dapat beradaptasi dan membantu menemukan intervensi yang sesuai terkait penyakit.

Person, et al (2009) menyatakan bahwa dukungan sosial yang positif akan mempengaruhi coping dan kemampuan individu untuk mengembangkan coping yang realistis dan efektif dalam menghadapi ketegangan (stress) dan berduka terkait penyakitnya. Dukungan yang positif bagi klien dengan filariasis akan membantu mereka dalam menghadapi masalahnya. Sebuah

studi di Haiti membuktikan bahwa pasien filariasis yang didukung penuh oleh keluarga dan support group memperlihatkan keinginan yang besar untuk melakukan perawatan filariasis dibandingkan dengan klien yang tidak mempunyai dukungan keluarga.

Dukungan sosial yang diberikan pada klien dengan filariasis memperlihatkan penurunan angka kesakitan, meningkatkan penerimaan terhadap penyakit sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup penderita. Sedangkan di negara Brazil dibentuk suatu kelompok yang diberi nama "*Hope Club*" untuk memfasilitasi penderita mendapatkan dukungan sosial dan emosional, memecahkan masalah bersama-sama, dan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit. (Addis & Brady, 2007).

## 2.2 STIGMA FILARIASIS

Stigma merupakan ciri negatif yang menempel pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2001). Goffman (1963 dalam Tzao 2008) menyatakan bahwa stigma merupakan "suatu atribut/label" yang menyebabkan seseorang sangat tidak dihargai, dianggap mempunyai noda dan diabaikan. Stigma dalam pelayanan kesehatan dapat didefinisikan sebagai suatu proses sosial atau berhubungan dengan pengalaman seseorang atau masyarakat yang dikarakteristikan dengan penolakan, penyalahan, yang didasarkan pada suatu pengalaman atau alasan-alasan untuk mengantisipasi melalui suatu keputusan sosial mengenai seseorang atau kelompok yang diidentifikasi adanya suatu masalah kesehatan yang utama (Dovidio, 2000). Dari beberapa pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa stigma adalah pandangan individu atau masyarakat dalam menilai sesuatu dan biasanya bersifat negatif, yang menyebabkan individu tersebut dijauhi oleh masyarakat.

Goffman (1963 dalam Phemister, 2004) mengidentifikasi ada tiga jenis stigma yaitu Stigma karena kecacatan fisik, stigma karena karakter individu, dan stigma kelas sosial. Ketiga stigma tersebut dapat terjadi pada



klien dengan filariasis. Jika dilihat dari kecacatan fisik maka ada kelainan bentuk tubuh pada penyakit ini seperti adanya pembesaran lengan, payudara, skrotum, penis, dan kaki yang biasa disebut dengan kaki gajah (Addiss & Brady, 2007). Stigma karena karakter individu, diakibatkan karena adanya pandangan dari masyarakat bahwa penyakit ini adalah kutukan dari Tuhan (Mulyadi, 2007). Stigma dari kelas kelas sosial, bahwa penyakit filariasis dipandang adalah penyakit masyarakat miskin, karena penyakit ini banyak menyerang masyarakat dengan kelas sosial ekonomi yang rendah (Onwuliri, 2005).

Corrigan (2003) mengelompokan stigma menjadi dua yaitu; stigma masyarakat (Public stigma) dan stigma pada pada diri sendiri (self stigma). Publik stigma merupakan penilaian masyarakat terhadap kelompok tertentu, dimana penilaian berdasarkan sosial budaya yang dianut. Prilaku yang ditampilkan oleh masyarakat adalah dengan menghindari interaksi dengan kelompok yang memiliki penyakit filariasis, sehingga mereka tidak memberi kesempatan penderita filariasis untuk berpartisipasi dalam kegiatan yang ada di masyarakat. Sedangkan Self Stigma adalah reaksi dan penilaian pada diri sendiri akibat suatu masalah yang diderita dan penilaian yang dibuat berdasarkan penilaian diri dan penilaian negatif dari lingkungan. Klien menganggap penyakit filariasis adalah hukuman dari tuhan, sehingga klien merasa tidak mampu, harga diri rendah, gagal, menarik diri dari interaksi dengan lingkungan sekitar (Phemister, 2004).

Secara garis besar, stigma berdampak terhadap kehidupan seseorang dan mempengaruhi seluruh area kehidupannya (Tzao, 2008). Seseorang yang menderita penyakit memalukan akan mempengaruhi kenyamanan dan akan mengakibatkan kecemasan, mereka akan menganggap dirinya berbeda dari orang lain, hal ini dapat mempengaruhi keadaan psikologi individu (Buss dalam Phemister, 2004). Hal ini juga terjadi pada penyakit filariasis, stigma masyarakat bahwa penyakit ini karena kutukan karena tampilan fisik dari penyakit ini sangat menakutkan, jika telah menahun akan terlihat

**Universitas Indonesia**

pembesaran fisik luar biasa diberbagai organ tubuh yang terkena seperti : payudara, tangan, skrotum, penis, dan kaki.

Kebanyakan pembesaran yang diakibatkan oleh penyakit filariasis bersifat permanen, sehingga oleh masyarakat dianggap tidak ada obatnya. Hal ini akhirnya menimbulkan stigma bahwa penyakit filariasis adalah penyakit kutukan, santet ataupun mistis lainnya (Mulyadi, 2007). Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Onwuliri (2004) bahwa masyarakat endemik dikelilingi oleh persepsi yang dipengaruhi oleh adat dan kepercayaan setempat, mereka percaya bahwa roh halus bertanggung jawab terhadap penyebaran penyakit filariasis. Mereka juga percaya bahwa komplikasi filariasis seperti terjadinya hidrokela, edema pada labia, ataupun elephantiasis merupakan hukuman dari Tuhan akibat perilaku sek bebas atau ketidaksetiaan kepada pasangannya atau akibat dari pesugihan. Tidak jarang individu dengan filariasis sering ditolak oleh masyarakat, mengasingkan diri dan sering tidak memperlihatkan kondisi emosi dan psikologis yang positif (Nwoke et al, 2007). Stigma yang terjadi ini berhubungan langsung dengan perilaku bunuh diri (Phemister, 2004).

Zhao (2008) menyatakan stigma sangat berpengaruh besar terhadap kondisi psikologis seseorang, sehingga sebagai seorang perawat komunitas, dirasakan perlu segera melakukan intervensi untuk mengatasi stigma yang berkembang dimasyarakat. Ada tiga intervensi yang bisa dilakukan oleh seorang perawat yaitu (1) Protes; protes dilakukan untuk menyampaikan pesan-pesan yang dianggap dapat menurunkan stigmatisasi yang berkembang di masyarakat contohnya menyampaikan pesan tentang penyakit itu sendiri (tentang hal yang sebenarnya). Biasanya protes dilakukan melalui kampanye di media cetak maupun elektronik karena media dinilai mempunyai kekuatan besar dalam mempengaruhi opini yang berkembang dimasyarakat, (2) Pendidikan; pendidikan menyediakan informasi yang akurat mengenai sesuatu hal yang distigmatisasi sehingga mempengaruhi pola pikir masyarakat dan (3) kontak; kontak memerlukan

Universitas Indonesia

interaksi yang positif antara orang yang distigmatisasi dengan masyarakat disekitarnya, sehingga orang yang menderita penyakit filariasis mempunyai dukungan baik fisik maupun psikologis untuk menghadapi penyakitnya, dan sebagai sehingga perawat yang bekerja di masyarakat dapat berperan sebagai *advocate*, edukator dan fasilitator untuk menekan stigma tersebut.

Smith (2002) menyebutkan ada 6 langkah yang bisa dilakukan untuk menekan stigma (anti stigma) yang berkembang dimasyarakat yaitu (1) Mulai dengan apa yang mereka pikirkan, tidak diawali dengan apa yang anda ingin mereka pikirkan (2) Identifikasi target (audiens) (3) Rencanakan dan lakukan dalam jangka waktu yang panjang (4) Partnership (5) lakukan secara berkesinambungan (6) Rujuk ke psikiater. Anti Stigma yang dilakukan tidak hanya penting untuk mereka yang distigmatisasi tetapi juga untuk perawat sebagai media untuk meningkatkan kepercayaan klien terhadap perawat. Untuk melakukan hal tersebut tentu saja membutuhkan keterlibatan dari berbagai sektor, termasuk klien dan perawat didalamnya. Anti stigma yang dilakukan tersebut diharapkan dapat meningkatkan harga diri mereka yang distigmatisasi (Phemister, 2004).

### 2.3 PENDEKATAN FENOMENOLOGI PADA PENELITIAN KUALITATIF

Pendekatan fenomenologi merupakan jenis penelitian kualitatif yang berakar pada filosofi dan psikologi dan berfokus pada pengalaman hidup manusia (Mulyadi, 2009). Desain fenomenologi bertujuan mengetahui pengalaman nyata manusia dalam berbagai fenomena (Wood & Haber, 2006). Husserl (dalam Polit & Beck, 2004) menyatakan bahwa studi fenomenologi merupakan suatu pendekatan untuk menggali makna dari gambaran pengalaman hidup seseorang. Dari pengertian-pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa studi fenomenologi adalah suatu pendekatan untuk menggali makna suatu fenomena atau pengalaman hidup seseorang yang menekankan pada aspek subjektif dari tingkah laku manusia.

Spiegelberg (1975, dalam Speziale & Carpenter, 2003) menyatakan bahwa orang-orang yang terlibat dalam menangani sebuah fenomena melakukan eksplorasi terhadap struktur kesadaran pengalaman hidup manusia. Penelitian fenomenologi terdiri dari enam elemen penting yaitu: fenomenologi deskriptif, fenomenologi esensi, fenomenologi pemunculan, fenomenologi konstitusif, fenomenologi reduksi dan fenomenologi hermeunetik

Penelitian fenomenologi deskriptif merupakan penelitian yang mengeksplorasi, menganalisis, dan menjelaskan fenomena dari pengalaman nyata suatu fenomena secara rinci, luas, dan mendalam. Fenomenologi esensi meliputi penyelidikan data melalui tema-tema umum dan penetapan pola yang saling berhubungan dari fakta fenomena. Fenomenologi pemunculan meliputi penyelidikan terhadap cara munculnya fenomena. Fenomenologi konstitusif adalah mempelajari fenomena sebagai suatu penetapan kesadaran kita. Fenomena dibentuk berdasarkan kesadaran kita sebagai lanjutan dari kesan pertama terhadap gambaran yang menyeluruh. Fenomenologi reduksi, dimana peneliti mereduksi bias individu, asumsi individu, dan mengabaikan keyakinan individu peneliti agar memperoleh deskripsi yang murni dari suatu fenomena. Fenomenologi hermeunetik digunakan untuk mengeksplorasi hubungan dan arti pengetahuan dan kontekstual masing-masing fenomena ( Speziale & Carpenter, 2003).

Penelitian fenomenologi deskriptif lebih banyak digunakan oleh para peneliti. Pada penelitian untuk mengungkap makna perawatan filariasis untuk klien dewasa, penelitian fenomenologi deskriptif dapat menjelaskan pengalaman klien filariasis secara rinci, luas, dan mendalam. Spiegelberg (1975, dalam Spiziale & Carpenter, 2003) mengidentifikasi 3 langkah proses dalam fenomenologi deskriptif yaitu intuisi, analisis dan deskripsi. Tahap **Intuisi** dilakukan pada saat pengumpulan data. Intuisi merupakan langkah pertama peneliti untuk dapat menyatu secara total dengan

Universitas Indonesia

fenomena yang sedang diamati. Pada tahap ini peneliti mencoba untuk memahami fenomena seperti yang digambarkan oleh partisipan (Spiegelberg (1965, dalam Speziale & Carpenter, 2003).

Langkah kedua penelitian fenomenologi deskriptif yaitu analisis. Menurut Banonis (1989, dalam Speziale & Carpenter, 2003), tujuan analisis data adalah untuk menjaga atau mempertahankan keunikan pengalaman hidup partisipan dengan memahami fenomena yang sedang diteliti. Dalam penelitian kualitatif hasil rekaman wawancara dan catatan lapangan merupakan sumber data utama (Polit & Beck, 2004). Peneliti akan mempelajari data yang telah ditranskripsikan dan ditelaah secara berkali-kali. Langkah selanjutnya akan mencari kata-kata kunci dari informasi yang disampaikan partisipan untuk membentuk tema-tema (Speziale & Carpenter, 2003).

Langkah yang ketiga pada penelitian fenomenologi deskripsi yaitu menjelaskan hasil penelitian secara operasional dalam bentuk tulisan pada orang lain. Proses menggali pengalaman hidup dalam studi fenomenologi adalah menggambarkan pengelompokan semua elemen yang kritis atau esensi yang umum tentang pengalaman hidup seseorang dan menjelaskan esensi ini secara detail. Elemen atau esensi yang kritikal dijelaskan secara terpisah dan kemudian dihubungkan dengan konteks yang terkait antara yang satu dengan yang lainnya (Speziale & Carpenter, 2003). Gambaran semua elemen hasil pengelompokan fenomena ditulis dalam narasi secara deskriptif yang dipergunakan untuk mengkomunikasikan hasil penelitian.

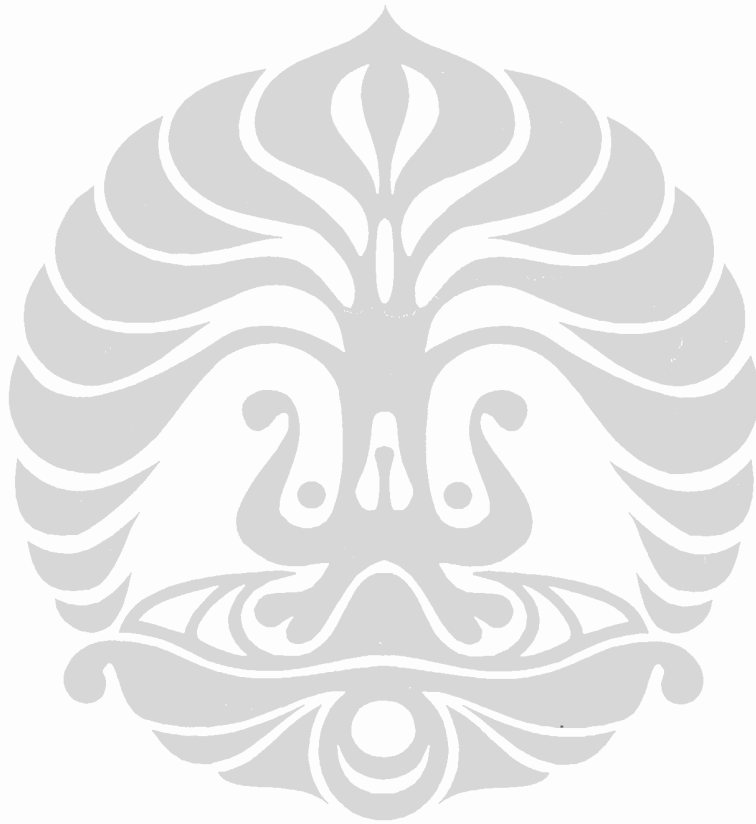
Partisipan penelitian fenomenologi diseleksi dengan menggunakan *purposive sampling* atau *judgmental sampling* yaitu suatu tehnik pengambilan partisipan yang didasarkan pada tujuan dari penelitian (Creswell, 1998). Partisipan dipilih berdasarkan kemampuannya untuk memberikan informasi sesuai dengan tujuan penelitian (Creswell, 1998). Besar sampel dalam penelitian kualitatif ditentukan berdasarkan informasi yang dibutuhkan sampai mencapai saturasi (Bungin, 2001) yaitu dimana

tidak ada lagi informasi yang didapatkan dan terjadi pengulangan data (Polit & Hungler, 1999). Peneliti kualitatif tidak menetapkan aturan baku dalam penetapan jumlah minimal sampel karena pada penelitian kualitatif, ukuran sampel bukan menjadi nomor satu, karena yang dipentingkan adalah kekayaan informasi, walaupun jumlahnya sedikit tetapi jika kaya akan informasi, maka sampelnya lebih bermanfaat (Mustafa, 2000).

Analisis data pada fenomenologi yang umum digunakan yaitu metoda Colaizzi (Polit & Beck, 2004). Tahapan Metoda ini terdiri dari : (1) Membuat transkrip untuk mendapatkan kesan dan untuk mengidentifikasi pernyataan-pernyataan yang signifikan (2) Membaca transkrip secara berulang-ulang (3) Membuat kategorisasi pernyataan (4) Menentukan kategori-kategori pernyataan menjadi pernyataan bermakna dan berhubungan dan menjadikannya tema (5) Mengelompokan tema-tema sejenis kemudian dibandingkan dengan deskripsi asli yang terdapat dalam transkrip (6) Deskripsi yang membingungkan atau berbeda dari fenomena dikembangkan dengan cara menghubungi kembali partisipan untuk dilakukan klarifikasi.

Berdasarkan teori-teori di atas, maka fenomenologi merupakan metode yang tepat untuk penelitian keperawatan khususnya melihat makna perawatan filariasis untuk klien dewasa dimasyarakat. Kegiatan keperawatan merupakan kegiatan pelayanan kepada klien dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia yang dicerminkan oleh adanya respon klien secara fisiologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual (Mulyadi, 2009). Pelayanan keperawatan diberikan berdasarkan data dan fakta yang seringkali berbeda antara satu dengan yang lainnya, sehingga penelitian kuantitatif tidak mampu menghimpun semua informasi yang terkait dengan fenomena. Untuk mengeksplorasi arti dan makna pengalaman tersebut dapat dilakukan dengan penelitian kualitatif fenomenologi jenis deskriptif. Atas dasar hal tersebut maka penelitian yang akan dilakukan dalam menggali

arti dan makna perawatan filariasis untuk klien di masyarakat kecamatan Margaasih kabupaten bandung adalah studi fenomenologi.



**Universitas Indonesia**

## BAB 3 METODE PENELITIAN

Bab III mendeskripsikan aplikasi rancangan penelitian kualitatif fenomenologi dalam usaha mengungkap makna perawatan filariasis untuk klien di wilayah Kecamatan Margaasih Kab. Bandung. Rancangan penelitian ini menjelaskan desain penelitian, pemilihan partisipan penelitian, waktu dan tempat penelitian, etika penelitian, prosedur pengumpulan data, alat pengumpulan data, analisis data dan keabsahan data.

### 3.1 Rancangan Penelitian

Pada penelitian ini, peneliti menggali arti dan makna perawatan filariasis bagi klien dewasa di masyarakat kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung. Husserl (dalam Polit & Beck, 2008) menyatakan bahwa studi fenomenologi merupakan suatu pendekatan untuk menggali makna dari gambaran pengalaman hidup seseorang. Sebagai suatu metode penelitian, fenomenologi mampu menginvestigasi fenomena yang sangat mendalam, kritis dan sistematis (Speziale & Carpenter, 2003). Penelitian ini menggunakan pendekatan fenomenologi, karena dengan metode ini peneliti dapat secara langsung mengeksplorasi pengalaman klien filariasis, menganalisis serta menjelaskan pengalaman klien sebagai gambaran realita yang dialami oleh klien filariasis. Agar peneliti mampu mengeksplorasi kedalaman dan kompleksitas dari pengalaman klien dengan filariasis maka metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah fenomenologi deskriptif.

Peneliti melihat fenomena dari makna perawatan filariasis untuk klien dewasa di masyarakat Kecamatan Margaasih, melalui tiga langkah dalam proses fenomenologi deskriptif, yaitu intuisi, analisis, dan deskripsi (Speziale & Carpenter, 2003). Pada langkah **intuisi**, peneliti menyatu secara total dengan fenomena yang ada dan proses awal untuk mengetahui tentang fenomena yang digambarkan oleh partisipan. Dalam proses pengumpulan



data peneliti merupakan alat pengumpul data dan mendengarkan deskripsi yang diberikan individu selama wawancara berlangsung. Peneliti kemudian mempelajari data yang telah ditranskripkan berulang-ulang. Peneliti melakukan *bracketing* yaitu menghindari sikap kritis dan evaluatif terhadap semua informasi yang diberikan oleh partisipan dengan cara tidak menghakimi dan mengurung semua pengetahuan yang diketahui peneliti tentang fenomena.

Langkah kedua yaitu **analisis**, saat analisis data peneliti menyatukan diri dengan hasil pendataan dengan cara mendengarkan deskripsi individu tentang pengalamannya kemudian mempelajari data yang telah ditranskripkan dan ditelaah berulang-ulang. Peneliti mengidentifikasi esensi dari fenomena yang diteliti berdasarkan data yang didapat. Peneliti kemudian mengeksplorasi hubungan dan keterkaitan antara elemen-elemen tertentu dengan fenomena tersebut. Peneliti mengidentifikasi tema-tema arti dan makna tentang pengalaman klien berdasarkan data yang diperoleh dari transkrip wawancara dengan partisipan guna menjamin keakuratan dan kemurnian hasil penelitian.

Langkah yang ketiga adalah **deskripsi**, tujuannya adalah mengkomunikasikan dan memberikan gambaran tertulis dari elemen kritikal yang didasarkan pada pengklasifikasian dan pengelompokan fenomena. Pada penelitian ini, gambaran semua elemen hasil pengelompokan fenomena ditulis dalam narasi secara deskriptif, yang dipergunakan untuk mengkomunikasikan hasil penelitian yaitu mengenai makna perawatan filariasis bagi klien dewasa di masyarakat Kecamatan Margaasih.

### 3.2 Populasi Dan Partisipan

Populasi yang diteliti adalah klien dewasa dengan filariasis yang di Kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung. Pengambilan partisipan dari populasi tersebut dilakukan dengan tehnik *purposive sampling* yaitu pengambilan partisipan yang didasarkan pada pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti tanpa memperhatikan kemampuan generalisasinya

(Patton, 1990). Hal ini dimaksudkan bahwa partisipan tidak harus mewakili seluruh populasi, namun partisipannya harus memiliki pengetahuan serta mampu menjelaskan keadaan sebenarnya tentang obyek penelitian. (Bungin, 2001).

Riemen (dalam Cresswell, 1998) menyebutkan bahwa jumlah partisipan dalam penelitian kualitatif biasanya berjumlah lima sampai sepuluh orang namun apabila belum tercapai saturasi data maka jumlah partisipan dapat ditambah sampai terjadi pengulangan informasi oleh partisipan. Polit, Beck dan Hungler (2001) menyatakan jumlah partisipan dapat akhiri berdasarkan informasi yang didapatkan dan mencapai saturasi. Ia menyebutkan bahwa pada studi kualitatif dengan desain fenomenologi jumlah partisipan bisa sampai 10 tapi bisa juga kurang dari itu. Pada penelitian ini saturasi tercapai pada Partisipan ke lima sehingga jumlah partisipan adalah 5 orang

Pada penelitian ini, peneliti memilih partisipan berdasarkan pada nilai dan kegunaan informasi yang diinginkan. Partisipan yang terpilih dalam penelitian ini adalah klien dewasa. Usia Dewasa dipilih karena kebanyakan penderita filariasis adalah berusia dewasa. Usia dewasa juga merupakan usia produktif dan mempunyai peran yang besar dalam keluarga, diantaranya mencari nafkah dan mengurus keperluan rumah tangga, hal ini tentunya akan mengubah banyak hal pada saat individu ini mengalami sakit, diantaranya peran dikeluarga dan tanggungjawab dikeluarga akan terjadi perubahan.

Klien yang dipilih menjadi responden terdiri klien dengan filariasis baik itu yang baru maupun yang lama yang mampu menceritakan pengalamannya karena pada penelitian kualitatif yang dipentingkan adalah variasi data, sehingga dengan beragamnya partisipan sehingga data akan lebih bervariasi. Kriteria inklusi partisipan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut : klien dengan filariasis, berusia dewasa, mampu menceritakan pengalaman yang berkaitan dengan perawatan filariasis, mampu berkomunikasi verbal

menggunakan bahasa Indonesia/sunda, bersedia menjadi partisipan dan menyetujui informed consent yang diberikan.

### **3.3 Tempat dan Waktu Penelitian**

#### **3.3.1 Tempat Penelitian**

Penelitian ini telah dilakukan di wilayah Kecamatan Margaasih, Kabupaten Bandung. Pemilihan lokasi penelitian tersebut didasarkan pada (1) data pokok dari dinas kesehatan Kabupaten Bandung tahun 2009 didapatkan jumlah penderita filariasis sebanyak 12 orang, yang merupakan paling banyak diantara kecamatan lainnya (2) Kecamatan Margaasih merupakan daerah endemisnya tinggi, dan penyebarannya sangat cepat karena daerahnya padat, kumuh, dan kebanyakan penduduk miskin (3) terdapat partisipan yang sesuai dengan karakteristik yang telah ditetapkan oleh peneliti pada kriteria inklusi dan kemudahan akses peneliti terhadap partisipan tersebut.

#### **3.3.2 Waktu Penelitian**

Pengambilan data telah dilaksanakan pada bulan April – Mei 2010 (Jadwal penelitian terlampir).

### **3.4 Etika Penelitian**

#### **3.4.1 Aplikasi Prinsip Etik dalam Penelitian**

Penelitian ini pada dasarnya tidak menimbulkan resiko bagi partisipan, namun peneliti tetap perlu sensitif terhadap isu-isu etik dalam menjalankan penelitian fenomenologi. Yurisa (2008) menjelaskan bahwa interaksi yang terjadi antara peneliti dapat menyebabkan terjadinya masalah etik. Permasalahan etik dalam penelitian terjadi akibat bertemunya dua atau lebih kepentingan yang berbeda pada saat bersamaan, misalnya kepentingan peneliti untuk memperoleh hasil penelitian ilmiah dan penghormatan terhadap hak informan atau pihak-pihak yang terkait. Selain itu permasalahan etik juga dapat terjadi karena penyakit filariasis merupakan masalah yang sangat sensitif dan memalukan bagi

penderitanya sehubungan stigma yang berkembang di masyarakat (Person, 2009). Untuk itu perlu disusun suatu jaminan etik penelitian yang melindungi partisipan terkait dengan permasalahan etik yang muncul.

Penelitian ini telah melalui proses kaji etik oleh Komite etik FIK UI dan telah dinyatakan lulus kaji etik. Pertimbangan etik dalam penelitian ini dilaksanakan dengan prinsip-prinsip yang disusun oleh Komite Nasional Etik Penelitian Kesehatan Indonesia (KNEPK, 2007). Ada 3 prinsip dasar etik yaitu :

#### 3.4.2 Mengormati Seseorang (*Respect For Persons*)

Peneliti menghormati hak-hak partisipan untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan jalannya penelitian serta memiliki otonomi untuk menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian atau mengundurkan diri dari penelitian (Polit & Hungler, 1999). Partisipan mempunyai hak untuk menolak berpartisipasi atau mengundurkan diri dari penelitian tanpa terkena hukuman ataupun penghakiman. Hal ini berarti bahwa partisipan mempunyai hak untuk memutuskan untuk berhenti kapan saja, menolak memberikan informasi dan berhak untuk meminta penjelasan tentang tujuan yang sedang dilakukan.

Dalam Penelitian ini peneliti merekrut partisipan berdasarkan kemauan dan kerelaan dari calon partisipan untuk mengikuti penelitian sehingga partisipasi dalam penelitian ini bersifat sukarela dan tidak memaksa. Partisipan juga diberikan hak untuk berpartisipasi ataupun berhak untuk menolak dalam penelitian ini. Untuk memenuhi hak-hak partisipan seperti yang dijelaskan diatas, maka pada awal kontrak dengan partisipan, peneliti telah memberikan *informed consent* yang berisi sejumlah penjelasan singkat mengenai proses penelitian meliputi tujuan, manfaat, prosedur penelitian dan lamanya keterlibatan partisipan serta hak-hak partisipan dalam penelitian ini. Hal ini bertujuan untuk mengetahui apakah

Universitas Indonesia

partisipan bersedia berpartisipasi selama penelitian dan pada berbagai tahap di proses penelitian.

Partisipan juga diminta menandatangani lembar *informed consent* jika menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini. Semua partisipan dalam penelitian ini telah diminta untuk menandatangani lembar persetujuan . Ada 3 orang partisipan yang menolak untuk ikut terlibat dalam penelitian ini, dan 2 orang yang setuju tapi dalam perjalanannya mengundurkan diri sebagai partisipan

#### **3.4.3 Hak Kemanfaatan (Beneficence)**

Hak terhadap kemanfaatan berarti calon partisipan wajib mendapatkan perlindungan dari ketidaknyamanan dan kerugian mengharuskan agar partisipan dilindungi dari eksploitasi (Polit & Hungler,1999). Peneliti harus menjamin bahwa semua usaha dilakukan untuk meminimalkan bahaya atau kerugian dari suatu penelitian, serta memaksimalkan manfaat dari penelitian. Penelitian ini bersifat menggali pengalaman klien, tidak melakukan suatu tindakan apapun yang dapat membahayakan klien sehingga peneliti meyakinkan partisipan bahwa penelitian ini dapat bermanfaat untuk mengatasi masalah kesehatan klien terutama individu dengan filariasis. Dalam penelitian ini kepentingan partisipan khususnya kenyamanan pada penelitian ini diperhatikan yaitu dengan cara memberikan kebebasan kepada partisipan untuk tidak mengungkapkan hal-hal yang tidak ingin diungkapkan. Partisipan diberikan kebebasan dalam memilih tempat wawancara yang sesuai dengan keinginan partisipan sehingga membuat partisipan merasa tenang dan nyaman selama proses wawancara. Waktu pelaksanaan wawancara juga disepakati bersama sesuai dengan waktu kosong yang disediakan oleh partisipan.

#### **3.4.4 Keadilan (justice)**

Penanganan yang adil memberikan individu hak yang sama untuk dipilih atau terlibat dalam penelitian tanpa diskriminasi dan diberikan penanganan

yang sama dengan menghormati seluruh persetujuan yang disepakati dan untuk memberikan penangan terhadap masalah yang muncul selama partisipasi dalam penelitian. Semua partisipan dalam penelitian ini diperlakukan secara adil dan sama tanpa membeda-bedakan antara satu dengan yang lainnya.

Semua informasi tentang partisipan dan pengalaman dari semua partisipan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan tidak digunakan untuk kepentingan lain di luar tujuan penelitian. Oleh karena itu penelitian ini peneliti menjaga kerahasiaan identitas partisipan. Dalam rangka menjaga hak ini, peneliti telah menjelaskan jaminan kerahasiaan data atau informasi tersebut kepada partisipan dan meyakinkan bahwa semua data hanya disimpan dan diolah oleh peneliti sendiri. Kerahasiaan identitas dijamin melalui pemberian kode seperti P1, P2 dan seterusnya untuk masing-masing partisipan. Kaset rekaman diberi kode partisipan tanpa nama dan selanjutnya ditransfer ke dalam computer dan disimpan di file khusus dengan kode partisipan yang sama. Dalam menyusun laporan penelitian, peneliti menguraikan data tanpa mengungkap identitas partisipan (*anonymous*).

### **3.5 Alat Pengumpulan Data**

Alat pengumpulan data yang paling utama dalam penelitian kualitatif adalah peneliti karena dalam penelitian kualitatif segala sesuatunya belum mempunyai bentuk yang pasti dan perlu dikembangkan sepanjang penelitian (Lincoln & Guba, 1986; dalam Speziale & Carpenter, 2003). Alat bantu yang digunakan sebagai instrumen pengumpul data penelitian pada penelitian fenomenologi ini adalah: catatan lapangan (mencatat data yang didapatkan ketika wawancara): seperti ekspresi partisipan dan lainnya, pedoman wawancara, dan *tape recorder*.

**Pedoman wawancara** adalah panduan yang digunakan selama proses wawancara. Pedoman wawancara ini dibutuhkan saat partisipan menceritakan

hal yang tidak fokus, sehingga peneliti perlu memfokuskan kembali sesuai dengan tujuan penelitian. Pedoman wawancara disusun berdasarkan tujuan penelitian yang akan dijabarkan kedalam sejumlah pertanyaan yang diharapkan akan mampu menggali secara mendalam makna perawatan filariasis bagi klien selama ini. Pedoman wawancara disusun berdasarkan tujuan khusus yang akan dicapai. Pada penelitian ini, pertanyaan dalam pedoman wawancara ini digunakan untuk menggali makna perawatan filariasis untuk klien, yaitu: respon klien saat pertama kali didiagnosis filariasis, respon klien terhadap program eliminasi filariasis, pola hidup sehari-hari sebelum mengalami penyakit filariasis, upaya yang dilakukan klien dalam mengatasi penyakit filariasis, sistem pendukung yang digunakan klien dalam melakukan upaya mengatasi penyakit filariasis, dan harapan klien terhadap pelayanan kesehatan terkait penyakit filariasis.

**Catatan lapangan** digunakan untuk mencatat respon non verbal partisipan selama proses wawancara berlangsung. Peneliti telah mendokumentasikan secara langsung selama proses wawancara, semua respon non verbal partisipan kedalam catatan lapangan. *Tape recorder* digunakan untuk merekam informasi verbal dari partisipan secara lengkap, karena peneliti tidak mungkin mencatat secara lengkap respon verbal partisipan dari proses wawancara mendalam.

Sebelum menggunakan alat pengumpulan pada partisipan di kecamatan Margaasih. Peneliti telah melakukan ujicoba terlebih dahulu. Uji coba ini telah dilakukan di kecamatan Margaasih. Peneliti telah melakukan uji coba dengan cara melakukan latihan wawancara dan juga sekaligus uji coba membuat catatan lapangan dengan 2 partisipan uji coba. Hasil wawancara dengan klien filariasis langsung direkam pada *tape recorder* sedangkan respon non verbal partisipan selama wawancara, peneliti dokumentasikan kedalam catatan lapangan.

Pada saat melakukan wawancara, peneliti mendengar dengan sabar dan berkonsentrasi terhadap apa yang dikatakan partisipan, melakukan interaksi dengan baik dengan partisipan, membuat pertanyaan yang dapat dipahami oleh partisipan, dan jika dirasakan partisipan yang diwawancarai belum cukup memberikan informasi yang peneliti harapkan, peneliti mengelaborasi secara halus apa yang sedang ditanyakan sampai tujuan penelitian tercapai.

Ujicoba alat perekam ini juga telah dilakukan pada saat mewawancarai kedua partisipan ujicoba. Ujicoba untuk operasional penggunaan alat rekam *tape recorder* dilakukan dengan memperhatikan jarak, volume, dan posisi meletakkan alat rekam antara peneliti dengan partisipan agar dihasilkan suara yang bersih dan terdengar jelas, dan melatih teknis memperdengarkan hasil rekaman dari *tape recorder*. Hasil rekaman kemudian diputar ulang untuk mengetahui hasil rekaman yang telah dilakukan. Hasil ujicoba alat perekam didapatkan hasil rekaman yang bagus dengan jarak 30-50 cm, volume sedang, dan dengan posisi mic menghadap ke atas.

### **3.6 Prosedur Pengumpulan Data**

#### **3.6.1 Tahap Persiapan**

Tahapan proses penelitian ini diawali dengan mengurus perizinan dari sektor terkait yaitu Kepala Kantor Kesatuan bangsa, politik, dan perlindungan masyarakat wilayah Provinsi Jawa barat, kemudian kantor kesatuan bangsa Kabupaten Bandung, dinas kesehatan kabupaten Bandung dengan memberi tembusan kepada Kecamatan Margaasih dan kelurahan setempat kemudian puskesmas setempat. Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan setelah mendapatkan izin dari dinas kesehatan kabupaten Bandung.

Peneliti mengidentifikasi calon partisipan berdasarkan data dari penanggungjawab program filariasis di dinas kesehatan Kabupaten Bandung. Setelah mendapatkan informasi secara umum, peneliti langsung mendatangi dua puskesmas yang bertanggung jawab di kecamatan



Margaasih untuk mendapatkan data-data tentang klien. Kemudian peneliti mendatangi klien filariasis dengan bantuan bidan desa untuk melakukan pendekatan langsung ke calon partisipan. Pada kontak pertama, peneliti mengunjungi partisipan untuk membangun hubungan saling percaya. Peneliti menjelaskan tentang tujuan penelitian dan menanyakan kesediaan partisipan untuk mengikuti penelitian ini. Sebagai indikator telah terbinanya hubungan saling percaya antara peneliti dan partisipan adalah kesediaan partisipan menceritakan biodata yang dimiliki dan kesediaan membuat kontrak untuk dilakukan wawancara. Pada kontak selanjutnya peneliti melakukan wawancara sesuai dengan kontrak waktu dan tempat yang telah disepakati bersama.

### **3.6.2 Tahap Pelaksanaan**

Pada tahap ini, peneliti melakukan wawancara dengan tiga fase yaitu :

#### **3.6.2.1 Fase Orientasi**

Pada fase ini, peneliti memulai dengan menanyakan kondisi kesehatan klien secara umum untuk mengidentifikasi sejauhmana kesiapan klien untuk dilakukan wawancara. Selama proses wawancara peneliti mencoba menciptakan suasana yang nyaman untuk partisipan seperti posisi duduk yang dirasakan nyaman oleh partisipan apabila kaki partisipan sudah mengalami pembengkakan. Peneliti juga mempersiapkan diri agar tidak tertular penyakit filariasis dengan menggunakan lotion anti nyamuk.

Peneliti menyiapkan *tape recorder* dan alat tulis untuk mencatat bahasa non verbal klien selama wawancara. Tempat wawancara berlangsung disesuaikan dengan kesepakatan dengan partisipan dengan durasi selama 60-90 menit. Wawancara dilakukan dengan posisi saling berhadapan. Posisi berhadapan memungkinkan peneliti untuk mengamati respon verbal dan non verbal partisipan secara jelas. Jarak antara peneliti dengan partisipan pada saat wawancara kurang lebih berkisar 0,5 – 1 meter. *Tape recorder* diletakan ditempat antara peneliti dan partisipan dengan jarak kurang lebih 50 cm dari partisipan.

### 3.6.2.2 Fase kerja

Metode pengambilan data dalam penelitian ini menggunakan wawancara mendalam dengan jenis wawancara tidak terstruktur (menggunakan pedoman wawancara). Wawancara mendalam dipilih karena karena penyakit filariasis merupakan masalah yang sangat sensitif dan merupakan penyakit memalukan bagi penderitanya, seperti terjadinya hidrokel (pembesaran yang terjadi di daerah kemaluan) serta stigma yang berkembang dimasyarakat, bahwa penyakit ini merupakan penyakit kutukan akibat dosa, sehingga sebagian besar partisipan dalam penelitian ini merasa malu karena terkena penyakit ini dan tidak ingin penyakitnya diketahui masyarakat luas. Diharapkan dengan menggunakan metode wawancara mendalam, partisipan dapat lebih terbuka menceritakan pengalamannya kepada peneliti.

Bentuk pertanyaan di pedoman wawancara adalah berbentuk pertanyaan terbuka. Peneliti memulai wawancara dengan mengajukan pertanyaan kepada partisipan mengenai “ bagaimana pengalaman saudara sebagai klien yang menderita penyakit filariasis dalam menjalani penyakit ini selama ini ?” partisipan terlihat kesulitan untuk memahami pertanyaan tersebut, maka peneliti menggunakan panduan wawancara yang berisi pertanyaan terbuka untuk menguraikan pertanyaan ini. Peneliti kemudian mengikuti arah pembicaraan yang disampaikan oleh partisipan, ketika partisipan tidak dapat memberikan informasi maka peneliti memberikan ilustrasi yang hampir sama kemudian baru mempersilahkan partisipan menjawab kembali. Peneliti berusaha tidak memberikan penilaian berdasarkan pemahaman atau pengalaman yang dimiliki sebelumnya oleh peneliti.

Selama proses wawancara berlangsung, peneliti memperhatikan dan mencatat respon non verbal partisipan. Respon non verbal partisipan ditulis dengan menggunakan alat tulis yang ada sebagai *field notes* (catatan lapangan). Kegiatan wawancara dianggap selesai apabila

informasi yang dibutuhkan telah diperoleh sesuai tujuan penelitian, dan pada saat partisipan tidak bisa lagi mengungkapkan atau memberikan informasi (terjadi pengulangan informasi). Setelah proses wawancara selesai, peneliti menyalin hasil rekaman proses wawancara dalam bentuk verbatim. Proses transkripsi ini dilakukan dengan memutar kembali kaset hasil rekaman dan menuliskannya sesuai dengan apa yang disampaikan oleh partisipan. Hasil catatan lapangan berupa respon non verbal partisipan, diintegrasikan dalam transkrip sesuai saat kejadian respon tersebut selama proses wawancara.

### 3.6.2.3 Fase terminasi

Terminasi dilakukan apabila semua pertanyaan yang ingin ditanyakan sudah selesai. Peneliti menutup wawancara dengan mengucapkan terima kasih atas kerjasamanya dalam penelitian yang sedang dilakukan. Peneliti kemudian membuat kontrak kembali dengan partisipan untuk pertemuan selanjutnya yaitu untuk validasi data.

## 3.7 Analisis Data

### 3.7.1 Pengolahan Data

Pengolahan data yang dilakukan adalah dengan cara mendokumentasikan data hasil wawancara dan catatan lapangan (*field note*). Pendokumentasian dilakukan dengan memutar hasil rekaman, kemudian ditulis apa adanya dan digabungkan dengan catatan lapangan, kemudian diprint out menjadi transkrip. Transkrip ini kemudian dilihat keakuratannya dengan cara mendengarkan kembali wawancara sambil membaca transkrip berulang-ulang. Data tersebut ditata dan disimpan serta dilakukan back up data di komputer dan *flash disk* (alat penyimpan data) untuk menghindari kehilangan data.

Peneliti mengorganisasi data dengan membaca berulang kali data yang ada terkait arti dan makna perawatan filariasis, sehingga peneliti dapat menemukan data yang sesuai dengan penelitian dan membuang data yang

tidak sesuai dengan tujuan penelitian. Proses tersebut dilakukan dengan menggarisbawahi kata kunci-kata kunci yang berhubungan dengan penelitian untuk masing-masing partisipan. Kata kunci kemudian diberi kode, untuk memudahkan peneliti dalam analisis data, karena kode ini membedakan kata kunci dari partisipan yang satu dengan lainnya. Pemberian kode ini dilakukan dengan memberi garis bawah pada transkrip pada kata kunci kemudian memberi nomor 1, 2, 3 dan seterusnya dibawah kata kunci yang digaris bawah. Sedangkan kode untuk partisipan P1 untuk partisipan ke satu, P2 untuk partisipan kedua dan seterusnya.

### 3.7.2 Proses Analisis Data

Tahap selanjutnya setelah data terkumpul adalah analisis data. Kegiatan analisis data dimulai dengan mendengar deskripsi verbal partisipan dan diikuti dengan membaca berulang-ulang hasil transkrip verbatim atau respon secara tertulis. Pada penelitian ini peneliti menggunakan metode Collaizi sebagai berikut : (1) Membuat transkrip untuk mendapatkan kesan dan untuk mengidentifikasi pernyataan-pernyataan yang signifikan (2) Membaca transkrip secara berulang-ulang (3) Membuat kategorisasi pernyataan (4) Menentukan kategori-kategori pernyataan menjadi pernyataan bermakna dan berhubungan dan menjadikannya tema (5) Mengelompokan tema-tema sejenis kemudian dibandingkan dengan deskripsi asli yang terdapat dalam transkrip (6) Deskripsi yang membingungkan atau berbeda dari fenomena dikembangkan dengan cara menghubungi kembali partisipan untuk dilakukan klarifikasi.

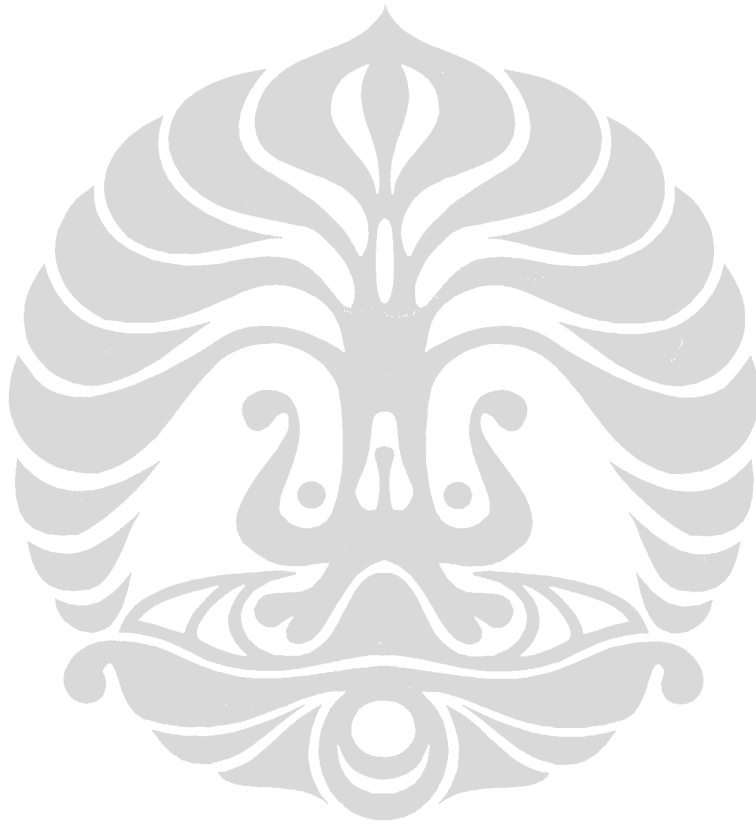
### 3.8 Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan istilah dalam penelitian kualitatif untuk menjaga ketepatan (Speziale & Carpenter, 2003). Menurut Yonge dan Stewin ( 1988 dalam Speziale & Carpenter 2003) ada 4 kriteria keabsahan data yaitu : *Credibility, dependability, confirmability, transferability*. Berikut ini digambarkan langkah-langkah yang telah dilakukan peneliti untuk memenuhi keabsahan data penelitian.

*Credibility* meliputi kegiatan yang meningkatkan kemungkinan dihasilkannya penemuan yang dapat dipercaya (Lincoln & Guba, 1985 dalam Speziale & Carpenter, 2003). Tujuan prosedur ini adalah untuk memvalidasi keakuratan hasil laporan transkrip kepada partisipan terhadap apa yang telah diceritakan tentang pengalamannya. Peneliti melakukan prinsip *Credibility* dengan cara mengembalikan transkrip wawancara kepada partisipan untuk memvalidasi hasil verbatim yang sudah dibuat dengan cara memberikan tanda check (v) jika mereka setuju dengan kutipan ucapan mereka didalam transkrip. Rata-rata partisipan menyatakan setuju terhadap transkrip hasil wawancara yang peneliti transkripkan dengan memberikan tanda chek (v) pada transkrip yang dilakukan secara keseluruhan oleh partisipan. Pada saat mereka ragu pernah mengatakan hal tersebut maka peneliti mendengarkan kembali rekaman wawancara.

*Transferability* atau keteralihan, yaitu suatu bentuk validitas eksternal yang menunjukkan derajat ketepatan sehingga hasil penelitian tersebut dapat diterapkan kepada tempat yang lain atau orang lain (Lincoln & Guba, 1985 dalam Macnee, 2004). *Transferability* berbeda dengan generalisasi pada penelitian kuantitatif karena fokus *transferability* bukan pada prediksi hasil yang diterapkan kepada populasi, namun *Transferability* lebih berkaitan dengan sejauh mana hasil penelitian dapat bearti dan akurat jika diterapkan atau digunakan dalam situasi lain atau populasi lain yang spesifik. Pada penelitian kualitatif ini peneliti mencoba prinsip *transferability* dengan menggambarkan tema-tema yang telah teridentifikasi pada klien filariasis di kecamatan majalaya yang tidak dijadikan partisipan, apakah klien filariasis tersebut setuju dengan partisipan. Peneliti menggunakan metode *eksternal check* pada klien filariasis tersebut. Dari hasil metode ini mantan penderita filariasis yang lainnya umumnya menyatakan merasakan serta mengalami seperti apa yang dialami oleh kelima partisipan pada penelitian ini.

*Confirmability* adalah keobjektifan data yang telah didapatkan dari dua atau lebih penelaah tentang keakuratan data, relevansi dan maknanya (Polit & Beck, 2008). *Confirmability* data didapat dengan pengecekan oleh pihak lain yang memiliki kemampuan dalam analisis penelitian, dalam hal ini bantuan dari ahli atau pembimbing. *Comfirmability* dilakukan bersamaan dengan uji *Dependability*. Hal ini dilakukan peneliti dengan menunjukkan seluruh transkrip beserta catatan lapangan, tabel pengkatagorian tema dan tabel analisis tema pada pembimbing dan sudah diberikan saran untuk perbaikan serta mendapatkan persetujuan tentang tema yang telah dibuat



Universitas Indonesia

## BAB 4

### HASIL PENELITIAN

Bab ini menggambarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam mengenai arti dan makna pengalaman klien dewasa dengan filariasis dalam menjalani perawatan sehari-hari dan bagaimana memaknai pengalaman tersebut. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat menjawab pertanyaan penelitian yang berhubungan dengan respon pertama kali terdiagnosis filariasis, respon klien terhadap program eliminasi filariasis, pola hidup sehari-hari selama mengalami penyakit filariasis, upaya yang dilakukan dalam mengatasi penyakit filariasis, sistem pendukung yang digunakan klien dalam melakukan upaya mengatasi penyakit filariasis serta harapan klien terhadap pelayanan kesehatan terkait penyakit filariasis.

#### 4.1 Karakteristik partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah lima orang dengan penyakit filariasis, yang bertempat tinggal di Kecamatan Margaasih. Empat orang partisipan bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Margaasih dan 1 orang partisipan bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas Rahayu yang memenuhi kriteria sebagai partisipan dan bersedia menjadi partisipan. Partisipan terdiri dari 2 orang laki-laki dan 3 orang perempuan dengan usia partisipan yang bervariasi, dengan usia termuda 39 tahun dan usia tertua 61 tahun. Tingkat pendidikan partisipan; tiga orang berpendidikan SD, satu orang SMP dan satu orang berpendidikan SMA. Partisipan berasal dari suku Sunda sebanyak empat orang dan satu orang dari suku Jawa.

Lama penyakit filariasis yang diderita rata-rata 5 – 30 tahun, dan semuanya sudah dalam fase kronis. Satu orang menderita filariasis skrotum dan empat orang lainnya mengalami kaki gajah (*elephantiasis*). Empat partisipan tidak mempunyai pekerjaan dan satu partisipan bekerja sebagai pengasuh anak. Empat partisipan tinggal dengan keluarga, kecuali satu partisipan yang tinggal

sendiri. Semua wawancara dilakukan di rumah partisipan yaitu di ruang tamu dengan posisi yang berhadapan dengan lingkungan yang tenang dan kondusif, namun ada beberapa kondisi dimana partisipan mengalami kesedihan sehingga proses wawancara terpaksa ditunda sementara dan diteruskan jika suasana hati partisipan sudah dapat mendukung proses wawancara.

## 4.2 Tema

Hasil penelitian setelah dianalisis dengan enam langkah menurut Colaizzi teridentifikasi 10 tema. Proses lengkap analisa data, mulai dari penentuan kata kunci, kategori, sub tema dan tema. Tema-tema yang dihasilkan akan dijabarkan berdasarkan tujuan khusus penelitian. Berikut akan dijelaskan hasil penelitian didapatkan tema-tema sebagai berikut :

### 4.2.1 Respon pertama kali terdiagnosis filariasis

Hasil analisis terhadap respon pertama kali partisipan terdiagnosis filariasis menghasilkan 2 tema yaitu : **respon psikologis dan respon fisik**. Tema-tema ini didapat dari perasaan atau tanggapan partisipan terhadap penyakit serta keadaan fisik yang menyertai penyakitnya. Selanjutnya masing-masing tema akan dijabarkan secara rinci seperti di bawah ini.

#### **Tema 1 : Respon Psikologis**

**Respon psikologis** tergambar dalam beberapa sub tema yaitu menolak, marah, tawar menawar, depresi, dan menerima penyakit. Sub Tema menyangkal dalam penelitian ini teridentifikasi dari kategori tidak percaya atau shock dan tidak menerima saat didiagnosa terkena filariasis. Kategori tidak percaya dinyatakan oleh partisipan partisipan satu, dua dan empat yang merupakan partisipan yang baru 3 bulan sampai 5 tahun terdiagnosa penyakit filariasis, mereka menyatakan tidak menyangka akan terkena filariasis serta antara percaya dan tidak waktu didiagnosa filariasis. Seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut :

“...gak nyangka akan jadi begini...” (P2)

Universitas Indonesia



“..awalnya kaget juga....kok bisa....tapi memang.. dulu kan saya tidak tau bahwa ini kan sakit filariasis .. jadi ya...antara percaya dan tidak waktu dikasi tau..” (P4)

Sementara itu terdapat satu partisipan wanita tidak percaya juga dikatakan menderita filariasis dengan mengatakan bahwa penyakitnya bukan filariasis karena tidak mirip seperti penyakit filariasis seperti di televisi yang biasa partisipan lihat, seperti pernyataan dibawah ini :

“..sanes kieu kaki gajah mah neng (bukan begini kaki gajah mah)....ngejarendul dina tv oge...ieu mah sanes kaki gajah (ini mah bukan kaki gajah), anu ngajarendul kaki gajah mah....dina tv oge..sanes kieu..jeung teu bisa papah-papahan (ini bukan kaki gajah, yang benjol kalau kaki gajah..di tv juga. .gak seperti ini ..dan juga gak bisa dipake berjalan-jalan) (P5)

Sub tema selanjutnya yaitu marah. Sub tema ini teridentifikasi dari kategori menyalahkan petugas kesehatan. Hal ini dinyatakan oleh partisipan yang sudah berusia 60 tahun yang menyalahkan petugas kesehatan, kenapa tidak dari awal di obati, seperti pernyataan di bawah ini :

“..kalau mereka (petugas kesehatan) memang kasian sama mak kunaon teu ti baheula dibantuan diobatin sama mereka, kunaon bet ayeuna-ayeuna dibesar-besarkan, jaba kan gak dijamin damang, mun ti baheula meren bisa sembuh (kenapa baru sekarang dibesar-besarkan, berikut gak ada jaminan bisa sembuh, kalau dari dulu mungkin bisa sembuh) ..” (P5)

Sub tema lainnya lain yaitu tawar menawar diungkapkan oleh partisipan laki-laki yang sudah berusia 52 tahun, yang menyatakan ingin bekerja kalau sembuh, seperti yang dinyatakan dibawah ini :

“kalau diberi kesembuhan, pengen kerja lagi.. kan usia juga belum tua-tua teing, lagian anak masih ada urusan satu lagi ..sampai gak bisa sekolah...cuma sampai kelas enam ...” (P2)

Sub tema yang keempat yaitu depresi. Respon depresi teridentifikasi dari kategori perasaan malu dan kesedihan mendalam. Kategori malu kepada

tetangga dinyatakan oleh dua partisipan. Partisipan yang berusia 52 tahun menyatakan tidak mau keluar rumah, seperti dibawah ini :

“bapak mah kadang-kadang malu kalau keluar rumah...” (P2)

Perasaan malu terhadap tetangga juga terjadi pada partisipan laki-laki yang berusia 61 tahun, dengan mengatakan masuk kedalam rumah jika ada tamu, seperti yang dinyatakan di bawah ini :

“...kalau ada yang mau masuk kerumah bertamu, ke rumah bapak.... bapak mundur masuk kedalam rumah....” (P1)

Kategori lainnya yaitu kesedihan dimana partisipan menyatakan kesedihan dengan penyakit yang dialaminya. Partisipan menyatakan sedih karena tidak bisa beraktifitas seperti sebelumnya juga merasa lain dari yang lain. Seperti yang dinyatakan dibawah ini :

“...sedih mikirin gak bisa beraktifitas lagi..” (P2)

“...Perasaan saya ya sedih mba... lain dari yang lain....” (P4)

Sub tema yang terakhir yaitu menerima penyakit. Sub tema ini muncul dari kategori menerima kondisi apa adanya, kepercayaan kesehatan (*health belief*) yang dianut oleh partisipan, dan pasrah terhadap kondisi penyakit. Respon menerima kondisi apa adanya muncul pada partisipan karena kondisi penyakit yang tidak bisa disembuhkan. Respon menerima apa adanya dinyatakan dengan menerima penyakit sebagai takdir yang Maha Kuasa seperti yang diungkapkan oleh partisipan :

“... nerima aja da.. memang sudah nasib ibu kali harus begini...” (P3)

“... saya awalnya sedih tapi ..sekarang mah sudah tidak apa-apa...” (P4)

Kategori lainnya yaitu kepercayaan kesehatan (*health belief*), dimana partisipan menganggap sakitnya sebagai akibat dosa masa lalu seperti yang diungkapkan partisipan yang telah lebih dari 30 tahun menderita penyakit ini :

“..duka teu terang..duka we (*gak tau*)...merenan bisi dosa anu hilaf (*mungkin dari dosa yang kita tidak sengaja*)...anu lupa urang... dosa..tapi kan teu apal tea (*tapi kan gak tau*).. matak diobati kamana-kamana teh hinteu sembuh (*makanya diobatin kemana-mana juga gak sembuh*)...”(P5)

Kategori terakhir adalah pasrah terhadap kondisi penyakit. Semua partisipan menyatakan pasrah dengan adanya penyakit ini. Partisipan menyatakan pasrah dan menerima keadaan dan menganggap penyakit tersebut cobaan dan ujian, karena yang bisa menyembuhkan penyakit adalah Tuhan. Seperti yang tergambar dari pernyataan dibawah ini :

“...Bapak mah pasrah wae neng, mungkin sudah cobaan buat bapak ”  
(P1. P2. P5)

“...ah fikir ibu mungkin sudah nasib ibu begini.....jadi gini, .. memang sudah begini nasib saya, harus dibawa mati ini mah..” (P3. P4)

Kemudian hal yang senada juga diungkapkan oleh partisipan yang masih tinggal bersama kelima anaknya yang menyatakan bahwa penyakit ini merupakan musibah dari Tuhan Yang Maha Esa seperti dibawah ini :

“Menurut bapak ini musibah saja, yang menimpakan kan Allah..” (P1).

## **Tema 2 : Repon Fisik**

Respon fisik yang teridentifikasi pada penelitian ini yaitu adanya gangguan pada intergumen, gangguan pada pergerakan dan gangguan pada alat reproduksi. Sub tema Gangguan pada intergumen yang dirasakan partisipan pada penelitian ini terdiri dari kategori gatal dan gangguan termoregulasi. Kategori terjadi gatal

dinyatakan oleh partisipan yang hidup sendiri seperti yang diungkapkan dibawah ini :

“..kaki teh suka gatal-gatal.. (P1.P3)

Kategori kedua yaitu keluhan termoregulasi yang diungkapkan oleh partisipan perempuan di bawah ini :

“Pami janten mah tirissssss panas neng (*kalau kambuh suka panas dingin neng*), eh kumaha we anu gering (*seperti orang sakit aja bagaimana*)...tirisna mah aduh meni siga kana naon neng (*dinginnya seperti kena apa gitu*)” (P5)

Sub tema lainnya yaitu gangguan pada pergerakan. Sub tema ini terdiri dari kategori keluhan pada kaki dan keluhan yang terjadi pada saat berjalan. Keluhan pada kaki seperti kaki yang terasa berat dan kaku dan terjadi pembengkakan seperti yang dinyatakan dibawah ini:

“..namung (*namun*) setelah terkena penyakit ini mah kaki teh rasanya berat, kaku, bareh dina kaki (*bengkak di kaki*)..”(P1)

Kategori lainnya yaitu adanya keluhan saat berjalan seperti berjalan yang tidak normal, seperti yang dinyatakan sebagai berikut :

“..Penyawatna teh memang abot (*penyakit ini memang berat*..) berjalan teh tidak bisa. ...Bisa sih bisa cuman tidak normal begitu...(P1)

“.. cuma kalau jalan memang ada perubahan, jadi lama sedikit...jadi jalan gak normal gitu neng, ceuk urang mah rada timpang.....cuma yang lainnya biasa gak ada perubahan” (P3)

Partisipan laki-laki berusia 52 tahun mengatakan sering kesemutan jika berjalan jauh :

“..Aktivitasnya gak bisa kayak dulu..... berat.....sekarang juga jadi sering kesemutan...kaki bapak juga suka bengkak kalau jalan jauh, Malah kalau jalan ...kaki bengkak dua-duanya” (P2)

Partisipan yang berusia 39 tahun mengatakan kalau setelah terkena penyakit aktivitasnya menjadi agak lambat, cepet capek dan malas :

“..sebelumnya biasa aja.....sesudahnya memang agak lambat....jadi rada males.. Kalau tidur nya sih tetep jam 9 tapi bangunnya tadinya bangun pagi saya bangun jam empat jadi bangun jam lima, setengah lima... ya gak cekatan....yang tadinya nyuci aja bisa saya selesaikan dalam waktu satu jam.. kata kakak jadi lama...nyuci aja sampai dua jam katanya “(P4)

“..cuma mungkin jadi sedikit males saja.... Mungkin karena kakinya berat ya jadi cepet capek..” (P4)

Subtema yang ketiga yaitu adanya gangguan pada alat reproduksi. Gangguan ini berupa adanya pembengkakan pada skrotum, seperti yang diungkapkan dibawah ini :

“Awalnya kecil seperti kelereng dikemaluan.... Trus lama-lama membesar, bapak mah yang membesarnya cuma satu, cuma besar neng..lebih dari sebesar kelapa mah neng.... Jadi sekarang mah bapak banyak dirumah wae”(P2)

#### **4.2.2 Respon klien terhadap program eliminasi filariasis**

Hasil penelitian ini menggambarkan respon partisipan terhadap program eliminasi filariasis kedalam 2 tema yaitu **kurang mendukung program eliminasi filariasis dan mendukung terhadap program eliminasi.**

##### **Tema 3: Kurang Mendukung program eliminasi filariasis**

Tema ini muncul dari beberapa sub tema yaitu kurang pengetahuan terhadap penyakit dan kurang merasakan manfaat obat. Kurang pengetahuan terhadap penyakit muncul dari kategori tidak mengenal tanda dan gejala penyakit, ketidaktahuan terhadap penularan dan mengacuhkan penyakit. Ketidakmampuan klien mengenal tanda dan gejala penyakit dinyatakan patisipan dengan tidak mengetahui gejala awal penyakit, namun kaki tiba-tiba membesar seperti pernyataan di bawah ini :

“... Awalna oge teu terang bapa teh... da’ teu aya panas.. teu aya naon...teu sakit kitu welah....ujug-ujug lama kelamaan bet bareh kaki teh....(awalnya bapak juga gak tau.. da gak ada panas... gak sakit.. tapi tiba-tiba lama-kelamaan kaki menjadi bengkak)”(P1)

“...teu aya panas...biasa we neng..kalau jalan jauh ge enggak terasa apa-apa Gak terasa kumaha gitu (gak terasa bagaimana gitu)...enggak..”(P3)

Selain itu juga seorang partisipan yang terkena filariasis yang mengalami pembesaran di daerah skrotum juga mengatakan tidak ada gejala sebelumnya, yang dinyatakan di bawah ini :

“..Awalnya kecil seperti kelereng... Trus lama-lama membesar, membesarnya sedikit-sedikit.... Gak ada neng panas atau demam mah... biasa aja... gak ada rasa sakit apa-apa... sebelumnya... Da bapak juga gak nyangka akan terus membesar.....da dikira bapak mah penyakit biasa saja (P2)

“..saya sendiri juga gak pernah ada keluhan mba sebelumnya juga gak pernah sakit apa...gitu...kata dokter juga keluhan penyakit ini kan biasanya demam tinggi...pegel,ada rasa sakit, sekarang juga gak ada kerasa apa-apa, gak sakit, gak apa, tapi memang selama ini saya gak pernah begitu .....kok kenapa ya ini...gejalanya lain begitu...tiba-tiba membesar aja..” (P4)

Partisipan yang baru lima tahun mengalami pembesaran kaki, dan partisipan yang sudah lebih dari 30 tahun menderita penyakit ini, mengungkapkan kalau dia mengira pembesaran kakinya akibat dari kecapean :

“..saya juga berfikir kenapa kok bisa begini, padahal dulu tuh enggak gitu...saya fikir awalnya mungkin karena kecapean hilir mudik ya mba ya...jadi membesar...” (P4, P5)

Ada dua partisipan yang telah lima tahun menderita penyakit ini mengatakan bahwa saat pertama kali tahu menderita penyakit filariasis pada saat pengobatan massal :

“..awalnya bapak mah gak tau ini penyakit filariasis... tau-tau teh waktu ada pengobatan massal we baru dijelaskan ka bapak. Waktu itu kata dokter peredaran darah kurang lancar.. tersumbat katanya.... (P2, P4)

**Kategori lainnya yaitu mengacuhkan penyakit filariasis**, setelah gejala timbul beberapa partisipan tidak segera mendatangi petugas kesehatan karena tidak menyangka penyakit yang dideritanya adalah kaki gajah seperti pernyataan di bawah ini :

“..da dikira bapak mah penyakit biasa saja, bukan filariasis.....makanya waktu itu gak datang ke puskesmas....waktu itu bapak juga gak nanya, gak langsung berobat... tau-tau sekarang mah sudah besar.” (P2)

“ diem aja.... ketika besar juga saya diem aja..... da saya gak ngira ini penyakit kaki gajah...saya pikir itu tadi mungkin karena kecapean....gak pernah bertanya ke orang-orang atau ke kakak kenapa kaki saya kayak gini...” (P4)

**Kategori Ketidaktahuan terhadap penularan filariasis teridentifikasi** dari pernyataan partisipan yang menyangkal bahwa penyakit filariasis menular, menganggap tidak menular karena belum pernah melihat penyakit seperti ini sebelumnya seperti yang diungkapkan partisipan berusia 61 tahun dibawah ini:

“..Sebenarnya mah tidak memegang menular, tidak, tidak, dikarenakan bapak juga melihat dan merasakan penyakit ini, dari dulu bapak belum melihat semacam penyakit ini disini dan dimana saja belum lihat, atau bapak melihat begini secara langsung atau mendengar penyakit penularan semacam ini, begini.. tidak! (P1)

Mendukung hal diatas partisipan yang telah lebih dari 30 tahun menderita filariasis juga menganggap bahwa penyakit ini tidak menular dengan alasan tidak ada keluarganya yang tertular penyakit ini :

“..Saur dokter (*kata dokter*)... gak apa-apa gak menular ke orang lain gituh....gak akan menular ke orang lain...kakak ibu juga.. disana... gak ada yang ketularan gitu....tidak ada.. keponakan-keponakan ibu juga tidak ada yang tertular.... tidak ada yang sakit....kan ibu juga sudah lama ya ikut kakak gitu....tidak ada yang menular kitu....kata dokter kata professor juga....”(P3)

“..tapi maenya menular.. putra ge serumah teu menular.... biasana mah ieu teh menular cenah, mun bisa menular mah...ka putra oge menular atuh, da hinteu (*tapi masa sih, anak emak juga serumah tidak tertular,*

Universitas Indonesia

*kalau bisa menular.. anak mak juga pasti tertular dong, tapi kan tidak..)*  
“(P5)

Sedangkan satu orang partisipan yang kakaknya pernah mengalami penyakit yang sama, menganggap penyakit ini sebagai keturunan, seperti yang diungkapkan dibawah ini :

*“..nggak nular...itu kakak mak juga sampai meninggal begitu....da keturunan...jadi ada meren dulunya (jadi sudah ada dari dulunya) Malahan anak..., handuk sapake sareng abdi (handuknya dipake barengan)...enggak...enggak nular..”(P5)*

Partisipan laki-laki yang berusia 52 tahun tidak mengetahui kalau penyakit ini menular, seperti yang dinyatakan di bawah ini :

*“...Menular gitu neng?.. emang penyakit ini menular kitu neng?, bapak mah gak tau neng, gak tau menular atau tidak... tapi ada yang bilang menular..”(P2)*

Partisipan yang belum menikah baru tahu kalau penyakit ini menular pada saat pengobatan massal, seperti yang dinyatakan dibawah ini :

*“..Awalnya.. tadinya kita gak tau kalau ini penyakit menular....kemarin taunya pas dari dokter di Puskesmas itu... dijelaskan kalau ini memang penyakit menular..”(P4)*

Selain itu pendapat yang kurang tepat terhadap cara penularan dan bagaimana ketidaktahuan cara penularan penyakit, juga dinyatakan oleh dua orang partisipan seperti dibawah ini :

*“.... penularannya dari lendir-lendir hidung, melalui kulit ke kulit..”(P1)*

*“Malahan anak... handuk sapake sareng abdi (handuknya dipake barengan)...enggak...enggak nular..”(P5)*

**Sub tema yang kedua yaitu kurang merasakan manfaat obat.** Sub tema ini teridentifikasi dari kategori reaksi neegatif terhadap obat, menganggap obat sebagai racun dan perilaku membuang obat. Kategori pertama yaitu reaksi reaksi



negatif terhadap obat. Dua orang partisipan yang baru mengetahui penyakitnya menyatakan ada pusing dan ada mual serta muntah pada saat minum obat.:

“...Bapak mah cuman ada pusing-pusing. Ibu juga ada pusing-pusing. Tapi gak sampai muntah mah..” (P2)

“...Ada.... mual.....sempet muntah juga...” (P4)

Sedangkan dua orang partisipan yang telah lama menderita menyatakan tidak terjadi ada efek samping. Seperti yang dinyatakan berikut ini :

“..teu aya mual neng mak mah..(P3)

“ ...Gak ada-apa neng....biasa aja gak ada mual muntah...gak muntah.. gak apa....disini juga gak ada tetangga yang mual .. muntah kitu.. (P5)

Kategori yang kedua yaitu menganggap obat sebagai racun, dimana dua orang partisipan menyatakan bahwa anggota keluarganya tidak memakan obat yang diberikan karena melihat di beberapa media elektronik (TV) banyak yang masuk rumah sakit gara-gara memakan obat filariasis sehingga beranggapan ada racunnya. Partisipan laki-laki yang tinggal bersama istrinya menyatakan bahwa tetangganya ada yang mual dan menganggap ada racunnya, seperti yang dinyatakan dibawah ini :

“...tetangga ada yang mual..mual, ada yang bilang ada racunnya..(P2)

Sedangkan partisipan yang tinggal dengan anak dan menantunya menyatakan, kalau anaknya tidak memakan obat dan membuangnya karena takut keracunan, seperti yang dinyatakan di bawah ini :

“..tapi minantu sareng putra mak mah teu dituang (*Menantu dan anak mak gak pada dimakan*)... alim saurna (*katanya gak mau*)... soalna dina tivi seer anu (*soalna di tv banyak yang..*)... ieu tea gening.. keracunan-keracunan..” (P5)

Partisipan yang sebelumnya bekerja disawah ini juga mengungkapkan bahwa masyarakat disekitarnya banyak yang tidak memakan obat dan membuangnya, karena merasa sehat seperti yang diungkapkan di bawah ini:

“.. seerna mah teu ditaruang ku masyarakat (*banyaknya gak pada dimakan*)...naon da sehat cenah (*buat apa, kan sehat*) naon bet nuang anu kitu (*kenapa harus makan yang begitu*), banyaknya gak diminum, dipiceun (*dibuang*)..”(P5)

#### **Tema 4 : Mendukung Program Eliminasi**

Tema ini didapatkan dari sub tema kepatuhan terhadap program eliminasi. Sub tema ini didapatkan dari kategori keteraturan mengkonsumsi obat dan dukungan terhadap pengobatan. Kategori keteraturan mengkonsumsi obat didapatkan dari seluruh partisipan menyatakan bahwa memakan obat yang diberikan pada saat pengobatan massal dan obat yang diberikan untuk dosis individu seperti yang dinyatakan dibawah ini :

“...dimakan neng da hoyong sembuh (*dimakan da pengen sembuh*)..”(P1, P2, P3,P5)

“...waktu itu dikasih obat itu kan hanya sampai empat belas hari..obat itu diminun rutin gitu..”(P4)

Kategori selanjutnya adalah dukungan terhadap pengobatan dinyatakan oleh semua partisipan yang menyatakan dukungannya terhadap pengobatan massal untuk eliminasi filariasis dan setuju karena semua partisipan ingin sembuh dan sehat karena menganggap obat sebagai suplemen seperti yang dinyatakan dibawah ini :

“bapak mah setuju wae neng.. da mau sehat. Semua obat kan buat sehat”(P1,P2, P3)

“...saya fikir karena itu obat...kita juga untuk suplemen...ya insya allah mudah-mudahan gak apa-apa gitu”(P4)

#### 4.2.3 Pola hidup sehari-hari selama mengalami penyakit filariasis

Pola hidup sehari-hari merupakan aktivitas yang biasa dilakukan oleh partisipan sebelum dan sesudah terkena penyakit ini. Tujuan ini menghasilkan dua tema yaitu aktivitas sehari-hari yang dihasilkan dari sub tema aktivitas sebelum sakit dan perubahan aktivitas setelah sakit dan tema dampak yang dialami setelah menderita filariasis.

##### **Tema 5 : Aktivitas sehari-hari**

Tema aktivitas sehari-hari didapatkan dari dua sub tema yaitu aktivitas sebelum sakit dihasilkan dari kategori pekerjaan, rekreasi dan kegiatan sosialisasi. Kategori pekerjaan dinyatakan oleh semua partisipan sebelum terkena penyakit filariasis adalah seorang pekerja yang aktif untuk memenuhi kebutuhan ekonomi keluarganya. Partisipan laki-laki yang terjadi elephantiasis menyatakan kalau dia seorang pedagang seperti yang diungkapkan sebagai berikut :

“ Dagang neng buah-buahan, sayur, baso, apa aja gitu neng, sore nepi ka wengi.... “ (P1)

Partisipan yang terkena pembesaran di skrotum, mengaku pernah menjadi supir, seperti yang diungkapkan sebagai berikut:

“Semenjak nikah sama ibu. Bapak mulai jadi supir.. sudah 25 tahun, nyupirnya malam hari ... ..sering ngambil bata ke jatiwangi...”(P2)

Partisipan yang tinggal sendiri mengatakan dulu kerjanya adalah sebagai pembantu rumah tangga :

“ ...Dulu mah jadi pembantu..(P3)

Partisipan yang belum menikah, pernah bekerja di pabrik, seperti yang diungkapkannya :

“Kerja dipabrik digedebage ..(P4)

Sedangkan partisipan yang terakhir pernah bekerja disawah pada saat masih muda :

“ Osok ka serang ker anom mah (kerja di *sawah waktu lagi muda*), ngagebukan padi” (P5)

Kategori rekreasi, ada empat partisipan mengungkapkan bahwa dalam mengisi waktu luang banyaknya dilakukan dengan rekreasi, adapun bentuknya seperti dengan nonton TV di rumah dan jalan-jalan :

“ Kalau bapak belum pernah jalan-jalan, biasa dirumah saja. Nonton Tv kalau ada main bola, main bola, tinju, olah raga..(P1)

“..mun aya mobil mah sok dicandak jalan-jalan ku putra mah (*kalau ada mobil ssuka dibawa jalan-jalan sama anak*).. (P2)

Partisipan perempuan menyatakan waktu luangnya biasanya dimanfaatkan untuk mengunjungi saudara seperti yang dinyatakan di bawah ini :

“..Osok sasasih sakali kaditu ka kakak.. (sering sebulan sekali ke tempat kakak)..” (P3)

“..paling ka pasar..ka cipatik..paling kadinya kababakan rengang..ka uwa gina..nya ameng we ngobrol (*ke bi Gina.. main ngobrol*)..(P1, P5)

Namun ada satu partisipan yang menyatakan jarang bebergian karena harus merawat ibunya yang sakit seperti yang diungkapkan dibawah ini :

“Enggak pernah mba ...ya cuman ngurus bapak itu waktu sakit.... saya gak pernah pergi-pergi jauh...” (P4)

Kategori yang lain yaitu kegiatan sosialisasi, sebelum mengalami filariasis, partisipan satu dan empat aktif bersama masyarakat melakukan kegiatan seperti adzan, ngaji di mesjid, mengunjungi tetangga dan membesuk tetangga yang sakit seperti yang diungkapkan dibawah ini :

“ Bapak teh osok (*sering*) ka mesjid neng.... osok adzan.... bukan pengen apa-apa cuman ingin melakukan tugas ibadah..... kadang-kadang ngaji kitu nya’..... teras adzan..” (P1)

“...kadang-kadang kalau ada layatan kemana juga saya yang pergi....” (P4)

**Sub tema** perubahan aktivitas setelah sakit terbentuk dari kategori melakukan perawatan filariasis, mengabaikan perawatan filariasis, pekerjaan, makan, rekreasi dan sosialisasi dengan masyarakat. Hasil identifikasi dari partisipan didapatkan bahwa dalam melakukan perawatan penyakit ada dengan meluruskan kaki, dicuci dengan air hangat, menggunakan salep untuk menghilangkan gatal dan posisi kaki diangkat pada saat tidur seperti yang dinyatakan dibawah ini :

“..Cuma dilurusin aja kakinya. Gak kesemutan dan hernia juga gak ketindihan.... “ (P2)

“ ..Paling kalau gatal pake salep itu..dikasih salep, dicuci kalau gatal..dicuci pakai air hangat..” “ (P3)

“..Disuruh digerak-gerakin.... diangkat kakinya ....pada saat tidur posisi kaki lebih tinggi....tapi kadang-kadang saya mba suka dibalur sama kencur... kan kencur itu panas ya....supaya enak (P4)

Kategori mengabaikan perawatan filariasis muncul melalui tiga partisipan yang menyatakan tidak melakukan perawatan penyakit dan membiarkannya begitu saja karena merasa tidak sakit.

“ ...Begitu saja..... da tidak dirawat neng.....Dibiarkan begitu saja..” (P1, P5)

“.... Gak ada perawatannya, harusnya diapakan kakinya gak ada (P4)  
“..tara diubaran ayena mah..da teu damang wae diubaran oge...angger wae...da teu aya luka onghoh (*gak pernah diobatin sekarang mah, soalnya gak sembuh aja... tetep gak sembuh.. gak ada luka juga*)..” (P5)

Kategori lainnya yaitu aktivitas lain-lain yang dilakukan partisipan selama berada dirumah setelah terkena filariasis. Hasil identifikasi dari partisipan

didapatkan hasil bahwa 4 dari partisipan banyak mengerjakan pekerjaan rumah tangga seperti membantu istri mencuci, menyapu lantai seperti yang dinyatakan oleh partisipan dibawah ini :

“..Bapak itu didapur memberersihkan kotoran, karena banyak anak yang ngotorin, kadang-kadang ada wadah yang kotor sama bapak dicuci kitu...”(P1)

“..Bapak juga kadang-kadang capek duduk aja. Bapak teh pengen gitu bersih-bersih, nyapu, da bapak mah Cuma pengen bantu-bantu gitu, barusan juga bapak lagi sapu-sapu kamar gak enak ngelihatnya kalau kotor...” (P2)

Partisipan yang belum menikah, menyatakan aktivitasnya lebih banyak menjaga orangtuanya yang sakit dan melakukan pekerjaan rumah tangga, seperti ungkapan dibawah ini :

“...Ya,sekarang cuma jaga ibu .. Kalau gak ada kerjaan ya nonton tivi...siang suka tidur siang kalau bisa, kalau enggak bisa tidur ya cuma nonton TV, lainnya ya... gitulah mba ngerjain perkerjaan rumah tangga...nyuci.. ya kerjaan mah gak ada beresnya ya (P4)

Partisipan yang sudah berusia 60 tahun mengatakan aktivitasnya sehari-hari memelihara ayam :

“...paling hayam..maraban hayam pagi-pagi,..siang mah tidur we...tos lohor ngagoler mak mah... nonton tv ge langka neng..paling tidur mak mah (*ah saya mah paling juga ayam..ngasih makan ayam..pagi-pagi ngasih makan ayam..siang Cuma tidur..setelah duhur tiduran, nonton tv juga jarang neng..paling tidur saya*)..” (P5)

Sedangkan satu partisipan yang masih melakukan pekerjaan untuk menghasilkan uang dengan menjadi pengasuh anak yaitu partisipan ke tiga, yang dinyatakan berikut dibawah ini

“Ayena mah masih keneh ngasuh anak orang lain lagi..pindah lagi.. kan anak yang dulu ibu asuh sudah pindah kitu...sekarang mah ngasuh anak orang sini...”(P3)

Kategori makan didapatkan dari partisipan yang dianjurkan untuk makan makanan yang tinggi protein seperti telur dan ikan seperti yang dinyatakan oleh partisipan dibawah ini :

“...harusnya makan dengan telur yang putihnya saja, eta harus sering dan makan harus banyak..” (P1)

“..telor ayena mah kan kedah nuang telur kedah pan kangge kondisi badan kedah aya vitaminan (*sekarang harus makan telur, dianjurkan, untuk kondisi badan agar ada vitaminan*)..” (P5)

“...Dipiwarang ku dokter kedah nuang ikan mas, telur (*disarankan sama dokter harus makan ikan mas, telur*)..”(P5)

Rekreasi jarang dilakukan setelah terjadi sakit dinyatakan oleh partisipan ke satu dan lima karena capek dan hanya diisi dengan nonton Tv walaupun jarang dilakukan, yang dinyatakan dengan pernyataan sebagai berikut :

“... belum pernah jalan-jalan, biasa dirumah saja. Nonton tv kalau ada main bola, kalau gak ada main bola, bapak gak seneng, kurang....kurang seneng , kalau sekarang...” (P1)

“..ayena mah (*sekarang*) da emak mah jalan-jalan teh sieun (*takut*) kageleng (*ketabrak*) mobil jeung motor..sien mentas (*takut nyebrang jalan*) tos lami tara kaman-mana carangekeul emak mah (*sudah lama gak kemana-mana, capek emah mah*)...(P5)

Partisipan satu, dua dan empat masih menyempatkan diri untuk berjalan-jalan seperti yang dinyatakan berikut ini :

“...Kadang-kadang dari cikole, bapak suka dibawa ke cimangu dibawa ngerendem..”(P2)

“..kadang-kadang juga suka pergi ke pasar sama kakak sebulan sekali, lumayan refresing mba (P4)

### Tema 6 : Dampak yang dialami setelah menderita filariasis

Dampak yang dialami partisipan setelah menderita filariasis dihasilkan dari sub tema dampak yang bersifat negative. Dampak negative dihasilkan dari kategori dampak negative terhadap psikologis, sosial maupun ekonomi. Kategori dampak negative terhadap psikologis dinyatakan oleh partisipan bahwa mereka menjadi cepat marah, kesal, seperti yang dinyatakan di bawah ini :

“..kadang-kadang kalau ada yang tidak berkenan dihati sedikit saja, bapak teh suka marah sama ibu. Kalau ngomong sama ibu juga, jika ada yang salah ..langsung marah..” (P2)

“..Saya merasakan emosi saya banyak berubah ya mba....emosi terutama....kalau ada yang tidak cocok dihati saya langsung marah...” (p4)

“..mak mah sakapeng mah sok aral da ...(*mak mah kadang-kadang suka kesal*)” (P5)

Kategori dampak terhadap sosial muncul karena partisipan merasa tersisih dan diasingkan oleh masyarakat dinyatakan berikut ini :

“..setelah kena panyawat ieu teh bapak merasa tersisih, bapak teh merasa orang-orang takut sama bapak, mungkin takut tertular sama bapak”(P1)

Partisipan yang sebelumnya aktif di masjid menyatakan menarik diri dari kegiatan di masjid, seperti yang dinyatakan di bawah ini :

“..kata pimpinan nya kitu gitu, karena takut menular ke lainnya..... Jadi bapak teh secara total mah tong waka ada (*bapak secara total jangan dulu ada*), tong waka ka mesjid (*jangan dulu ke mesjid*), janten ayena mah bapak teh banyak di bumi we neng (*jadi sekarang bapak banyak dirumah saja*) (P1)

Partisipan yang berusia 52 tahun mengatakan bahwa setelah menderita penyakit ini banyak hubungan persaudaraan yang putus, dan lebih banyak mengunci diri di kamar :



“.. sekarang mah neng sesudah sakit hubungan-hububungan apa teh putus.. gak ada yang datang... Kalau lagi sehat mah banyak neng.. makanya bapak pengen cepet-cepet sehat lagi..”(P2)

“...jarang ada yang ngobrol sama bapak sekarang-sekarang ini. Sekarang mah bapak lebih banyak di kamar, ngunci diri. Jarang ngobrol neng semenjak sakit mah..jadi bapak mah banyak dikamar aja..” (P2).

Kategori lainnya yaitu dampak secara ekonomi dimana partisipan menyatakan setelah terkena filariasis, tidak bisa mencari nafkah lagi karena kesulitan secara fisik:

“..waktu penyakit rematik mah masih bisa ngadorong roda .. jualan...biasa. *Namung (namun)* setelah terkena penyakit ini mah kaki teh rasanya berat, kaku, janten teu tiasa jualan... *(jadi tidak bisa jualan)* tos hampir 2 tahun langkung *(sudah hampir 2 tahun lebih)*, sakawitna penyawat ieu we *(sejak terkena dari penyakit ini)*... da bareh dina kaki *(bengkak di kaki)*.” (P1)

“..sudah lama neng...bapak teh dulunya buruh ... supir neng.... Sekarang mah mau kerja apa... da susah... Jalan juga susah....jalan juga gak bisa, karena sakit bapak berhenti jadi supir, (P2, P4)

Selain ini akibat penyakit ini juga berdampak terhadap warung, dinyatakan dengan yang berbelanja di warung berkurang :

“sekarang sesudah masyarakat tau bapak ada penyakit, yang belanja ngirangan *(berkurang)*“ (P1)

Sedangkan partisipan yang telah menderita penyakit ini lebih dari 30 tahun menyatakan banyak menghabiskan uang untuk beobat, seperti pernyataan berikut ini :

“..abdi mun gaduh serang ge, seep we merenan kanggo berobat mah *(saya kalau punya sawah, mungkin habis untuk berobat, teu kaetang neng (tidak terhitung))*...tos habis naon-naon kitu *(sudah habis apa-apa)*, mun teu gaduh panyawat, merenan ge janten gaduh acis...”(P5)

#### 4.2.4 Upaya yang dilakukan dalam mengatasi penyakit filariasis

Hasil penelitian ini menggambarkan upaya yang telah dilakukan keluarga dalam melakukan pengobatan penyakit filariasis kedalam 2 tema yaitu. Dari beberapa yang telah diungkapkan partisipan didapatkan tema yaitu prilaku pencarian pelayanan kesehatan dan hambatan terhadap upaya pencarian pelayanan kesehatan. Uraian tema dari upaya, dijelaskan di bawah ini :

##### **Tema 7 : Prilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan**

Tema ini muncul sebagai ungkapan yang dijelaskan oleh partisipan dalam melakukan upaya pengobatan terhadap penyakit yang dideritanya. Dari beberapa yang sudah diungkapkan oleh partisipan didapatkan tema prilaku pencarian pelayanan kesehatan. Prilaku pencarian pelayanan kesehatan dihasilkan dari sub tema professional, tradisional, supranatural dan hasil dari upaya tersebut. Untuk pelayanan professional partisipan melakukan kunjungan ke rumah sakit seperti yang diungkapkan oleh partisipan di bawah ini :

“...masuk rumah sakit, alhamdulillah gitu dirawat ...” (P1,P3, P5)

“...Kemarin tanggal 6 agustus 2009 bapak sempet dirawat di rumah sakit. Katanya harus dioperasi ... kan ada pembesaran di kemaluan ..kayak hernia..”(P2)

Selain rumah sakit, partisipan juga mengunjungi puskesmas :

“.....uah uih ka puskesmas.....(*pulang pergi ke puskesmas*)” (P1, P2, P3, P4, P5)

Sub tema tradisional didapatkan dari usaha-usaha yang dilakukan partisipan dengan menggunakan obat-obatan herbal. Partisipan yang mempunyai 14 orang anak mengatakan berobatnya pernah menggunakan air abu sama seperti partisipan yang berusia 60 tahun, seperti yang diungkapkan partisipan di bawah ini :

“..berobatnya dengan apa saja adanya, semacam, air panas dan debu di rendam didalam air, bikin...air panas sama debu gitu (P1)

“..mak ge osok (*mak juga sering*) dibaluran sareng jahe jeung minyak kalapa.. dibaluran ku indung urang rek sare teh (*dibalur sama ibu kalau mau tidur*)...lekeunan (*rutin/tekun*)...da indung we naon wae (*sama ibu mah apa saja dilakukan*)...ku ci lebu (*sama air abu*)..dibalurkeun ..(P5)

Selain itu juga, partisipan juga menggunakan daun-daun (herbal) membuat sendiri, seperti yang diungkapkan berikut ini :

“...dengan minuman-minuman sama rumput, ki urat, apa saja.. daun sembung kitu...terus sirih, digodog (rebus), diminum.. hampir unggal dinten bapak sok ngadamel kitu nya, sekarang bapak obatnya dengan kunyit putih digodog, teras dileuet (*dimakan*)” ...(P1)

“...sebulan berturut-turut pake obat herbal..” (P2)

“...kadang-kadang saya mba suka dibalur sama kencur... kan kencur itu panas ya....supaya lembut....enak...”(P4)

Selain itu juga obat-obatan herbal yang sudah dikemas digunakan partisipan berikut :

“...obat herbalnya itu kemarin kita dikasih air gamat itu 67 ribu sabotol..” (P4)

“...obat herbal yang diseduh tea geningan.. sepertos enteh (*seperti teh*)....” (P5)

Selain itu partisipan juga mengunjungi tenaga ahli dalam mengupayakan kesembuhan seperti bekam dan shiatsu seperti yang dinyatakan dibawah ini :

“...ada terapi tusuk jari... shiatsu.. kita kesana mahal mba.... sehari bisa 300 ribu... pagi sore.. pagi sore itu 60 ribu...pernah ditusuk 10 kali sampai 300 ribu..” (P4)

“...dibekam aja....dua kali seminggu, lima bulan terakhir..” (P2, P4)

Sub tema Supranatural didapatkan dari partisipan yang berupaya mengunjungi ustad seperti pernyataan di bawah ini :

“...dibawa ke bandung...diterapi katanya biar kempis, di belakang gedung sate.. di ustad siapa gitu bapak lupa..” (P2)

“...pas aya minantu mah ka ustad ngaos didieu (saat ada menantu pergi ke ustad, ngaji disini , sok kumpulan jeung sepuh ayena mah... sugan we damang (suka berkumpul dengan ustad, kali aja sehat lagi..) ..” (P5)

Partisipan yang sudah berusia 60 tahun pernah melakukan kunjungan ke orang pintar (dukun) dalam rangka mengobati penyakit filariasis :

“...dukun mah osok (suka).. kapungkur mah keur mirah nya (dulu kan lagi murah)...masihan lima libu ge teu isin (ngasih limar libu juga gak malu).. ayena mah (sekarang mah)... dijampe-jampe we kitu, kencing batu saurna (ada batu katanya)... matak teu damang wae (makanya gak sembuh aja...)”(P5)

Sub tema lainnya yaitu hasil dari pengobatan yang di bentuk dari 3 kategori yaitu ada perubahan, belum tampak perubahan, dan jumlah dana yang dikeluarkan. Kategori ada perubahan, tampak dari pernyataan partisipan bahwa setelah dilakukan pengobatan terasa lebih baik (mendingan) dan tidak gejala penyakitnya tidak tambah membesar dan empuk :

“...raosna teu dapat di cepeng, cuman mendingan (rasanya tidak dapat dipegang hanya terasa agak lebih baik), mendingan gitu (P1,P5)

“...sekarang mah kerasanya gak tambah gede...” (P2)

“...Alhamdulillah sudah agak-agak kempes setelah disuntik dan dikasih obat dari dokter Lan, terus empuk begitu... kan tadinya keras...trus sekarang mah tetap.... Tidak membesar...tetap... dah empuk..”(P4)

Partisipan yang tinggal sendiri dan partisipan yang tinggal dengan 5 orang anaknya menyatakan setelah di beri obat hilang gatalnya :

“ Kakinya pake salep, diobat ti luar, ramuan kitu, pake koneng putih, sesudah makan obat, teu aya, biasanya hilang gatalnya, jadi merenan istilahna mah nerap obat (manjur obatnya), terus aja ikhtiar terus semampunya” (P1)

“...dikasih salep hilang gatalnya, dingin rasanya kana kaki teh... untuk menghilangkan rasa gatal...” (P3)

Partisipan yang berusia 60 tahun menyatakan bahwa setelah ada pengajian tidak terjadi panas dingin lagi, seperti pernyataan dibawah ini :

“..Ayena mah tos lami hinteu janten (sekarang mah sudah lama enggak kambuh) ...merenan aya anu (*mungkin ada yang*)... mun ceuk urang teh (*kalau kata kita-kita mah*).. aya anu ngajaga (ada yang menjaga)..” (p5)

Kategori kedua adalah belum tampak perubahan terhadap kondisi penyakit setelah dilakukan berbagai upaya untuk kesembuhan penyakit bahwa setelah dilakukan perawatan tidak kunjung sembuh, dan merasa belum sehat seperti sebelumnya, karena pengobatan yang dilakukan selama ini hanya bisa menghilangkan sakit sebentar dan tidak ada reaksi yang signifikan terhadap penyakit, seperti yang dinyatakan dibawah ini :

“..Alhamdulillah gitu dirawat, tapi tidak sukses semacam sebelumnya..” (P1,P3.P4)

“..Jadi pulang dari rumah sakit teh serasa belum sembuh benar. Masih ada penyakit, diterapi mah suka diterapi.. tapi mah tetep wae gak ada reaksinya , cuma menghilangkan sakit sebentar. Tapi kerasa lagi.” (P2)

“..kalau di dokter mah dikasi obat...gak mempan ... kajeun keneh dokter mahal juga (*walaupun dokter mahal juga*), angger we teu aya perubahan (tetap aja gak ada perubahan)” (p5)

Kategori yang ketiga yaitu jumlah dana yang dikeluarkan oleh partisipan setelah melakukan pengobatan. Partisipan yang pertama mengaku hanya puluhan ribu seperti yang dinyatakan dibawah ini :

“meser koneng teh 3/4 saminggon, ¼ 3000 harganya, umpami dipasar didieumah (*disini*) 3000 tapi duka (*gak tau*) pami dipasar anu sanes (*lain*) mah” (P1)

Partisipan yang terkena filariasis skrotum biayanya antara 1 – 3 juta, seperti yang diungkapkan berikut :

“..Pernah neng dikasih sama anak di purwakarta. Pernah dikasih 1 juta. Dibawa ke bandung...diterapi katanya biar kempis..” (P2)

“..pertama ke mitra kasih habis 3 jutaan. Trus ke rajawali....” (P2)

Partisipan yang tinggal sendiri mengatakan hanya membeli salep hanya saat gatal saja :

“...kalau punya uang suka beli salepnya.. tapi sekarang mah lagi habis salepnya neng....da kecil segede kelingking.. mahal neng salepnya .. kacil gitu juga sepuluh ribu, paling dua kali sebulan beli salep mah..”(P3)

Partisipan yang belum menikah menyatakan menghabiskan ratusan ribu sekali melakukan terapi di shiatsu, seperti pernyataan berikut :

“..Wah banyak mba kalau uang yang keluar mah.....ke dokter itu kadang-kadang 800 kadang 700 ratus sekali ke dokter...tapi kalau ke puskesmas gratis.. tapi kalau ke swasta itu memang kita bayar... terus terapi juga sekali datang kita bayar 30 ribu” (P4)

“..obat herbalnya itu kemarin kita dikasih air gamat itu 67 ribu sebotol.. pernah juga terapi di jalan sudirman.. mahal mba.... sehari bisa 300 ribu... pagi sore.. pagi sore itu 60 ribu...pernah ditusuk 10 kali sampai 300 ribu...” (P4)

Partisipan yang sudah lebih 30 tahun menderita, mengatakan sudah habis segala macam untuk mengobati penyakit filariasis, seperti yang diungkapkan di bawah ini :

“ ..abdi mun gaduh serang ge... seep we merenan kanggo berobat mah. obat mah sudah segala-gala...abdi ka dokter.....atos(*sudah*), teu kaetang neng (*tidak terhitung*)...tos habis naon-naon kitu (*sudah habis apa-apa*)... eta we anu ka etang (*itu saja yang dihitung*).. anu (*yang*) ka dokter itu di hasan sadikin, kenging 600 rebu kapungkur....(*dapat 600 ribu, dulu*)” (P5)

### **Tema 8 : Hambatan terhadap Upaya Pencarian Pelayanan Kesehatan**

Tema hambatan terhadap upaya Pencarian Pelayanan Kesehatan muncul dari satu sub tema yaitu disebabkan karena kurangnya dukungan finansial karena ketidakmampuan keluarga seperti yang dinyatakan partisipan di bawah ini.

“..bapak teh dipiwarang control ka puskesmas (*bapak disuruh control ke puskesmas*).... Tapi bapak teh kemampuan teh memang sesah (*tapi bapak orang yang tidak mampu*)... kumargi teu usaha teh tos lami (*karena tidak usaha sudah lama*)” (P1)

“ Bapak juga pengen berobat lagi kalau ada uang mah neng. Bapak mah Cuma satu harapannya. Kalau ada bantuan pengen dioperasi. Bapak mah pengen operasi dulu. Satu-satu diobatannya.Kata dokter kira-kira sepuluh juta.”(P2)

“..teu aya biaya ayena mah (*gak ada biaya sekarang mah*)” (P3, P4, P5)

Kategori lainnya yaitu putus asa terhadap pengobatan yang dinyatakan dengan tidak ingin diobati lagi karena tidak begitu membawa perubahan terhadap penyakit, seperti yang dinyatakan oleh partisipan di bawah ini :

“..mak mah atos we ah (*ah mah mah sudah saja ah*)..moal hayang dinanaon (*gak mau diapa-apakan*).....da dinanaon oge teu damang wae(*da diapa-apakan juga gak sembuh aja*)...matak kehel (*menyebabkan kesal*) (P5)

Perasaan putus asa juga dirasakan oleh partisipan yang telah lebih dari 5 tahun terdiagnosa penyakit filiarisis, karena merasa penyakit tidak sembuh-sembuh seperti yang diungkapkan seperti dibawah ini :

“...Kadang-kadang bapak suka pusing mikirin penyakit meni lama...  
gak sembuh-sembuh (P2)

#### 4.2.5 Sistem pendukung yang digunakan klien dalam melakukan upaya mengatasi penyakit filariasis

Sistem pendukung yang digunakan klien dalam melakukan upaya mengatasi penyakit filariasis merupakan faktor pendukung yang dapat memperkuat upaya yang dilakukan partisipan dalam melakukan perawatan penyakit filariasis melalui interaksinya dengan keluarga dan lingkungan. Sistem pendukung yang digunakan klien dalam melakukan upaya mengatasi penyakit menghasilkan satu tema yaitu dukungan terhadap penderita.

##### **Tema 9 : Dukungan Terhadap penderita**

Dukungan terhadap penderita terbentuk dari sub tema sumber dukungan dan bentuk dukungan yang didapat oleh partisipan dalam mengatasi masalah penyakit filariasis. Hasil identifikasi dari partisipan didapatkan hasil bahwa partisipan mendapatkan dukungan dalam melakukan pengobatan dan perawatan penyakit yaitu bersumber dari keluarga yaitu orang tua dan kakak. Kategori sumber dukungan keluarga yang didapat dari keluarga berasal dari anaknya diungkapkan berikut dibawah ini :

“Ngabatos teh (*yang membantu*)... kadang-kadang ada anak yang sudah keluarga.” (P1)

”Ada... bantuan dari anak-anak aja..... anak-anak juga sering nganter ke dokter untuk berobat, Makan sehari-hari dari anak, bapak mah. Dijamin ku anak... uang dari mana atuh da...” (P2)

“...ti putra we hoyong injeksi atawa naon ge....barang tuang (*semua dari anak kalau pingin apa-apa juga, makan*).... “ (P5)

Partisipan yang masih tinggal dengan ibunya mengatakan bahwa bantuannya berasal dari ibu, seperti yang dinyatakan dibawah ini :



“ Yang memberikan dukungan banyak....terutama keluarga ya, mumi dari keluarga terutama dari ibu ...ibu kan masih ada pensiunan dari Auri, uangnya sih pake uang ibu...” (P4)

Sub tema **Sumber Dukungan** yang didapat oleh keluarga berasal dari masyarakat, didapatkan dari tetangga, kader dan pejabat pemerintahan (RT/RW) diungkapkan oleh partisipan berikut ini :

“... sama rt 3.. dianternya juga, ke Pak ketua RT 3. . Kalau sakit mendadak mah, ibu suka minta temen anak bapak yang suka bawa mobil..dianter ke rumah sakit ke sana” (P2)

“Ke ibu Rt, ibu Rt juga suka nanya.. kenapa gak kelihatan?.. Ibu Rt mah sering kesini.... Kalau gak kelihatan ibu keluar gitu..langsung bu Rt teh masuk kesini, sering gitu ibu RT, tetangga depan juga suka nanya” (P3)

“.. tapi kalau ada tindaklanjut ke yang lebih besar.....saya suka minta tolong ke bu kader dan bu rw gitu....karena mereka yang lebih hafal jalurnya kemana-kemanya..(P4)

**Dukungan** yang didapat oleh keluarga berasal dari **petugas kesehatan, berasal dari pihak puskesmas, dokter dan bidan** yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini :

“ dibantos ku padamel ti puskesmas, damelna di puskesmas (kerja dipuskesmas). umpami bade ngontrol, ku anjeuna bade dipasih 20 kanggo nambahan..” (P1)

“..diobatin sama bidan desa....orang puskesmas..” (P2, P3, P4, P5)

Sub tema lainnya yaitu **bentuk dukungan** yang didapatkan oleh partisipan. Sub tema ini mempunyai kategori **dukungan dukung materi/ uang, informasi dan semangat.** Kategori **dukungan uang/materi** diidentifikasi dari partisipan yang mengungkapkan pernah di beri uang atau makanan seperti yang ungkapkan oleh partisipan berikut ini :

“..Kalau mau kontrol dipasih 20 ribu ku padamelna, ti puskesmas (Kalau mau control di kasih 20 ribu oleh pekerja puskesmas)..”(P1)

“..Paling ge ngasih makanan we.. “ (P2, P3)

“..uangnya sih pake uang ibu, kalau bu lurah, kader dulu pernah ngasih 30 ribu... untuk berobat..”(P4)

Selain itu partisipan juga ada yang diberikan pekerjaan oleh tetangga nya untuk mendukung fungsi ekonomi, seperti yang diungkapkan dibawah ini

“..ada yang masih ngasih nyuci piring..nyuci baju..” (P3)

Kategori bentuk dukungan informasi yang didapatkan oleh partisipan seperti jenis informasi yang didapatkan informasi tentang pengobatan penyakit, dan tentang penyakit filariasis itu sendiri, dan sumber informasi yang didapatkan, seperti yang diungkapkan oleh partisipan dibawah ini :

“Dari pelayanan kesehatan gitu neng .... waktu itu juga petugas puskesmas ngasih tau kalau penyakit ini begitu... katanya menular” (P1, P2)

“ibu mah taunya dari dokter di puskesmas ini mah kaki gajah cenah, terus kata dokternya juga sakit kaki gajah” (P3,P4)

“suka lihat di tivi-tivi ada berita tentang kaki gajah...ada foto-fotonya” (p4)

Kategori lainnya yaitu dukungan semangat yang didapatkan partisipan dimana banyaknya didapatkan dari keluarga, seperti yang untkapkan di bawah ini :

“simpati kayaknya lebih banyak dari saudara-saudara, tapi memang dukungan moril untuk saya selalu ada, kakak saya terutama tidak pernah mengatakan kalau mereka malu punya adik sakit kaki gajah dan saya merasa sikap keluarga tidak berbeda..” (P4)

“..tapi seur-seurna (*sering-seringnya*) mah wargi teh sok kadariieu (*suka kesini*) wae....sering komo.. sasasih sakali ngarendong *didieu (sebulan sekali nginep disini)*” (P5)

#### 4.2.6 Harapan klien terhadap pelayanan kesehatan terkait penyakit

Masalah penyakit filariasis kurang merupakan masalah yang perlu ditangani segera agar dampak yang dihasilkan tidak menjadi lebih parah. Untuk itu pemerintah perlu melakukan berbagai upaya agar penyakit ini dapat ditekan prevalensinya di masyarakat. Penelitian ini menggali harapan partisipan terhadap petugas kesehatan dalam upaya perawatan dan pengobatan penyakit filariasis.

##### Tema 10 : Keinginan Klien Filariasis

Tema ini tergambar dari pernyataan partisipan tentang harapan terhadap pelayanan kesehatan, harapan terhadap masyarakat, harapan terhadap diri sendiri, dan harapan terhadap keluarga. Sub tema **Harapan terhadap keluarga** di bentuk dari 3 kategori yaitu mengoptimalkan peran, kesembuhan fisik dan spiritual. Kategori mengoptimalkan peran dinyatakan oleh partisipan laki-laki sebagai kepala punggung keluarga bahwa mereka ingin bekerja lagi untuk mendukung kebutuhan ekonomi, dan memberi shodaqoh, seperti ungkapan berikut ini :

“Dari keluarga bapak tetep ada harapannya, memberi sodaqoh, walaupun macam (kondisi) begini bapak maunya memberi sodaqoh, dan bapak dulu juga begitu, kalau orang lain mau pinjem ka bapak, kalau bapak lagi ada, tidak mengatakan tidak ada gitu, biarpun tidak ada..”(P1)

“...kalau bisa.. bapak mah kalau ada, pengennya ngebantu anak-anak... Anak masih ada urusan satu lagi ..sampai gak bisa sekolah...Cuma sampai kelas enam, bapak pengen cepet-cepet sehat lagi... biar bisa kerja lagi... dilihat kondisi bapak kan sepertinya masih bagus...tadinya juga kan gak sakit.... mau aktivitas kaya dulu lagi....da usia belum tua-tua teing..”(P2)

Kategori lainnya yaitu kesembuhan fisik, yang diungkapkan partisipan bahwa mereka ingin sembuh seperti sebelum sakit, yang dinyatakan dengan ungkapan berikut :

“..kalau harapan bapak, yang fokusnya sekarang maunya Allah menyembuhkan bapak, Alloh yang maha kaya, menyembukan penyakit yang tidak diatasi sama orang” (P1)

“bapak mah harapannya panjang neng.... pengen sembuh lagi.. seperti biasa.. Gak pengen lama-lama neng sakitnya, Satu yang bapak ingini... pengen di operasi bapak teh neng” (P2)

“... sehingga mudah-mudahan saya juga cepet sembuh, sudah berusaha sana-sini mudah-mudahan allah mengijinkan cepet sembuh.....”(P3, P4,P5)

Kategori lainnya spiritual dimana partisipan menyatakan ingin diampuni dosa-dosannya apabila meninggal, seperti yang dinyatakan oleh partisipan satu dibawah ini:

“...tapi sekarang juga begitu harapan bapak...kalau bapak ditakdirkan meninggal ya...bapak cuma mengharapkan pengampunan Alloh, da semua orang juga meninggal, bakal meninggal. Tapi Bapak minta margfiroh (ampunan), minta pangapunten ti Alloh (minta ampunan), dina hampura Alloh (*diatas ampunan allah*), atas dosa-dosa bapak yang banyak begini.

**Sub tema harapan terhadap masyarakat**, dibentuk dari 2 kategori yaitu membantu pengobatan partisipan seperti yang diungkapkan dibawah ini :

“..Bapak mah harapannya cuma satu neng... mudah-mudahan ada yang relahati... ada yang belaskasian ka bapak.. dibantu pengobatan, Mudah-mudahan we atuh neng ada yang bisa membantu bapak.... Ya..nantu ada balasannya dari Allah...”(P2)

Kategori lainnya yaitu agar masyarakat memahami tentang bahaya penyakit filariasis seperti pernyataan dibawah ini :

Universitas Indonesia

“..mudah-mudahan dengan ada pengobatan kemarin, masyarakat sendiripun juga menyadari kalau penyakit ini tu sangat berbahaya..” (P4)

Sub tema yang ketiga yaitu harapan partisipan terhadap petugas kesehatan yang dibentuk dari enam kategori. Kategori yang pertama yaitu promosi kesehatan, dimana partisipan menginginkan agar petugas kesehatan memberitahu masyarakat tentang penyakit filariasis, seperti yang diungkapkan dibawah ini :

“...petugas dari puskesmas ngasih tau..... Tapi da ka bapak wungkul (tapi hanya ke bapak saja).....Kahoyong bapak mah masyarakat teh kedah oge dipasih terang (keingin bapak, masyarakat juga dikasi tau)” (P1)

“Harusnya dijelasin neng.. da kita mah orang-orang bodoh neng.. harus dijelasin sejelas-jelasnya... da orang bodoh mah kadang-kadang takut ini obat apa...di rumah sakit juga cuma disuruh makan aja. Gak dijelasin ini teh obat apa, da komunikasi dengan dokter mah jarang lila kieu.. (ngomong dengan dokter itu jarang lama begini) sekilas-sekilas kalau ngomong oge....”(P2)

Partisipan yang berpendidikan SMA megatakan perlunya sosialisasi tentang pengobatan massal, seperti yang di ungkapkan di bawah ini :

“..Ya sebetulnya sistem pengobatannya...sudah bagus ya mba ya....cuman mungkin ada beberapa saja.... seperti mungkin disini tadi sosialisasinya kurang, tapi kalau saya denger...ditempat lain itu begini-begini, dijelaskan secara gamblang gitu, kalau efeknya gitu...muntaber gitu... mual muntah, kalau ada efeknya seperti itu...bahkan sampai muntaber....kita harus cepet lari kerumah sakit begitu...” (P4)

Kategori selanjutnya yaitu harapan bantuan uang untuk biaya pengobatan dan tranport untuk ke rumah sakit, seperti pernyataan partisipan dibawah ini :

“.. sanes pengobatanna oge anu gratis tapi ongkosna oge pami tiasa mah di pikirkeun kitu (jadi bukan hanya pengobatannya yang gratis tapi ongkosnya juga mohon difikirkan begitu).. da eta anu langkung ageung mah (da itu yang lebih besar), Janten harapan bapak mah neng kitu (jadi harapan bapak neng begitu)...., ongkos na oge mohon janten

diperhatoskeun.. (ongkosnya juga jadi perhatian)..komo kanggo bapak mah masyarakat teu mampu (apalagi buat bapak, masyarakat tidak mampu)”(P1)

“Askes teh neng harus ke hasan sadikin.... da ke rumah sakit juga kan jauh.... Harus ada ongkos. Nyewa mobil kan pake uang sendiri. berat. Terus obat juga beli. Cuma itu aja pemeriksaan gak bayar.” (P2)

Partisipan perempuan yang berusia 60 tahun yang sudah tidak berkerja mengharapkan bantuan uang untuk biaya hidup, seperti yang dinyatakan dibawah ini :

“dari pada dibawa kaditu kadieu..diombang ambing bari teu damang, sok wae artosna bade masihan mah kitu..nya mun artosna mah ku emak bade dituang, ....merenan kitu, mun dituang mah manfaat ku emak (daripada dibawa kesana kemari tapi gak sembuh-sembuh, kesiniin saja uangnya kalau mau ngasih, kalau dipakai makan kan bisa bermanfaat buat mak )” (P5)

“Nyuhunkeun dijamin wae ku acis (maunya dijamin sama uang), da angger wae panyawatna (karena penyakitnya kan gak sembuh), ker mah tos sepuh (lagian sudah tua)” (P5)

Kategori tindak lanjut pengobatan diungkapkan partisipan kalau mereka ingin pengobatan yang telah dilakukan selama ini dituntaskan, seperti yang ungkapkan berikut ini :

“mudah-mudahan wae neng ada tindak lanjut pengobatan dari pemerintah untuk penyakit bapak... satu yang bapak ingini... pengen di operasi bapak teh neng” (P2)

“ Pengennya dituntaskan lah pengobatannya....sampe kelar.... Karena waktu itu kan saya dijanjikan untuk periksa darah cek lab... tapi sampe sekarang belum, .kita berharap pengobatan itu tuntas... ya dituntaskan begitu supaya sembuh... walaupun mungkin itu waktunya juga tidak sebentar, terutama bagi masyarakat kecil yang memang sangat membutuhkan gitu....ya maunya sih dituntaskan aja gitu pengobatannya” (P4)

Kategori lainnya yaitu yaitu ingin diperhatikan dan adanya pengontrolan lagi oleh petugas kesehatan seperti pernyataan dibawah ini :

“Ngan bapa teh berharap aya pengontrolan dari puskesmas (bapak berharap petugas puskesmas yang mengontrol) (P1)

“bapak mah neng pengen diperhatikan lagi. Bapak pengen dioperasi.. pengen sehat. Pengen kerumah sakit lagi berobat. Cuma uang gak ada. Bapak teh pengen dioperasi. mudah-mudahan ada orang dinas yang datang kesini.” (P2)

“pengen ada banyak yang memperhatikan keadaan ibu begini, dulu yang dari kesehatan sering berkunjung dari bandung...dari Jakarta, dokter...profesor..kesini teh.. ibu teh dulu diperiksa sama dokter yang datang kesini...” (P3)

Kategori Konfirmasi kedatangan petugas muncul dari pernyataan partisipan bahwa pada saat pemeriksaan petugas tidak mengkonfirmasi dulu kedatangannya ke pihak keluarga namun langsung di bawa saja, seperti ungkapan partisipan di bawah ini :

“..kalau mau datang mah kasi tau dulu ke anak mak...pada bawa kamera,bawa apa-apa.. jadi marah anak mak...harusnya kalau mau datang mah...laporan dulu..mak mau diperiksa ini ini ini..” (P5)

“abdi teh sok keselna teh..mun teu aya anak mak sendiri.. kesini nya banyak....jadi mak pan soak ( mak jadinya terkejut campur takut)...teu aya laporan ka putra mak..harusnya teh bilang dulu, dari RT atawa ti RW bilang dulu.. gak ada... kalau mau aya nu datang, ari putra didieu melangon (anak mak dirumah nyari-nyari) ... (P5)

Sub tema yang terakhir yaitu harapan terhadap keluarga yang terbentuk dari dua kategori. Kategori yang pertama yaitu tidak terjadi penularan kepada keluarga yang lainnya, seperti pernyataan berikut :

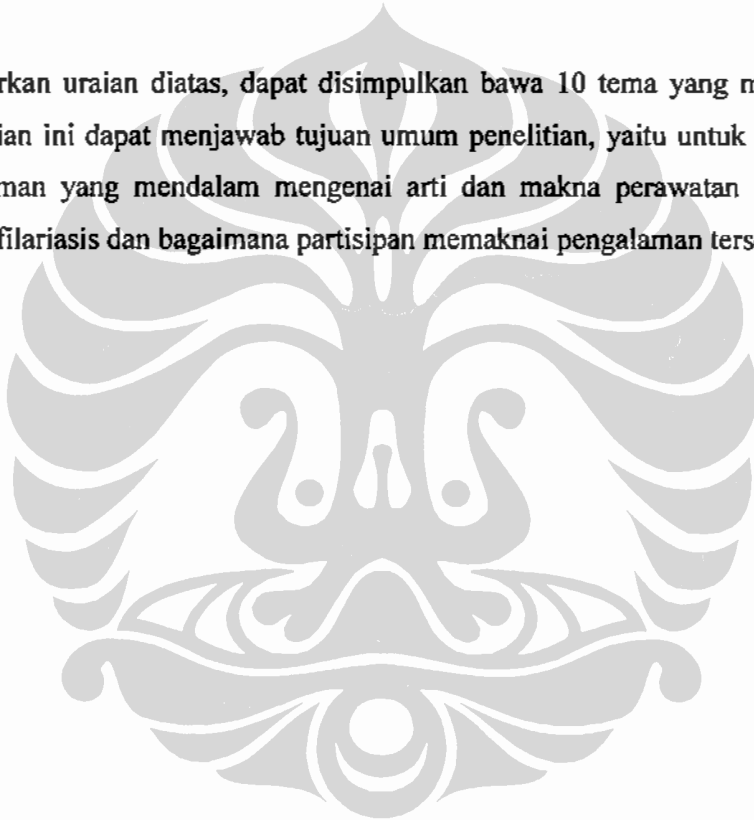
“Kalau bapak tau dari dulu untuk mencegah mah disuruh makan semua juga. Mudah-mudahan keluarga bapak yang lain gak ketularan” (P2)

“ kemarin taunya pas dari dokter di rahayu itu... dijelaskan kalau ini memang penyakit menular...katanya lewat nyamuk, tapi harapan saya mudah-mudahan tidak menular ke keluarga...” (P4)

Kategori yang terakhir yaitu mengharapkan kesehatan keluarga yang optimal agar anak bisa mengurus partisipan, seperti yang diungkapkan partisipan yang tinggal dengan anak serta menantunya dibawah ini:

“ ...mudah-mudahan murangkalih mah sehat..bisa ngurus mak” (P5)

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bawa 10 tema yang muncul dalam peenelitian ini dapat menjawab tujuan umum penelitian, yaitu untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam mengenai arti dan makna perawatan klien dewasa dengan filariasis dan bagaimana partisipan memaknai pengalaman tersebut.





## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini membahas tentang uraian mengenai interpretasi hasil dan analisa kesenjangan penelitian, keterbatasan penelitian, dan implikasi penelitian. Perbandingan antara hasil penelitian dengan teori, konsep atau penelitian sebelumnya dilakukan pada interpretasi hasil dan analisa kesenjangan. Perbandingan proses penelitian yang terlaksana dengan rencana penelitian diuraikan dalam keterbatasan penelitian. Sementara implikasi penelitian akan diuraikan dengan mempertimbangkan pengembangan lebih lanjut bagi pelayanan keperawatan dan pendidikan terkait dengan perawatan klien dengan filariasis di komunitas.

#### **5.1 Interpretasi Hasil Dan Analisa Kesenjangan**

Penelitian ini berfokus pada makna perawatan filariasis untuk klien dewasa. Klien yang terpilih berasal dari Kecamatan Margaasih Kab. Bandung. Berdasarkan hasil penelitian, peneliti mengidentifikasi sepuluh tema. Selanjutnya peneliti akan membahas secara rinci masing-masing tema yang teridentifikasi berdasarkan tujuan khusus yang diharapkan.

##### **5.1.1 Respon klien saat pertama kali didiagnosis filariasis**

Respon klien saat pertama kali didiagnosis menderita filariasis bermacam-macam. Berbagai macam respon dikemukakan oleh klien tentang perasaan saat didiagnosis kena filariasis. Pada penelitian ini ditemukan dua tema tentang respon klien terdiagnosis filariasis, yaitu respon psikologis dan respon fisik.

##### **Tema 1 : Respon Psikologis**

Penelitian ini mengidentifikasi adanya respon psikologis saat pertama kali didiagnosis filariasis. Respon ini ditunjukkan klien dengan sikap

menyangkal, marah, tawar menawar, depresi dan menerima penyakit. Sikap klien yang teridentifikasi sesuai dengan respon kehilangan dan berduka dari Kubler & Ross (1969, dalam Rawlin et al, 1993) yang mengidentifikasi perilaku dalam proses berduka pada klien yang kehilangan dibagi menjadi lima tahap yaitu penolakan, marah, tawar manawar, depresi dan menerima penyakit.

Kozier et al (2004) menyatakan bahwa kehilangan merupakan suatu situasi actual atau potensial dimana sesuatu yang berharga berubah atau sesuatu yang tidak mungkin lagi untuk didapatkan oleh seseorang, atau kepergian seseorang yang dicintai. Kehilangan melibatkan respon emosional, fisiologis, dan psikososial yang dialami manusia terhadap kehilangan objek yang dicintai (Bissler, 2009). Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa persepsi terhadap kehilangan akan mempengaruhi lamanya tahap kehilangan pada individu. Kozier menyatakan bahwa penyakit merupakan sesuatu yang dapat menyebabkan terjadinya kehilangan pada seseorang. Hal ini tentu dapat terjadi pada klien dengan filariasis.

Efek dari penyakit filariasis sangat besar pengaruhnya terhadap individu dan keluarga ( Coreil, et al, 1998). Penyakit ini mengakibatkan kecacatan yang bersifat permanen diantaranya yaitu limfadema, hidrokela dan elephantiasis (Soeyoko, 2002). Cacat fisik ini mengakibatkan terhambatnya kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas (Nwoke, at al, 2007), sehingga akibatnya akan membawa pengaruh yang sangat besar terhadap kehidupan klien dengan filariasis. Hal ini didukung oleh Potter dan Perry (2005) bahwa penyakit kronis merupakan suatu keadaan khusus yang mempunyai hubungan yang sangat kompleks terhadap kehilangan. Pada saat seseorang menderita penyakit kronis seperti filariasis, pasti akan melibatkan berbagai aspek, diantaranya keuangan, jika berlangsung lama akan mengakibatkan kehilangan pekerjaan, mengancam kemandirian dan perubahan gaya hidup. Selain itu, penyakit

kronis juga dapat mengancam stabilitas dan hubungan klien dengan orang lain.

Correil et al, (1998) menyatakan bentuk kehilangan klien filariasis dapat berupa kehilangan kemadirian, kehilangan kontrol terhadap kehidupan, *privacy*, *body image*, pekerjaan, fungsi tubuh dan status sosial. Dua hal yang umumnya terjadi pada klien dengan filariasis yaitu kesulitan untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang menyebabkan mereka kehilangan kemandiriannya. Dimana mereka menjadi kesulitan untuk melakukan mobilisasi.

Pada saat pertama kali didiagnosis filariasis, klien dalam penelitian ini menunjukkan sikap menolak penyakit dengan reaksi berupa shock dan tidak percaya dirinya terkena penyakit filariasis, marah, tawar menawar, depresi dan menerima.

**a. Menyangkal (*Denial*)**

Klien yang pertama kali terdiagnosis filariasis dalam penelitian ini pada awalnya menolak dikatakan terkena filariasis yang dinyatakan dengan ketidakpercayaan kalau dirinya menderita penyakit tersebut. Respon tersebut muncul pada klien antara lain tidak percaya terkena filariasis dan merasa terkejut saat dikatakan menderita filariasis.

Potter dan perry (2005), menyatakan bahwa reaksi pertama seseorang yang mengalami kehilangan adalah pengingkaran. Seseorang tidak percaya atau menolak untuk percaya sehingga menyangkal kenyataan bahwa kehilangan itu benar terjadi. Bentuk penyangkalan tersebut berwujud reaksi shock dan ketidakpercayaan terhadap masalah/penyakit. Klien merasa tidak percaya bahwa dirinya terdiagnosis filariasis sehingga menolaknya.

Penyangkalan merupakan respon pertama dari kehilangan bagi kebanyakan individu, yang menjadi suatu mekanisme koping yang efektif. Reaksi penyangkalan tersebut dapat berakhir beberapa menit kemudian atau sampai beberapa tahun. Pada tahap ini biasanya emosi klien dalam keadaan labil, mengisolasi diri, dan menolak perawatan (De Laune & Ladner, 2002).

**b. Tahap Marah (*Anger*)**

Pada penelitian ini respon marah ditunjukkan klien kepada petugas kesehatan karena dinilai baru sekarang penyakit ini diperhatikan. Fase ini dimulai pada saat seseorang mulai sadar akan kenyataan terjadinya kehilangan. Seseorang akan menunjukkan perasaan marah yang meningkat yang sering diproyeksikan kepada orang yang berada di lingkungannya atau Tuhan yang Maha Esa .

Respon marah ini dapat terjadi karena klien merasa bahwa keamanannya terganggu oleh sesuatu yang mungkin belum diketahuinya secara pasti sehingga, klien menjadi kehilangan kontrol terhadap dirinya sendiri dan kehilangan kekuatannya. Klien merasa lekas marah dan cemburu pada orang lain. Klien juga menolak untuk berbagi perasaan dan fikiran dengan orang lain (DeLaune dan Ladner, 2002).

**c. Tahap Tawar-menawar (*Bargaining*)**

Penelitian ini juga mengidentifikasi adanya respon tawar menawar terhadap penyakitnya dengan mengatakan bahwa jika sehat akan membantu sosial ekonomi keluarganya. Seseorang yang telah mampu mengungkapkan rasa marah akan kehilangannya, maka orang tersebut akan maju ketahap tawar menawar. Pada tahap ini individu mencoba membuat penawaran dengan Tuhan Yang Maha Kuasa agar terhindar dari kehilangan. DeLaune dan Ladner (2002) yang menyatakan bahwa

pada fase ini klien mulai melakukan tawar menawar terhadap kehilangan dan mengekspresikan perasaan bersalah, ketakutan dan hukuman terhadap rasa berdosa, baik secara nyata maupun hayalan.

Potter dan Perry (2005), pada tahap ini individu menunda kesadarannya akan fakta bahwa dia kehilangan dan mencoba membuat penawaran secara halus atau bertindak sehingga kehilangan tersebut dapat diatasi. Pada fase ini juga klien mempunyai harapan-harapan memiliki harapan-harapan yang ingin dilakukannya baik sebelum ataupun sesudah sembuh dari sakit. Klien dengan filariasis yang sudah mengungkapkan perasaan marahnya kemudian akan melakukan klarifikasi dan melakukan pertimbangan-pertimbangan melalui penawaran yang dialaminya dan mulai mengungkapkan perasaannya (Rawlin, R.P., Williams, S.R., Beck, C.L, 1993).

**d. Tahap Depresi (*Depression*)**

Klien yang menunjukkan sikap depresi dalam penelitian ini berupa menarik diri, menolak untuk berinteraksi dengan masyarakat, dan kesedihan terhadap masalah filariasis. Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa pada tahap depresi, realitas terhadap kehilangan telah disadari klien. Reaksi emosional klien pada tahap depresi berupa menjauhkan diri dari interaksi sosial dan merasa kesepian.

Seseorang yang berada pada fase depresi sering menunjukkan sikap menarik diri, tidak mau bicara, kurang minat, kurang motivasi, putus asa dan menangis. Kadang-kadang klien merasa tidak berharga bahkan mempunyai keinginan untuk bunuh diri. Sedangkan gejala fisik yang biasa ditampilkan oleh orang tersebut adalah menolak makan, susah tidur dan letih. DeLaune dan Ladner (2002) klien juga bisa menunjukkan sikap seperti menangis dan tidak banyak bicara terhadap kesedihan yang sedang dialaminya. Hal ini didukung oleh penelitian

kualitatif yang dilakukan oleh Correil et al (1998), semua klien yang menjadi partisipan dalam penelitiannya, menunjukkan kesedihan yang mendalam dengan menangis hampir setiap waktu dan malu untuk bertemu dengan orang-orang disekitarnya.

**e. Menerima**

Respon menerima penyakit dinyatakan klien dengan menerima penyakit sebagai takdir dan ujian dari Tuhan yang maha Esa. Seseorang yang telah menerima kenyataan akan kehilangannya, secara bertahap perhatiannya beralih pada objek baru. Respon menerima penyakit dalam penelitian ini ditunjukkan dengan sikap sabar dari klien, dan mencari hal-hal yang bersifat positif dari dirinya dibandingkan dengan memikirkan tentang penyakit itu sendiri.

Penerimaan klien juga ditunjukkan dengan sikap untuk melanjutkan pengobatan yang sempat terhenti dan mulai memperhatikan keluarganya. Pada fase penerimaan ini, klien juga telah dapat mereorganisasi perasaan kehilangan. Klien mulai dapat berbagi tentang kehilangan, menerima kenyataan, kembali beraktivitas seperti biasa dan mulai memandang masa depan (DeLaune & Ladner, 2002).

Selain itu, juga Juall (2000), pada fase ini biasanya klien sudah mampu memaksimalkan dukungan sosial dari kerabat disekitarnya sehingga mampu menerima penyakit sebagai bagian dari kehidupannya. Pada titik tertentu kebanyakan individu yang kehilangan menyadari bahwa hidup mereka harus berlanjut dan mereka harus mencari makna baru dari keberadaan mereka dengan menerima penyakitnya dan memaksimalkan dukungan yang diperolehnya.

Hottensen (2010) menyatakan bahwa keluarga mempunyai tugas untuk mengatasi respon berduka klien kearah yang lebih sehat, sehingga

tugas penting keluarga adalah memberikan dukungan sosial kepada klien terutama yang mempunyai penyakit kronis agar mampu beradaptasi terhadap penyakitnya sehingga memperlihatkan coping yang positif. Hal ini didukung oleh Addis & Brady, (2007), bahwa dukungan sosial yang diberikan pada klien dengan filariasis memperlihatkan penurunan angka kesakitan, meningkatkan penerimaan terhadap penyakit sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup penderita.

Mendukung hal diatas, Perry dan Potter (2005), menyatakan bahwa penerimaan seseorang terhadap penyakit juga melibatkan kepercayaan mereka. Kepercayaan seseorang secara signifikan berpengaruh terhadap penerimaan terhadap kondisi sakitnya. Bagi muslim yang taat, penyakit yang sedang dihadapi, dianggap merupakan suatu ujian dan cobaan dari Tuhan, menurutnya, seorang individu yang mempunyai ikatan yang kuat terhadap Tuhannya (beriman) seringkali mempunyai ketabahan dan mempunyai kemampuan menghadapi kehilangan / penyakit kronis.

Selain hal diatas kepercayaan terhadap kesehatan juga berpengaruh terhadap penerimaan seseorang terhadap sakit. Kepercayaan kesehatan (*health belief*) merupakan ide, hukuman dan prilaku seseorang terhadap kesehatan dan sakit. Sedangkan menurut Rosenstoch's (1974 dalam Perry & Potter, 2005) menyebutkan bahwa ada hubungan antara kepercayaan seseorang terhadap prilakunya. Hal ini dapat mempengaruhi prilaku seseorang terhadap kesehatan baik itu bersifat negative maupun positif. Seseorang yang mempercayai bahwa dia pernah berbuat dosa maka dia akan mempersepsikan bahwa penyakit yang dideritanya akibat dosa masa lalu sehingga dia akan menerima penyakitnya dan banyak berdoa kepada Tuhan untuk ampunan dosanya.

## **Tema 2 : Respon Fisik**

Respon fisik yang teridentifikasi dalam penelitian ini terutama adanya gangguan pada alat reproduksi, gangguan pada pergerakan dan integumen. Umumnya gejala kronis terbagi menjadi tiga yaitu limfedema (pembengkakan pada tangan) atau elephantiasis (pembengkakan pada kaki), hidrokkel dan kiluria (Savitri, 2009).

### **a. Gangguan Pada alat Reproduksi .**

Gangguan pada sistem reproduksi pada penelitian ini adalah terjadinya hidrokkel (pembesaran pada skrotum). Schmidt & Robert, (2000), menyebutkan bahwa gejala kronis dari penyakit filariasis terjadi, setelah cacing tersebut dewasa. Pada penderita hampir 50 % menderita kerusakan genital terutama hidrokkel (pembengkakan kantong testis yang berisi cairan limfe) akibat pecahnya tunika vaginalis.

Manifestasi lainnya yaitu terjadinya kiluria (air seni yang bewarna seperti susu akibat bocornya saluran limfe oleh cacing dewasa yang mengakibatkan masuknya cairan limfe kedalam saluran kemih), kiluria diakibatkan oleh pecahnya saluran limfe kandung kencing dan ginjal pecah, dan *elephantiasis* (pembengkakan) penis dan skrotum. Pohan ( 1998) menyatakan bahwa filariasis yang terjadi pada laki-laki umumnya terdapat funikulitis disertai dengan penebalan dan rasa nyeri pada epididimis dan pembengkakan skrotum. Savitri (2009) menyatakan bahwa hidrokkel dapat menjadi indikator endemisitas filariasis bancrofti.

WHO ( dalam Nwoke (2007) menyebutkan bahwa sekitar 27 juta laki-laki di seluruh dunia diestimasikan terkena filariasis dengan hidrokkel, limfadema skrotum atau elephantiasis skrotum. Komplikasi pada alat reproduksi ini terjadi pada laki-laki sejak saat



usia antara 19 – 34 tahun. Penderita seringkali memperlihatkan perasaan malu, takut, dan menganggap hal ini merupakan sesuatu yang memalukan. Laki-laki yang terkena komplikasi pada genital akan mengganggu kepercayaan dirinya.

Pembesaran pada skrotum dapat mengakibatkan ketidakmampuan melakukan hubungan intim, karena mengakibatkan tidak bisa ereksi pada saat berhubungan badan. Dandapat et al (dalam Nwoke, 2007) melaporkan bahwa hidrokel dapat menyebabkan gangguan fungsi testis dan menurunkan spermatogenesis. Namun menurut Drayer et al (1997) kasus-kasus filarisis yang menyerang genital tidak secara langsung mengakibatkan kemandulan, tetapi secara significant dapat mengakibatkan perubahan fungsi seksual.

#### **b. Gangguan pada pergerakan**

Gangguan pada pergerakan yang teridentifikasi pada penelitian ini adalah terjadinya pembengkakan kaki (*elephantiasis*). Ulyana (2008) menyatakan bahwa manusia merupakan hospes yang membantu hidup parasit dalam stadium dewasa dari cacing filaria. Setelah dewasa, cacing betina akan melepaskan ribuan mikrofilia yang mempunyai selubung ke dalam sirkulasi limfe lalu masuk ke sirkulasi darah perifer. Sedangkan cacing dewasa tetap tinggal di pembuluh limfe yang menyebabkan pembuluh darah berdilatasi. Sehingga sejumlah besar cacing dewasa ditemukan di saluran ekstremitas atas, bawah dan genitalia dan menyebabkan pembengkakan di area tersebut.

Cacing yang berada pada sistem limfatik dan pembuluh darah akan mengakibatkan berbagai masalah kesehatan, baik akut maupun kronis (Haryuningtyas & Subekti, 2008). Gejala akut ditandai dengan Adenitis (pembesaran kelenjar) dan saluran limfe

(lymphangitis) yang disebut Adenolimfangitis. Selain itu terdapat demam berulang-ulang, menggigil dan edema pada kaki. Pada stadium yang kronis, terjadi granulasi proliferasi serta terbentuk varises saluran limfe yang luas. Kadar protein yang tinggi di dalam limfe merangsang pembentukan jaringan ikat dan kolagen. Sedikit demi sedikit setelah bertahun-tahun bagian yang membesar menjadi luas dan timbul *elephantiasis* (kaki gajah).

### c. Gangguan Pada Integumen

Kulit merupakan organ terbesar dari tubuh. Kulit mempunyai lima fungsi utama yaitu melindungi tubuh dari masuknya mikroorganisme, mengatur suhu tubuh, mensekresi sebum (suatu substansi yang melubrikasi kulit dan rambut agar menjadi lembut, melindungi rambut agar menjadi tidak rapuh dan mengurangi kehilangan air dari kulit pada saat kelembaban menurun, dan juga menjadi antibakterial), kulit juga merupakan organ sensori untuk merasakan sakit, suhu, sentuhan dan tekanan serta memproduksi vitamin D. Kulit yang sehat mempunyai kekuatan untuk menghalangi mikroorganisme yang seringkali berbahaya bagi tubuh (Kozier et al, 2004). Beberapa penyakit dapat menyebabkan terjadinya gangguan integritas pada kulit, salah satunya adalah penyakit filariasis.

Gangguan pada kulit pada klien filariasis pada penelitian ini yaitu terjadinya *Acute Dermatolymphangioadenitis* (ADLA) yang menyebabkan kulit klien melepuh seperti terbakar serta terjadinya gangguan termoregulasi yaitu panas dingin. Hal ini sesuai dengan penelitian Drayer et al (1997) yang menyatakan bahwa manifestasi kronis filariasis lainnya yaitu dermatitis akut yang menjadikan kulit melepuh seperti terbakar api. Drayer membedakan manifestasi klinis dari filariasis menjadi 2 jenis yaitu *Acute Filarial*

Lymfangisis (AFL) yang disebabkan oleh cacing dewasa yang mati dan Acute Dermatolymphangioadenitis (ADLA) yang dikarenakan ada infeksi bakteri sekunder.

Panas dingin yang terjadi pada klien diakibatkan oleh gejala dari AFL, seperti demam ringan, sakit kepala, merasa tidak enak badan, dan biasanya sembuh sendiri tanpa diobati. Serangan ADLA sangat berat. ADLA bisa menyebabkan kulit sampai melepuh (seperti terbakar api). Biasanya ADLA juga disertai dengan sakit disekitar kulit yang melepuh, terjadi pembengkakan, demam dan menggigil. Pada daerah endemik, ADLA lebih sering terjadi dibandingkan AFL.

Mendukung hal diatas, manifestasi klinis dari penyakit ini adalah peradangan, jika sudah dalam tahap lanjut akan terjadi obstruktif. Gejala peradangan tersebut sering timbul setelah bekerja berat dan dapat berlangsung beberapa hari sampai 2 – 3 minggu dan biasanya disertai demam, sakit kepala dan badan dan lesu. Namun adakalanya tidak menimbulkan gejala sama sekali terutama bagi penduduk yang sejak kecil tinggal di daerah endemik (Pohan, 1998).

WHO merekomendasikan melakukan intervensi untuk mengurangi serangan ADLA ini, diantaranya yaitu melakukan perawatan kulit dengan menggunakan sabun, membersihkan kulit yang melepuh dengan air dan antiseptik yang berguna untuk menghindari masuknya kuman ke dalam kulit, memakai alas kaki yang tepat, dan memberikan antibiotik. Selain itu juga mengelevasikan kaki setiap ada waktu dan pada saat akan tidur, serta melakukan latihan ROM pada ekstremitas. Sebuah studi yang dilakukan oleh Susan et al (2004) di Haiti membuktikan bahwa intervensi diatas terbukti

Universitas Indonesia

mengurangi insiden ADLA. Pada saat sebelum intervensi dilakukan, serangan ADLA bisa sampai 2 kali setahun dan setelah dilakukan menjadi 0.6 kali setahun.

Kozier et al (2004) menyatakan bahwa penyakit kronis dapat menyebabkan dan merupakan factor resiko terjadinya kerusakan pada kulit. Pada saat kulit terjadi kerusakan maka mikroorganisme menjadi mudah masuk ke dalam kulit dan menginvasi jaringan tubuh sehingga memungkinkan terjadinya infeksi. Perawatan yang baik terhadap kulit dapat mempertahankan integritas kulit dan melindungi dari bakteri pathogen.

### **5.1.2 Respon klien terhadap program eliminasi filariasis**

Respon klien terhadap program eliminasi filariasis tergambar dalam dua tema yaitu kurang mendukung program eliminasi filariasis dan mendukung program eliminasi filariasis. Pembahasan masing-masing tema berikut sub tema sebagai berikut :

#### **Tema 3 : Kurang Mendukung Program Eliminasi Filariasis**

Penelitian ini mengidentifikasi kurangnya dukungan terhadap program eliminasi filariasis yang disebabkan oleh kurangnya pengetahuan masyarakat akan penyakit. Definisi sederhana dari pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2002). Pengetahuan terhadap masalah penyakit filariasis dalam penelitian ini berkaitan dengan mengenal penyakit, kesanggupan klien dan keluarga

mengenal tanda dan gejala penyakit sehingga tidak bersikap mengacuhkan penyakit.

Semua klien dalam penelitian ini tidak mengetahui penyakit filariasis dengan baik, karena menganggap pembengkakan kaki ataupun hidrokel (pembesaran di skrotum) sebagai akibat terlalu capek bekerja. Klien juga tidak mengenal tanda dan gejala penyakit, menganggap penyakit tidak menular sehingga kebanyakan mengacuhkan penyakit, selain itu juga masih ada klien yang menganggap penyakit ini sebagai keturunan dan terkena guna-guna. Mulyadi (2007) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa kebanyakan pembesaran yang diakibatkan oleh penyakit filariasis bersifat permanen, sehingga oleh masyarakat dianggap tidak ada obatnya, hal ini akhirnya menimbulkan stigma bahwa penyakit filariasis adalah penyakit kutukan, santet ataupun mistis lainnya.

Ketidaktahuan ini berdampak kepada ketidakmampuan klien dan keluarga mengambil tindakan untuk mengatasi penyakit sehingga penyakit terus berkembang ke arah tahap kronis. Bailon & Maglaya (1978); ketidakmampuan keluarga untuk mengambil keputusan terkait tindakan untuk mengatasi masalah dapat diakibatkan oleh beberapa faktor. Faktor-faktor tersebut antara lain: tidak mengerti mengenai sifat, beratnya dan luasnya masalah, masalah tidak begitu menonjol, rasa takut dan menyerah disebabkan karena tidak dapat memecahkan masalah sehingga dapat ditangani sedikit demi sedikit serta kesalahan konsepsi karena informasi yang salah terhadap tindakan yang diharapkan. Sehingga hal ini menyebabkan klien mengacuhkan penyakit dari pada membawanya ke petugas kesehatan.

Sikap mengacuhkan penyakit, bisa juga diakibatkan kurangnya informasi yang didapatkan oleh klien mengenai penyakit filariasis, sehingga menyebabkan klien kurang berpengetahuan terhadap penyakit. Hal ini

secara tidak langsung akan meningkatkan prevalensi kejadian di masyarakat. Hal ini didukung oleh penelitian Onwuliri (2005) menyebutkan bahwa tingginya kasus filariasis pada wanita Afrika dikarenakan rendahnya pendidikan mereka.

Rendahnya pendidikan akan berdampak terhadap kurangnya pengetahuan atau pemahaman tentang filariasis terutama tanda dan gejala termasuk cara mencegah penularan, sehingga akan memberikan dampak pula terhadap perilaku yang tidak sehat. Febrianto (2008) menyebutkan bahwa pengetahuan yang baik mengenai filariasis menunjukkan bahwa usaha untuk melakukan perawatan dan melindungi diri terhadap risiko penularan delapan kali lebih baik dibanding mereka yang pengetahuannya kurang.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa masyarakat kurang merasakan manfaat obat karena mempunyai persepsi bahwa obat yang diberikan adalah racun. Beberapa persepsi yang kurang tepat tentang obat karena efek samping yang ditimbulkan oleh obat itu sendiri. Keluarga klien kurang merasakan manfaat obat yang diberikan dan sebagai efeknya banyak yang membuang obat dan menganggap obat ada racunnya. Ilyas (1990) mengatakan bahwa obat anti filariasis ini mempunyai efek samping yang cukup berat, diantaranya (1) Efek samping karena tidak tahan terhadap obat seperti mual, muntah, pusing (2) Efek samping akibat matinya parasit di dalam tubuh yang menyebabkan demam tinggi, sakit kepala, sakit seluruh badan, yang dapat timbul beberapa jam setelah minum obat, hal ini mengakibatkan penderita biasanya mengalami putus obat atau tidak mau lagi memakan obat yang diberikan karena tidak kuat menahan efek samping yang ditimbulkan.

Mendukung hal diatas, persepsi masyarakat didaerah lokasi juga banyak yang tidak positif terhadap program pengobatan massal, banyak penduduk yang menolak dilakukan pengobatan karena setelah meminum obat tersebut

mereka menjadi sakit (Kasnodihardjo, 1990). Ditambah lagi dengan terjadinya kematian delapan warga Majalaya akibat meminum obat antifilarial pada saat pengobatan massal. Hal ini menyebabkan masyarakat menjadi bertambah takut untuk meminum obat tersebut, karena masyarakat mempunyai persepsi bahwa obat filariasislah yang menyebabkan kematian warga mereka sehingga tidak aman untuk dikonsumsi (Sani, 2009). Sehingga masyarakat mempunyai persepsi bahwa obat filaraisis beracun.

Pitchard (1986) menyatakan bahwa persepsi merupakan gambaran subyektif internal seseorang terhadap dunia luarnya (eksternal). Faktor yang berperan dalam pembentukan persepsi adalah kognitif, afektif, kepribadian dan budaya yang dimiliki seseorang yang berasal dari kenyataan yang ada di lingkungannya, pengalaman masa lalu, serta keadaan mutakhir dari emosi maupun motivasi seseorang. Sedangkan mar'at (1992) menyatakan bahwa persepsi digambarkan sebagai suatu tanggapan seseorang yang berasal dari komponen kognitif dan dipengaruhi oleh pengalaman, proses belajar wawasan dan pengetahuan.

Faktor pengalaman yang mempengaruhi persepsi didapat melalui interaksi langsung atau tidak langsung seperti cerita atau berita, tanggapan ini dapat menghasilkan reaksi positif ataupun negative terhadap kondisi tersebut. Hal ini juga terjadi pada pengobatan massal, karena media begitu gencar memberitakan banyaknya warga yang meninggal akibat meminum obat filariasis, sehingga masyarakat sudah mempunyai persepsi obat tersebut tidak aman di konsumsi dan kebanyakan menolak meminumnya.

Hal ini juga didukung oleh penelitian oleh kualitatif eksploratif oleh Mulyadi (2007) bahwa pengetahuan terhadap penyakit filariasis sangat bervariasi sehingga menimbulkan sikap dan perilaku yang bervariasi terhadap filariasis dan program eliminasi. Filariasis dipandang oleh sebagian masyarakat sebagai penyakit keturunan, kutukan dan gangguan

dari roh halus sehingga walaupun keluarga dan klien senang dengan pengobatan namun enggan mengkonsumsi obat karena takut akan efek samping obat. Ketakutan mengkonsumsi obat ini disebabkan kurangnya sosialisasi sehingga menjadi hambatan pelaksanaan program eliminasi filariasis, disamping rendahnya kualitas kader kesehatan dan keterbatasan dana dari pemerintah.

Kasnodihardjo (1990) juga menyatakan bahwa masih banyak anggota masyarakat di daerah endemis filariasis yang mempunyai sikap tidak yang tidak mendukung terhadap penanggulangan filariasis karena masih banyak diantara penduduk yang menolak dilakukan pengobatan dan pengambilan darah. Mereka umumnya mempunyai alasan bahwa dengan diobati mereka malah menjadi sakit, padahal sebelum diobati mereka sehat. Bagi mereka yang sakit, sebagai efek samping obat biasanya mengalami perut mual, sakit kepala dan demam beberapa hari. Penduduk yang menolak diambil darahnya karena mempunyai anggapan bahwa pengambilan darah mempunyai tujuan komersial. Darah yang sudah terkumpul akan diperjual belikan.

#### **Tema 4 : Mendukung program eliminasi Filariasis**

Dukungan terhadap program eliminasi filariasis ditunjukkan melalui mentaati program pengobatan dan memakan obat yang diberikan oleh petugas kesehatan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa klien dengan filariasis menunjukkan dukungan dan mematuhi program pengobatan yang digalakkan, yaitu dengan memakan semua obat yang diberikan. Alasan memakan obat tersebut bervariasi dari mulai dari adanya keinginan untuk sembuh sampai disuruh oleh kader dan petugas kesehatan.

Penelitian Mulyadi (2007) bahwa dukungan berupa keterlibatan penderita dan keluarga dalam program eliminasi filariasis lebih banyak disebabkan oleh dorongan pihak eksternal yaitu kader dan petugas kesehatan. Mereka



umumnya disuruh untuk meminum obat sebelum pulang dari tempat pembagian obat. Untuk menumbuhkan peran serta individu dalam mendukung program eliminasi, tentunya memerlukan perubahan-perubahan terutama menyangkut sikap dan perilaku masyarakat yang bersangkutan. Upaya perubahan yang sering dilakukan saat ini kurang memperhatikan faktor yang mendasari perubahan, yaitu proses penanaman nilai-nilai baru di bidang kesehatan, terutama menyangkut program eliminasi filariasis.

Dengan penanaman nilai baru, nilai-nilai lama yang melekat pada diri seseorang dan atau dianut oleh masyarakat akan dilepaskan oleh orang/masyarakat tersebut, karena nilai yang melekat pada diri seseorang adalah yang mendasari sikap dan perilaku orang tersebut karena terbentuknya sikap ditentukan oleh aspek afektif yang merupakan evaluasi yang bersifat pribadi yang selanjutnya membentuk seseorang cenderung untuk bertindak. Apabila seseorang menaruh evaluasi yang tinggi terhadap nilai bahwa pengobatan sangat bermanfaat bagi kesehatannya baik bagi dirinya sendiri maupun masyarakat, maka orang tersebut akan cenderung bersikap positif terhadap pengobatan, dalam arti mau menerima pengobatan secara sadar tanpa paksaan. Bahkan selanjutnya akan melakukan tindakan yang mendukung pengobatan misalnya ikut terlibat dalam pelaksanaan pengobatan yaitu membantu dengan cara mengajak orang lain agar mau diobati.

Kasnodihardjo (1990) mengemukakan bahwa berperilaku dan tidaknya seseorang dalam bidang kesehatan dipengaruhi oleh kepercayaan orang tersebut terhadap kesehatan serta kesiapan mental yang dipunyai. Kepercayaan dalam hal ini meliputi manfaat dan kerugian yang akan dihadapi serta kepercayaan bahwa dirinya dapat diserang penyakit. Seperti halnya dalam upaya penanggulangan filariasis, penderita dan masyarakat di daerah endemis diharapkan mendukung dan ikut serta dalam upaya

Universitas Indonesia

tersebut, sehingga diharapkan kemungkinan besar upaya penanggulangan yang disertai peranserta masyarakat akan mencapai hasil yang diharapkan yaitu menurunnya prevalensi penyakit sampai titik yang tidak membahayakan.

### **5.1.3 Pola Hidup sehari-hari selama mengalami penyakit Filariasis**

Pola hidup sehari-hari klien dengan filariasis dalam penelitian ini menggambarkan pola kehidupan klien sebelum dan sesudah menderita filariasis. Pola hidup sehari-hari digambarkan bagaimana klien menjalani kehidupan. Pola kehidupan sehari-hari klien sebelum menderita filariasis ini menghasilkan 2 tema yaitu aktivitas sehari-hari dan dampak yang dialami setelah menderita sakit.

#### **Tema 5 : Aktivitas Sehari-hari**

Aktivitas sehari-hari yang teridentifikasi dalam penelitian ini terdiri dari aktivitas sebelum sakit dan perubahan aktivitas sesudah sakit. Sebelum sakit klien dapat melakukan aktivitas sehari-hari yang dilakukan secara mandiri. Namun sebagian besar klien dalam penelitian ini tidak bisa melakukan aktivitas dan bergantung pada keluarga setelah terkena sakit filariasis, selain itu dalam melakukan pekerjaan juga akan menjadi lambat dan cepat lelah.

Potter & Perry (2005) mendefinisikan aktivitas sehari-hari merupakan rangkaian aktivitas yang biasa dilakukan di hari-hari normal, seperti mobilisasi, makan, mandi dan perawatan sehari-hari. Beberapa kondisi yang bisa menyebabkan seseorang membutuhkan bantuan dalam melakukan aktivitas, kebutuhan akan bantuan ini dapat bersifat akut maupun kronis. Penyakit akut biasanya di karakteristik dengan gejala yang berat namun terjadi dalam waktu yang singkat, biasanya kurang dari 6 bulan. Pada saat terjadi sakit, klien membutuhkan bantuan, namun setelah sembuh individu kembali normal dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Penyakit kronis memerlukan bantuan dalam waktu yang panjang, walaupun biasanya gejala penyakit ini biasanya lebih ringan dibandingkan dengan penyakit yang bersifat akut. Penyakit kronis bisa mengakibatkan ketergantungan sebagian atau seluruhnya, sehingga klien menjadi tidak mampu dan tergantung dalam melakukan aktivitas. Hal ini juga terjadi pada penyakit filariasis.

Nwoke (2007) menyebutkan bahwa penderita filariasis dapat mengalami ketidakmampuan untuk melakukan kegiatan sehari-hari (ADL). Penyakit ini menghambat aktivitas sehari-hari baik itu fase akut maupun kronis. Penelitian Raimaiah (2000) menyebutkan bahwa wanita dengan Filariasis hanya bekerja selama 1.55 jam perhari untuk melakukan pekerjaan rumah tangga, sedangkan dengan wanita yang sehat yaitu sekitar 3.6 jam perhari. Kehilangan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari mengakibatkan dampak yang berat, contohnya memasak, mencuci, mengasuh anak harus dialihkan kepada oranglain.

Penelitian Nwoke (2007) pada masyarakat pedesaan di India menyebutkan bahwa 8 % - 10 % laki-laki yang mengalami hidrokela dilaporkan tidak bisa melakukan pekerjaan rumah tangga, dan 53 % - 55% tidak bisa bekerja mencari nafkah, dan 53 % - 63 % mengalami penurunan melakukan mobilisasi. Sedangkan penelitian di Ghana melaporkan bahwa sekitar 10 % - 60 % klien yang mengalami komplikasi elephantiasis dan hidrokela menjadi tidak mampu beraktivitas dibandingkan dengan penyakit kronis lainnya (Addis & Brady, 2007).

#### **Tema 6 : Dampak yang dialami setelah menderita sakit.**

Dampak penyakit filariasis merupakan akibat yang ditimbulkan oleh penyakit filariasis sehingga kesulitan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Dalam penelitian ini dampak yang ditimbulkan sangat bervariasi.

Dampak penyakit filariasis dapat terjadi pada beberapa aspek kehidupan klien filariasis baik secara psikologis, sosial, dan ekonomi.

WHO (2006) melaporkan bahwa penyakit filariasis merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius dan penyebab utama angka kesakitan terhadap manusia baik didaerah Tropis maupun Subtropis, Afrika dan Asia terutama Asia Tenggara. Penyakit ini umumnya menyerang penduduk desa dan penduduk miskin. Dampak terbesar akibat dari penyakit ini ditemukan di India, Nigeria, dan Indonesia. Penyakit Filariasis tidak secara langsung mengakibatkan kematian tetapi berdampak terhadap sosial ekonomi, produktivitas, dan psikososial (Santoso, 2006).

**a. Dampak Terhadap ekonomi dan produktivitas**

Penelitian ini juga mengidentifikasi perekonomian keluarga yang menurun akibat penyakit ini. Klien yang sudah terjadi pembengkakan umumnya tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasa, dan berhenti bekerja, sehingga berdampak pada perekonomian keluarga.

Selain menyebabkan kesakitan pada penderita, filariasis menyebabkan penurunan produktivitas individu sehingga akan menurunkan produktivitas keluarga, masyarakat serta negara (Sudomo, 2008). Penyakit filariasis berdampak serius terhadap produktivitas karena kehilangan waktu kerja seseorang baik terhadap suatu pekerjaan, rumah tangga, dan terhadap masyarakat. Penyakit ini menghambat aktivitas sehari-hari baik itu fase akut maupun kronis. Kehilangan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari mengakibatkan dampak yang berat, contohnya bekerja dan mencari nafkah.

Penyakit ini juga berdampak serius terhadap perekonomian sebuah keluarga karena biasanya terjadi pada laki-laki berusia dewasa sehingga mengacaukan perekonomian suatu rumah tangga. Di Cina

telah dilakukan penelitian mengenai kerugian ekonomi karena infeksi filariasis pada masyarakat. Hasilnya menunjukkan bahwa kerugian terbesar terjadi akibat hilangnya tenaga kerja di sektor industri dan pertanian. Sedangkan di Indonesia telah dihitung oleh Gani (dalam Sudomo, 2008) bahwa biaya perawatan penderita filariasis sebesar 17,8% dari biaya total rumah tangga atau sekitar 32,2% dari biaya yang diperlukan untuk makan satu rumah tangga penderita filariasis.

**b. Dampak terhadap Psikologis**

Penelitian ini mengidentifikasi bahwa penyakit ini mempunyai dampak terhadap psikologis, dimana klien menjadi menutup diri, mengisolasi dan malas bergaul dengan masyarakat. Tampilan fisik dari penyakit ini sangat menakutkan, jika telah menahun akan terlihat pembesaran fisik luar biasa diberbagai organ tubuh yang terkena seperti : payudara, tangan, skrotum, penis, dan kaki (Mulyadi, 2007).

Hal ini berdampak terhadap kondisi psikologis klien, dimana kebanyakan dari mereka merasa malu sehingga menolak kesempatan yang tersedia baik itu bekerja, menemukan pasangan hidup, atau bersosialisasi dengan masyarakat. Kebanyakan dari penderita menarik diri dari lingkungannya. Dalam kasus yang ekstrim, filariasis bisa menyebabkan seseorang mempunyai keinginan bunuh diri karena merasa tidak berharga (Nwoke et al, 2007).

Studi di Srilangka menyebutkan bahwa 18 % klien dengan filariasis menghindari interaksi dengan sosial. Di beberapa studi lainnya hampir semua pasien filariasis mengungkapkan perasaan yang negative seperti frustrasi, mengisolasi diri, dan malu terhadap kondisi mereka sekarang dan ketidakmampuan menemukan treatment yang efektif (Wijesinghe et al, 2007). Selama gejala klinis berlangsung emosi mereka akan

semakin memburuk. Pasien di Indian menyatakan ada perasaan ingin bunuh diri dan depresi (Addiss & Brady, 2007).

**c. Dampak terhadap sosial**

Penelitian ini mengidentifikasi bahwa penyakit ini mempunyai dampak terhadap sosial yaitu ada klien yang diasingkan oleh masyarakat karena masyarakat takut akan penularan dan karena klien dianggap telah dikutuk oleh Tuhan (stigmatisasi), akibat dosa-dosanya dimasa lalu.

Stigma merupakan ciri negatif yang menempel pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2001). Goffman (1963 dalam Tzao 2008) menyatakan bahwa stigma merupakan “suatu atribut/label” yang menyebabkan seseorang sangat tidak dihargai, dianggap mempunyai noda dan diabaikan. Stigma dalam pelayanan kesehatan dapat didefinisikan sebagai suatu proses sosial atau berhubungan dengan pengalaman seseorang atau masyarakat yang dikarakteristikan dengan penolakan, penyalahan, yang didasarkan pada suatu pengalaman atau alasan-alasan untuk mengantisipasi melalui suatu keputusan sosial mengenai seseorang atau kelompok yang diidentifikasi adanya suatu masalah kesehatan yang utama (Dovidio, 2000).

Secara garis besar, stigma berdampak terhadap kehidupan seseorang dan mempengaruhi seluruh area kehidupannya (Tzao, 2008). Seseorang yang menderita penyakit memalukan akan mempengaruhi kenyamanan dan akan mengakibatkan kecemasan, mereka akan menganggap dirinya berbeda dari orang lain, hal ini dapat mempengaruhi keadaan psikologi individu (Buss dalam Phemister, 2004). Hal ini juga terjadi pada penyakit filariasis, stigma masyarakat bahwa penyakit ini karena kutukan karena tampilan fisik dari penyakit ini sangat menakutkan.

Universitas Indonesia

Kebanyakan pembesaran yang diakibatkan oleh penyakit filariasis bersifat permanen, sehingga oleh masyarakat dianggap tidak ada obatnya. Hal ini akhirnya menimbulkan stigma bahwa penyakit filariasis adalah penyakit kutukan, santet ataupun mistis lainnya (Mulyadi, 2007). Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Onwuliri (2004) bahwa masyarakat endemik dikelilingi oleh persepsi yang dipengaruhi oleh adat dan kepercayaan setempat, mereka percaya bahwa roh halus bertanggung jawab terhadap penyebaran penyakit filariasis.

Mereka juga percaya bahwa komplikasi filariasis seperti terjadinya hidrokela, edema pada labia, ataupun elephantiasis merupakan hukuman dari Tuhan akibat perilaku sek bebas atau ketidaksetiaan kepada pasangannya atau akibat dari pesugihan. Tidak jarang individu dengan filariasis sering ditolak oleh masyarakat, mengasingkan diri dan sering tidak memperlihatkan kondisi emosi dan psikologis yang positif (Nwoke et al, 2007).

#### **5.1.4 Upaya yang dilakukan klien dalam mengatasi penyakit filariasis**

Upaya untuk yang dilakukan dalam mengatasi masalah filariasis dalam penelitian ini merupakan usaha-usaha yang dilakukan klien dan keluarga selama ini untuk mengatasi penyakit yang dideritanya. Upaya ini dilakukan klien setelah terjadi penyakit dan setelah didiagnosa menderita filariasis, sehingga mencoba mencari pertolongan dengan berbagai pelayanan yang tersedia untuk mencapai kesembuhan. Klien dengan filariasis dalam penelitian ini mencari bantuan dalam upaya mengatasi penyakit menghasilkan dua tema yaitu perilaku pencarian pelayanan kesehatan dan hambatan terhadap upaya pencarian pelayanan kesehatan. Masing-masing tema akan dijelaskan sebagai berikut :

**Tema 7 : Prilaku pencarian pelayanan kesehatan**

Nanda (2002) menyatakan bahwa perilaku pencarian pelayanan kesehatan merupakan aktivitas seseorang yang dilakukan untuk mencari pelayan kesehatan dalam rangka untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Klien filariasis dalam penelitian ini berupaya mencari pelayanan kesehatan ke berbagai jenis pelayanan antara lain tradisional, mistis dan modern. Prilaku pencarian pelayanan kesehatan ini sangat berkaitan dengan kepercayaan yang dianutnya.

Pelayanan tradisional yang diusahakan oleh klien dalam penelitian ini berkaitan dengan upaya-upaya yang dilakukan klien untuk mengobati penyakit yang dialaminya. Pengobatan tradisional ini menggambarkan obat-obatan yang digunakan klien baik secara mandiri maupun didapatkan dari seorang tenaga ahli sesuai dengan budaya setempat.

Klien dengan filariasis dalam penelitian ini banyak menggunakan obat-obatan tradisional berdasarkan anjuran dari keluarga ataupun masyarakat disekitarnya, seperti menggunakan ramuan yang terbuat dari tumbuh-tumbuhan untuk dibuat menjadi suatu obat yang akan dikompreskan atau dimakan sebagai obat untuk menyembuhkan penyakit. Pengobatan tradisional adalah pengobatan dan atau perawatan dengan cara, obat, dan pengobatannya yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku dalam masyarakat. Obat tradisional adalah bahan atau ramuan bahan yang berupa bahan tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sediaan sarian (gelenik) atau campuran dari bahan tersebut secara turun-temurun telah digunakan untuk pengobatan berdasarkan pengalaman (Zulkifli, 2004). Snyder dan Linqvist (2002) menyatakan bahwa obat-obatan herbal bisa digunakan untuk pengobatan yang bersifat terapi komplementer dan biasanya digunakan untuk penyakit yang sifat kronis.



Salah satu alasan mengapa para penderita memilih tempat pengobatan tradisional karena pengobatan di tempat ini memiliki seorang ahli yang mempunyai kekuatan supranatural yang mampu mempercepat kesembuhan penyakit. Faktor lain yang menyebabkan pengobatan tradisional ini masih diminati masyarakat adalah kategori penyembuhan yaitu siapa yang berhak atau yang tepat dalam menyembuhkan, misalnya untuk penyakit C hanya D yang berhak, penyakit A hanya B yang tepat menyembuhkan. Dalam persepsi masyarakat juga menganggap penyakit yang tidak parah tidak perlu dibawa ke rumah sakit, karena penyakit yang diderita dianggap tidak mengancam jiwanya, tidak mengganggu nafsu makan serta masih mampu melakukan kegiatan sehari-hari walaupun agak terganggu (Zulkifli, 2004).

Setiap aspek dalam kehidupan dipengaruhi oleh budaya termasuk perilaku terhadap kesehatan (DeLaune & Ladner, 2002). Budaya mewakili persepsi, perilaku, penilaian atau panduan individu untuk menentukan keyakinan dan perilaku dalam kehidupannya. Keberagaman budaya yang ada di Indonesia dapat mengakibatkan perbedaan dalam nilai, norma, sikap dan gaya hidup masyarakat, khususnya dalam bidang kesehatan. Budaya mempengaruhi masyarakat dalam cara memandang kesehatan, cara atau praktek pengobatan dan perawatan, yang dapat mendukung atau bertentangan dengan norma kesehatan yang ada (Hitchcock et al, 1999) termasuk dalam berespon terhadap penyakit filariasis .

DeLaune & Ladner (2002) menyatakan bahwa faktor budaya masyarakat sangat menentukan perilaku baik itu perilaku yang mungkin dapat diterima maupun yang tidak berhubungan langsung terhadap kehidupan sehari-hari. Pada saat konsep budaya ini diaplikasikan terhadap kesehatan, maka hal ini mempengaruhi seseorang untuk bertindak terhadap kesehatan, menurutnya masyarakat Asia lebih banyak menggunakan pelayanan tradisional seperti herbal untuk pengobatan.

Upaya yang dilakukan klien dengan filariasis didalam penelitian ini juga ada yang mendatangi pelayanan yang berbau mistis seperti dukun (orang pintar. Kasnodihardjo (1990) menyatakan bahwa sampai saat ini masih banyak di antara penduduk di daerah endemis failariasis yang percaya bahwa filariasis merupakan penyakit keturunan. Sehingga apa yang telah menimpa atau terjadi diterima sebagai nasib. Bahkan mereka percaya bahwa orang sering demam karena gangguan setan/roh halus, padahal sebenarnya demam karena terinfeksi cacing filaria.

Oleh karena itu mereka kadang-kadang tidak segera mencari pengobatan ke tenaga kesehatan namun memilih mendatangi dukun. Bahkan penderita yang sudah membengkak kakinya (elephantiasis) tidak dibawa ke dokter, puskesmas atau rumah sakit, melainkan biasanya menaruh kepercayaan untuk penyembuhannya pada orang yang mereka anggap pintar (orang tua atau dukun). Mereka menganggap bahwa hanya orang semacam itu yang dapat menyembuhkan atau mengusir penyakitnya (Addis % Brady, 2007).

Filariasis yang sebagian masyarakat dipandang sebagai penyakit keturunan, kutukan atau gangguan roh halus menyebabkan sebagian masyarakat akan mengupayakan pengobatan tradisional terlebih dahulu daripada membawanya ke rumah sakit atau petugas kesehatan ( Mulyadi, 2007). Hal ini juga didukung oleh penelitian Nwoke (2007) bahwa masyarakat di daerah endemik percaya bahwa yang menyebabkan terjadinya filariasis adalah karena faktor keturunan, karena adanya kekuatan supranatural (santet), spiritual (dosa), dan penyebab dari alam seperti luka, berdiri di air dingin, dan berjalan di habitat serangga. Sehingga di daerah tersebut kebanyakan masyarakat mencari pelayanan dari pengobat tradisional, herbalist, tukang sihir atau di rawat di rumah.

Penelitian di India dan Ghana menghasilkan bahwa 46 % - 100 % penderita dengan filariasis mencari pengobatan ke *local healers* (dukun)

atau ke pelayanan tradisional selama beberapa tahun. Penelitian di Ghana memperlihatkan bahwa pengobatan modern seringkali di hindari dan jarang diminati oleh masyarakat. Mereka lebih memilih pengobatan tradisional dan spiritual. Walaupun banyak pasien mempercayai bahwa filariasis tidak bisa di obati dan disembuhkan namun mereka tetap pergi ke pengobatan tradisional dan spiritualist dan menggunakan obat herbal untuk mengobati penyakit yang dideritanya. Sebaliknya, beberapa di daerah India, yang mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan masyarakat (*Public health care*) yang baik, kebanyakan dari mereka lebih memilih berobat ke tenaga kesehatan walaupun beberapa dari mereka telah berobat ke pengobatan tradisional sebelumnya (Addiss & Brady, 2007). Hal ini juga didukung oleh penelitian Nwoke (2007) bahwa di daerah India, masyarakat yang mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan masyarakat yang baik lebih memilih berobat ke tenaga kesehatan.

Lubkin dan Larsen (2006) menyatakan bahwa klien dengan penyakit kronis mempunyai kepercayaan bahwa perusahaan obat-obatan mengambil keuntungan dari obat-obatan yang mereka jual, karena itu mereka tidak percaya pada petugas kesehatan sehingga lebih memilih pengobatan tradisional dan komplementer. Banyak isu yang berkembang sehubungan dengan pengobatan alternatif dan komplementer yang bertentangan dengan spiritual, sosial, nilai-nilai keluarga, medis dan kepercayaan. Contohnya penggunaan marijuana untuk terapi, bertentangan dengan aspek sosial dan merupakan salah satu barang yang dianggap illegal (Duke dalam Lubkin dan Larsen).

Beberapa terapi alternative dapat bertentangan dengan pengobatan medis dan cenderung berbahaya. Beberapa penelitian membuktikan bahwa pengobatan herbal yang dilakukan di tempat-tempat terapi tradisional dapat meningkatkan kecemasan, walaupun bentuknya adalah tehnik relaksasi. Lazarus dan Mayne (1990) menemukan bahwa tehnik relaksasi

mempunyai beberapa keterbatasan dan efek samping yang harus dipertimbangkan. Selain itu banyak terapi-terapi modalitas tidak mempunyai basis penelitian yang jelas. Padahal klien berasumsi bahwa terapi herbal aman karena bersifat natural dan murah. Sehingga NCCAM ( National Center For Complementary and Alternative Medicine) telah melakukan (1) Melakukan kajian mengeksklore terhadap terapi komplementer dan alternative (2) melakukan latihan terhadap peneliti-peneliti dalam bidang terapi komplementer dan alternative (3) memberikan penjelasan tentang terapi komplementer dan alternative kepada masyarakat. Pengenalan terhadap intervensi pelayanan kesehatan yang terlambat akan berakibat pada keterlambatan penetapan diagnosis, sehingga dapat mengakibatkan keterlambatan penanganan sehingga penyakit bisa berakibat fatal terhadap penderitanya.

Penelitian Astin (1998) dan Quinn, (2000) mengahasilkan bahwa beberapa alasan yang menyebabkan mengapa konsumen lebih memilih pengobatan alternatif diantaranya karena ada beberapa penyakit yang dianggap tidak bisa disembuhkan oleh medis, adanya campur tangan orang lain dalam memilih pengobatan dan perawatan, menghindari efek samping dari obat-obatan konvensional, dan budaya. Sehingga sebagai seorang perawat harus memahami berbagai jenis pengobatan yang kemungkinan klien filariasis gunakan.

**Tema 8 : Hambatan terhadap upaya pencarian pelayanan kesehatan.**

Klien dengan filariasis dalam penelitian ini mengambil tindakan pencarian pelayanan kesehatan berdasarkan keadaan ekonominya saat ini. Klien yang tidak mampu dan dirawat di rumah memanfaatkan sumber-sumber material yang dimiliki untuk membiayai sakitnya agar segera sembuh. Penelitian ini mengidentifikasi ketidakmampuan keluarga dan kurangnya dukungan finansial untuk penderita untuk melakukan upaya pengobatan penyakitnya, yang disebabkan karena besarnya biaya yang dibutuhkan

untuk berobat dan dikarenakan penderita yang sudah berhenti bekerja karena sakit.

Penderita yang tidak mempunyai dukungan finansial yang kurang memadai memanfaatkan sumber-sumber dari alam untuk mengobati penyakitnya dan tidak mendatangi petugas kesehatan karena keterbatasan biaya. Sumber ekonomi yang pada umumnya dimanfaatkan klien antara lain : tabungan dan patungan antar anggota keluarga. Faktor ekonomi dapat ikut menentukan apakah klien selama ini berobat atau membiarkan penyakit yang menimpa dirinya. Seperti yang dialami klien dalam penelitian ini, mereka lebih banyak menggunakan bantuan yang berasal dari anak-anak ataupun dari orangtua mereka.

Febrianto (2008) menyatakan bahwa rendahnya status sosial ekonomi akan menyebabkan akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan akan terbatas yang pada akhirnya akan mendorong meningkatnya prevalensi penyakit filariasis. Selain itu biaya pengobatan yang mahal juga menyebabkan mereka enggan melakukan pengobatan karena ketidakmampuan. Studi di Philipina mengkalkulasikan biaya berobat klien dengan filariasis menghabiskan sekitar US\$ 25 perorang setiap ada serangan baik itu gejala akut (ADLA) ataupun kronis, sehingga lebih banyak dari mereka lebih memilih melakukan perawatan di rumah daripada membawanya ke petugas kesehatan.

#### **5.1.5 Sistem pendukung yang digunakan klien dalam melakukan upaya mengatasi penyakit filariasis.**

Sistem pendukung keluarga merupakan faktor yang memperkuat klien dan keluarga dalam melakukan upaya perawatan dan pengobatan terhadap penyakit. Hasil penelitian ini mendapatkan satu tema tentang dukungan terhadap penderita.

### **Tema 9 : Dukungan Terhadap Penderita**

Definisi sederhana dari dukungan sosial adalah akses terhadap individu, kelompok atau institusi yang dapat memberikan bantuan dalam situasi yang sulit (Norbeck et al, 1983 dalam Carvahaels, Benicio, & Barros, 2005). Pender (2001) mendefinisikan dukungan sosial sebagai perasaan subjektif memiliki, merasa diterima, dihargai, bernilai, dibutuhkan oleh seseorang, tidak hanya apa yang seseorang dapat lakukan bagi orang lain. Lepore (dalam Anderson & McFarlane, 2004) menyebutkan bahwa dukungan sosial dapat meningkatkan status kesehatan dan penerimaan seseorang terhadap penyakit yang dialaminya.

Clement et al (2002) menyatakan bahwa dukungan sosial sangat membantu seseorang dalam menjalankan aktivitasnya sehari-hari. Person, et al (2009) menyatakan bahwa dukungan keluarga yang positif akan mempengaruhi coping dan kemampuan individu untuk mengembangkan coping yang realistis dan efektif dalam menghadapi ketegangan (stress) dan berduka terkait penyakitnya. Dukungan yang positif bagi klien dengan filariasis akan membantu mereka dalam menghadapi masalahnya. Sebuah studi di Haiti membuktikan bahwa pasien filariasis yang didukung penuh oleh keluarga memperlihatkan keinginan yang besar untuk melakukan perawatan filariasis dibandingkan dengan klien yang tidak mempunyai dukungan keluarga.

Kane (dalam Friedman 2003) mendefinisikan dukungan sosial keluarga sebagai proses hubungan antara keluarga dan lingkungan sosial. Sedangkan menurut Friedman (2003) dukungan sosial keluarga merupakan dukungan yang diterima oleh anggota keluarga atau dukungan yang dapat diakses oleh keluarga. Dalam penelitian ini, didapatkan hasil bahwa keluarga telah menggunakan sistem pendukung yaitu dukungan sosial keluarga dalam membantu upaya perawatan penyakit filariasis. Hal ini dibuktikan lebih lanjut oleh Ryan dan Austin ( dalam Friedman 1998)

bahwa adanya dukungan sosial yang adekuat berhubungan dengan penurunan angka kematian, akan mempercepat proses penyembuhan penyakit, dan pada lansia dapat meningkatkan kesehatan fisik, emosional, dan fungsi kognitif.

Dalam penelitian ini klien mendapatkan dukungan baik dari internal maupun dari eksternal keluarga. Sumber dukungan internal keluarga didapat dari orangtua, saudara dan teman. Sedangkan sumber dukungan eksternal keluarga didapat dari petugas kesehatan, bidan dan tetangga. Bentuk dukungan keluarga yang didapat oleh klien adalah dukungan informasi, semangat dan dukungan instrumental.

Sarafino (1998) menyebutkan orang lain yang bisa memberikan dukungan sosial ini terdiri dari pasangan hidup, orang tua, saudara, anak, kerabat, teman, rekan kerja, staf medis serta anggota dalam kelompok kemasyarakatan. Jenis dukungan sosial yang didapatkan klien filariasis di dalam penelitian ini, diantaranya yaitu :

1. Dukungan emosional

Dukungan emosional dalam penelitian ini terutama didapatkan dari pihak keluarga dalam bentuk dukungan bahwa mereka tetap dicintai dan dihargai oleh keluarga. Bentuk dukungan ini membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin, diperdulikan dan dicintai oleh sumber dukungan sosial sehingga individu dapat menghadapi masalah dengan lebih baik.

Dukungan ini lebih mengacu pada pemberian semangat, kehangatan, cinta kasih dan emosi (Wijesinge, et al, 2007). Dukungan emosi ini sangat diperlukan klien filariasis terutama dukungan dari keluarga dan masyarakat, dimana keluarga dan masyarakat saat ini masih cenderung mendiskriminasikan klien dengan filariasis sebagai orang yang

membawa penyakit menular sehingga perlu dihindari atau isolasi sosial (Addis & Brady, 2007).

## 2. Dukungan harga diri

Dukungan harga diri yang teridentifikasi dalam penelitian ini adalah pemberian semangat untuk tidak menyerah kepada klien, sehingga klien dapat menerima kondisinya dengan sabar. Hal ini sesuai yang diungkapkan oleh Sarafino yaitu bentuk dari dukungan harga diri dapat berupa memberikan informasi yang pada seseorang bahwa dia dihargai dan diterima, dimana harga diri seseorang dapat ditingkatkan dengan mengkomunikasikan kepadanya bahwa dia berharga.

Bentuk dukungan ini membantu individu dalam membangun harga diri dan kompetensi. Stigma yang berkembang menganggap bahwa penyakit filariasis adalah penyakit "kutukan" dari Tuhan, oleh sebab itu klien dengan filariasis sangat membutuhkan dukungan penghargaan berupa penerimaan dan penilaian positif dari masyarakat (Mulyadi, 2007).

## 3. Dukungan instrumental

Dukungan instrumental yang didapat oleh keluarga adalah bentuk bantuan materil berupa uang dan makanan yang sangat dibutuhkan klien filariasis, dimana akibat penyakit yang dideritanya banyak klien menjadi jatuh miskin dan tidak punya apa-apa untuk makan dan berobat. Penyakit ini banyak diderita oleh usia produktif dan sebagian besar adalah laki-laki yang merupakan pencari nafkah utama. Hal ini tentu akan berdampak terhadap sektor ekonomi suatu keluarga (Seyoko, 2002). Bentuk dukungan ini dapat mengurangi stress karena individu dapat langsung memecahkan masalahnya yang berhubungan dengan materi.



#### 4. Dukungan informasional

Bentuk dukungan Informasi yang didapat oleh keluarga dalam penelitian ini adalah berupa informasi tentang penyakit, tempat pengobatan dan herbal yang bisa digunakan untuk mengatasi penyakit filariasis. Sarafino (1994) menyebutkan bahwa dukungan informasional dapat berupa pemberian saran, nasehat, arahan, dan umpan balik tentang apa yang sedang dan telah dilakukan seseorang. Jenis informasi seperti ini dapat menolong individu untuk mengenali dan mengatasi masalah dengan lebih mudah.

Masyarakat dan khususnya klien dengan filariasis perlu diberikan informasi berupa pendidikan kesehatan tentang penyakit filariasis agar mereka mengetahui bagaimana terjadinya perjalanan penyakit sampai menyebabkan penyakit filariasis, tanda dan gejalanya, serta mekanisme penularan penyakitnya (Depkes RI, 2001) sehingga masyarakat dapat lebih bijaksana dalam menyikapi klien dengan penyakit ini. Pengetahuan ini juga akan menambah pengetahuan mereka akan penyakit sehingga bisa ditanggulangi lebih awal (Wynd et al, 2007).

#### 5. Dukungan dari kelompok sosial

Penelitian ini tidak mendapatkan hasil adanya dukungan dari kelompok sosial untuk klien dengan filariasis. Hal ini mungkin disebabkan karena jarak rumah yang berjauhan antara satu dan lainnya sehingga mereka tidak bisa saling berkomunikasi antara satu dengan lainnya. Padahal bentuk dukungan ini akan membuat individu merasa anggota dari suatu kelompok yang memiliki kesamaan minat dan aktifitas sosial dengannya. Dengan begitu individu akan merasa memiliki teman senasib (Addis & Brady, 2007).

Dukungan sosial yang diberikan pada klien dengan filariasis memperlihatkan penurunan angka kesakitan, meningkatkan penerimaan terhadap penyakit sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup penderita. Di negara Brazil dibentuk suatu kelompok pendukung sosial yang diberi nama “*Hope Club*” untuk memfasilitasi penderita mendapatkan dukungan sosial dan emosional, memecahkan masalah bersama-sama, dan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit. (Addis & Brady, 2007). Mendukung hal diatas, coreil et al (1998), menyebutkan, klien filariasis yang mempunyai teman senasib merasa nyaman berada disekitar orang-orang yang mempunyai penyakit yang sama, dan sebaliknya orang yang tidak punya teman senasib merasa terisolasi dan kesepian. Seorang partisipan wanita menyatakan rasa haru pada saat ia berkata betapa bahagiannya dia menemukan teman seperti dirinya seperti yang diungkapkannya dibawah ini :

*“ I used to live with sadness when I wasn't in this programme. Now I see others who have it and it's not me alone ”* (saya biasanya hidup dalam kesedihan, pada saat saya tidak mengikuti program ini, sekarang saya melihat orang lain yang memiliki penyakit yang sama dengan saya, dan saya merasa tidak sendiri)

#### **5.1.6 Harapan klien terhadap pelayanan kesehatan/keperawatan terkait penyakit filariasis.**

Harapan merupakan suatu mekanisme antisipasi masa depan dengan membantu klien melihat suatu potensi diri dengan realistis. Beberapa klien, khususnya dengan kehilangan memperlihatkan respon kesedihan, putus asa, dan ketidakberdayaan. Maka harapan dapat menjadi energi baru yang membawa individu untuk merencanakan, bertindak untuk mencapai kesuksesan (DeLaune & Ladner, 2002).

Penyakit filariasis merupakan masalah yang perlu ditangani segera agar dampak yang dihasilkan tidak menjadi lebih parah. Untuk itu pemerintah perlu melakukan berbagai upaya agar penyakit ini dapat ditanggulangi

sejak dini sehingga tidak menjadi beban di keluarga dan masyarakat. Penelitian ini menggali harapan keluarga terhadap pelayanan kesehatan dalam upaya pengobatan dan perawatan penyakit filariasis yang menghasilkan satu tema yaitu keinginan klien filariasis yang akan dijelaskan dibawah ini :

#### **Tema 10 : Keinginan Klien Filariasis**

Keinginan klien dalam penelitian ini adalah keinginan terkait dengan perawatan dan pengobatan dan kehidupan klien selanjutnya setelah mengalami filariasis, baik itu keinginan terhadap diri sendiri, terhadap keluarga, terhadap masyarakat dan petugas kesehatan.

Keinginan klien terhadap dirinya sendiri adalah ingin segera sembuh sehingga bisa bekerja seperti sedia sebelumnya agar dapat memaksimalkan perannya sebagai kepala keluarga. Setelah menderita penyakit ini dan terjadi komplikasi klien terpaksa berhenti dari tempat bekerja karena tidak mampu lagi untuk berjalan sehingga perekonomian keluarga menjadi tidak stabil. Selain menyebabkan kesakitan pada penderita, filariasis menyebabkan penurunan produktivitas individu sehingga akan menurunkan produktivitas keluarga, masyarakat serta negara (Sudomo, 2008). Selain hal itu filariasis banyak diderita oleh laki-laki berusia dewasa dibandingkan usia remaja atau anak-anak. Sehingga penyakit ini akan sangat berpengaruh terhadap kondisi perekonomian sebuah keluarga (Soeyoko, 2002).

Keinginan lainnya yaitu spiritual (ingin diampuni dosa). Spiritual adalah elemen kunci dari harapan dan keinginan. Harapan adalah suatu konsep multidimensi yang membawa ketenangan pada saat seorang individu mendapat musibah (Potter & Perry, 2005). Harapan memberikan suatu energi baru yang mendorong individu termotivasi untuk meningkatkan penerimaan dirinya. Pada saat seseorang menderita suatu penyakit kronis,

pasti akan mengalami penderitaan akibat penyakitnya yang dapat merubah kemampuan untuk meneruskan gaya hidupnya. Benner dan Wrubel (1989 dalam Perry & Potter) menyatakan bahwa penyakit merupakan suatu pertanda yang mengharuskan seseorang itu untuk istirahat agar penyakit tidak bertambah parah.

Bagi pemeluk agama Islam, sakit merupakan ujian yang dapat memberikan keutamaan dan manfaat yang besar, baik bagi si penderita maupun keluarganya. Diantaranya adalah dapat menghapus dosa dan memperoleh pahala kebaikan. Oleh karena itu, bagi pemeluk Islam, penyakit harus dihadapi dengan sikap, pemikiran dan perilaku yang positif (Rhanu, 2009) sehingga meningkatkan penerimaan terhadap kondisinya.

Penyakit kronis dapat mengancam kemandirian individu, menyebabkan rasa takut, kecemasan dan kehilangan semangat. Seorang individu dengan penyakit kronis dapat merasa kehilangan tujuan hidup sehingga berefek terhadap kekuatan dalam diri yang menyebabkan dia harus berkompromi terhadap perubahan gaya hidupnya. Spritual dapat menjadi faktor penentu bagaimana seseorang beradaptasi dengan perubahan hidup akibat penyakit kronis. Individu yang mempunyai keimanan yang kuat akan memiliki kesempatan yang lebih baik untuk mengembalikan identitas dirinya dan hidup dengan potensi yang dipunyainya (Potter & Perry, 2005) untuk itu seseorang harus mempunyai spritual yang sehat.

Keinginan klien terhadap keluarganya adalah ingin agar penyakit ini tidak menular ke anggota keluarga yang lainnya dan kesehatan keluarga yang optimal sehingga mampu merawat klien. Ketidakmampuan klien untuk melakukan aktifitas juga menyebabkan penderita banyak bergantung kepada keluarga, sehingga sangat membutuhkan dukungan baik itu materi, bantuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari maupun emosi (Addiss & Brady, 2007).

Kebanyakan gejala akut filariasis secara langsung tidak berdampak terhadap perekonomian, tapi karena kehilangan pekerjaan (tidak bisa bekerja) menjadikan berdampak secara tidak langsung terhadap perekonomian. Gejala akut dan kronis secara signifikan berefek terhadap kemampuan klien untuk bekerja untuk memenuhi kebutuhan ekonomi seperti bekerja dan melakukan aktivitas sehari-hari.

Keinginan klien terhadap masyarakat yaitu ingin dibantu pengobatannya karena klien sudah lama tidak bekerja sehingga menjadi tidak mampu dan semua perekonomian digantungkan pada keluarga. Mahalnya biaya pengobatan menyebabkan klien tidak mampu untuk melakukan perawatan dan pengobatan sehari-hari sehingga membutuhkan uluran tangan dermawan terutama bagi klien yang membutuhkan operasi untuk mengobati penyakitnya. Klien yang membutuhkan bantuan operasi dalam penelitian ini adalah klien yang komplikasi penyakit yang terjadi hidrokel (pembesaran skrotum).

Addiss dan brady (2007) menyebutkan bahwa komplikasi yang terjadi hidrokel dianjurkan untuk dilakukan operasi. Suatu penelitian kualitatif di Ghana dengan melakukan wawancara klien hidrokel yang sudah 1,5 tahun setelah dilakukan pembedahan menyatakan bahwa mereka mengalami peningkatan harga diri, fungsi seksual, mampu melakukan pekerjaan dan mampu berpartisipasi terhadap kegiatan-kegiatan yang ada di masyarakat Ahorlu et al (Dalam Addis & Brady, 2007). Ramaiah (2000) melaporkan bahwa biaya untuk operasi hidrokel berkisar antara US\$ 500 – 1400 di rumah sakit pemerintah dan US\$ 1500 – 4700 di rumah sakit swasta.

Klien dalam penelitian ini juga memiliki keinginan yang ditujukan terhadap petugas kesehatan dan pemerintah. Keinginan klien filariasis diantaranya yaitu adanya tindak lanjut pengobatan, biaya transportasi, dilakukan promosi yang terus menerus, dan bantuan dalam bentuk jaminan

biaya hidup. Perawat komunitas dalam hal ini petugas puskesmas sebagai ujung tombak di masyarakat untuk memberikan pendidikan kesehatan dalam upaya mencegah penularan penyakit dimasyarakat (Hitchcock et al, 1999). Dalam usaha melakukan pencegahan terhadap penyakit menular, seorang perawat komunitas terutama petugas puskesmas berada dalam posisi yang paling tepat dalam penanganan masalah penyakit filariasis, terutama dalam memberikan dukungan dan pedoman yang berkaitan dengan filariasis yang diperlukan untuk masyarakat.

Klien dalam penelitian ini juga mempunyai pengetahuan yang rendah tentang penyakit filariasis, sehingga promosi kesehatan yang dilakukan secara terus menerus merupakan proses penting, karena dapat merubah prilaku dan nilai yang dianut sebelumnya tentang suatu penyakit. Melalui promosi dan pendidikan kesehatan sedikit demi sedikit nilai-nilai dan prilaku lama yang melekat pada diri seseorang dan dianut penduduk setempat dapat dilepaskan oleh masyarakat tersebut (Kasnodiharjo, 1990).

Selain itu juga klien dengan filariasis mengharapkan biaya transportasi menjadi perhatian karena biaya tersebut sangat besar disamping biaya pengobatannya yang gratis. Studi di Haiti mengindikasikan bahwa biaya untuk pengobatan gejala akut maupun kronis filariasis berkisar antara US\$ 25 – US\$ 162 setiap kejadiannya. Di Srilangka, dilaporkan biayanya berkisar antara US\$ 738 di setiap serangan untuk perawatannya, walaupun di Rumah Sakit pemerintah biaya pengobatan ini adalah *free* (gratis), namun ada beberapa biaya yang harus dikeluarkan oleh klien seperti biaya perawatan, obat, dan biaya transportasi. Di beberapa penelitian lainnya dinyatakan bahwa biaya transportasi dan makan, dilaporkan lebih besar dari pada biaya pengobatan itu sendiri (Nwoke, 2007).

## 5.2 KETERBATASAN PENELITIAN

Penelitian ini masih memiliki banyak keterbatasan dan kekurangan diantaranya yaitu :

- 5.2.1 Kemampuan peneliti untuk melakukan wawancara mendalam dan catatan lapangan yang belum maksimal. Penelitian ini merupakan pengalaman pertama peneliti dalam melakukan penelitian kualitatif dengan metode wawancara mendalam. Banyak data-data yang mungkin bisa dilakukan penggalian lebih dalam jika peneliti dapat meningkatkan kemampuan melakukan wawancara mendalam. Peneliti juga sering kesulitan untuk berkonsentrasi mendengarkan pernyataan klien dan sering lupa untuk menuliskan respon non verbal klien. Peneliti harusnya dapat berfikir cepat dalam mencerna pernyataan-pernyataan yang diungkapkan oleh klien kemudian menanyakan pertanyaan berikutnya untuk menggali pengalaman klien lebih dalam.
- 5.2.2 Kesulitan dalam pemilihan informan yang betul-betul memahami dan mampu menceritakannya pengalamannya sehingga dapat berdampak terhadap kedalaman informasi yang diperoleh. Selain itu, peneliti masih menemukan beberapa klien yang kurang terbuka dalam menceritakan pengalamannya. Mungkin ini disebabkan karena beberapa hal yaitu seperti hubungan saling percaya yang belum terbina dengan baik antara peneliti dan klien dan kepribadian klien yang mungkin agak tertutup sehingga tidak mudah menceritakan hal-hal yang bersifat pribadi dengan orang lain.
- 5.2.3 Peneliti mengalami keterbatasan dalam menemukan referensi jurnal penelitian kualitatif mengenai penyakit filariasis. Tapi penelitian yang bersifat kuantitatif lebih banyak ditemukan.

### 5.3 IMPLIKASI UNTUK KEPERAWATAN

Penelitian ini memiliki beberapa implikasi untuk pelayanan keperawatan komunitas, Ilmu keperawatan dan penelitian keperawatan.

#### 5.3.1 Implikasi untuk Pelayanan Keperawatan Komunitas

5.3.1.1 Hasil penelitian ini memberikan gambaran mengenai respon klien pada saat terdiagnosa filariasis yang mengalami perasaan psikologis yang diekspresikan dengan menyangkal, marah, tawar menawar, depresi dan menerima keadaannya. Respon tersebut tentunya akan mempengaruhi sikap dan perilaku klien dalam melakukan perawatan penyakit ini serta secara tidak langsung akan memberikan dampak bagi penderitanya seperti menolak perawatan. Hal ini tentunya memerlukan perhatian khusus dari perawat komunitas dalam pemberian asuhan keperawatan terkait dengan respon klien filariasis. Respon Psikologis dan fisik tersebut merupakan isu penting yang teridentifikasi dan perlu ditangani untuk mencegah dampak yang lebih jauh. Perawat yang mengetahui respon ini dapat mengkaji, mengidentifikasi, mencegah dan mengintervensi situasi ini dengan lebih baik.

Untuk itu perawat harus memiliki pemahaman yang mendalam tentang arti dan makna perawatan filariasis dan makna pengalaman tersebut bagi klien. Terutama respon saat pertama kali terdiagnosa baik itu respon psikologis maupun respon fisik, hal ini merupakan aspek yang penting dipertimbangkan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon yang dihadapi saat itu. Oleh karena itu diperlukan adanya upaya dari tenaga kesehatan khususnya perawat atau tenaga kesehatan yang lain untuk memberikan sikap caring, menghargai, memperhatikan, dan mendengarkan keluhan atau perasaan yang dihadapi klien, sampai memberikan dukungan kepada klien pada fase-fase psikologis. Diharapkan juga adanya peran serta masyarakat terutama kader untuk



mendampingi klien dan keluarga dengan memberikan dukungan pada keluarga pada saat adanya respon psikologis tersebut.

- 5.3.1.2 Kurangnya pengetahuan klien terhadap filariasis menyebabkan respon klien terhadap program pengobatan ada yang mendukung dan ada yang kurang mendukung program eliminasi. Masyarakat dan khususnya klien dengan filariasis perlu diberikan informasi berupa pendidikan kesehatan tentang penyakit filariasis agar mereka mengetahui bagaimana terjadinya perjalanan penyakit sampai menyebabkan penyakit filariasis, tanda dan gejalanya, serta mekanisme penularan penyakitnya sehingga penyakit ini dapat ditanggulangi lebih awal .
- 5.3.1.3 Dampak yang muncul pada penelitian ini juga dapat digunakan oleh perawat sebagai acuan dalam mengkaji klien dengan filariasis dan mengidentifikasi klien yang berada pada resiko tinggi mengalami dampak baik secara fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual. Ketika perawat menemukan klien filariasis, maka perawat sebaiknya mengidentifikasi bentuk dampak yang dialami oleh klien. Pemahaman oleh perawat mengenai dampak yang dialami klien menjadikan dasar pemberian keperawatan yang holistic, menyangkut fisik, psikososial, cultural dan spiritual. Pengetahuan perawat tentang dampak fisik akibat filariasis dapat memberikan pemahaman yang mendalam bagi perawat agar perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan penyakit, selain itu juga, diharapkan perawat mampu membantu klien untuk hidup dengan keterbatasannya. Pengetahuan tentang dampak psikososial, dapat memberikan pemahaman bagi perawat untuk melihat klien secara holistic. Seorang perawat harus mengkaji pengalaman klien terkait penyakitnya dan mengembangkan strategi intervensi untuk mengatasi hal tersebut, agar stress psikologis dapat teratasi sehingga diharapkan dampaknya tidak akan berlanjut kearah yang lebih buruk.

Selain itu perawat juga perlu memahami aspek spiritual dari klien. Hitchcock, et al (1999) menyatakan penyakit yang bersifat kronis menyebabkan terjadinya pergeseran spiritualitas mereka. Mereka dapat menjadi lebih dekat kepada Tuhan atau bahkan menjauh. Pemahaman akan spiritual klien memberikan dasar bagi perawatan yang holistic. Perawat diharapkan mempunyai kemampuan dalam mengkaji spiritual klien dari berbagai perbedaan budaya, pengkajian ini bisa meliputi arti dari kesehatan menurut kepercayaan klien, kebahagiaan atau kenyamanan hidup klien. Model yang dapat digunakan untuk pengkajian spiritual dapat dengan model *Involvement and Belief Scale* yang merupakan instrument yang dibuat untuk mengkaji agama untuk melihat tindakan yang dilakukan sesuai dengan kepercayaan yang dipunyai klien.

- 5.2.1.1 Prilaku pencarian perawatan yang diupayakan oleh klien juga harus dikaji oleh perawat. Prilaku ini sangat dipengaruhi oleh sumber keuangan dan dukungan keluarga, dan budaya. Untuk itu perawat perlu memahami tentang konsep pengobatan tradisional sangat diperlukan, terutama bahan-bahan yang digunakan, cara pembuatan obat, sehingga dapat memperkirakan efek samping obat dan komplikasi yang dapat ditimbulkan oleh pengobatan tradisional tersebut. Selain itu, perawat komunitas dapat melakukan tindakan keperawatan lintas budaya pada klien filariasis, bernegosiasi untuk memilih pengobatan alternative yang sesuai, mendiskusikan keuntungan dan kerugian mendatangi pengobatan alternative tersebut sehingga dihasilkan suatu keputusan yang memuaskan bersama tim kesehatan.. Selain itu hambatan terhadap upaya pengobatan juga perlu diperhatikan oleh perawat, karena umumnya klien dengan filariasis adalah penduduk miskin yang kemungkinan memiliki pengetahuan yang rendah dan tidak memiliki akses yang baik terhadap pelayanan kesehatan, maka dari itu perlunya upaya pendampingan dengan melibatkan kader dan tokoh masyarakat dalam upaya berbagi tanggungjawab membantu memfasilitasi kebutuhan klien.

5.2.1.2 Guna memfasilitasi dukungan bagi penderita filariasis, perawat komunitas dapat membentuk suatu *peer group* filariasis ataupun *social support group* filariasis. *Peer group* filariasis diperuntukkan bagi klien filariasis untuk membentuk suatu kelompok sehingga masing-masing anggota kelompok akan saling berbagi pengalaman kehidupannya dalam melakukan perawatan filariasis. *Social support group* filariasis dibentuk oleh keluarga ataupun masyarakat di lingkungan klien filariasis dalam memberikan dukungan sosial bagi klien filariasis. Hal ini dapat memfasilitasi klien filariasis untuk bisa mandiri dan dapat berdampak positif terhadap penghapusan stigma dan diskriminasi sosial klien filariasis di komunitas. Kedua kelompok tersebut dapat dibentuk, dilaksanakan, dan dievaluasi secara bertahap oleh puskesmas.

### 5.3.2 Implikasi untuk Ilmu Keperawatan

Penelitian ini menghasilkan suatu pengalaman yang mendalam terkait dengan arti dan makna klien filariasis untuk klien dewasa. Beberapa tema dari sepuluh tema yang teridentifikasi dari penelitian ini masih memerlukan penelitian lebih lanjut guna mengidentifikasi lebih mendalam lagi terhadap tema tersebut. Tema-tema yang teridentifikasi dalam penelitian ini juga dapat digunakan sebagai dasar dalam pengembangan model pelayanan keperawatan komunitas yang sesuai.

Pada level individu seorang perawat harus dapat mengkaji kebutuhan klien. Pada klien filariasis umumnya klien mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehingga membutuhkan bantuan dari orang disekelilingnya. Untuk itu seorang perawat harus dapat melakukan suatu kajian tentang pemilihan model konsep / teori keperawatan yang sesuai dengan karakteristik klien agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang relevan. Salah satu model yang dapat diterapkan pada klien filariasis adalah teori self care Deficit dari Darotea Orem. Model ini mengacu pada tiga keperluan self care yaitu Universal self care requisite yang berkaitan dengan fungsi kemanusiaan dan proses kehidupan, biasanya mengacu pada

kebutuhan dasar manusia; developmental self care requisite yang terjadi yang berhubungan dengan tingkat perkembangan individu dan lingkungan dimana tempat mereka tinggal, yang berkaitan dengan perubahan hidup seseorang atau tingkat siklus kehidupan ; Health Deviation self care requisite yang Timbul karena kondisi yang tidak sehat dan merupakan kebutuhan-kebutuhan yang menjadi nyata karena sakit atau ketidakmampuan yang menginginkan perubahan dalam perilaku self care.

Untuk level keluarga, perawat juga harus memiliki pemahaman yang mendalam mengenai teori model yang biasa digunakan untuk keluarga. Salah satu teori keperawatan keluarga yang bisa digunakan untuk klien filariasis adalah teori Friedman.

Pada level masyarakat, perawat dapat mengembangkan suatu model asuhan keperawatan dimasyarakat yang berfokus pada populasi at risk dengan mengintegrasikan *Model Advanced Community Health Nursing*, Model Promosi Kesehatan dari Pender, Model Epidemiologi dari Leavell & Clark, diintegrasikan dengan Teori Sistem dari Betty Newman.

Pengkajian komunitas dilakukan dengan model advanced community health nursing dipadukan dengan Model epidemiologi Leavell and Clark. Sedangkan Intervensi yang dilakukan mengintegrasikan model promosi kesehatan dari Pender dan dipadukan dengan Model Sistem dari Betty Newman yang meliputi intervensi keperawatan primer, sekunder dan tertier. Model epidemiologi Leavell and Clark berfokus pada perjalanan alamiah dari penyakit untuk mengidentifikasi fenomena *host*, *agent* dan lingkungan dimana fokusnya adalah tanda gejala, durasi gejala klinis/akut sehingga bisa menemukan prevensi yang tepat dan dapat mengontrol efek penyakit terhadap manusia. Model Leavell and Clark mengidentifikasi 2 periode dari perjalanan alamiah penyakit yaitu periode prepathogenesis dan periode pathogenesis. Pada masa prepathogenesis perawat melihat

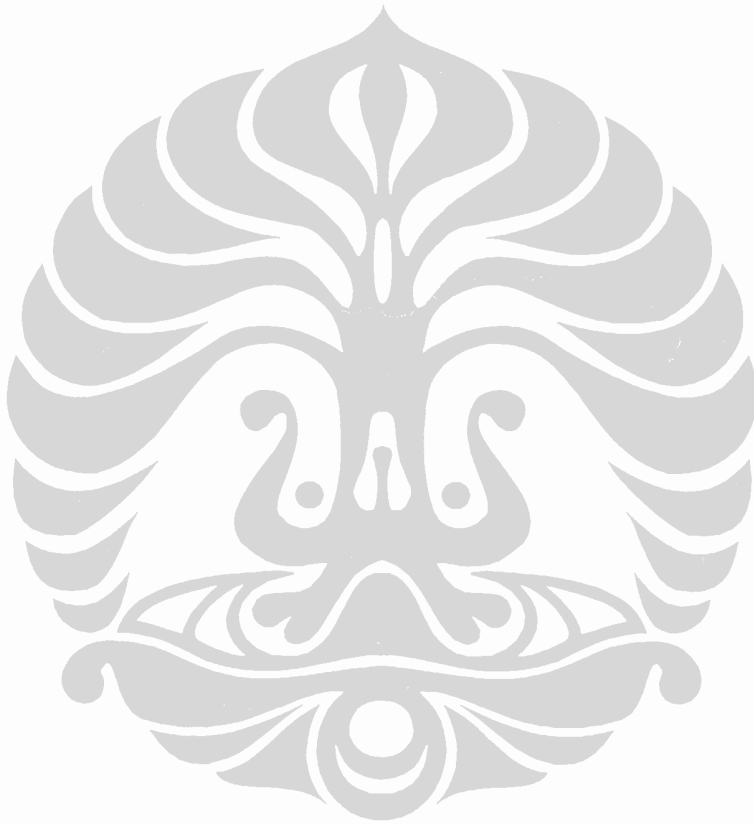
bagaimana interaksi antara agen dan manusia serta keterlibatan lingkungan. Pada fase ini perawat bisa menggunakan strategi pencegahan primer dengan promosi kesehatan dan proteksi spesifik. Fase Pathogenesis menurut Levell and Clark ada 4 tahap yaitu *Early pathogenesis, discernible early lesions, advance disease dan coalescence*. Pada periode *Early pathogenesis, discernible early lesions, dan advance*, perawat menggunakan prevensi sekunder dengan skreening dan untuk membatasi kecacatan dengan intervensi yang adekuat. Pada saat penyakit sudah memasuki tahap *coalescence* perawat menggunakan intervensi tertier yaitu rehabilitasi, melakukan advokasi untuk memobilisasi dukungan sosial bagi klien. Perawat juga harus dapat memfasilitasi, merujuk klien dengan filariasis yang dirawat maupun tidak dirawat untuk bergabung dengan kelompok dukungan sosial yang ada. Lebih jauh lagi, perawat juga dapat berperan dalam menciptakan kelompok-kelompok dukungan sosial yang dibutuhkan oleh klien dengan filariasis seperti kelompok masyarakat peduli filariasis.

Penelitian ini juga memiliki implikasi bagi pendidikan yang sedang berkembang di Indonesia. Pada pembahasan terlihat terlihat bahwa ada tema-tema yang muncul bagaimana budaya bisa mempengaruhi persepsi dan berupaya terhadap penyakit filariasis. Hal ini mengindikasikan pentingnya pendidikan keperawatan transkultural menjadi bagian dari kurikulum pendidikan Indonesia, khususnya bagi peserta didik yang akan terjun ke masyarakat yang sangat multikultural, maka peningkatan kemampuan peserta didik dalam menerapkan keperawatan transkultural pada konteks budaya yang sangat berbeda akan sangat dibutuhkan.

Mendukung hal diatas, institusi pendidikan hendaknya dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan para peserta didik dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien sesuai dengan kebutuhan klien yang unik, terutama klien dengan penyakit kronis seperti filariasis.

Universitas Indonesia

Institusi pendidikan juga dapat menjadi institusi terdepan dalam mengembangkan asuhan keperawatan keluarga atau komunitas dengan lebih menggalakkan kegiatan penelitian yang terkait dengan asuhan keperawatan klien dengan penyakit kronis untuk lebih mengembangkan ilmu keperawatan.



**Universitas Indonesia**

## **BAB 6**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Bab ini terdiri dari kesimpulan yang mencerminkan hasil yang didapatkan dari penelitian dan saran yang merupakan rekomendasi untuk tindak lanjut.

#### **6.1 Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan makna perawatan filariasis untuk klien dewasa di kecamatan Margaasih adalah sebagai berikut :

- 6.1.1 Respon klien pertama kali terdiagnosis filariasis adalah mengalami respon psikologis dan respon fisik. Respon psikologis yang teridentifikasi dalam penelitian ini ada yang menyangkal, marah, tawar menawar, depresi dan menerima. Sedangkan respon fisik yang teridentifikasi adalah adanya gangguan integumen, gangguan pergerakan dan gangguan pada alat reproduksi. Respon yang teridentifikasi sangat berpengaruh terhadap individu, sehingga akan mempengaruhi kualitas hidup.
- 6.1.2 Respon terhadap program eliminasi filariasis yang teridentifikasi ada yang mendukung dan kurang mendukung program eliminasi. Respon mendukung dihasilkan karena klien menaruh nilai yang tinggi terhadap pengobatan bahwa pengobatan sangat bermanfaat bagi kesehatannya, sehingga cenderung bersikap positif terhadap pengobatan.
- 6.1.3 Pola hidup sehari-hari klien sebelum terdiagnosis filariasis berkaitan dengan terjadinya perubahan aktivitas sehari-hari. Karena dampak yang ditimbulkan penyakit ini dapat menghambat aktivitas sehari-hari yang biasanya bisa

dilakukan klien tanpa bantuan, seperti mobilisasi, bekerja, dan melakukan perawatan sehari-hari.

- 6.1.4 Upaya yang dilakukan oleh klien untuk mengatasi masalah filariasis dengan mendatangi pelayanan tradisional, pelayanan mistis, dan petugas kesehatan. Hal ini terjadi karena masih ada informan yang mempunyai persepsi yang belum tepat tentang penyakit ini.
- 6.1.5 Sistem pendukung yang digunakan klien dalam melakukan upaya mengatasi penyakit filariasis terutama bersumber dari keluarga, masyarakat dan petugas kesehatan, adapun bentuk dukungan yang diberikan oleh keluarga adalah dalam bentuk uang untuk biaya pengobatan dan dukungan psikologis, sedangkan dari masyarakat berbentuk makanan pokok dan lauk-pauk.
- 6.1.6 Harapan klien terhadap pelayanan kesehatan yaitu adanya peningkatan jenis pelayanan dan frekuensi pelayanan, harapan terutama ditujukan kepada Puskesmas. Klien berharap agar pemerintah terutama puskesmas lebih memperhatikan masyarakat dalam hal mengatasi masalah filariasis seperti promosi kesehatan, bantuan keuangan, tindak lanjut pengobatan, perhatian dari petugas, dan konfirmasi kedatangan.

## **6.2 Saran**

### **6.2.1 Bagi Pengambil Kebijakan**

- 6.2.1.1 Peningkatan proaktif Unit Kesehatan Lingkungan, terutama dalam pemberian informasi tentang penyakit filariasis terutama kepada klien, keluarga dan masyarakat, sehingga penyebaran informasi secara teratur bisa terlaksana untuk mengubah perilaku dan sikap masyarakat, serta stigma yang berkembang terhadap penyakit filariasis.



- 6.2.1.2 Pemberian fasilitas yang dapat mendukung perubahan perilaku yang negative yang kurang sesuai dengan kesehatan, seperti: penyediaan tempat dan sarana-prasarana yang dapat memfasilitasi kegiatan penyampaian informasi mengenai penyakit filariasis.
- 6.2.1.3 Peningkatan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) bagi masyarakat khususnya peningkatan penyediaan obat-obatan yang dibutuhkan oleh klien dengan filariasis, dikarenakan masih banyak obat-obatan yang tidak tersedia di puskesmas seperti salep untuk mengobati gangguan yang terjadi di kulit kulit.
- 6.2.1.4 Program eliminasi filariasis melalui pengobatan massal dan individu harus ditunjang dengan pemantauan minum obat dan sosialisasi yang baik dari petugas puskesmas kepada klien dan keluarga pada waktu pertama kali mendapatkan obat anti filariasis. Klien dan keluarga sebaiknya diberikan penjelasan secara menyeluruh tentang penyakit filariasis dan perawatannya serta efek samping yang akan dialami oleh klien filariasis selama mendapatkan pengobatan DEC dan bagaimana cara mengatasi efek samping akibat obat tersebut. Hal ini dapat diatasi dengan adanya suatu kebijakan adanya program kunjungan rumah yang terjadwal dari petugas puskesmas ke rumah klien filariasis, sehingga tidak didapatkan lagi masyarakat yang membuang obat dan putus obat.
- 6.2.1.5 Perlu diberlakukan standarisasi untuk obat-obatan yang bersifat tradisional dan komplementer. Diharapkan, dengan adanya standarisasi ini mutu pengobatan tradisional akan dapat ditingkatkan, dan munculnya berbagai efek samping yang secara medis tidak dapat dipertanggung jawabkan, dapat dihindari.

- 6.2.1.6 Perlunya program pemberdayaan klien filariasis supaya sehat dan mandiri, yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki oleh klien filariasis. Pemberdayaan yang dilakukan misalnya adanya pelatihan ketrampilan khusus seperti pembuatan kerajinan tangan (*handycraft*) disesuaikan dengan produk-produk setempat. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan produktivitas dan kemandirian klien secara ekonomi.
- 6.2.1.7 Peningkatan program perawatan kesehatan masyarakat dalam program Puskesmas dan pelibatan perawat spesialis komunitas dalam menjalankan program Puskesmas dalam pembinaan klien dan keluarga yang mengalami masalah filariasis dan peningkatan pengetahuan kesehatan klien termasuk peningkatan keahlian dalam melakukan perawatan penyakit filariasis.

## **6.2.2 Pelayanan Keperawatan Komunitas**

- 6.2.2.1 Bagi organisasi profesi, perlunya peningkatan kompetensi perawat puskesmas khususnya yang bekerja diluar gedung, dalam penyusunan program pencegahan dan penanggulangan filariasis. Program yang disusun hendaknya disesuaikan dengan potensi dan keadaan wilayah masing-masing yang menyangkut aspek fisik, psikologis, sosial, ekonomi, kultural, dan spiritual. Aspek fisik berkaitan dengan perawatan dasar filariasis seperti perawatan kaki; aspek psikologis berkaitan dengan pemberian dukungan selama pengobatan filariasis; aspek sosial perlunya melibatkan tokoh masyarakat dalam mengakomodasi sosial support sehingga klien filariasis dapat diterima di masyarakat; aspek ekonomi melalui suatu pemberdayaan klien filariasis; dan aspek spiritual melalui peningkatan spiritualitas dengan forum keagamaan di masyarakat.

- 6.2.2.2 Peningkatan pelayanan kesehatan terutama sikap caring perawat atau tenaga kesehatan dalam menghadapi klien dengan filariasis untuk dapat mengurangi beban psikologis klien.
- 6.2.2.3 Perlunya peningkatan pengetahuan petugas/perawat yang ada di komunitas mengenai respon masyarakat terhadap program eliminasi filariasis. Respon ini penting untuk diketahui petugas kesehatan untuk mendukung penatalaksanaan filariasis di masyarakat dikarenakan masih banyak masyarakat yang kurang mendukung program karena kurangnya pengetahuan dan sosialisasi terhadap program eliminasi filariasis.
- 6.2.2.4 Perlunya pendampingan oleh perawat yang ada di komunitas dalam membantu klien untuk membuat keputusan terkait pengobatan yang sesuai dengan penyakitnya sehingga pengobatan supranatural selayaknya dapat dihindari.

### **6.2.3 Bagi Keluarga dan masyarakat**

- 6.2.3.1 Perlunya melibatkan keluarga dan masyarakat dalam memberi dukungan psikologis yang dapat mengurangi beban psikologis klien, seperti selalu mendampingi klien, dan berada didekatnya pada saat klien membutuhkan,
- 6.2.3.2 Perlunya pendampingan dalam pengobatan dan perawatan filariasis oleh mitra aktif setempat seperti kader kesehatan, tokoh masyarakat ataupun keluarga. Program pendampingan ini dapat dilakukan melalui sistem pencarian kasus baru, perawatan, supervisi, dan rujukan. Keluarga dan masyarakat yang menemukan penderita filariasis wajib melaporkan ke puskesmas, yang kemudian akan ditindaklanjuti oleh pihak puskesmas, selanjutnya dilakukan pengobatan, sehingga penyakit dapat ditanggulangi lebih awal.

6.2.3.3 Perlunya Pelatihan keterampilan keluarga untuk perawatan dasar penyakit filariasis agar penyakit ini tidak berkembang ke arah yang lebih buruk, serta peningkatan pengetahuan keluarga mengenai deteksi awal gejala penyakit agar penanganan penyakit filariasis tidak terlambat, sehingga dapat ditanggulangi lebih awal.

#### **6.3.4 Bagi Praktisi Peneliti Ilmu Keperawatan**

6.3.4.1 Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan melakukan penelitian kuantitatif tentang faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi respon klien dalam menghadapi penyakit filariasis dan sejauhmana respon klien berpengaruh terhadap upaya klien dalam melakukan perawatan.

6.3.4.2 Penelitian kuantitatif tentang pengaruh dukungan sosial keluarga terhadap peningkatan kualitas hidup klien filariasis

6.3.4.3 Pengembangan ilmu dengan penelitian lanjutan mengenai hubungan variabel pengaruh pembebatan dan elevasi kaki terhadap penurunan volume kaki penderita filariasis.

6.3.4.4 Perlu dilakukan penelitian *action research* tentang model pemberdayaan klien dan keluarga yang dapat meningkatkan kualitas hidup klien dengan filariasis.

## DAFTAR PUSTAKA

- Addiss, D.G & Brady, M.A (2007). *Morbidity management in the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis: a Review of the scientific literature* diakses dari <http://www.filariajournal.com/content/6/1/2> Pada tanggal 20 Februari 2010
- Aditya, R. 2009. *Filariasis*. Diakses dari [www.scribd.com](http://www.scribd.com) pada tanggal 20 desember 2009
- Ambarita, L.P & Sitorus, H. (2004). *A study On Mosquito Community in Sebus village (Filariasis Endemic Area) - South Sumatera*. Diakses dari <http://www.jurnalfilariasis.com> pada tanggal 10 Februari 2010
- Anderson, E.T & McFarlane, J. (2004). *Community as Partner. Theory and Practice in Nursing. Fourth Edition*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Anorital & Dewi, R. M.. ( 2004). *Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Penderita Filariasis Malayi Selama Pelaksanaan Pengobatan Di Kabupaten Tabalong Kalsel*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan : Departemen Kesehatan RI
- Azhari (2007) *Partisipasi Masyarakat Petani Dalam Pencegahan Penyakit Filariasis Di Kabupaten Asahan*. Diakses dari [http:// library.usu.ac.id/index.php/component/journals/index.php](http://library.usu.ac.id/index.php/component/journals/index.php) pada tanggal 5 Juli 2010
- Behbehani, K. (2002). *Candidate Parasitic Diseases* diakses dari [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov) pada tanggal 20 desember 2009.
- Beyrer, C., Villar, J.C., Suwanvanichkij, V., & Singh, S et al (2007). *Health and Human Rights 3: Neglected diseases, civil conflicts, and the right to health*. London: Edisi 9587; pg. 619, 9 pgs diakses dari [http:// proquest.com/pqdweb](http://proquest.com/pqdweb) pada tanggal 20 desember 2009.
- Bissler, J.V. (2009) *Five Stages of Grief: Myth or Consequence?*.diakses dari [http:// www.counselingforloss.com](http://www.counselingforloss.com) pada tanggal 08 Maret 2009.
- Bridges, J., Flatley, M., & Meyer, J. (2010). *Older people's and relatives' experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies*. International Journal of Nursing Studies. Oxford: Vol. 47, Edisi 1; pg. 89 diakses dari [diakses dari http:// proquest.com/pqdweb](http://proquest.com/pqdweb) pada tanggal 1 januari 2010

- Clemen –Stone, McGuire & Eigsti (2002). *Comprehensive community Health Nursing; Family, Aggregate & Community Practice*: 6 th Ed. Philadelphia: Mosby Inc.
- Creswell,J,W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design*. California : Sage Publication.Inc.
- Coreil,J., Mayard,G., Charles, J.L., & Addis, D.(1998). *Filarial elephantiasis among Haitian women : Social Context and behavioral factor in Treatment*. Diakses dari <http://www.haiti.nd.edu>. Pada tanggal 28 februari 2010.
- Corrigan,P.W & Watson,A.C & Ottati,V. (2003). *From Whence Comes Mental Illness Stigma?*. Diakses dari [Http:// http.psychiatryonline.org](Http://http.psychiatryonline.org) diakses tanggal 20 Februari 2010.
- DeLaune, S, C & Ladner, P., K (2002). *Fundamental Of Nursing ; Standards and Practice*; Delmar/ Thomson Learning
- Denzin & Lincoln. (1998). *Collecting And Interpreting Qualitative materials*. Thousand Oaks : Sage Publications, Inc
- Departemen Kesehatan, R.I. (2001). *Pedoman Program Filariasis di Indonesia*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI .( 2009). *Sistem Kesehatan Nasional ; Jakarta*
- Departemen Pendidikan Nasional (2001). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Edisi Ketiga : Balai Pustaka, Jakarta
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat (2009). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2009*.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung (2008). *Profil Kesehatan Kabupaten Bandung Tahun 2008*.
- Dreyer, G., Noroes, J., & Addis, D. (1997). *The silent burden of sexual disability with lymphatic filariasis*. diakses dari [http:// proquest.com/pqdweb](http://proquest.com/pqdweb) pada tanggal 20 desember 2009.
- Dovidio, J., Major, B., & Cracker, J. (2000). *Stigma: Introduction and overview*. New York: The Guilford Press.
- Ervin, Naomi,E. (2002). *Advanced Community Health Nursing Practice. Population Focused Care*.New Jersey: Prentice Hall.

- Embakri. (2009). *Fenomenologi*. Diakses dari <http://embakri.wordpress.com>, pada tanggal 20 desember 2009.
- Febrianto, B., Maharani, A & Widiarti. (2008). *Faktor Risiko filariasis di desa Samborejo, Kecamatan Tirto, Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah*. Diakses dari <http://www.Litbang.Depkes.go.id> pada tanggal 10 februari 2010.
- Ginulur, G (2009). *Kecamatan di Bandung Endemi Kaki Gajah*. Diakses dari <http://m.okezone.com> pada tanggal 20 desember 2009.
- Haryuningtyas,D & Subekti, D.T. (2008). *Dinamika Filariasis Di Indonesia*. Balai Penelitian Veteriner. Diakses dari <http://www.peternakan.litban.deptan.go.id> pada tanggal 10 Februari 2010.
- Hunter, J. M. (1992). *Elephantiasis: A disease of development in northeast Ghana. Social Science and Medicine*. diakses dari [http:// proquest.com/pqdweb](http://proquest.com/pqdweb) pada tanggal 20 desember 2009.
- Ilyas, I.( 1990). *Program Pemberantasan Filaria di Indonesia*. Direktorat Jenderal PPM dan PLP ; Departemen Kesehatan R., Jakarta.
- Indah, N.(2009). *Penyebab dan Penyebaran Penyakit Filariasis (Kaki Gajah)*. Univ. Bangka Belitung diakses dari <http://www.ubb.ac.id> pada tanggal 20 Februari 2010.
- Kasnodihardjo. (1990) *Aspek Sosio Budaya Dalam Penanggulangan Filariasis*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan ; Departemen Kesehatan R.1, Jakarta
- Kozier, B., Erb, G., Blais, K. & Wilkinson J.M. (2004). *Fundamentals of Nursing concepts, process and practice*. California : Addison Wesley Nursing.
- Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality : A Theory of Nursing*, National League for Nursing Press.
- Lubkin, I., M & Larsen, P., D (2006) *Chronic Illness; Impact and Intervention*. Sixth Edition: Jones and Bartlett Publishers
- Macnee, C.L.(2004). *Understanding nursing research : reading and using research in practice*. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Mubarok, M. ( 2009). *Kaki gajah* .diakses dari [http://: tribun.jabar.co.id](http://tribun.jabar.co.id) pada tanggal 21 Desember 2009

- Mardiana, E. (2009). *Majalaya Daerah endemic Paling Parah Di Bandung*. Diakses dari <http://m.detik.com> tanggal 20 Desember 2009.
- Mar'at (1990). *Sikap Manusia, Perubahan serta Pengukurannya*. Yogyakarta. Andi Offset
- Mulyadi. (2007). *Persepsi Penderita dan Keluarga Terhadap Penyakit dan Program Eliminasi Filariasis di Kecamatan Tunggal Ilir, Jambi*. Diakses dari <http://arc.ugm.id>. Pada tanggal 22 Desember 2009.
- Mustafa, H. (2000). *Teknik Sampling*. Diakses dari <http://www.unpar.ac.id> pada tanggal 17 Februari 2010
- NANDA. (2002). *North American Nursing Diagnoses Clasification 2001-2002*.
- Nies, M.A. & Mc Ewan, M. (2001) *Community health nursing: promoting the health of population*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders..
- Nies, M.A. & Mc Ewan, M. (2007) *Community /Public Health Nursing: promoting the health of population*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders..
- Nugrahanto, P. (2009). *Bandung Berpotensi Jadi Daerah endemis Filariasis*. Diakses dari <http://bandung.detik.com> diperoleh tanggal 12 desember 2009
- Notoatmodjo, S. (2005). *Promosi Kesehatan : Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Penerbit Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nwoke, B. E., Nwoke,E.A, Ikechukwu & Dozie,I.N.S (2007). *The Socioeconomic Impact of Lymphatic Filariasis in Tropical Countries*. Greensboro: Spring, Vol. 58, Edisi 1/2; pg. 5, 19 pgs diakses dari <http://proquest.com/pqdweb> pada tanggal 20 desember 2009
- Oemijati, Sri. (1993). *Masalah dalam Pemberantasan Filariasis di Indonesia*. Bagian Parasitologi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta
- Onwuliri,C.O, Anosike,J.C, Oguoma,et al.(2005) *The Impact of Cultural Behaviours, Local Beliefs, and Practices on Emerging Parasitic Diseases in Tropical Africa*. Greensboro: Winter. Vol. 56, Edisi 4; pg. 311, 18 pgs diakses dari <http://proquest.com/pqdweb> pada tanggal 20 desember 2009.



- Palestin, B. (2009). *Model Kemitraan Keperawatan Komunitas Dalam Pengembangan Kesehatan Masyarakat*. Diakses dari <http://www.dinkesngawi.net.htm> pada tanggal 20 desember 2009
- Patton, M. Q. 1990. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park : Sage
- Parewasi, H (2001) Pengaruh Karakteristik Masyarakat Petani Terhadap Meningkatnya Mf Filariasis Di Sulawesi Selatan. Diakses dari [digilib.litbang.depkes.go.id/go.php](http://digilib.litbang.depkes.go.id/go.php) pada tanggal 5 Juli 2010
- Partono (1990). *Filariasis dan Masalah Sosial dan ekonomi yang Berhubungan Dengan Pemberantasannya*. Litbang Depkes. RI.
- Person, B., Bartholomew, L.K., Gyapong, M., Addiss, David G., & Barne, Bart van den. (2009). *Health-related stigma among women with lymphatic filariasis from the Dominican Republic and Ghana*. *Social Science & Medicine*. Oxford: Vol. 68, Edisi 1; pg. 30 diakses dari <http://proquest.com/pqdweb> pada tanggal 20 desember 2009.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parson, M.A. (2001). *Health Promotion in Nursing Practice*. NJ : Prentice hall.
- Permana, R. (2009). *Menyoal Kasus Filariasis di Kabupaten Bandung*. Diakses dari <http://ramapermana.wordpress.com/2009> pada tanggal 20 desember 2010.
- Phemister, Andrew A & Crewe, Nancy M. (2004) *Objective Self-Awareness and Stigma: Implications for Persons with Visible Disabilities* *Journal of Rehabilitation*. Alexandria: Vol. 70, Edisi 2; pg. 33, 5 pgs diakses dari [www.journalfilariasis.com](http://www.journalfilariasis.com) pada tanggal 10 januari 2010
- Poerta (2009). *Menambah Pengetahuan Tentang Parasitologi*. Diakses dari <http://www.73filebook.com> pada tanggal 20 Februari 2010
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Fundamentals of nursing : concepts, process, and practice*. (6th ed.) Philadelphia : Mosby.

- Putra, A. (2007). *Faktor Risiko Filariasis di Kabupaten Tanjung Jabung Barat Propinsi Jambi*. Jurnal Ilmu kesehatan masyarakat. Program pascasarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta
- Ramaiah, K. D., & Kumar, K. N. V. (2000). *Effect of lymphatic filariasis on school children*. Acta Tropica, diakses dari <http://www.journalfilariasis.com> pada tanggal 10 januari 2010
- Rhanu (2009) *Keutamaan Sakit Menurut Islam* diakses dari <http://rhanu.web.id/keutamaan-sakit-menurut-islam/> pada tanggal 7 Juli 2010
- Rawlin, R.P., Williams, S.R., Beck, C.L (1993). *Mental – Health Psychiatric Nursing*. 3th ed. Philadelphia : Mosby Year Book,
- Retnani, E.B., Ridwan, Y., Tiuria, R., & Satrija, F(2001). *Pengaruh Tipe Iklim Terhadap Populasi Cacing*. Jurnal Parasitologi dan Patologi IPB., diakses dari <http://www.akademik.unsri.ac.id> id pada tanggal 10 februari 2010.
- Sabesan, S., Raju, H.K.K., Srividya, A.N., and Kumar Das, P. (2006). *Delimitation of lymphatic filariasis transmission risk areas: a geo-environmental approach*. diakses dari [www.journalfilariasis.com](http://www.journalfilariasis.com) pada tanggal 10 januari 2010.
- Sadli, S.(1990). *Psikologi Dalam Hubungannya Dengan Aspek Penyakit Tropis*. Litbang. Departemen Kesehatan RI.
- Sani, AN. (2009). *Segera Implementasikan PP 51/2009 Untuk Mencegah Tragedi Anti Filariasis Terulang*. Diakses dari <http://www.apotekkita.com> pada tanggal 2 januari 2010.
- Santoso , Ambarita L.P., Oktarina R., M. Sudomo. (2006). *Epidemiologi filariasis di desa sungai rengit kecamatan talang kelapa kabupaten banyuasin*. Jurnal litbang P2B2 Baturaja, Puslitbang Ekologi dan Status Kesehatan Jakarta diakses dari [www.libang.depkes.go.id](http://www.libang.depkes.go.id) pada tanggal 20 februari 2010.
- Sarafino.1998. *Health Psychology*. New Jersey : John Wilwy And Sons, inc
- Schimdt, G.D & Roberts, L.S., 2000. *Foundation of Parasitology*. 6thed . The McGraw Hill Companies, Inc.
- Smet,B.1994.*Psikologi Kesehatan*, Jakarta. PT Grasindo.
- Smith, M. (2002) *Stigma.Advance In Psychiatric Treatment* Vol 8 pp 317 – 425
- Syachrial, Z., Martini, S., Yudhastuti, S.A., & Huda, H. 2004. *Populasi nyamuk dewasa di daerah endemis filariasis studi di desa empat kecamatan simpang*

*empat kabupaten banjar tahun 2004*. diakses dari [journal.uair.ac.id](http://journal.uair.ac.id) pada tanggal 10 februari 2010.

Speziale, H.J.S, & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott and Wilkins.

Sudomo, M. (2008) . *Penyakit Parasitik Yang Kurang Diperhatikan Di Indonesia*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; Departemen Kesehatan Republik Indonesia

Sudomo, M.(1990). *Aspek Epidemiologi Filariasis yang Berhubungan dengan Pemberantasannya* Pusat Penelitian Ekologi Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan

Susan F. W., Guarner,J., Valme,A.L., Charles,J.L., Jones,T.L &Addiss.D.G (2004). *Histopathologic Improvement with Lymphedema Management Léogâne, Haiti*. Diakses dari <http://www.cdc.gov> pada tanggal 20 desember 2009)

Swanson, J.M., & Nies,M.A. (1997). *Community Health Nursing: Promoting The Health of Aggregates*. 2<sup>rd</sup> Ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (1996). *Community health nursing: promoting health of aggregates, families, and individuals*, 4<sup>th</sup> edition. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2000). *Community & Public Health Nursing*. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis : Mosby.

Supriyadi,A.(2009).*Filariasis*. diakses dari <http://www.recyclearea.com> pada tanggal 10 Februari 2010

Soeyoko (2002). *Penyakit Filariasi (Kaki Gajah: Permasalahan dan Alternatif Penanggulangannya*. Diakses dari <http://lib.ugm.id.pdf> pada tanggal 28 Februari 2010.

Sutanto,I., Ismid, IS., Sjarifudin, P.K., Sungkar (2008) *Parasitologi Kedokteran*. FKUI jakarta

Tomey &Alligod. (2006) *Nursing Theorist and Their Work* , Six Edition, St. Louis : Mosby –year Book, Inc.

Tsao, C.I., Tummala,A., & Robert,L.W.(2008) *Stigma In Mental Health Care*. Diakses dari [Http://ap.psychiatryonline.org](http://ap.psychiatryonline.org) pada tanggal 20 Februari 2010.

- Ulyana, P. (2009). *Filariasis*. Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FKUI/RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo diakses dari <http://www.drismailyusuf.blogspot.com> pada tanggal 20 Februari 2010
- Wijesinghe, R.S., Wickremasinghe, A.R., Ekanayake & Perera, M.S.A (2007). *Physical disability and psychosocial impact due to chronic filarial lymphoedema in Sri Lanka*. diakses dari [www.journalfilariasis.com](http://www.journalfilariasis.com) pada tanggal 10 januari 2010
- WHO. (2002). *Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis (GPELF)* . diakses dari <http://whqlibdoc.who.int>. pada tanggal 22 desember 2009.
- WHO. (2006). *Burden of Lymphatic Filariasis in South-East Asia Region*. Diakses dari [http:// www.searo.who.int.htm](http://www.searo.who.int.htm) pada tanggal 20 desember 2009
- Wynd,S., Melrose, W.D, Durrheim,D.N, Carron,J., & Gyapong,M., (2007). *Understanding The community impact of lymphatic filariasis: a review of the sociocultural literature*. World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization. Geneva: Vol. 85, Edisi 6; pg. 493, 6 pgs diakses dari [http:// proquest.com/pqdweb](http://proquest.com/pqdweb) pada tanggal 20 desember 2009
- Yurisa, W. (2008). *Etika Penelitian Ilmiah Univ. Riau diakses dari <http://www.yayanahyar.com> tanggal 10 Maret 2010*
- Yusuf. (2009). *Filariasis*. Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FKUI/RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo diakses dari <http://www.drismailyusuf.blogspot.com> pada tanggal 20 Februari 2010
- Zulkifli (2004). Pengobatan tradisional sebagai pengobatan alternatif harus dilestarikan diakses dari [diakses library.usu.ac.id/index.php/ component/ journals/index.php](http://diakses.library.usu.ac.id/index.php/component/journals/index.php) pada tanggal 5 juli 2010
- 
- \_\_\_\_\_.2009 *.Dilema Kaki Gajah* . diakses dari [www.koran-Jakarta.com](http://www.koran-Jakarta.com) pada tanggal 21 desember 2009.
- 
- \_\_\_\_\_. 2009. *Penderita Filariasis tersebar di 386 Di Kabupaten/ Kota* . Dakses dari <http://www.litbang.depkes.go.id> pada tanggal 22 Desember 2009.
- 
- \_\_\_\_\_. (2009). *Penyakit Kaki Gajah ( Filariasis atau Elephantiasis)*. Diakses dari <http://www.kalbe.com> pada tanggal 17 desember 2009.

---

\_\_\_\_\_. (2010). *Eliminasi Filariasis Berlanjut , Masih Ada 700.000 Warga Belum Mengonsumsi Obat*. Diakses dari <http://newspaper.pikiranrakyat.com> diperoleh tanggal 2 januari 2010

---

\_\_\_\_\_. (2009). *Pemerintah Kabupaten Harus Sediakan Anggaran Untuk pengobatan Masyarakat*. Diakses dari <http://www.kompas.com> pada tanggal 28 Februari 2010

---

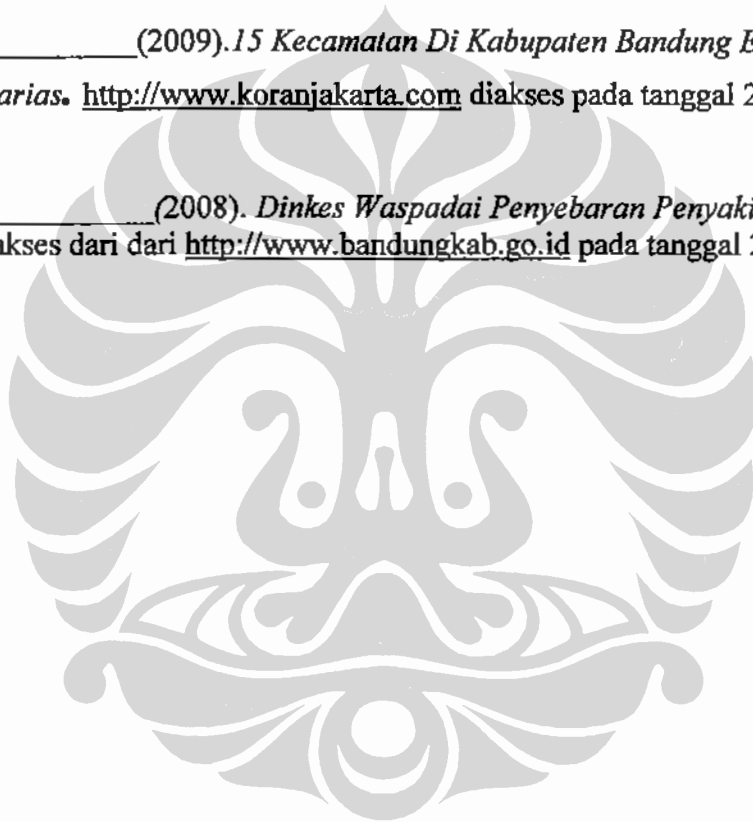
\_\_\_\_\_. (2009). *Warga Kabupaten Bandung Rentan Tertular Filariasis* diakses dari [diakses dari http://www.kompas.com](http://www.kompas.com) pada tanggal 28 Februari 2010

---

\_\_\_\_\_. (2009). *15 Kecamatan Di Kabupaten Bandung Endemik Filarias*. <http://www.koranjakarta.com> diakses pada tanggal 28 Februari 2010

---

\_\_\_\_\_. (2008). *Dinkes Waspada Penyebaran Penyakit Kaki Gajah*. Diakses dari <http://www.bandungkab.go.id> pada tanggal 28 Februari 2010





## DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN

No	Karakteristik Partisipan	Sub Karakteristik Partisipan	Kode Partisipan
1	Umur	35 – 45 tahun	P4
		46 - 55 tahun	P2
		56 – 65 tahun	P1, P3, P5
2	Pekerjaan	Bekerja	P3
		Tidak Bekerja	P1, P2, P4, P5
3	Jenis Kelamin	Laki-Laki	P1, P2
		Wanita	P3, P4, P5
4	Pendidikan	Tidak Tamat SD	P3
		SD	P1, P5
		SMP	P2
		SMA	P4
5	Suku	Sunda	P1, P2, P3, P5
		Jawa	P4
6	Lama Sakit filariasis	1 – 5 tahun	P1, P2, P4
		6 – 30 tahun	P3, P5
7	Anggota keluarga yang merawat	Orang tua	P4
		Istri	P1, P2
		Anak	P5
		Tidak Ada	P3
8	Tinggal bersama keluarga	Inti (nuclear family)	P4
		Besar (extended family)	P1, P2, P5
		Tinggal Sendiri	P3
9	Keadaan cacat	Elephantiasis	P1, P3, P4, P5
		Hidrokel	P2
10	Riwayat filariasis dalam keluarga	Ada	P5
		Tidak ada	P1, P2, P3, P4

**ANALISIS DATA PENELITIAN  
PENGALAMAN KLIEN DEWASA MENJALANI PERAWATAN FILARIASIS DI KECAMATAN MARGAASIH KAB. BANDUNG**

No	Tujuan Khusus	Tema	Sub Tema	Kategori	KATA KUNCI	Partisipan				
						P1	P2	P3	P4	P5
1	Respon klien saat pertama kali didiagnosis filariasis	Respon Psikologis	Menyangkal	Tidak Percaya/ Shock	gak nyangka akan jadi begini ya saya juga berfikir kenapa kok bisa begini bener gak sih inj kaki gajah antara percaya dan tidak waktu dikasi tau awalnya kaget juga...kok bisa ini sebenarnya apa gitu...sakit apa gitu... bukannya bapak tidak yakin kepada Allah. sanes kieu kaki gajah mah neng (bukan begini kaki gajah mah)...ngejarendul dina tv oge...ieu mah sanes kaki gajah (ini mah bukan kaki gajah) "...ini mah dari...bisi aya anu ieu nya kitu (mungkin ada yang ini...), neng ngartos ieu mun aya panghereuyan (neng ngerti dimainin(disante))... panghereuyan" ieu mah siga anu tidituna (ini mah kayaknya sudah dari sananya), bawaan, matak teu tiasa dilandongan (makanya gak bisa diobatan)		✓			✓
			Marah	Marah terhadap petugas Kesehatan	kalau mreka memang kasian sama mak kupaon teu ti baheula dibantuan diobatan sama mreka, kunaon bet ayeuna-ayeuna dibesar-besarkan, jaba kan gak dijamin damang,, mun ti baheula meren bisa sembuh kunaon teu ti baheula atuh dibiayaan (kenapa gak dari dulu dibiayaan)..nepi ka sembuh sok dibiayaan (sampai sembuh dibiayain) ... kan enggak...bukan sekarang...dari dulu...bukan sekarang..udah basi kitulah					✓
			Tawar menawar		Bapak kadang-kadang kecil hati, kunaon aya penyakit anu kieu...	✓				













					seema mah leu ditaruang ku masyarakat ( <i>banyaknya gak pada dimakan</i> )...naon da sehat cenah ( <i>buat apa, kan sehat</i> ) naon bet nuang anu kitu ( <i>kemapa makan yang begitu</i> )					√	
	Mendukung Program Eliminasi	Kepatuhan terhadap Program eliminasi	Keterangan Mengonsumsi Obat		<p>Dimakan neng da bapak mah hoyong sembuh</p> <p>Dimakan obatnya mah neng da obat kan buat sembuh</p> <p>Dimakan...bapak neng obatnya... seep ku ibu dituang</p> <p>Enggak takut kalau minum obatnya mba saya fikir karena itu obat...kita juga untuk suplemen waktu itu dikasih obat itu kan hanya sampai empat belas hari...obat itu diminun rutin gitu..</p> <p>obat mah...obat naon-naon ku abdi di tuang</p> <p>Bapak mah ngadukung ela teh...</p> <p>setuju wae neng.. da mau sehat.</p> <p>saya fikir karena itu obat...kita juga untuk suplemen da obat kan buat sembuh</p> <p>Semua obat kan buat sehat.</p> <p>Setuju wae ibu mah ah</p> <p>unggal aya anu ngawartosan (<i>setiap ada yang ngasih tau</i>) , angkat neng (<i>berangkat</i>)...</p>					√	
			Dukungan terhadap Pengobatan		<p>Dagang, buah-buahan, sayur, baso, apa aja gitu neng</p> <p>Kalau sehat, mampu bapak untuk mencari makan...</p> <p>bapak teh dulunya buruh ... supir neng....</p> <p>kadang-kadang teh ngebantuin orang</p> <p>Dulu mah jadi pembantu</p> <p>Kerja dipabrik digedebage</p> <p>Osok ka serang (<i>sawah</i>) ker anom, mah ngagebukan padi</p> <p>Kalau bapak belum pernah jalan-jalan,</p> <p>Nonton Tv Kalau dulu yang seneng kalau sokarang main bola, iniju, olah raga..</p> <p>Osok sasasih sakali kaditu ka kakak..</p>						√
3	Pola Hidup sehari-hari selama mengalami penyakit Filariasis	Aktivitas Sehari-hari	Aktivitas sebelum sakit	Pekerjaan							
			Rekreasi								









				gak ada yang datang barang ada yang ngobrol sama bapak sekarang Lebit banyak di kamar, ngunci diri. malu kalau keluar rumah sekarang mah bapak banyak dirumah wae... kalau mengurung diri dikamar sih enggak... cuma mungkin jadi sedikit males saja	✓	✓
				sudah lima tahun tidak berdagang, sejak sakit ini saja teu bisa jualan.... bapak teh sapeser oge teu gaduh sekarang sesudah masyarakat tau bapak ada penyakit, yang belanja ngirangan ( <i>berkurang</i> ).	✓	✓
				Sekarang mah mau kerja apa... da susah... Jalan juga susah....jalan juga gak bisa karena sakit bapak berhenti jadi supir.	✓	✓
				mun teu gaduh panyawat, merenan ge ianten gaduh acis Tos habis naon-naon	✓	✓
				di rumah sakit, ke hasan sadikin...gak pernah kemana-mana lagi... abdi ka dokter....atos( <i>sudah</i> ) diopname kapungkur di Ranca badak	✓	✓
				dokter umum di jalan padjadjaran, dokter cina mba Waktu itu tiga kali....ke dokter lan Bidan Ke dokter	✓	✓
				air panas, debu di rendam didatam air, bikin...air panas sama debu gitu	✓	✓
				terus sama batrawali digodog lantus dimandiin minuman-minuman sama rumput, ki urat	✓	✓
				daun sembung kitu....terus sirih, digodog (rebus), diminum. sekarang bapak obatnya dengan kunyit putih digodog, terus dileuet ( <i>dimakan</i> )	✓	✓
				tapal kuda, biar jalannya normal lagi direbus Sebulan berturut-turut pake obat herbal.	✓	✓
4	Upaya yang dilakukan klien dalam mengatasi penyakit filariasis	Prilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan	Profesional	Kunjungan Ke Rumah Sakit	Kunjungan ke Petugas Kesehatan	Penggunaan Herbal
			Tradisional			











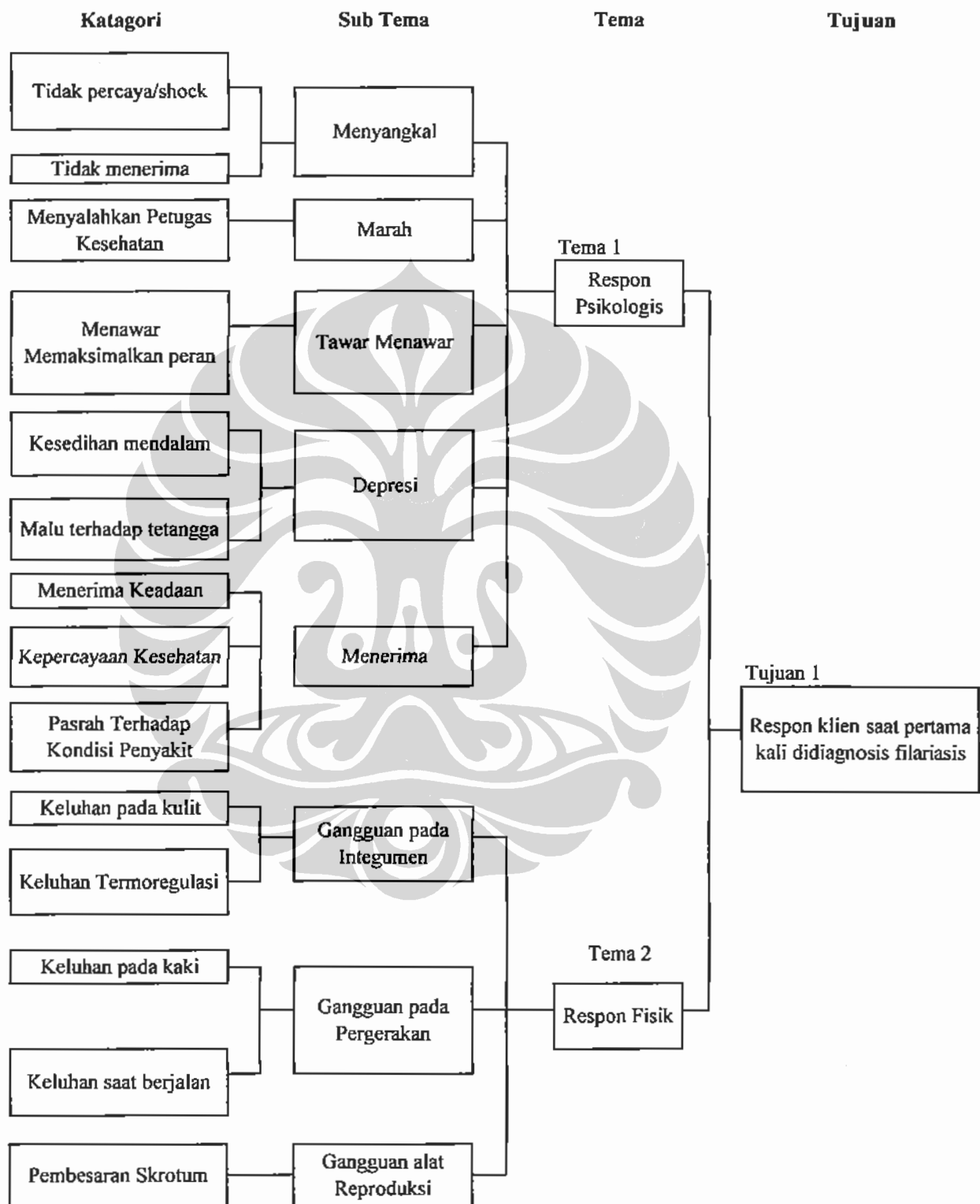
				lihat gambar-gambar yang ada di puskesmas suka lihat di tivi-tivi ada berita tentang kaki gajah...ada foto-fotonya				√	
				harus dijelaskan sejelas-jelasnya... da orang bodoh mah kadang-kadang takut ini obat apa					√
				Gak dijelaskan ini teh obat apa...					√
				saya juga menyayangkan disini.... kenapa tidak sejelas-jelasnya diterangkan pada masyarakat					√
			Semangat	simpati kayaknya lebih banyak dari saudara-saudara kakak saya terutama tidak pernah mengatakan kalau mereka malu punya adik sakit kaki gajah tapi memang dukungan moril untuk saya selalu ada					√
				tapi seut-seurna ( <i>sering-seringnya</i> ) mah wargi teh sok katarieu ( <i>suka kasini</i> ) wae....sering komo.. susaslih sakali ngarendong didieu					√
6	Harapan klien terhadap pelayanan kesehatan/keperawatan terkait penyakit Filariasis	Keinginan Klien Filariasis	Terhadap diri sendiri	memberi sodaqoh		√			
			Mengoptimalkan Peran	Kalau sehat, ... mau berusaha apa saja gitu lah pengen cepet-cepet sehat lagi, biar bisa kerja lagi bapak mah kalau ada, pengennya ngebantu anak-anak... kondisi bapak kun seperti nya masih bagus, mau aktivitas kaya dulu lagi, Da usia belum tua-tua teing					√
			Kesembuhan Fisik	mudah-mudahan yang maha kuasa, allloh nyembuhkeun		√			√
				Gak pengen lama-lama neng sakitnya					√
				Satu yang bapak ingini... pengen di operasi bapak teh neng pengen berobat lagi kalau ada uang mah neng					√
			Spiritual	kalau bapak ditakdirkan meninggal ya, cuma mengharapakan pengampunan Allah					√
			Membantu Pengobatan	minia margtiroh ( <i>ampunan</i> ), minia pangapunteu ti Allah		√			
			Terhadap Masyarakat	mudah-mudahan ada yang relahati, ada yang belaskasian					√
				Mudah-mudahan we atuh eneng ada yang bisa membantu bapak... Ya..nanti ada balasannya dari Allah					√



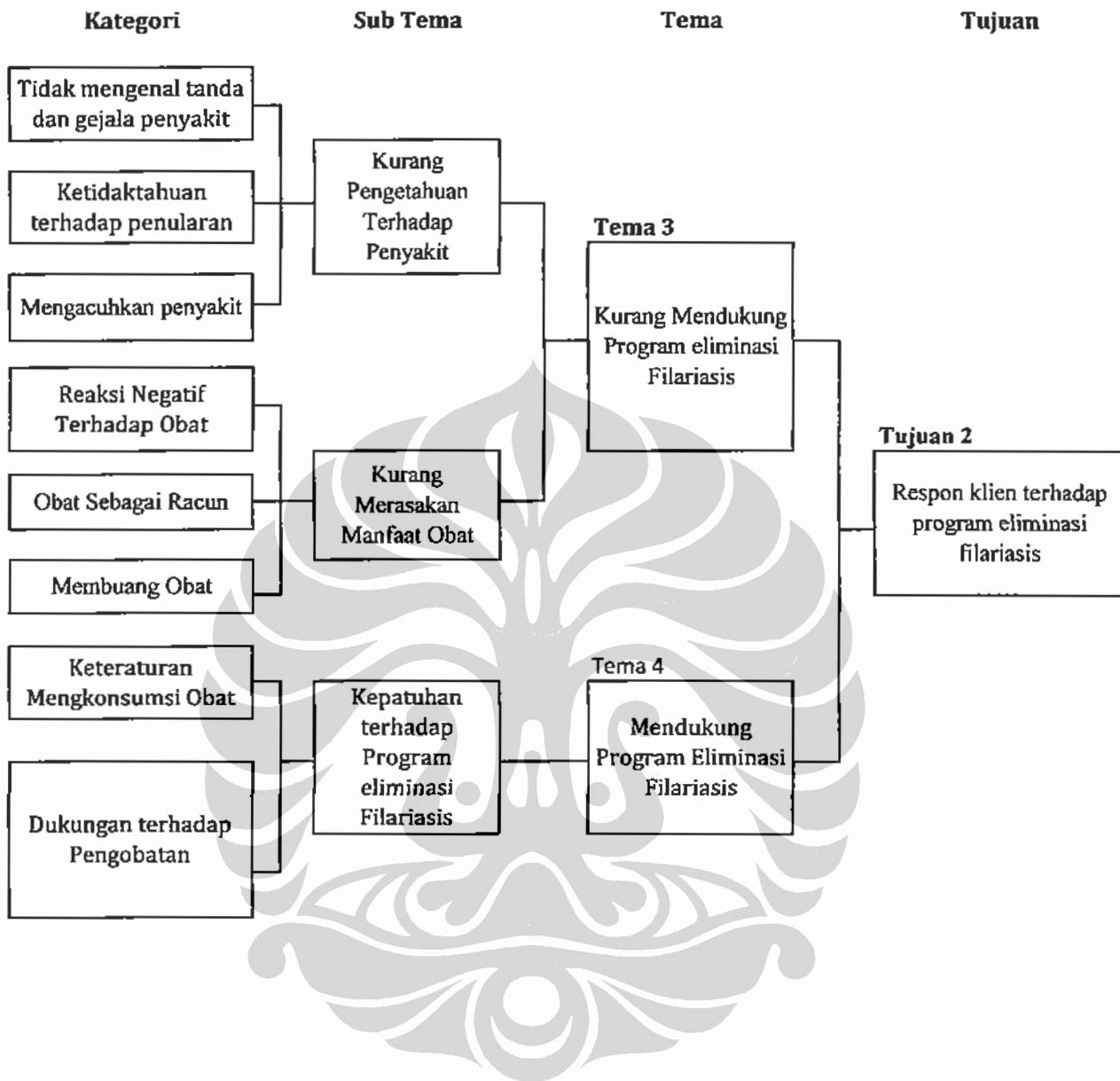


				harusnya kalau mau datang mah...laporan dulu...mak mau diperiksa ini ini ini				✓
				abdi teh sok keselna teh..mun teu aya anak, mak sendiri.. kesini nya banyak...jadi mak pan soak				✓
				Mudah-mudahan keluarga yang bapak yang lain gak ketularan.		✓		
				kemarin taunya pas dari dokter di rahayu itu... dijelaskan kalau ini memang penyakit menular...katanya lewat nyamuk, tapi harapan saya mudah-mudahan tidak menular ke keluarga...				✓
				mudah-mudahan murangkalih mah sehat..bisa ngurus mak				✓

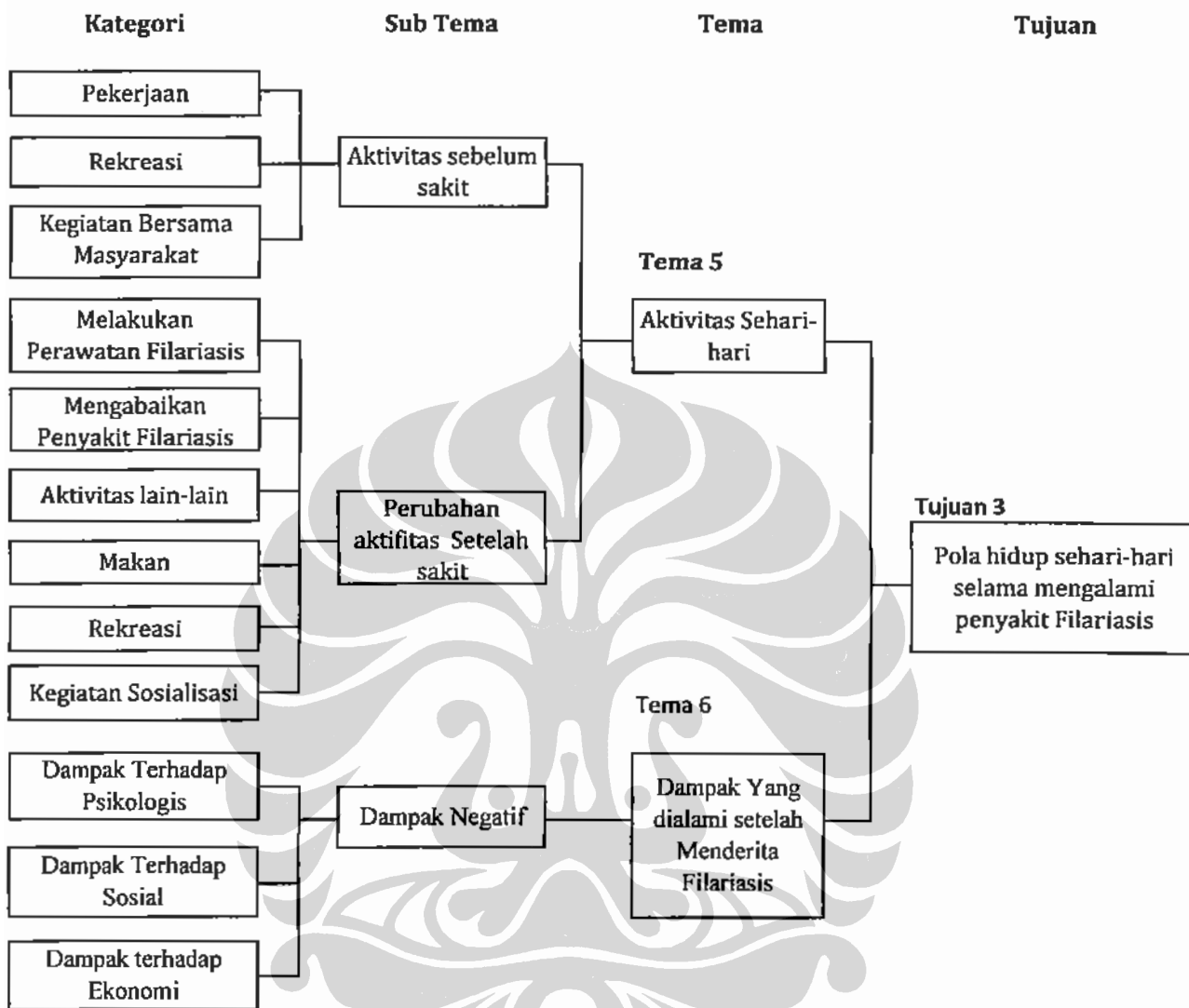
Skema I : Respon Klien Saat Pertama Kali terdiagnosa Filariasis



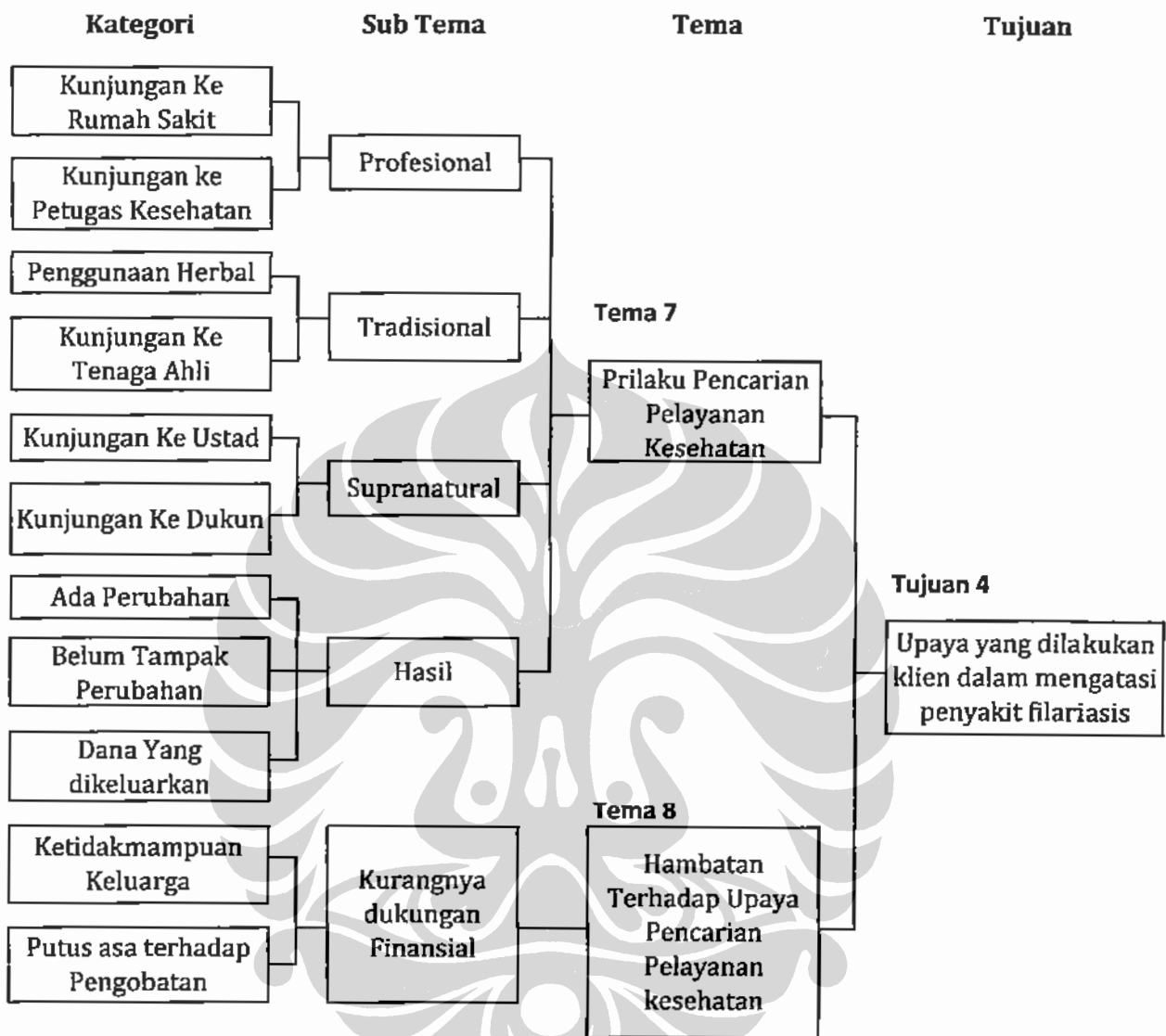
**Skema II : Respon klien terhadap program eliminasi filariasis**



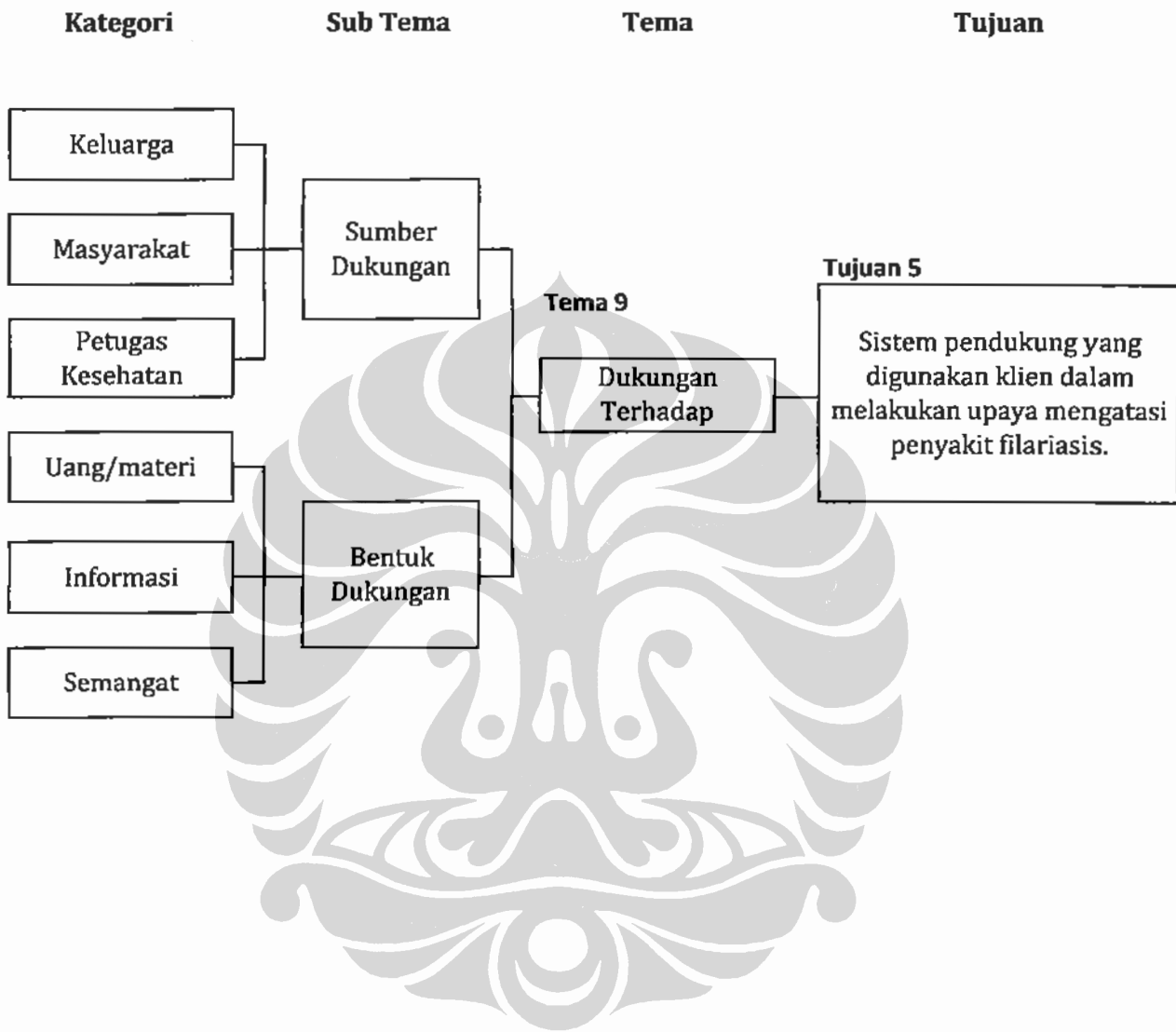
**Skema III : Pola Hidup sehari-hari selama mengalami penyakit Filariasis**



**Skema IV : Upaya yang dilakukan klien dalam mengatasi penyakit filariasis**

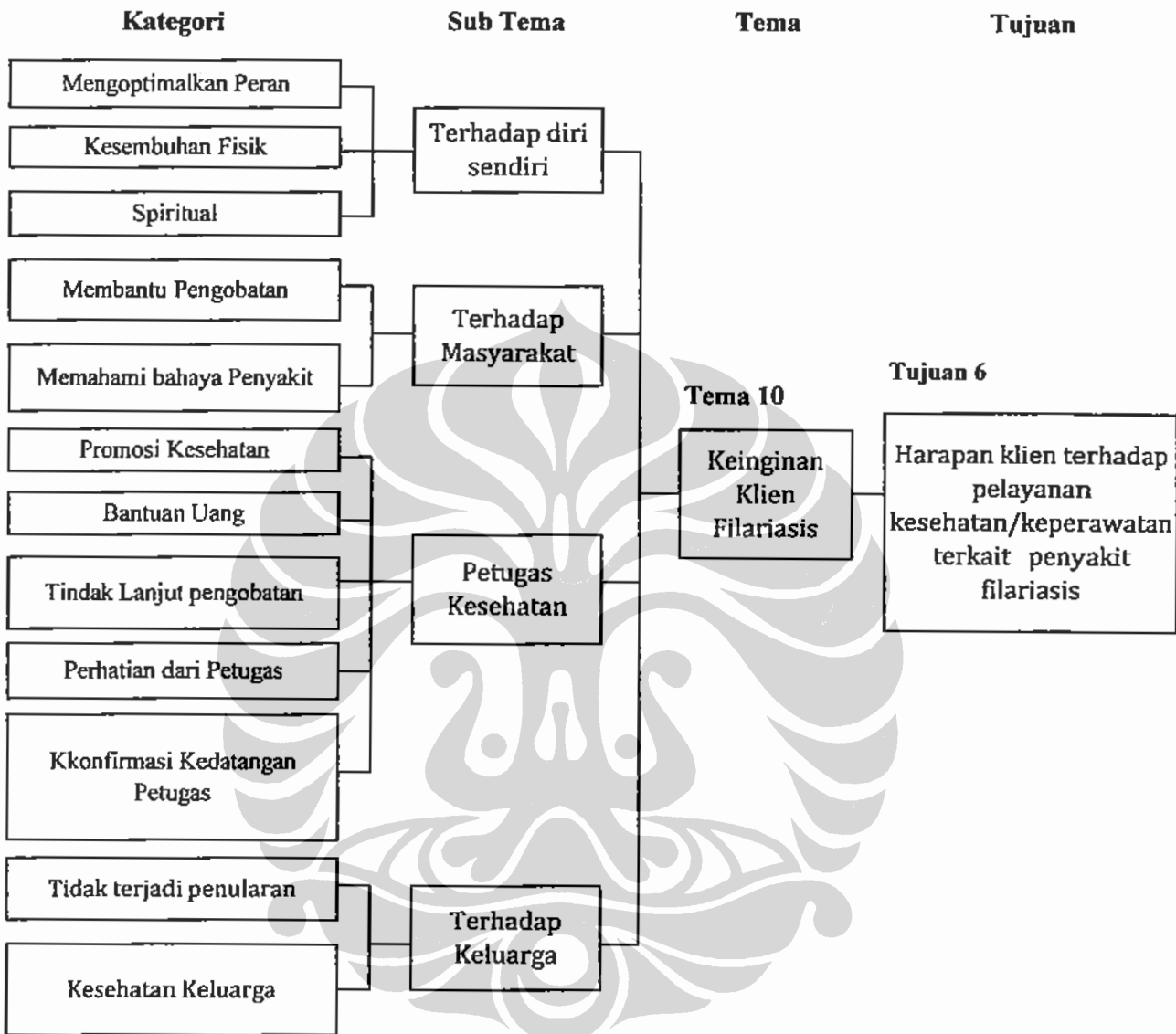


**Skema V : Sistem pendukung yang digunakan klien dalam melakukan upaya mengatasi penyakit filariasis.**



**Skema VI**

: Harapan klien terhadap pelayanan kesehatan terkait penyakit filariasis.





**PENJELASAN PENELITIAN**

**Judul Penelitian** : **Makna Perawatan Filariasis Untuk Klien Dewasa Di  
Kecamatan Margaasih – Kabupaten Bandung**

**Peneliti** : **Nadirawati**

**NPM** : **0806446542**

Peneliti adalah mahasiswa Program studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas - Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Bapak/Ibu telah diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Partisipasi ini sepenuhnya bersifat sukarela. Bapak/Ibu boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini kapanpun Bapak/Ibu inginkan tanpa ada konsekuensi dan dampak tertentu. Sebelum Bapak/Ibu memutuskan, saya akan menjelaskan beberapa hal sebagai bahan pertimbangan untuk ikutserta dalam penelitian ini, sebagai berikut :

1. Tujuan penelitian ini untuk mendapatkan gambaran tentang arti dan makna Perawatan Filariasis untuk Klien dewasa di Kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung. Hasil penelitian ini sangat bermanfaat untuk pengembangan pelayanan keperawatan komunitas khususnya pada klien Filariasis dalam menjalani perawatan.
2. Jika Bapak/Ibu bersedia ikut serta dalam penelitian ini, peneliti akan melakukan wawancara pada waktu dan tempat yang sesuai dengan keinginan Bapak/ibu. Jika Bapak/Ibu mengizinkan, peneliti akan menggunakan alat perekam suara

untuk merekam yang Bapak/Ibu katakan. Wawancara akan dilakukan selama satu kali selama 60-90 menit.

3. Penelitian ini tidak menimbulkan resiko. Apabila Bapak/Ibu merasa tidak nyaman selama wawancara, Bapak/Ibu boleh tidak menjawab atau mengundurkan diri dari penelitian ini.
4. Semua catatan yang berhubungan dengan penelitian akan dijamin kerahasiaannya. Peneliti akan memberikan hasil penelitian ini kepada Bapak/Ibu, jika Bapak/Ibu menginginkannya. Hasil penelitian ini akan diberikan kepada institusi tempat peneliti belajar dan pelayanan kesehatan setempat dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas.
5. Jika ada yang belum jelas, silahkan Bapak/Ibu tanyakan pada peneliti.
6. Jika Bapak/ibu sudah memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan Bapak/Ibu menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan.

Margaasih, Mei 2010

Peneliti,

Nadirawati  
0806446542

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Saya yang bertandatangan di bawah ini ;

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Setelah mendengar penjelasan dari peneliti dan membaca penjelasan penelitian, saya memahami bahwa penelitian ini akan menjunjung tinggi hak-hak saya selaku partisipan. Saya berhak tidak melanjutkan berpartisipasi dalam penelitian ini jika suatu saat merugikan saya.

Saya sangat memahami bahwa penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan pelayanan keperawatan komunitas khususnya bagi klien Filariasis menjalani perawatan. Dengan menandatangani lembar persetujuan ini berarti saya bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini secara ikhlas dan tanpa paksaan dari siapapun.

Margaasih,.....2010

Peneliti

Saksi

Partisipan

(.....)

(.....)

(.....)

**DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN**

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

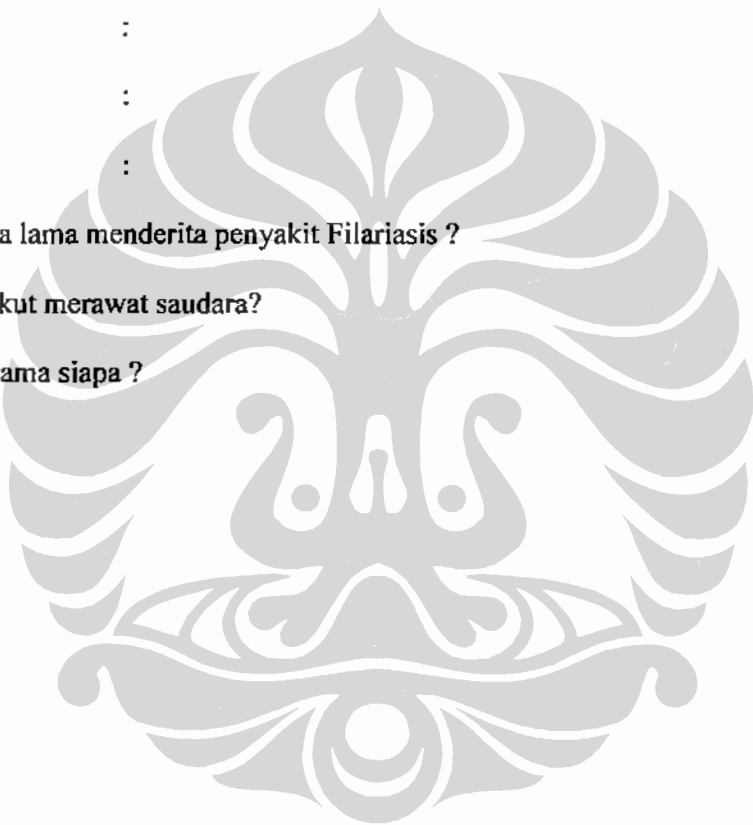
Pendidikan :

Suku :

Sudah berapa lama menderita penyakit Filariasis ?

Siapa yang ikut merawat saudara?

Tinggal bersama siapa ?



## PANDUAN WAWANCARA

### **Pertanyaan Pembuka**

Saya merasa ikut prihatin atas cobaan penyakit yang Bapak/Ibu alami saat ini, tetapi saya sangat bangga karena Bapak/Ibu tetap tabah dan kuat dalam menjalaninya sampai saat ini, sehingga saya sangat tertarik dengan pengalaman Bapak/Ibu menjalani perawatan Filariasis. Mohon Bapak/Ibu menjelaskan kepada saya mengenai bagaimana Bapak/Ibu menjalani perawatan Filariasis selama ini?.

Pertanyaan untuk memandu wawancara adalah sebagai berikut :

1. Bagaimana respon Bapak/Ibu pertama kali saat didiagnosis menderita Penyakit Filariasis?
2. Bagaimana pandangan Bapak/Ibu terkait dengan manajemen pengobatan Filariasis?
3. Bagaimana aktivitas kegiatan Bapak/Ibu sehari-hari sebelum menderita Penyakit Filariasis?
4. Apa saja upaya yang dilakukan dalam mengatasi penyakit filariasis?
5. Kepada siapa saja Bapak/Ibu meminta bantuan dalam upaya merawat bapak/ibu dengan penyakit ini?
6. Apa yang Bapak/Ibu harapkan dari pemberi perawatan Filariasis?

## FORMAT CATATAN LAPANGAN

Nama Partisipan :	Kode Partisipan :
Tempat wawancara :	Waktu wawancara :
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara :	
Gambaran partisipan saat akan dilakukan wawancara :	
Posisi partisipan dengan peneliti :	
Gambaran Respon Partisipan selama wawancara berlangsung:	
Gambaran suasana tempat selama wawancara berlangsung:	
Respon Partisipan saat terminasi	



**UNIVERSITAS INDONESIA** Lampiran 9  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK**

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

**Makna Perawatan Filariasis untuk Klien Dewasa di Wilayah Kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung (Studi Fenomenologi).**

Nama peneliti utama : **Nadirawati**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 19 April 2010

Dekan,

Ketua,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

PEMERINTAH KABUPATEN BANDUNG  
DINAS KESEHATAN

Jl. Raya Soreang Km. 17 Telp. (022) 5897520, 5897521, 5897522, 5897523 Soreang

Soreang, 28 April 2010

Nomor : 070 / 957 / Wasdalkes.  
Lampiran : -

Kepada  
Yth. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia

Perihal : Ijin Penelitian Mahasiswa  
Program Pascasarjana Fakultas  
Ilmu Keperawatan Universitas  
Indonesia  
A.n.Nadirawati  
(0806446542)

di  
Tempat

Berdasarkan surat dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, nomor : 1034/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010, tanggal 26 Maret 2010, perihal permohonan ijin penelitian untuk menyusun tesis, atas nama Nadirawati (0806446542) dengan judul " Makna Perawatan Filariasis Untuk Klien Dewasa di Wilayah Kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung", serta dengan memperhatikan Surat Keterangan Izin Penelitian dari Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Bandung, nomor : 070/498/Kesbang Pol Linmas, tanggal 13 April 2010

Dengan ini kami menerangkan bahwa pada prinsipnya tidak keberatan untuk mengadakan penelitian di Wilayah Kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung kepada mahasiswa termaksud, dengan ketentuan :

1. Berkoordinasi dengan Camat, Kepala UPTD Pelayanan Kesehatan dan UPF Puskesmas tempat pelaksanaan penelitian
2. Memberikan salinan hasil penelitian ke Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung
3. Memperhatikan ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan oleh Kepala Kantor Kesbang Linmas Kabupaten Bandung
4. Surat ijin penelitian ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila mahasiswa yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan-ketentuan seperti tersebut di atas.

Demikian, agar menjadi maklum

A.n. Kepala Dinas Kesehatan  
Sekretaris



Dr. Hj. NN. Harminingsih Andayani  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19550125 198202 2 001

embusan, disampaikan kepada :

Yth. Bupati Bandung (Sebagai Laporan)  
Yth. Kepala Kantor Kesbang Pol Linmas Kabupaten Bandung  
Yth. Camat Margaasih Kabupaten Bandung  
Yth. Kepala UPTD Pelayanan Kesehatan Kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung  
Yth. Kepala UPF Puskesmas Margaasih  
Yth. Sdri. Nadirawati  
Arslp



**PEMERINTAH KABUPATEN BANDUNG**  
**KANTOR KESATUAN BANGSA, POLITIK**  
**DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jl. Raya Soreang Km. 17 Telp. (022) 5891580 Soreang 40912

**SURAT KETERANGAN IZIN PENELITIAN**

Nomor : 070/498 /KesbangPolLinmas

**KEPALA KANTOR KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**  
**KABUPATEN BANDUNG**

Memperhatikan ;

1. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah ;
2. Peraturan Daerah Nomor 21 Tahun 2007 Tentang Pembentukan Organisasi Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Bandung ;
3. Peraturan Bupati Bandung Nomor 6 Tahun 2008 Tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Bandung ;
4. Surat : Kepala Badan Kesbang, Politik dan Linmas Daerah Provinsi Jawa Barat ,  
Nomor : 070/2176/HAL, Tanggal 08 April 2010

**MENERANGKAN dan TIDAK KEBERATAN untuk Mengadakan Penelitian Kepada :**

Nama : NADIRAWATI  
Intansi/Dinas/Universitas : UNIVERSITAS INDONESIA  
Alamat : Jl. Kampus UI Depok  
Tujuan/Survey/Riset : Penelitian/Mencari Data  
Dalam Rangka : Menyusun Tesis dengan Judul ; "Makna Perawatan Filariasis Untuk Klien Dewasa di Wilayah Kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung"  
Lokasi : Kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung  
Lamanya : 13 April s/d 13 Juli 2010  
Penanggungjawab : DEWI IRAWATI, MA, Ph.D

**Dengan ketentuan sebagai berikut :**

1. Melaporkan kedatangannya serta maksud Kuliah Praktek Lapangan/ Penelitian dengan menunjukan surat keterangannya kepada Camat setempat dan instansi yang diperlukan segera setelah ditempat tujuan.
2. Mentaati ketentuan yang berlaku dalam hukum pemerintahan setempat.
3. Memberikan salinan laporan dari Kuliah Praktek Lapangan/ Penelitian kepada Pemerintah Kabupaten Bandung C.q Kantor Kesbang Politik dan Linmas dalam rangkap 2 (dua).
4. Surat izin ini dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila bahwa pemegang surat keterangan ini tidak memenuhi ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Soreang, 13 April 2010

An. KEPALA KANTOR KESATUAN BANGSA, POLITIK  
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT  
KABUPATEN BANDUNG



**Tembusan :** disampaikan Kepada :

1. Yth. Bapak Bupati Bandung (Sebagai Laporan) ;
2. Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung ;
3. Yth. Camat Margaasih Kabupaten Bandung ;
4. Yth. Kepala Puskesmas Margaasih Kabupaten Bandung ;
5. Yth. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UNIVERSITAS INDONESIA ;
6. Yth. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI ;

Makna perawatan filariasis ..., Nadirawati, FIK UI, 2010

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

Nama : Nadirawati  
Tempat, tanggal lahir : Sambas, 25 Mei 1979  
Jenis kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Dosen  
Alamat rumah : Jl. dayang sumbi No 34/14 Cimahi  
Alamat institusi : STIKes Jenderal Ahmad Yani - Cimahi

**Riwayat pendidikan :**

1. SD Negeri 1 Sambas – Kalimantan Barat (1985 – 1991)
2. SMP Negeri 1 Majalengka – Jawa Barat (1992 – 1994)
3. SMU Negeri 24 Kabupaten Bandung (1995 – 1997)
4. PSIK UNPAD (1997 – 2003)
5. Program Pascasarjana FIK Universitas Indonesia (2008 – sekarang)

**Riwayat pekerjaan :**

1. Dosen Akper Pemda Kabupaten Garut (2004 – 2005)
2. Dosen STIKes Budi Luhur - Cimahi (2006 - 2007)
3. Dosen STIKes Jenderal Ahmad Yani - Cimahi (2007 – sekarang)